BIEN VIEILLIR
EN NOUVELLE-CALEDONIE

Etude qualitative et quantitative

Décembre 2019

Chapitre 1. Présentation de l'enquête « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

Plan du rapport Bien Vieillir en NC

INTRODUCTION **1**

CHAPITRE 1 ..... **6**

PRESENTATION DE L'ENQUETE **6**

« Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » **6**

1 Objectif du projet **7**

2 Éléments de contexte **7**

3 Résultats attendus **8**

4 Méthodologie de l'enquête **9**

4.1 Recueil des données quantitatives 9

4.2 Méthode utilisée pour l'enquête qualitative 9

4.3 Méthode d'analyse des données collectées lors de l'enquête 10

4.4 Où a eu lieu l'enquête ? 13

4.5 Les participants à l'enquête 14

CHAPITRE 2 ..... **15**

LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS EN NOUVELLE-CALEDONIE **15**

Données générales **15**

1 Données démographiques **17**

1.1 1 Néo-calédonien sur 8 a plus de 60 ans en 2014 17

1.2 Une population vieillissante multipliée par 4 depuis 40 ans 27

1.3 Les projections démographiques : 1 Néo-calédonien sur 5 aura plus de 60 ans en 2030, soit 34 000 personnes 30

1.4 2 fois plus de personnes de 60 ans pour la seule commune de Nouméa en 2034 31

2 Gouvernance et acteurs interagissant autour de la personne âgée : une superposition d'institutions bien dotées mais peu de coordination et de mutualisation **33**

2.1 Multiplicité des acteurs intervenants autour de la personne âgée 33

2.2 Les champs de compétences des institutions en matière de santé, d'actions sociales et de protection sociale 34

2.3 D'autres acteurs intervenant au service de la santé des personnes de plus de 60 ans 36

3 Silver-Economie : changer de regard sur le vieillissement et la santé **38**

3.1 Demain 1 recrutement sur 6 dans le secteur de la santé en Nouvelle-Calédonie 39

3.2 Les formations des secteurs sanitaire, social et médico-social en Nouvelle-Calédonie 40

3.3 Les nouvelles technologies et le grand-âge : mieux vieillir avec le numérique ? 43

4 Représentation du vieillissement dans la société **45**

4.1 Représentation du vieillissement dans la société dite traditionnelle 46
4.2 Représentation du vieillissement dans la société dite moderne 47
4.3 Représentation du vieillissement dans la société océanienne 48
Synthèse 51
5 Comment vit la personne de plus de 60 ans ? Quel est son environnement de vie ? 52
5.1 Les ressources des personnes de 60 ans et plus : entre revenus et solidarité ? 52
5.2 La protection sociale et l'aide médicale : compléments des revenus ? 56
5.3 Environnement familial 63
5.4 Le logement 66
5.5 Les moyens de transports au service des plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie 78
5.6 Eléments complémentaires à l'évaluation des conditions de vie des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie 89
6 Parcours de soins de la personne âgée de plus de 60 ans 92
6.1 Organisation générale de soins 92
6.2 Offre de soins primaires 96
6.3 Centres d'urgence et permanence des soins 104
6.4 Offre sanitaire 105
6.5 Parcours d'accompagnement de la personne âgée 112
7 État de santé des personnes âgées de plus de 60 ans 134
7.1 Repérage et prévention des personnes de plus de 60 ans 134
7.2 Pathologie des plus de 60 ans 137
7.3 Consommation en soins des personnes âgées de plus de 60 ans 143
7.4 Un patient sur trois a plus de 60 ans au sein des trois établissements hospitaliers référents de Nouvelle-Calédonie en 2017 145
7.5 EVASAN : 23 % des évacuations sanitaires pour les plus de 60 ans 147
7.6 Personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes 148
CHAPITRE 3 157
ENQUETE AUPRÉS DE LA POPULATION 157
Patients âgés hospitalisés, aidants familiaux, professionnels et membres de la société civile 157
1 Profils des 448 contributeurs à l'enquête 159
1.1 Profil des 99 patients interrogés dans le cadre de l'enquête 159
1.2 Profils des 111 aidants : analyse des questionnaires 166
1.3 Profil des 166 membres de la société civile 171
1.4 Profil des 72 professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête 173
2 Portrait des provinces et des zones de vie 176

2.1 Portrait de la province Sud ... 177
2.2 Portrait de la province Nord ... 200
2.3 Portrait de la province des Îles Loyauté ... 217
CHAPITRE 4 ... **229**
Synthèse générale ... **229**
1 Données générales sur les personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie ... **231**
1.1 Données démographiques en 2014 ... 231
1.2 Institutions impliquées sur le sujet ... 231
1.3 Dimension économique du sujet ... 231
1.4 Représentation du vieillissement dans la société océanienne ... 232
1.5 Ressources des plus de 60 ans ... 232
1.6 Environnement familial ... 232
1.7 Logement ... 233
1.8 La question des transports pour les plus de 60 ans ... 233
1.9 Le parcours de soin des plus de 60 ans ... 234
1.10 Santé des personnes âgées de 60 ans et plus ... 235
2 Résultats de l'enquête qualitative auprès des populations : patients âges hospitalisés, aidants familiaux, professionnels et membres de la société civile ... **236**
2.1 Information ... 236
2.2 Financement et démarches administratives ... 237
2.3 Parcours d'accompagnement ... 238
2.4 Coopération ... 240
2.5 Ressources humaines et milieu associatif ... 240
2.6 Transports et infrastructures ... 241
2.7 Habitat ... 241
2.8 Aidants et familles ... 242
2.9 Traditions et représentation du vieillissement ... 243
2.10 Droit et insécurité ... 243
CHAPITRE 5 ... **248**
Pistes de réflexions du cabinet MJF ... **248**
Bibliographie ... **254**
1 Objectif du projet ... **264**
1.1. Eléments de contexte ... 264
2 Résultats attendus ... **266**

3 Méthodologie 266

3.1. Phase A : consultations plénières auprès des professionnels et de la société civile et des aidants, 300 participants, 150 heures de réunion 268

3.2. PHASE B Interviews auprès des professionnels et des patients des établissements de santé participants, 171 participants, 200 heures d'entretien 272

3.3. Analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies 279

4 Réflexion éthique 285

5 Conclusion 287

6 Annexes 287

- **DOCUMENT 1. Fiche renseignement Consultations PLENIERES PROFESSIONNELS, société civile** 287
- **DOCUMENT 2. Fiche renseignement-Consultations plénières pour les aidants** 289
- **DOCUMENT 3. Questionnaire professionnels de santé** 295
- **DOCUMENT 4. Questionnaire patient hospitalisé ou accueilli en établissement de santé** 298
- **DOCUMENT 5. Demande de participation a l'enquête (exemplaire enquêteur)** 304
- **DOCUMENT 6. Demande de participation a l'enquête (exemplaire patient)** 305
- **DOCUMENT 7. Membres des comités stratégique, technique et des groupes de travail de la mission : « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »** 306

Annexe 2 312

Remerciements de l'équipe opérationnelle dite « équipe projet » 312

TABLE DES ABREVIATIONS

AAD	Aide à domicile
ACAMAD	Association d'aide à domicile sur Koumac
ACSMS	Association de coordination sociale et médico-sociale
ADL	Echelle des activités de la vie quotidienne
AGGIR	Autonomie gérontologie Groupes Iso Ressources
AGTNC	Association gestion des tutelles de Nouvelle-Calédonie
ALLIAGE	Association d'aide à domicile en Province Nord
ALM	Aide médicale en longue maladie.
AMNC	Association médicale de Nouvelle-Calédonie
APA	Educateur avec activité physique adapté
APAHL	Association Personnes âgées et Handicapées de Lifou
APAKH	Association Personnes âgées et Handicapées de Kunié, île des Pins
APAT	Association personnes âgées de Thio
AS	Aides-soignants
ASAMAD	Association d'aide au maintien à domicile Nouméa
ASH	Agent de service hospitalier
ASS NC	Agence sanitaire et sociale Nouvelle-Calédonie
AT-MP	Accident du travail et maladie professionnelle
AV	Auxiliaire de vie
AVS	Auxiliaire de vie sociale
BV	Bien vieillir
CAFAT	Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie
CAGOU	Logiciel pour élaboration plan d'aide
CCAS	Centre communal d'actions sociales
CCS	Contribution calédonienne de solidarité
CGC	Centre Gérontologique Clinique
CHD	Commission du Handicap et Dépendance
CHN	Centre hospitalier du Nord
CHS	Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet
CHT	Centre hospitalier territorial Gaston Bourret
CMS	Centre médico-social
CRHD	Commission de Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance
CRNC	Centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie
CRS	Complément retraite de solidarité
CSSR	Centre de soins de suite et de réadaptation
DACAS	Direction de l'action communautaire et de l'action sanitaire
DASS-NC	Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie
DASS-PS	Direction des affaires sanitaires de la province Nord
Do Kamo	Plan de santé calédonien
DX CARE	Logiciel dossier patient au CHT-CHN-CHS
EAPAD	Etablissement d'accueil des personnes âgées dépendantes
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
EVASAN	Evacuation sanitaire

Fleur de vie	Association d'aide à domicile en Province Nord
FPLS	Fédération des professionnels libéraux de santé
FR	Fauteuil roulant
FSH	Fond social de l'habitat
FV	Fin de Vie
Gamelle	Portage de repas
GIR	Groupes Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation à domicile
ICG	Instance de coordination gérontologique
IDEC	Infirmière coordinatrice
IDEL	Infirmière diplômée d'Etat libérale
IDP	Ile des Pins
IFPSS	Institut de formation des professions sanitaires et sociales
INM	Clinique Ile Nou-Magnin de venu Kuindo-Magnin
ISEE	Institut de la Statistique et des Etudes Economiques
ISEE NC	Institut de la statistique et des études économiques de la Nouvelle-Calédonie
KG	Kaala-Gomen
Kiwanis	Club service
LM	Longue maladie
MA	Maladie d'Alzheimer
MDR	Maison de retraite
Médipôle	Ensemble fonctionnel de plusieurs structures : CHT, CSSR, Institut Pasteur et CRNC
MISP	Médecin inspecteur de la santé publique
MMS	Mini mental State. Test de Folstein. Test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne
MPJ	Mesure de protection judiciaire
MV	Minimum vieillesse
NAIA	Logiciel du pôle gérontologique
NC	Nouvelle-Calédonie
NGV	Navire grande vitesse
NR	No Reply : aucune réponse
NSC	Niveau socio-culturel
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OSIRIS	Logiciel patient au CCSR
PA	Personne âgée
PAP	Plan d'aide personnalisé
PCA	Pompe à morphine ambulatoire
PEC	Prise en charge
PG	Pôle gérontologique
PIB	Produit intérieur brut
PIL	Province des Iles
PN	Province Nord
PS	Province Sud

RAC	Reste à charge
RUAMM	Régime unifié d'assurance maladie maternité
SAOMS	Service d'action médico-sociale de la province Sud
SCSP	Société calédonienne de santé publique
SEM AGGLO	Société d'économie mixte dont la mission est la construction et la gestion de logements aidés dans l'agglomération du Grand Nouméa, sur les communes du Grand Nouméa
SIC	Société immobilière de Nouvelle-Calédonie
SIVM	Syndicat intercommunal à vocation multiple
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
TEASOA	Association intercommunale dont l'objet est l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie sur le périmètre de la Province Nord en province Nord
TGC	Taxe générale à la consommation
TITAN	Logicien patient en maison de retraite
TSS	Taxe de solidarité sur les services
UA	Unité Alzheimer
URG	Unité de réadaptation gériatrique
USMR	Unité de soins médicaux rapprochés
VAD	Visite à domicile
VKP	Désigne les trois communes Voh-Koné-Pouembout
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes
VSL	Véhicule sanitaire léger
XPF	Franc zone Pacifique
XPN	Chépénéhé sur Lifou

Le monde que nous avons créé est un processus de notre pensée. Il ne peut pas être modifié sans changer notre façon de penser. »

Albert Einstein, physicien théoricien (1879-1955)

« *On commence à vieillir quand on finit d'apprendre.* »

Proverbe japonais

Chapitre 1. Présentation de l'enquête « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

INTRODUCTION

La présente étude quantitative et qualitative intitulée « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » a été diligentée, suite à la demande formulée par courriers adressés au mois de juillet 2018 à la présidente des conseils d'administration du CHS Albert Bousquet et du CHT Gaston Bourret, par les membres du gouvernement chargés l'un de la santé, de la jeunesse et des sports et l'autre du secteur de la protection sociale, de la famille, de la scolarité et du handicap.

Ainsi, cette mission confiée aux trois établissements hospitaliers publics territoriaux avait pour objectif principal de structurer l'offre sanitaire et médico-sociale pour tous les séniors. Elle n'aurait pas pu avoir lieu sans :

- le soutien actif du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et de toutes les collectivités (provinces, communes, etc.) et organismes impliqués en la matière, leurs représentants ayant été associés étroitement à l'élaboration des outils nécessaires ;
- la participation de tous les professionnels concernés ;
- l'intérêt fort marqué par l'Agence française de développement qui a participé, avec les trois établissements publics hospitaliers territoriaux, au financement de cette étude ;
- l'appui de la Fédération hospitalière de France, dont la Fédération hospitalière régionale du pacifique Sud est membre, Denis VALZER, conseiller stratégies régionales et la consultante Marie-Josèphe FRAICHARD ayant apporté leur soutien méthodologique ;
- la participation active des personnes âgées interrogées ainsi que de leur entourage lors des entretiens, plus d'une centaine d'aidants ayant témoigné de leur vécu au quotidien auprès de nos ainés et leur implication dans l'accompagnement ayant permis de mesurer combien la question du « Bien vieillir » est essentielle et pleine d'attentes.

Nous remercions vivement ces personnes d'avoir bien voulu consacrer un peu de leur temps à l'équipe opérationnelle dite « équipe projet », composée du docteur Valérie Albert-Dunais, médecin gériatre au CHS Albert Bousquet et de Mme Pascale De Greslan, chargée de mission, pour leur permettre de recueillir toutes ces données. Nous remercions également cette équipe projet pour la réalisation de ce travail.

En effet, le vieillissement de la population en Nouvelle-Calédonie, comme en métropole ou dans tous les pays développés, est aujourd'hui et pour les années à venir, un véritable problème de société et un enjeu médico-économique majeur, compte tenu de l'accroissement continu du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. En effet, cette population a doublé depuis 1989 et constituera plus d'un cinquième de la population totale en 2030, selon les projections de l'ISEE et ce, sauf événements exceptionnels qui viendraient modifier ces projections.

Certes, la prise de conscience collective des problèmes liés à ce phénomène est récente en Nouvelle-Calédonie. Ce sont les données économiques, l'évolution démographique et la modification considérable de la structure familiale qui ont entraîné un changement de mentalité, alors que la question du vieillissement de la population n'était pas véritablement abordée jusqu'au début des années 2000, puisque nombreux étaient ceux qui considéraient qu'il s'agissait d'une affaire privée et de solidarité au sein de la structure familiale et, en général, les problèmes de la dépendance n'étaient appréhendés que comme liés à l'âge.

Or, depuis quelques années, en Nouvelle-Calédonie aussi, le vieillissement constaté de la population interpelle les pouvoirs publics qui, désormais, voient la nécessité de mettre en place une politique sociale de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile, avec des dispositifs spécifiques car en ville comme en milieu rural et en tribu, la « solidarité intergénérationnelle » ne fonctionne plus comme cela se pratiquait autrefois et force est de constater, qu'il y a de plus en plus de personnes âgées isolées et en détresse.

Certes, depuis le début des années 2000, s'est organisée la mise en place de réseaux d'équipements et de services, une coordination et une régulation ont vu le jour, notamment avec l'Instance de Coordination Gérontologique de la province Sud créée en 2001 et les nombreuses actions menées en province Nord et Îles loyauté.

En outre, diverses initiatives ont été prises et continuent de l'être pour sauvegarder le financement futur des retraités ou le déséquilibre de plus en plus grand du rapport entre les actifs et les inactifs compte tenu du vieillissement démographique.

De même, les soins dispensés croissant avec l'âge, l'équilibre des systèmes de santé est menacé si nous ne parvenons pas à freiner cet accroissement continu par une amélioration de l'état de santé des personnes âgées pour, justement, entraîner une baisse de la demande de soins car le phénomène du vieillissement est hélas encore trop étroitement lié à celui de la dépendance qu'il peut inclure.

Or, si l'avancée en âge est encore une des grandes causes de la dépendance, celle-ci n'est pas un état figé. Au contraire, c'est un processus susceptible d'être accompagné, voire modifié et surtout d'être prévenu et réduit dans ses manifestations par un environnement et/ou des prestations et dispositifs adaptés et ce, quel que soit le lieu de résidence des personnes âgées.

D'ailleurs, en dehors de l'âge, d'autres facteurs peuvent influencer la position de l'individu face à la dépendance, ces facteurs pouvant être :

- ses ressources individuelles, c'est-à-dire ses capacités physiques et psychiques,
- ses ressources sociales telles que son environnement relationnel, son statut socioéconomique, etc.
- ses ressources matérielles telles que son habitat, ses appareillages, le climat, etc.

Par ailleurs, l'organisation encore trop parcellaire des diverses interventions en faveur des personnes âgées en Nouvelle-Calédonie ne permet pas de parvenir à une réelle efficience des interventions existantes. Ce phénomène s'amplifie lorsqu'il y a une situation d'urgence ou qu'un retour à domicile est organisé dans la précipitation. D'autant que certaines zones géographiques sont plus particulièrement concernées lorsque l'éloignement, les difficultés à trouver du personnel peuvent rompre la continuité des soins et des aides et, partant, provoquer des situations de plus grande dépendance qui auraient pu être évitées.

Ce sont toutes ces raisons, en particulier l'accroissement continu du nombre de personnes dépendantes parmi celles âgées de 60 ans et plus, mais aussi la nécessité de parvenir à une meilleure coordination des diverses interventions effectuées dans le cadre d'un travail en réseau institutionnalisé sans oublier le développement en urgence d'actions de prévention en partenariat avec les organismes de retraite, qui nous ont incités à sensibiliser en 2018 les membres du gouvernement chargés de ce secteur pour impulser la mise en œuvre de nouveaux processus et outils destinés à une nouvelle organisation à l'échelle du territoire ce, sur la base d'un diagnostic partagé avec tous les partenaires impliqués et d'un état des lieux complet de la situation actuelle.

Ce diagnostic partagé et cet état des lieux, faisant l'objet du présent rapport, ont été réalisés sur la base d'un nombre important d'entretiens. Afin, d'une part, de freiner cet accroissement continu du nombre de personnes âgées dépendantes qui ne doit plus être parallèle à l'allongement de la durée de vie dont nous bénéficions, vu l'amélioration de nos conditions de vie et de santé, d'autre part, d'endiguer le nombre croissant de demandes d'entrée en structures spécialisées, tous ces éléments recueillis doivent nous permettre d'élaborer un plan global et territorial d'actions destinées à structurer l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale pour cette catégorie de la population et de mettre en place un réseau gérontologique territorial en facilitant les coopérations voire les mutualisations, ce qui est désormais incontournable au regard des difficultés auxquelles nous sommes confrontés pour financer la protection sociale de tous les Néo- Calédoniens.

Avant d'être adressé aux décideurs, ce plan d'actions sera en février / mars 2020, sur la base des propositions découlant de cet état des lieux et de ce diagnostic partagé, élaboré avec tous les partenaires impliqués dans cette étude et ce, en tenant compte :

- du fait qu'aujourd'hui, il n'est plus possible d'affirmer que le problème du vieillissement se pose uniquement en termes de protection sociale. En effet, celui-ci constitue désormais un défi politique transversal qui intéresse tous les domaines de l'action publique comme le revendique l'intersyndicale des retraités et Nouvelle-Calédonie,
- du souhait du plus grand nombre de personnes âgées de continuer à vivre à domicile le plus longtemps possible et ce, grâce à diverses actions et divers dispositifs d'un coût abordable.

Les pistes de réflexion que suggèrent les données collectées figurent dans le présent rapport et sont destinées à nourrir les échanges avec tous les partenaires impliqués pour préparer le « Bien vieillir » et aboutir à une vision globale et intégrée de celui-ci en changeant de paradigme, c'est-à-dire notamment de passer :

- d'un défi sociétal à une opportunité majeure,
- d'une charge pour la société à un avantage porteur d'innovation,
- de soins aigus et en réaction à des soins préventifs et proactifs.

La présidente du CHT, du CHS et de la FHF Pacifique Sud	Le directeur du CHS Albert Bousquet	Le directeur du CHT Gaston Bourret	Le directeur du centre hospitalier du Nord
Jacqueline BERNUT	Philippe PALOMBO	Dominique CHEVEAU	Joachim TUTUGORO

CHAPITRE 1

PRESENTATION DE L'ENQUETE

« Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

1 Objectif du projet

L'objectif du projet « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » est de produire une cartographie du parcours de soins et du parcours de vie[1] des personnes de plus de 60 ans et d'identifier les coopérations actuelles entre les acteurs sur le territoire.

Ces éléments vont permettre de rechercher des leviers d'amélioration et la démarche stratégique correspondante à mettre en œuvre pour rendre plus efficient le « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie ».

2 Éléments de contexte

Conformément à la délibération n° 196 du 15 décembre 2016 relative au taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières pour l'exercice 2017, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie doit conclure avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, permettant de mettre en œuvre les schémas d'organisation sanitaire.

Dans ce cadre, la nécessité de structurer les filières de soins dont la filière gériatrique ont nécessité cette réflexion qui s'inscrit dans un contexte économique contraint impliquant coopérations et mutualisations : « *D'ici 2019, le congrès de la Nouvelle Calédonie sera aussi amené à se prononcer pour accompagner de manière juridique et/ou financière les projets communs aux trois hôpitaux publics* »[2].

La mission d'appui de l'IGAS au gouvernement de la Nouvelle Calédonie a d'ailleurs recommandé dans son rapport[3] :

> *« L'évolution des pratiques médicales et chirurgicales […] est d'intervenir de plus en plus en ambulatoire et de recourir de moins en moins à l'hospitalisation. […] Cette situation oblige à redéfinir, dans les meilleurs délais, la carte sanitaire de la Nouvelle Calédonie afin de fixer les objectifs d'évolution de l'offre de santé, et pas seulement de soins, en tenant compte des nombreux paramètres qui vont intervenir : évolution des besoins des populations (prévention, promotion et éducation en santé), construction des parcours de soins et travail de plus en plus interdisciplinaire, évolution des pratiques vers l'ambulatoire, nouveaux services de l'e-santé, concurrence entre opérateurs etc.»*

[1] Parcours de soins, parcours de santé, Parcours de vie, Lexique des parcours de A à Z (Agences régionales de santé Janvier 2016) : *« Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. Ils se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ».*

[2] Annexe à la délibération n° 196 du 15 décembre 2016 fixant la planification de l'offre de soins hospitaliers publics et privés de la Nouvelle Calédonie 2017-2022, *in JONC*, 27 décembre 2016, p. 14316.

[3] Calmette, Philippe, Rey, Jean-Louis, *Analyses et recommandations de la mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé*, rapport IGAS, juin 2018, 58 p.

Ainsi, en 2018, suite à un courrier adressé à la présidente des conseils d'administration du CHS Albert Bousquet et du CHT Gaston Bourret par les membres du gouvernement en charge de la protection sociale et de la santé, les conseils d'administration des trois établissements de santé (centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet, centre hospitalier territorial Gaston Bourret, centre hospitalier du Nord) ont nommé en mai 2018 une équipe opérationnelle dénommée « équipe projet Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » pour concrétiser les missions suivantes :

- élaborer un diagnostic partagé, reflet du travail déjà engagé par tous les acteurs de santé territoriaux auprès des patients du territoire, ce diagnostic partagé devant faire connaitre les initiatives que les équipes ont mises en place pour améliorer la qualité des soins et faire émerger des propositions innovantes pour la santé des Néo-Calédoniens ;

- dresser un état des lieux, issu des entretiens individuels et collectifs réalisés auprès des professionnels de santé, de la société civile, des patients et des aidants de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie ;

- proposer un plan d'actions sur lequel les membres du gouvernement s'appuieront pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale relative aux personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie en impliquant l'ensemble des acteurs concernés et pour finir, faciliter les coopérations et les mutualisations, indispensables aujourd'hui au regard des difficultés du RUAMM.

3 Résultats attendus

Aux termes de cette étude, il s'agit :

- d'identifier des points de ruptures dans les parcours de soins et de vie des personnes de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie ;
- de préciser le schéma du parcours de soins des personnes de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie en tenant compte des spécificités culturelles ;
- d'établir un état des lieux des coopérations existantes et des coopérations souhaitées ;
- d'identifier des ressources mobilisables.

Les informations recueillies lors de l'enquête font l'objet d'un état des lieux du « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie », sous forme d'un rapport d'analyse et d'une note de synthèse, auquel est associée une analyse quantitative des données recueillies auprès des institutions de la Nouvelle-Calédonie.

L'ambition de ce premier état des lieux du parcours de soins et du parcours de vie des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie est de consolider une réflexion globale sur le « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » et de permettre de faciliter la structuration :

a) d'une politique territoriale de la personne de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie,

b) d'une stratégie territoriale des coopérations pour la Nouvelle-Calédonie en lien avec tous les acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social et familial.

A ce titre, la présentation de cet état des lieux aux décideurs impliqués dans l'accompagnement des personnes de plus de 60 ans, première étape d'un diagnostic partagé, devra permettre à l'issue l'élaboration d'un plan d'actions.

4 Méthodologie de l'enquête

4.1 Recueil des données quantitatives

Les données quantitatives utilisées dans ce rapport n'ont pu être recueillies pour une seule et même année et parfois pour la seule tranche d'âge des plus de 60 ans. Elles concernent les années 2014, 2017, 2018 et 2019. La difficulté à obtenir des données homogènes sur la situation médico-psycho-sociale des personnes de plus de 60 ans nécessite qu'elles soient lues avec précaution. Initialement l'année 2014 avait été choisie comme année de référence car elle concorde avec le recensement de la population en Nouvelle-Calédonie.

4.2 Méthode utilisée pour l'enquête qualitative[4]

Cette étude est une enquête qualitative. Elle s'est déroulée en deux phases, de septembre à décembre 2018 au sein de 4 groupes de population interrogés,

Phase A

- membres de la société civile et des professionnels intervenant auprès des personnes âgées interrogées sur 11 communes de Nouvelle-Calédonie lors de 12 consultations plénières (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord) ;
- aidants bénévoles interrogés sur 11 communes lors de 12 consultations plénières (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord).

Phase B

- professionnels exerçant dans les établissements de santé, interrogés lors d'entretiens semi-directifs ;
- patients hospitalisés dans ces mêmes établissements, interrogés lors d'entretiens semi-directifs.

La méthode utilisée est détaillée dans le document figurant en annexe de ce rapport, avec l'utilisation d'un même schéma du parcours de soins de la personne âgée en vue de faire émerger les problématiques et les besoins. Afin de permettre une compréhension rapide des choix méthodologiques, qui ont été retenus, il est possible d'apporter deux précisions :

a) **d'une part, les 11 communes où se sont tenues les consultations plénières ont été sélectionnées par les membres du comité stratégique et de pilotage** de la mission « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie ».[5] Cette sélection permettait de mettre en exergue des problématiques à la fois urbaines, rurales, tribales et minières rencontrées par les séniors dans leur parcours de soins et leur parcours de vie. Une attention a été apportée afin que ces consultations plénières participatives permettent d'interroger les

[4] Méthodologie, annexe 1
[5] Méthodologie, *op.cit.*, point 7

populations de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie et qu'elles soient représentatives de l'ensemble des aires coutumières ;

b) d'autre part, les investigateurs ont pris le parti d'utiliser pour la phase B la **méthode par saturation des données**[6] afin de permettre la sélection des personnes interrogées lors des entretiens semi-directifs. Dans cette méthode, cette sélection a été réalisée à partir de critères particuliers définis *a priori*. Chaque personne interrogée avait un profil particulier. L'objectif de ce mode de recueil de données a permis dès lors, d'arriver à une saturation de l'information. Ainsi, la saturation a été atteinte lorsqu'aucune nouvelle information n'a été obtenue lors d'un nouvel entretien. A ce moment précis, il était acquis que l'ajout d'interviews supplémentaires de professionnels ou de patients ne modifierait plus les résultats obtenus.

4.3 Méthode d'analyse des données collectées lors de l'enquête

Pour parvenir à l'analyse des données et des informations collectées pendant les consultations plénières et les entretiens, il a été proposé une aide méthodologique par le cabinet conseil métropolitain MJF Conseil-Formation, en lien avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), financée par l'Agence Française de Développement (AFD).

Deux options méthodologiques ont été retenues après enquête :

- procéder à un découpage géographique le plus adapté au contexte spécifique de la Nouvelle- Calédonie,
- identifier des thématiques abordées lors des entretiens collectifs et individuels et les utiliser pour catégoriser les données collectées.

4.3.1 Un découpage du territoire de la Nouvelle-Calédonie en « zones de vie » : une cartographie pour analyser les données recueillies

Les données collectées dans les quatre types d'entretiens ont été traitées et analysées pour chaque zone de vie. Des points communs aux différentes zones de vie sont apparus avec des points particuliers.

Le découpage retenu s'est appuyé sur :

- l'organisation provinciale de la Nouvelle-Calédonie : Provinces du Sud, du Nord et des Iles Loyauté,

- le mode de vie urbain versus rural et tribal ; les modes de financement de la santé étant différents d'une province à l'autre.

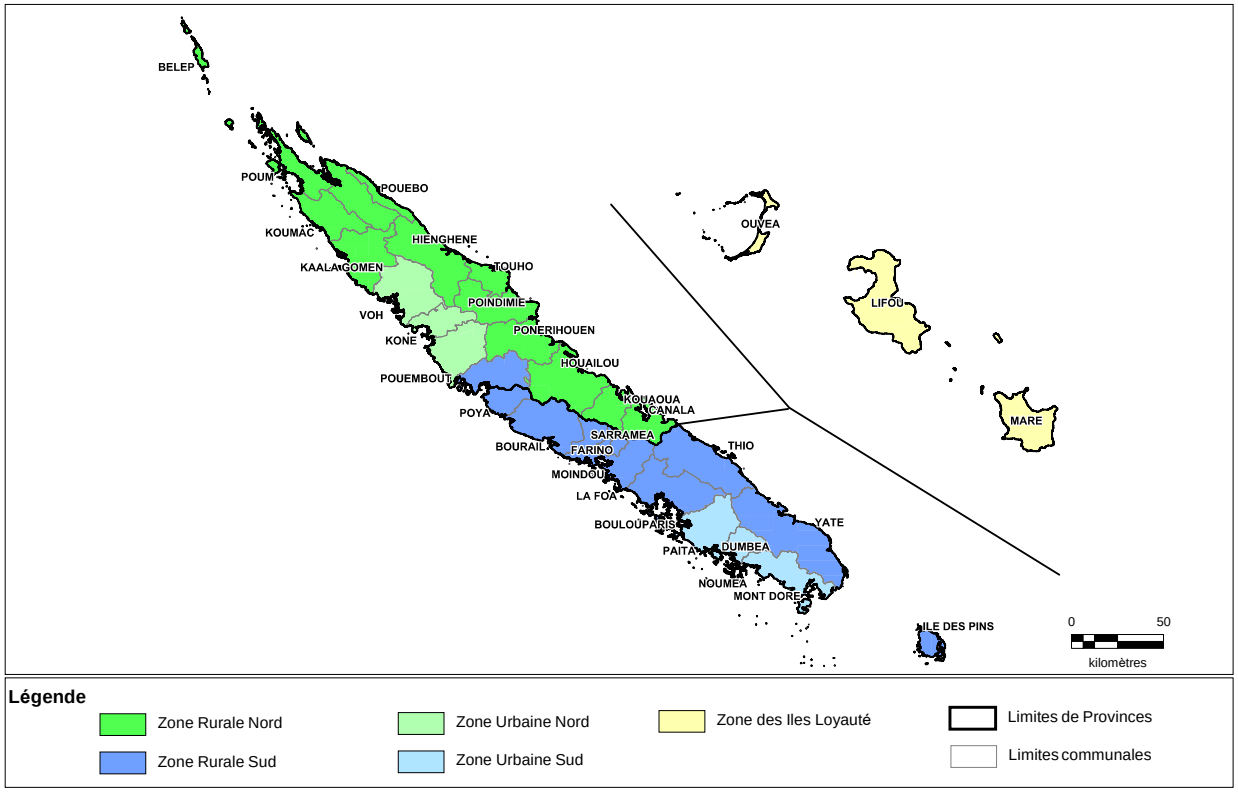
Ainsi, cinq zones de vie ont été définies pour l'ensemble du territoire :

- zone urbaine Sud
- zone rurale Sud

[6] Handicap International, *Guide Méthodologique. Comment réaliser une étude quantitative, qualitative ?* Direction des opérations et des ressources techniques, avril 2017.

- zone urbaine Nord
- zone rurale Nord
- zone Loyauté

NOUVELLE CALÉDONIE : DESCRIPTION DES ZONES D'ÉTUDE



Source : Gouvernement de Nouvelle-Calédonie

4.3.2 10 catégories retenues pour trier et synthétiser les données collectées

Cette catégorisation a été établie pour répondre aux objectifs visés de l'enquête, notamment établir une photographie des parcours de soins et des parcours de vie actuels. Elle s'inspire des problématiques, des constats et des propositions qui ont émergé au cours de l'enquête et font le quotidien des personnes interrogées.

CATEGORIES	
1	Informations
2	Financement, démarches administratives
3	Parcours d'accompagnement des personnes âgées (aides et soins)
4	Coopération ville-hôpital et entre les professionnels
5	Ressources humaines
6	Transports
7	Habitat
8	Familles et aidants
9	Traditions et représentation de la vieillesse
10	Insécurité, droit de la personne

4.3.3 Méthode de traitement

Après validation des catégories, le traitement des informations recueillies pour chacune des zones de vie a permis d'établir pour chacune d'entre elles :

- une synthèse des données,
- la formulation des problématiques récurrentes,
- la suggestion de propositions ou d'idées de la part des participants à l'enquête,
- un recueil des verbatims illustrant de façon pertinente le propos,

- un descriptif objectif des zones de vie.

4.4 Où a eu lieu l'enquête ?

ZONES DE VIE	PHASE A	PHASE B	
	Lieu des consultations plénières : - société civile/ professionnels /aidants	Lieu d'exercice des professionnels interrogés	Lieu d'hospitalisation des patients interrogés
Zone Loyauté	Lifou	Centre médico-social de Tadine (Maré) Centre médico-social de La Roche(Maré)	Centre médico-social de La Roche (Maré)
	Maré		
Zone rurale Nord	Kaala-Gomen	Hôpital de Koumac (CHN)	
	Touho	Hôpital de Poindimié (CHN)	
	Houaïlou		
Zone urbaine Nord	Koné	Pôle sanitaire de Koné (CHN)	
Zone rurale Sud	Bourail	Centre médico-social de Bourail Etablissement accueillant des personnes âgées dépendantes (EAPAD) La Broussarde(Bourail), CMS Ile des Pins	
	Thio		
	Ile des Pins		
Zone urbaine Sud	Nouméa Sud Nouméa Nord Mont-Dore	Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet	
		Centre hospitalier territorial Gaston Bourret	
		Clinique Kuindo-Magnin	
		Centre soins de suite et de réadaptation de Koutio	
		Centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie	
		EAPAD Cordyline (Dumbéa)	
		EAPAD Gaëtan Brini (Mont-Dore)	
		Instance de coordination gérontologique	

4.5 Les participants à l'enquête

Zones de vie	Nombre de personnes interrogées						
	99 Patients	111 Aidants	166 Membres de la Société civile	72 Professionnels	Participants par zone de vie	Participants par province	Total des participants
Zone Urbaine Sud	52	14	32	38	**136**	**209**	**448**
Zone Rurale Sud	10	21	34	8	**73**		
Zone Urbaine Nord	4	20	7	5	**36**	**148**	
Zone Rurale Nord	26	28	42	16	**112**		
Zone Insulaire	7	28	51	5	**91**	**91**	

CHAPITRE 2

LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS EN NOUVELLE-CALEDONIE

Données générales

1 Données démographiques

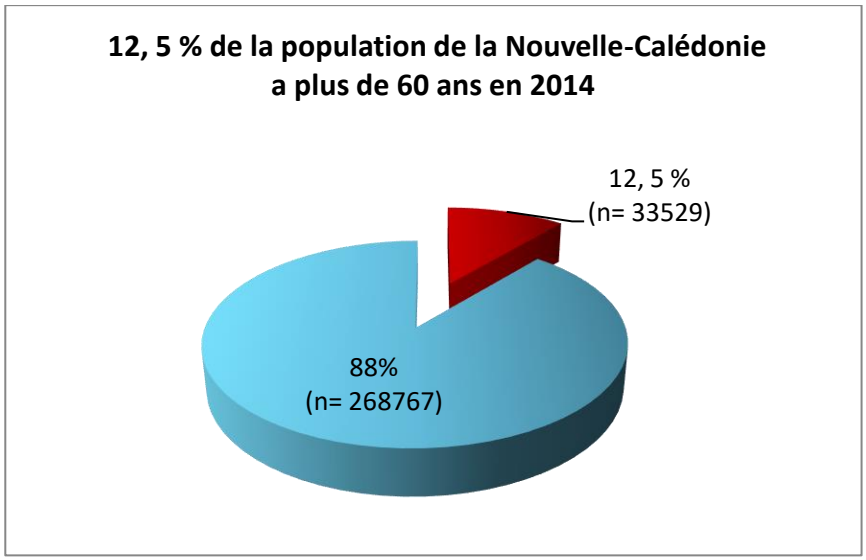
1.1 1 Néo-calédonien sur 8 a plus de 60 ans en 2014

1.1.1 12,5 % de la population ont de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie[7]

Recensement 2014	Total personnes de 60 ans et +	Population totale	Part des 60 ans et plus
Province Iles Loyauté	2308	18297	12,6%
Province Nord	5153	50487	10,2%
Province Sud	26068	199983	13,0%
Nouvelle-Calédonie	**33529**	**268767**	**12,5%**

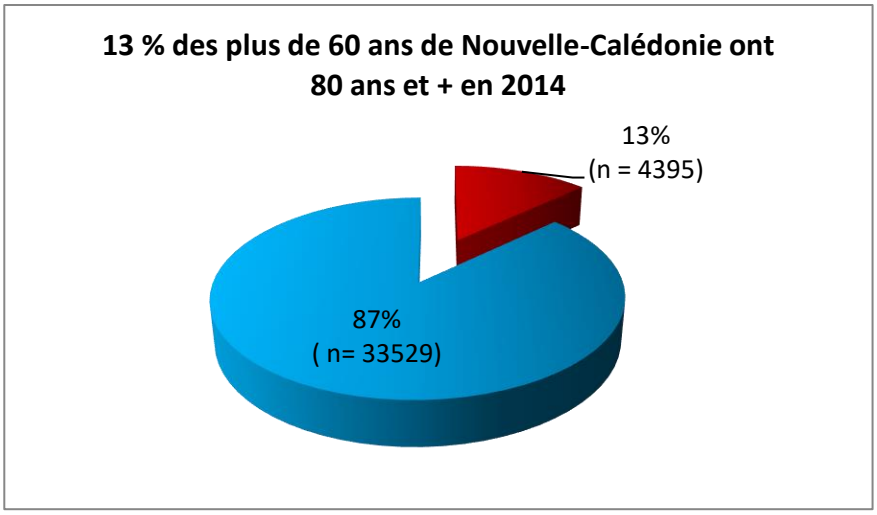
La part des personnes de 60 ans et plus est différente d'une île à l'autre : Maré : 13,1 % / Lifou et Ouvéa : 12,4 %.

En 2014, 33 529 personnes avaient plus de 60 ans, soit 12,5% de la population totale. Le chiffre a donc doublé par rapport au recensement de 1976.



La part des personnes âgées de **plus de 80 ans représente** 13% de la population totale des plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie, soit **4395 personnes**.

[7] Institut de la statistique et des Études Économiques, « *Statistiques séniors* » et « *ISEE Population + 60 ans par aire coutumière et zone de vie* », 2018.



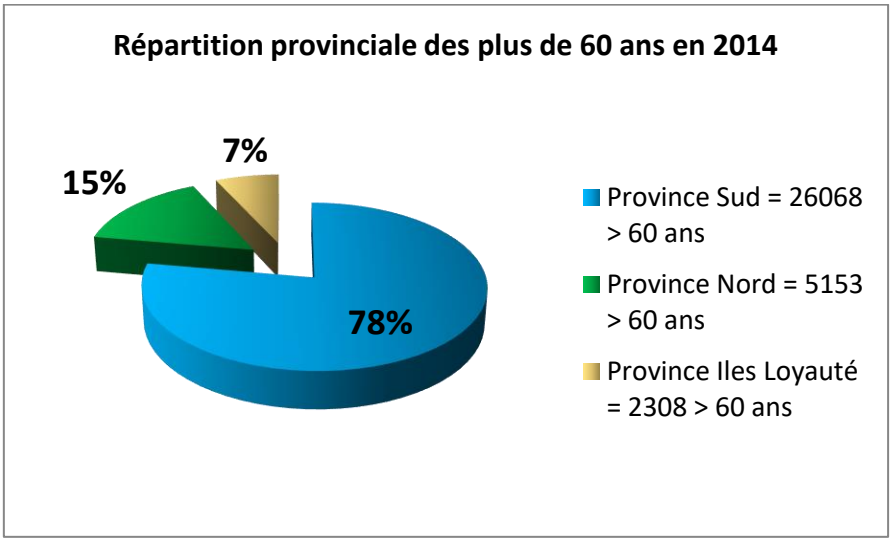
Au sein des provinces, la part des personnes de 60 ans et plus, diffère.

-La population totale de la province Sud était de 199 983 personnes lors du dernier recensement de 2014. Les 26 068 personnes de plus de 60 ans représentaient 13 % de la population.

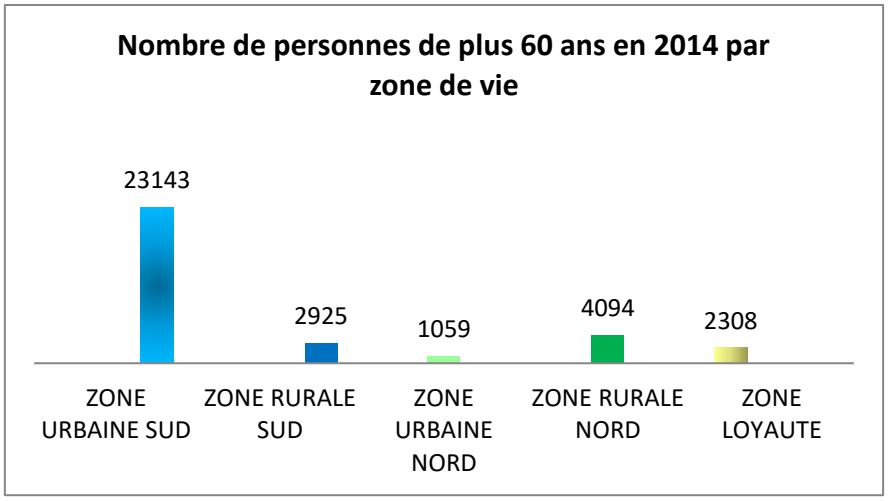
-La population totale de la province Nord était de 50 487 personnes lors du dernier recensement de 2014. Les 5 153 personnes de plus de 60 ans représentaient 10,2 % de la population.

-La population totale de la province des Iles Loyauté était de 18 297 personnes lors du dernier recensement. Les 2 308 personnes de plus de 60 ans représentaient 12,6 % de la population.

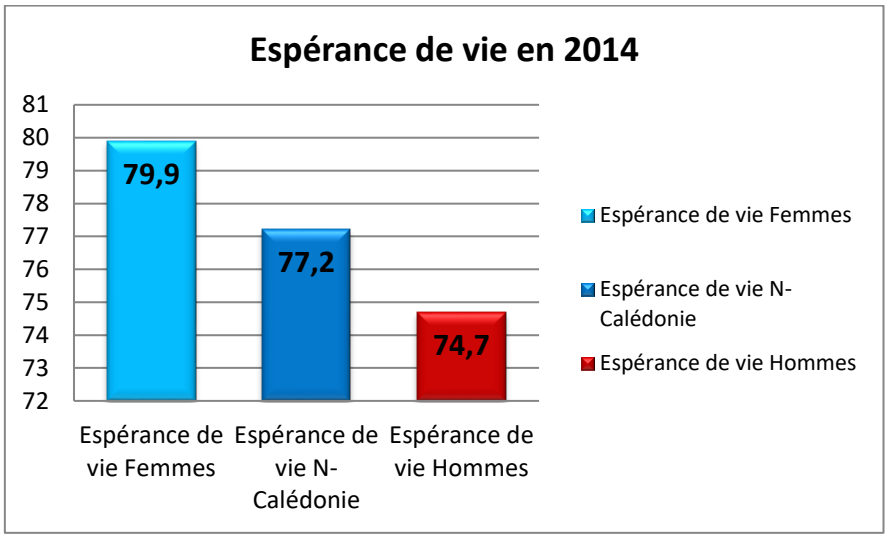
78 % de cette population des plus de 60 ans étaient situés en province Sud, 15 % en province Nord et 7 % en province des Iles Loyauté.



Au sein d'une même province, la part des personnes de 60 ans et plus, différait entre les « zones de vie » rurales et urbaines. 70 % des personnes de plus de 60 ans vivaient dans la zone urbaine Sud.



1.1.2 Les femmes vivant en province Sud ont l'espérance de vie la plus longue[8]



L'espérance de vie représente la durée de vie moyenne.[9]

L'espérance de vie des femmes reste supérieure à celle des hommes en Nouvelle-Calédonie mais aucune augmentation n'est observée depuis 2010. En 2010, les femmes avaient une espérance de vie de 80 ,7 ans et les hommes 74 ,4 ans.

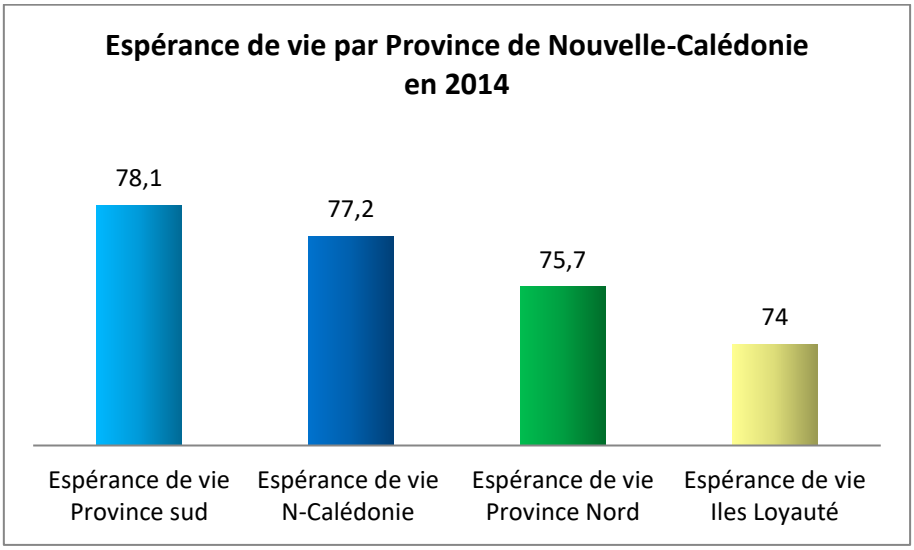
En 2014, l'espérance de vie de la Nouvelle-Calédonie est de 5,5 années de moins qu'en métropole qui est de 82,5 années.

1.1.3 L'espérance de vie est la plus longue dans la Province Sud[10]

Définition de l'espérance de vie : l'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge de 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

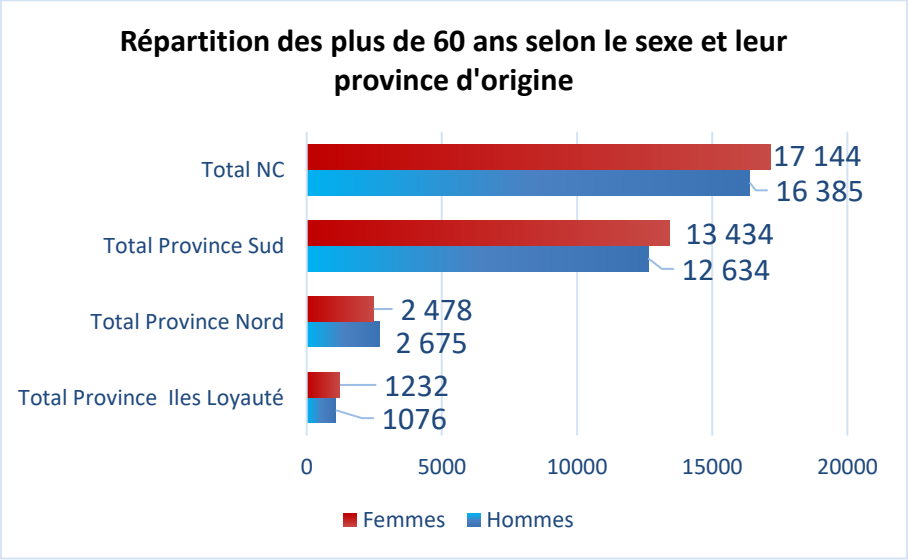
[8] ISEE, Etat civil.
[9] Définition de l'INSEE.
[10] ISEE, *op.cit.*

La différence d'espérance de vie varie pour l'année 2014 de plus de 4 ans d'une province à l'autre au profit de la Province Sud. L'espérance de vie la plus courte étant de 70,1 ans dans les Iles Loyauté pour les hommes et la plus longue de 80,8 ans pour les femmes en province Sud.



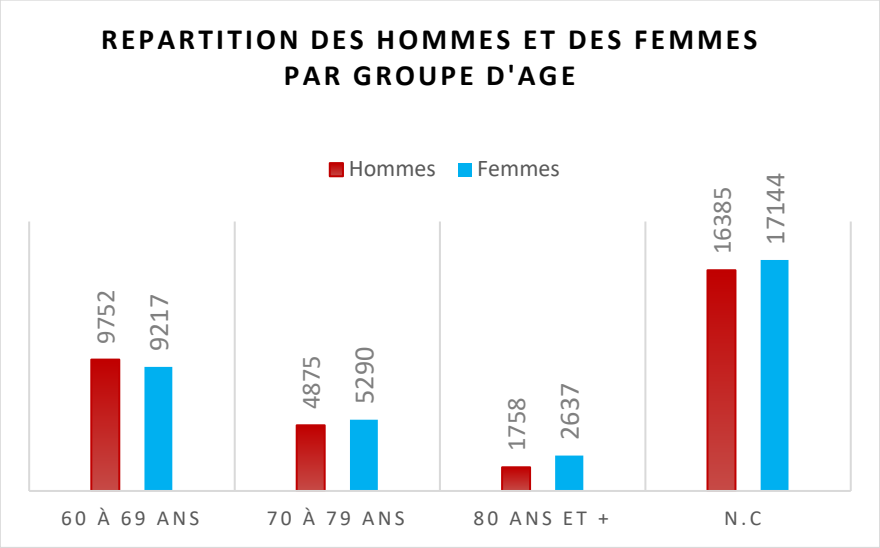
1.1.4 Répartition des femmes et des hommes de plus de 60 ans[11]

1.1.4.1 Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, sauf en Province Nord



[11] INSEE-ISEE, *Recensements de la population Nouvelle-Calédonie 2009 et 2014.*

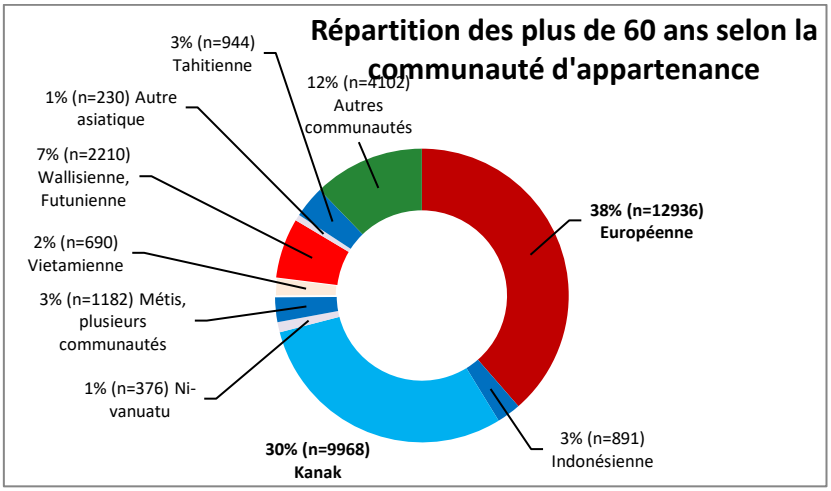
1.1.4.2 Au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes



1.1.5 Répartition des plus de 60 ans par communauté d'appartenance[12]

Deux caractéristiques

1.1.5.1 38 % des plus de 60 ans sont d'origine européenne, 30 % d'origine kanak et 32 % autres communautés

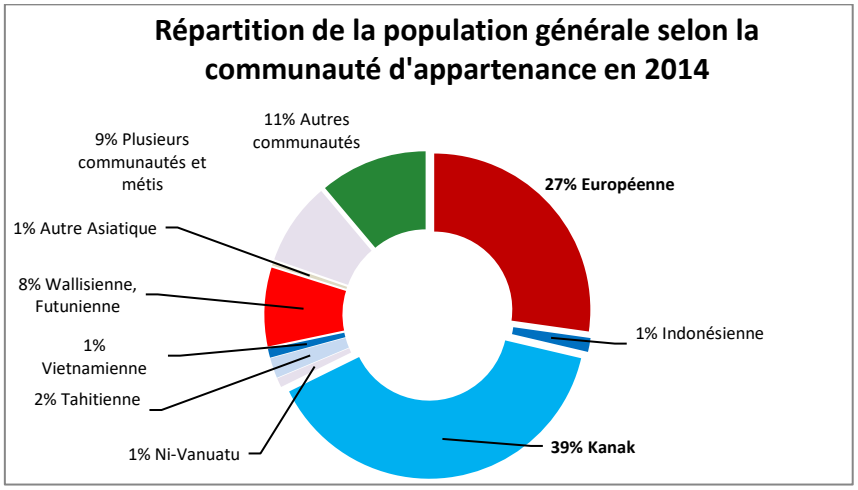


1.1.5.2 A l'échelle de la population générale, les ratios s'inversent : 39% des personnes se déclarent appartenir à la communauté Kanak et 27% à la communauté européenne

Alors que les personnes estimant appartenir à la communauté européenne sont majoritaires au-delà de 60 ans avec 38 %, elles ne le sont plus à l'échelle de la population générale avec 27 %. Les autres communautés sont à 34% avec la communauté d'appartenance wallisienne et futunienne peu touchées par cette évolution négative. Le pourcentage de cette population est de

[12] ISEE, *Statistiques séniors* » et *ISEE Population + 60 ans par aire coutumière et zone de vie*, 2018.

7 % pour les plus de 60 ans et de 8 % au sein de la population générale en 2014.[13] La communauté asiatique reste peu impactée par le vieillissement.



1.1.6 Autres indicateurs suggérés pour évaluer le vieillissement de la population des plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie

1.1.6.1 La Nouvelle-Calédonie amorce son vieillissement avec un indice de vieillissement plus élevé en Province Sud au sein de la zone urbaine Sud

L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement. Plus l'indice est élevé et plus le vieillissement est important. Cet indice renseigne de manière dynamique le nombre des plus âgés sur un territoire donné en le mettant en perspective avec celui des plus jeunes.

L'observatoire régional de la santé de l'Océan indien indique dans son rapport sur les personnes âgées à La Réunion de 2017, que cet indice est largement inférieur à celui de la France métropolitaine (figure suivante) :

Tableau 2- Evolution de l'indice de vieillissement (France métropolitaine / Réunion)

	Réunion	France métropolitaine
2003	19	65
2016	33	78
% d'évolution	74%	21%

Sources : Estimations de population 2016, recensement de la population 2003 INSEE
Exploitation : ORS OI
Champs : Population de France métropolitaine et DOM et de La Réunion en 2003 et estimations de 2016

« *Pour 100 jeunes de moins de 20 ans à La Réunion, il y a 33 personnes âgées de 65 ans et plus contre 78 en France entière en 2016. Quand les personnes âgées sont plus nombreuses que les jeunes, l'indice est fort. Quand les personnes jeunes sont plus nombreuses que les personnes âgées l'indice est faible.* »[14].

[13] INSEE-ISEE, *Recensement de la population Nouvelle-Calédonie*, 2014
[14] ORS Océan indien, *Les personnes âgées à La Réunion*, septembre 2017.

Il ne s'agit ni de comparer l'indice de vieillissement de la Nouvelle-Calédonie à celui de la France métropolitaine, ni à celui de La Réunion, même si cette île et la Nouvelle-Calédonie peuvent avoir des similitudes, mais de déterminer un indicateur simple reproductible en vue d'estimer de manière plus dynamique la démographie des plus de 65 ans sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie.

L'indice de vieillissement de la Nouvelle-Calédonie calculé à partir des données du recensement 2014 et du découpage par zones de vie est estimé à 27. La Province Sud est au-dessus de l'indice territorial à 29 avec un pic pour la zone urbaine sud à 30. Les indices de vieillissement des provinces Nord et Iles sont quasi-similaires mais très en-deçà de l'indice territorial, aux alentours de 20.

L'évolution de cet indice nous confirmera si le vieillissement s'accentue et progresse dans les provinces Nord et Iles Loyauté.

Indice vieillissement (IV) Recensement ISEE 2014	
ZONE RURALE NORD	16
ZONE URBAINE NORD	22
PROVINCE NORD	**20**
PROVINCE ILES	**22**
ZONE RURALE SUD	20
ZONE URBAINE SUD	30
PROVINCE SUD	**29**
NOUVELLE-CALEDONIE	**27**

Suggestion *: ce calcul pourrait être repris avec les données du prochain recensement de l'ISEE afin d'évaluer la dynamique démographique du vieillissement de la population néo-calédonienne par province et par zone de vie.*

1.1.6.2 Espérance de vie en bonne santé en Nouvelle-Calédonie : indicateur de richesse

L'allongement important de l'espérance de vie va de pair avec une part de plus en plus importante d'incapacité. Les travaux de Jean-Marie Robine[15] le confirment : les années supplémentaires gagnées sont des années d'incapacité. Les femmes en France métropolitaine continuent de vivre plus longtemps que les hommes mais avec une incapacité. Ainsi, on peut se demander quel indicateur retenir pour appréhender au mieux le vieillissement. **L'espérance de vie en bonne santé (EVBS) ou espérance de vie sans incapacité (EVSI) permettrait de nous renseigner sur la qualité des années d'espérance de vie gagnées**. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé souligne que « *le vieillissement en bonne santé représente bien plus que l'absence de maladie. Pour la plupart des personnes âgées, le maintien de leurs capacités fonctionnelles revêt la plus haute importance* »[16]

[15] Robine JM, Cambois E. Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015, *in Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2017, (16-17), pp. 294-300

[16] Organisation mondiale de la santé, *Le vieillissement et la santé*, février 2018.

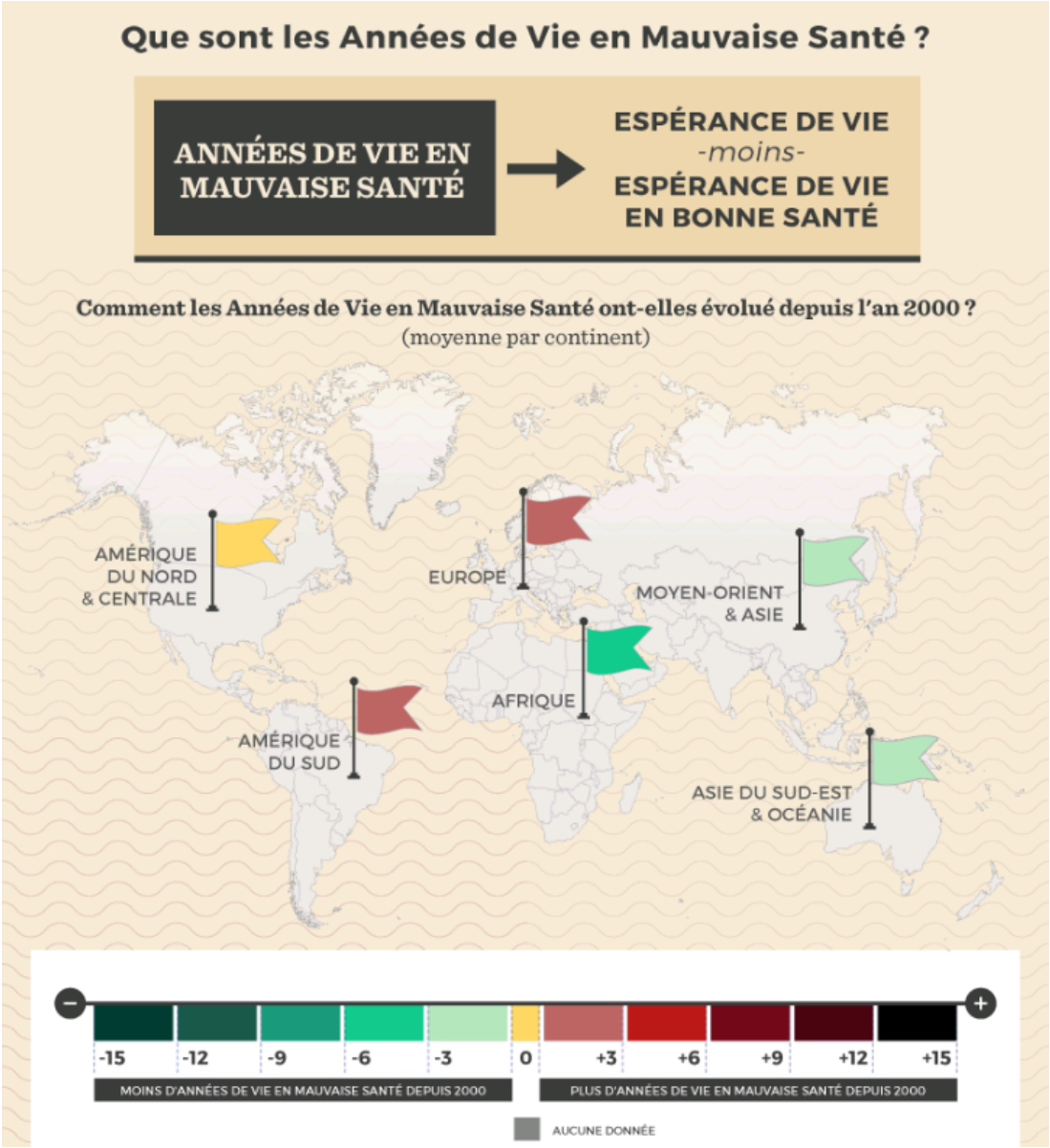
L'espérance de vie en bonne santé[17] est l'unité utilisée par l'OMS afin de mesurer le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en bonne santé, en tenant compte des facteurs économiques et sociaux ainsi que des taux de maladie et de handicap.

Alors que l'espérance de vie en bonne santé est seulement de 62,7 ans en France métropolitaine en 2016[18] ; ce qui la situe seulement au 11e rang des 28 pays membres de l'union européenne, quand est-il de celle de la Nouvelle-Calédonie et comment se situe-t-elle dans le Pacifique ?

A l'occasion de la journée mondiale de la santé qui s'est déroulée le 7 avril 2019, l'OMS a présenté ces travaux indiquant que nous vivons plus longtemps sans toutefois vivre plus sainement

L'espérance de vie en bonne santé : synonyme de qualité de vie et de richesse d'un pays

[17] *Health Adjusted Life Expectancy* ou HALE.
[18] Eurohex, méthode EHEMU appliquée aux données de l'enquête européenne *European Union- Statistics on Income and Living Conditions* (UE-SILC).



(Source : *World Health Organisation*, 2016)

1.1.6.3 Fragilité : pour une évaluation plus globale du « Bien vieillir », au cœur de la prévention ?

Le vieillissement est un processus normal de la vie et n'est pas une maladie.

Plusieurs types de vieillissement sont décrits :

- vieillissement réussi où les sujets âgés ont un vieillissement physiologique sans maladie associée. Cela correspond à de la prévention primaire ;
- vieillissement usuel ou avec des comorbidités : les sujets âgés ont des maladies associées compensées avec une préservation de leur autonomie. Des actions en prévention secondaire peuvent être mises en place pour repérer une éventuelle fragilité ;

- vieillissement pathologique avec des comorbidités invalidantes : les maladies ne sont plus compensées avec une perte de l'autonomie et des capacités fonctionnelles. L'espérance de vie

est réduite. Souvent un recours aux services de soins et la pluridisciplinarité des acteurs interviennent. Selon l'avancée des maladies et l'incapacité, les sujets âgés entrent progressivement dans la dépendance.
Le concept de fragilité est un concept gériatrique multidimensionnel regroupant plusieurs symptômes de la personne âgée en vue de prévenir la dépendance. La fragilité est un processus réversible si des actions correctrices précoces sont mises en place. Le cas échéant, la personne âgée rentre progressivement dans la dépendance qui est irréversible.

Plusieurs domaines pour repérer la fragilité en soins ambulatoires[19] sont explorés comme :

- une perte de poids récente,
- une fatigue récente,
- une vitesse de marche ralentie,
- des difficultés pour se déplacer avec la notion de chute antérieure,
- l'isolement sociogéographique ou le sentiment de solitude,
- des oublis ou une perte de mémoire.

Une enquête[20] chez les sujets de 65 ans et plus a été réalisée par le docteur Joanna READ sur quatre tribus de Lifou en 2016 dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Sur un échantillon de 100 personnes, 41% répondent aux critères de fragilité (au moins 3 critères), 50% sont pré-fragiles (1 à 2 critères) et 9% sont robustes (aucun critère).

Joanna READ a comparé dans sa thèse ces données avec celle du centre hospitalier universitaire de Toulouse : la population fragile est de 54,5%, les pré-fragiles à 39,1% et les robustes à 6,4%.

Fragile (> 3 critères)		**Pré-fragile (1-2 critères)**		**Robuste (Aucun critère)**	
Lifou	Toulouse	Lifou	Toulouse	Lifou	Toulouse
41%	54,5%	50%	39,1%	9%	6,4%

Suggestion : *une enquête de plus grande ampleur serait pertinente afin de confirmer la population fragile en Nouvelle-Calédonie en vue de mettre en place des actions de prévention.*

[19] Haute autorité de santé, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?* , juin 2013.
[20] READ, Joanna, *Evaluation de la prévalence de la fragilité sur les personnes âgées de plus de 65 ans en milieu tribal sur l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie*, thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université de droit et de la santé de Lille 2, 113 p. et annexes.

1.2 Une population vieillissante multipliée par 4 depuis 40 ans

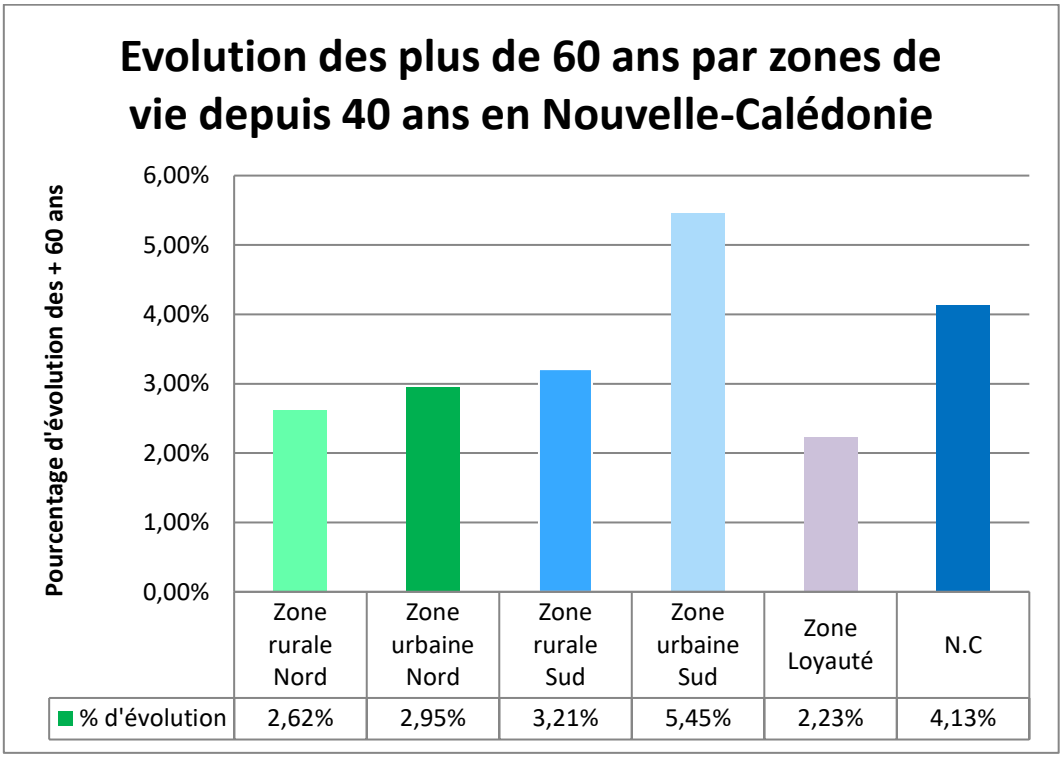
1.2.1 La population âgée de plus de 60 ans est passée de 6% à 12,5 % en 40 ans[21]

En 1976, la population des plus de 60 ans correspond à 6,1 % de la population générale, 6,2 % en 1983, puis 6,9 % en 1989 et 7,5 % en 1996.

On observe à partir de 1996 une accélération de cette évolution. **Alors que les plus de 60 ans correspondaient à 6,1 % en 1976 et à 7,5 % en 1996 de la population générale, ils sont à présent 12,5 % en 2014, soit 4 fois plus en 40 ans.**

1.2.2 Cette évolution des personnes de plus de 60 ans est plus marquée dans la zone urbaine sud

Si l'on évalue la progression du vieillissement par zone de vie, on observe une multiplication par 5,5 de la population des plus de 60 ans sur la zone urbaine sud, alors qu'elle est en moyenne 2,7 fois plus importante sur le reste de la Nouvelle-Calédonie.



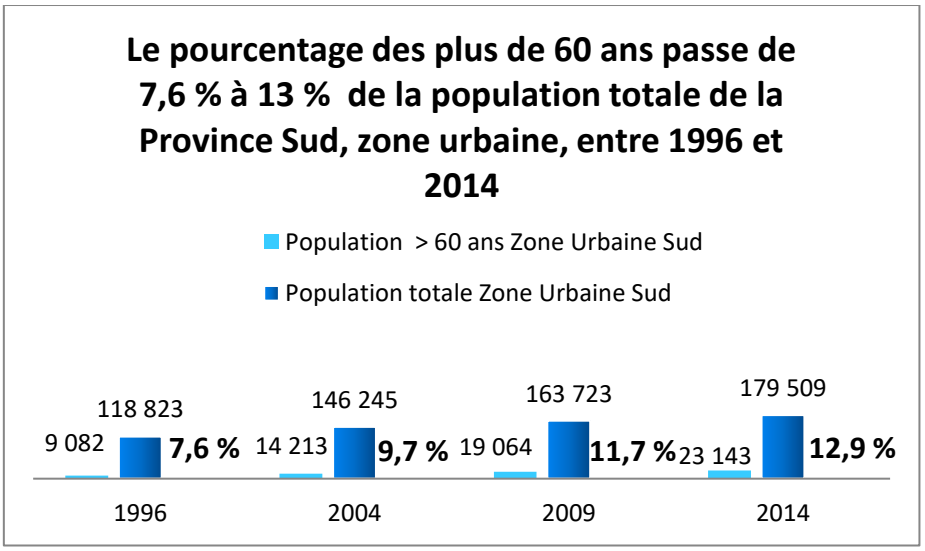
1.2.3 La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans au sein de la population générale reste malgré tout à peu près équivalente au sein de chacune des provinces depuis 18 ans

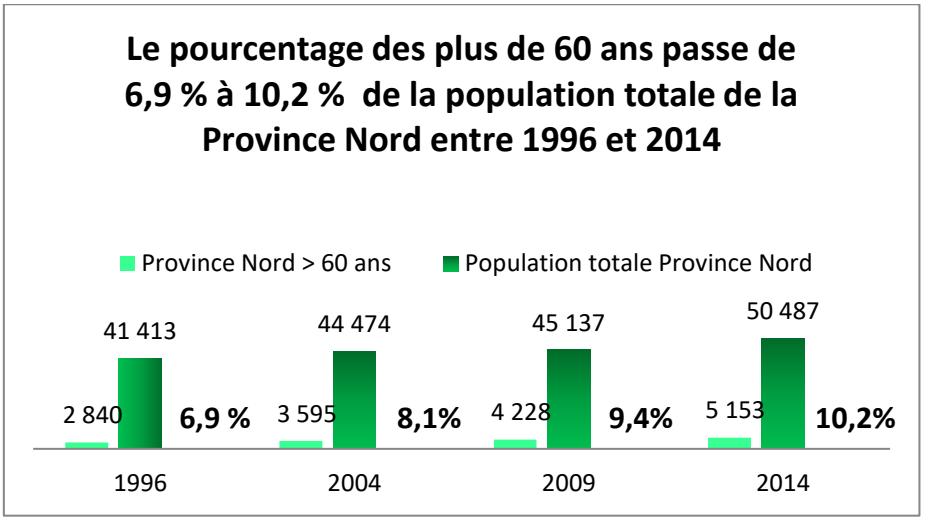
Alors que l'évolution des plus de 60 ans s'est multipliée au sein de chaque province en 40 ans, la proportion provinciale des plus de 60 ans par rapport à la population générale reste équivalente :

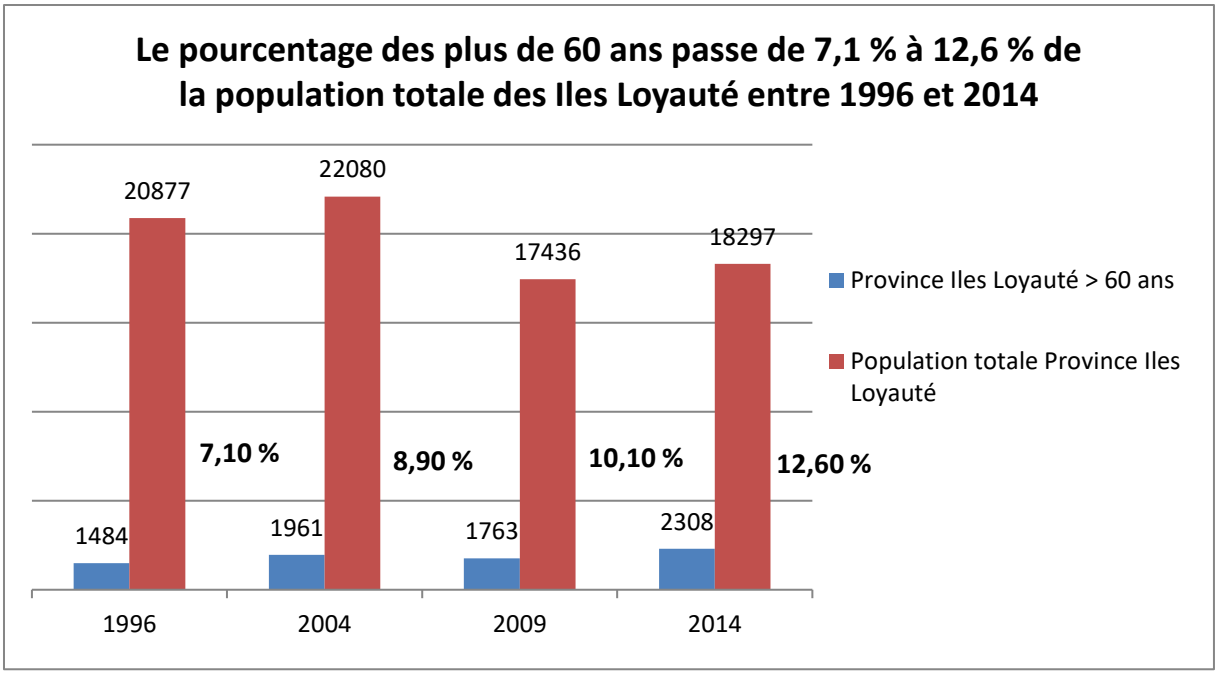
- 7,8 % à 13 % pour la province Sud,
- 6,9 % à 10,2 % pour la province Nord,

[21] ISEE, *Recensement de la population*, 2014.

- 7,1 % à 12,6 % pour la province des Iles Loyauté.





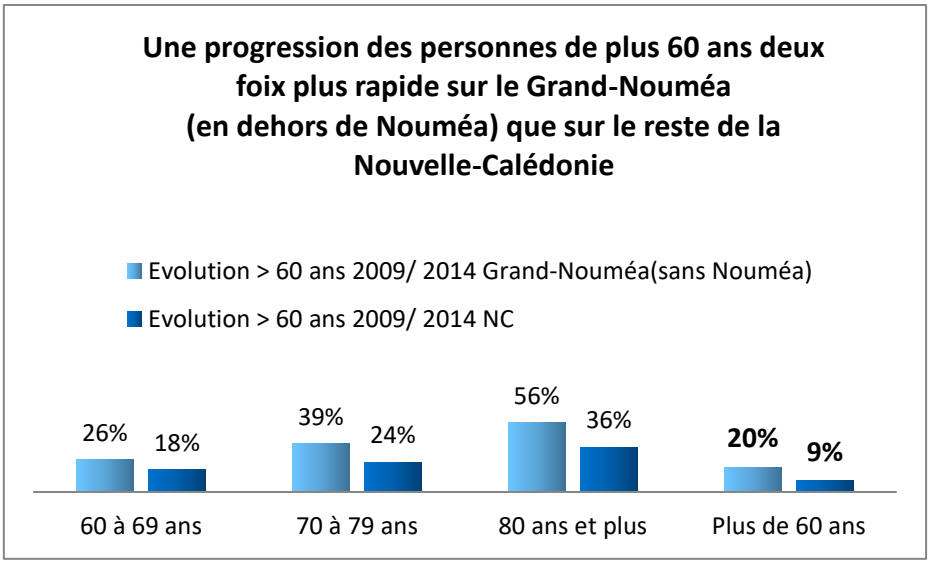


1.2.4 Quelques communes de la zone urbaine Sud sont particulièrement touchées par le vieillissement de sa population entre 2009 et 2014

L'analyse de l'évolution de la population des personnes âgées de plus de 60 ans entre 2009 et 2014 démontre que la situation des communes du Grand-Nouméa, en dehors de celle de Nouméa, est totalement originale au sein de la Nouvelle-Calédonie.

En effet, entre 2009 et 2014, les communes de **Dumbéa, Païta et Mont-Dore** ont vu le nombre de leurs personnes âgées de plus de 60 ans croître deux fois plus vite que celui de l'ensemble des communes de la Nouvelle-Calédonie.[22] On peut supposer que cette situation est liée d'une part, à l'hébergement des personnes de plus de 60 ans dans leur famille, qui souhaitent être plus proches des centres de soins, d'autre part, au développement récent de structures d'accueil sur le grand Nouméa.

[22] Compas, *Diagnostic territorial. Les quartiers de Nouméa. Analyse des besoins sociaux*, 2016.

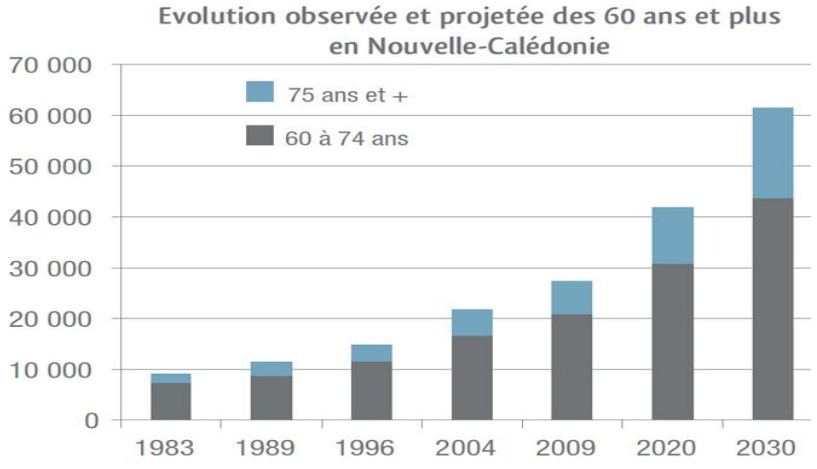


1.3 Les projections démographiques : 1 Néo-calédonien sur 5 aura plus de 60 ans en 2030, soit 34 000 personnes

1.3.1 En 2030, l'effectif des personnes âgées de plus de 60 ans aura triplé

Les projections de l'ISEE confirment cette tendance :

« *L'allongement de l'espérance de vie est en grande partie à l'origine du vieillissement de la population. Elle s'établit désormais à 79 ans, soit 4 années supplémentaires entre 1999 et 2012. Selon les projections de l'ISEE, ce mouvement va encore s'accélérer. Les seniors représenteront 10% de la population totale en 2020 et 14% en 2030, soit 34 000 individus dont 8 000 seront âgés de 80 ans et plus.* »[23]



En 2030, selon les projections de l'ISEE un habitant sur 5 en Nouvelle-Calédonie serait âgé de plus de 60 ans et la population des plus de 80 ans aurait triplé.[24] Les plus de 80 ans

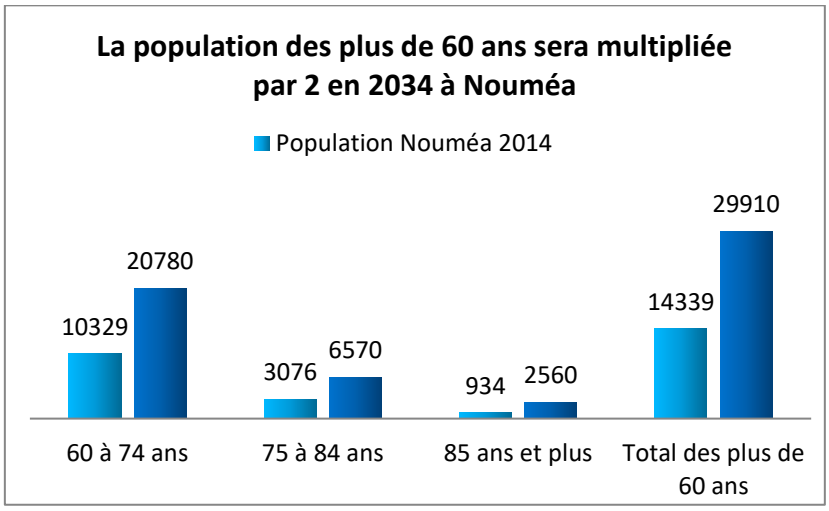
[23] ISEE, *Synthèse*, novembre 2013

[24] Broustet, D., *Projections de population pour la Nouvelle-Calédonie à l'horizon 2030 : une évolution entre croissance et vieillissement »*, ISEE Nouvelle-Calédonie, 2018.

représenteraient environ un quart de la population des plus de 60 ans (soit 8000 personnes de plus de 80 ans sur 34 000 personnes de plus de 60 ans).

1.4 2 fois plus de personnes de 60 ans pour la seule commune de Nouméa en 2034

Les projections réalisées sur la base des données du recensement de l'année 2014 par l'ISEE estiment que les personnes âgées de plus de 60 ans vont doubler sur la seule commune de Nouméa en 2034.[25]



En 2016, la commune de Nouméa avait réalisé une enquête permettant l'analyse des besoins sociaux à venir compte-tenu de l'évolution de cette tranche de sa population : « *Va alors se poser la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, le potentiel de personnes aidantes va diminuer. La ville aura donc comme nécessité de répondre aux besoins de ses populations qui auront moins d'aidants familiaux disponibles que les personnes âgées d'aujourd'hui. L'aide professionnelle devra donc se substituer de plus en plus à l'aide familiale ou trouver des solutions alternatives comme des logements adaptés au vieillissement ou au service de maintien à domicile (logement domotique)* ».[26]

Globalement, on observe que la population de plus de soixante ans croit bien plus rapidement dans les régions du monde les moins développées économiquement que dans les régions plus développées.

Par conséquent, dans un avenir proche, les personnes âgées seront de plus en plus concentrées dans ces régions les moins développées et en 2050, presque 8 personnes sur 10 y vivront.[27] Cette remarque vaut particulièrement pour la région Asie-Pacifique qui englobe à la fois des pays riches dont la population est déjà vieillissante, comme le Japon, et des pays parmi les plus pauvres du monde comme la Papouasie Nouvelle-Guinée.[28]

[25] ISEE, RP et estimations Compas, *Analyse des besoins sociaux*, CCAS Nouméa, 2016.
[26] ISEE, *op. cit.*
[27] *World Population Ageing*, ST/ESA/SER.A/348, 2013.
[28] Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Ageing in Asia and the Pacific, *in https://mipaa.unescapsdd.org/files/documents/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheet%20Overview.pdf*

Synthèse
La population des plus de 60 ans représentait en 2014 (dernier recensement) 1 personne sur 8 (12,6%) en Nouvelle-Calédonie (33529) avec des variations selon les Provinces : -13% au sud (26068), dans les îles Loyauté (2308) et 10,2 % au nord (5153). -70% des plus de 60 ans vivent en Province Sud. -4395 personnes ont plus de 80 ans, en situation de présenter plus de besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne La population des plus de 60 ans a été multipliée par 4 en 40 ans sur l'ensemble du territoire, et par plus de 5 en Province Sud. A Dumbéa, Paita et Mont-Dore, la population des 60 ans et plus a augmenté 2 fois plus vite
Les femmes sont plus nombreuses que les hommes (+ 1000 personnes) et leur espérance de vie est plus longue de 5 ans. L'écart est plus marqué dans la Province Sud. L'espérance de vie des hommes et des femmes des îles Loyauté est inférieure de 4 ans à celle de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.
En projection 2030, les plus de 60 ans atteindraient 34000, soit un sur cinq dont 8000 de plus de 80 ans (un doublement).
Les plus de 60 ans se réclament à 38% Européens, 30% Kanak et 30% d'autres communautés. A l'échelle de la NC, les proportions sont différentes : 27% Européens, 39% Kanak.

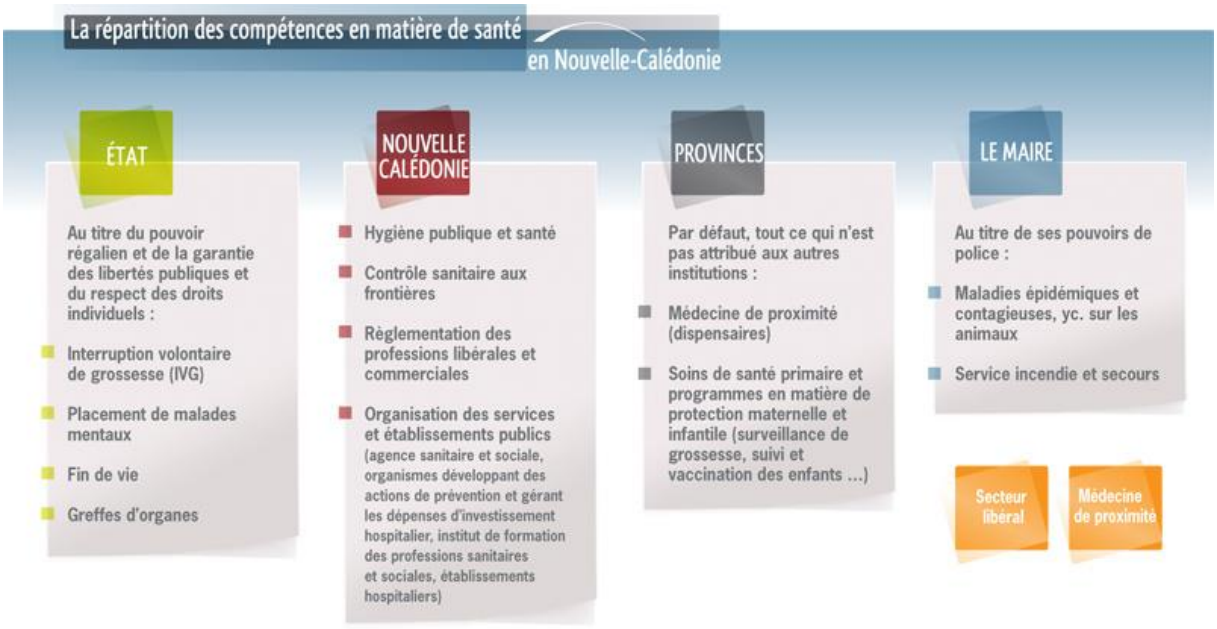
2 Gouvernance et acteurs interagissant autour de la personne âgée : une superposition d'institutions bien dotées mais peu de coordination et de mutualisation

2.1 Multiplicité des acteurs intervenants autour de la personne âgée

Institutions	Secteurs d'interventions et acteurs					
	Santé-Prévention	Protection sociale	Social et aides sociales	Habitat-Logement	Transports	Vie sociale et communautaire
Nouvelle-Calédonie DASS NC Agence sanitaire et sociale NC	Schéma Do Kamo Schéma du Handicap Etablissements de santé	CAFAT	CHD -CHRD Minimum vieillesse – loi de pays		Transports sanitaires Réseau interurbain RAI	
	Programmes prévention					
Provinces DPAS Sud DACAS Iles DASSPS Nord	CMS et dispensaires	AMG	CMS (aides sociales, minimum vieillesse) Aides au logement Instance de coordination gérontologique (Province Sud)	Aides à l'habitat (TEASOA, direction du logement)	Tanéo, (grand Nouméa)	Soutien financier aux associations d'aides aux personnes âgées et de maintien à domicile
Communes			CCAS (aides alimentaires, eau, électricité, etc.)		CCAS Réseau Bus Taxis Navettes	Loisirs - Vie sociale - Aidants
Professionnels libéraux de santé	Médecins Paramédicaux Pharmaciens				Ambulances VSL	
Associations			Associations caritatives			Associations d'aides aux personnes âgées – loisirs et autres
Caisses de retraite Mutuelles Autres	CAFAT, mutuelle des fonctionnaires, mutuelle de la SLN	CAFAT CLR Mutuelles Humanis AG2R		FSH SIC SEM Agglo		

2.2 Les champs de compétences des institutions en matière de santé, d'actions sociales et de protection sociale

Le partage compétences en matière de santé[29]



La mise en place des provinces Sud, Nord et Iles le 14 juillet 1989 fait suite à la signature des accords de Matignon le 26 juin 1988.
En 1989, le Congrès de la Nouvelle-Calédonie vote la délibération cadre n° 49 du 28 décembre relative à l'aide médicale et aux aides sociales. Cette délibération fixe le cadre réglementaire applicable à l'ensemble de la population du territoire en matière :

- d'aide médicale,
- d'aide aux personnes âgées,
- d'aide aux enfants assistés et secourus,
- d'aide aux handicapés.

Elle fixe notamment un cadre général minimum sur les critères d'admission et les prestations allouées aux usagers, bénéficiaires de ces aides.

En 1990, année du transfert total des compétences aux provinces, chacune des trois provinces Sud, Nord et Iles vote son cadre réglementaire en application de la délibération cadre du Congrès n° 49 du 28/12/89.

- ➲ En province Sud est votée la délibération n°12-90/APS le 24 janvier 1990,
- ➲ En province Nord est votée la délibération n°102-90/APN le 26 février 1990,
- ➲ En province Iles est votée la délibération n° 16/API le 31 janvier 1990.

Par la suite, la Nouvelle-Calédonie s'est dotée d'institutions qui lui sont propres, définies par l'accord de Nouméa du 8 novembre 1998. Ainsi, l'organisation institutionnelle actuelle et la répartition des compétences entre les institutions sont issues de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999. Celle-ci répartit les compétences entre l'Etat, la Nouvelle-Calédonie, les 3 provinces et les 33 communes du territoire.

[29] ISEE-NC.

Cependant, le partage des compétences entre institutions a entraîné une superposition d'interventions et d'actions avec une multiplicité d'acteurs.

Institutions	Missions	Acteurs	Actions
Etat	- Accompagnement financier par voie contractuelle ou conventionnelle	Subdivisions administratives : provinces Sud, Province Nord et Province Iles Loyauté	- Contrat de développement - Contrat d'agglomération - Contrat local de sécurité
Nouvelle-Calédonie	Compétences en - Santé publique - Protection sociale - Hygiène publique - Prévention Recherche et développement en santé - Financement de la santé et de la protection sociale	- Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie - CAFAT - Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie - Centres hospitaliers publics - Institut de Formation des professions sanitaires et sociales	- Plan de Santé Do Kamo - CRHD - CHD
Province Sud	- Actions de prévention - Aides sociales légales et extralégales - Gestion du réseau de centres médico-sociaux (CMS) de leur territoire	**Direction provinciale des affaires sanitaires et sociales :** - Service de l'aide médicale et des aides sociales (SAMAS) - Service d'action sociale : accompagne les personnes en difficulté, notamment les personnes âgées et les personnes porteuses d'un handicap - Service des personnes âgées et des personnes handicapées	- Schéma des personnes âgées via l'observatoire de l'action sociale - **Pôle de coordination gérontologique** - Soutien financier aux associations œuvrant dans le maintien à domicile, l'aide aux personnes âgées, l'habitat - **Aide médicale** - **Gestion du minimum vieillesse** et aides sociales diverses (eau, électricité...)
Province Nord	- Actions de prévention - Aides sociales légales et extralégales - Gestion du réseau de centres médico-sociaux de leur territoire (CMS)	**Direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société** : - Services de l'action sociale - Réseau de services de soins via les dispensaires	- Soutien financier aux associations œuvrant dans le maintien à domicile, l'aide aux personnes âgées, l'habitat - **Aide médicale** **- Gestion du minimum vieillesse**
Province Iles		**Direction provinciale de l'action communautaire et de l'action sanitaire :** - Service de l'action communautaire - Service de l'action sanitaire	
Communes	- Possibilité est donnée aux communes du territoire de créer un CCAS	**Centre communale d'action sociale**	- Aides financières facultatives (délibération adoptée par son conseil d'administration) - Soutien financier aux associations œuvrant en faveur des personnes âgées - Actions de prévention et de lutte contre le vieillissement

2.3 D'autres acteurs intervenant au service de la santé des personnes de plus de 60 ans

2.3.1 Le conseil économique, social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie

Conformément aux dispositions de la loi organique, le conseil économique, social et environnemental est une institution consultative de la Nouvelle-Calédonie qui assure la représentation des forces vives Néo-calédoniennes dans toute sa pluralité. Il est consulté sur les projets et propositions de loi du pays et de délibérations du congrès à caractère économique, social et environnemental. De sa propre initiative, le CESE peut s'autosaisir de tout sujet portant sur le développement et mener des études et en ce sens, elle s'est intéressée au sort des personnes âgées.

2.3.2 Le Groupement d'Intérêt Public « Handicap, dépendance et bien vieillir »

Initiée par la Nouvelle-Calédonie, la création du GIP Union Pour le Handicap le 8 mars 2009, a trouvé sa genèse dans la mise en œuvre opérationnelle du dispositif handicap et dépendance créé par les lois du pays de janvier 2009.

En effet, il est apparu que la diversité des organismes chargés de l'accompagnement de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie nécessitait la mise en place d'une démarche forte de pilotage de ce type d'activité afin d'harmoniser la qualité des prestations rendues auprès du public à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Ainsi, le GIP regroupe à ce jour des collectivités publiques, Nouvelle-Calédonie et les 3 provinces, mais aussi des organismes publics institut de formation des professions sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie et des organismes privés (associations œuvrant dans le domaine). Les centres communaux d'action sociale des communes de Nouvelle-Calédonie ont la possibilité d'y adhérer au titre d'interlocuteur privilégié et de proximité des bénéficiaires d'aides.

Les missions principales confiées au GIP UHP sont :

- une participation active à la réflexion en matière de handicap et de perte d'autonomie ;
- une harmonisation de la prise en charge à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie pour développer des formations, faciliter l'accès aux formations pour les personnels, instaurer une démarche qualité et développer une approche commune ;
- le développement et l'augmentation des possibilités d'intervention (par exemple pour les activités de loisirs, périscolaires ou l'accompagnement à domicile H24 afin d'améliorer l'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Synthèse

Les acteurs interagissant autour du sénior sont nombreux et couvrent des compétences relatives à :

- la santé et la prévention
- la protection sociale
- les aides sociales
- l'habitat
- le transport
- la vie sociale.

Plusieurs acteurs interviennent sur une même compétence, avec des missions différentes : Etat, NC, provinces, communes
S'y ajoutent des acteurs de la société civile, du secteur associatif, qui semblent venir combler les manques ou encore réduire les dysfonctionnements dus au « millefeuille » existant.

3 Silver-Economie : changer de regard sur le vieillissement et la santé

Une analyse réalisée récemment par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), fondée sur des données issues d'enquêtes au niveau mondial et portant sur 83 034 adultes, dans 57 pays, a démontré que les séniors suscitaient un respect relatif. Ainsi, 60% des personnes interrogées ont indiqué que les séniors étaient peu considérées ; ce type de réponse étant plus probable dans les pays à revenu élevé.
Les stéréotypes et la discrimination à l'égard de personnes ou de groupes de population sur la base de leur âge sont appelés « âgisme ». Contrairement à d'autres formes de discrimination, dont le sexisme et le racisme, l'âgisme reste à ce jour, encore socialement acceptable et fortement institutionnalisé. Il passe largement inaperçu et il n'est pas voire peu dénoncé. L'âgisme limite les questions posées et la manière dont les problèmes sont conceptualisés.[30]
A ce titre, la vieillesse demeure souvent envisagée sous le seul angle d'un coût généré pour la société (augmentation des dépenses de santé, dépendance, etc.), mais on n'aborde que rarement la richesse générée par le vieillissement de la population en termes d'employabilité par exemple.

« *Prédire les futurs coûts de la santé en se basant sur la pyramide des âges est discutable* […] *le vieillissement de la population a beaucoup moins d'influence sur les dépenses de santé que de nombreux autres facteurs* », souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[31].

Ainsi, *« aux Etats-Unis entre 1940 et 1990 (qui correspond à une période de vieillissement de la population beaucoup plus rapide que ce qui a prévalu depuis), le vieillissement semble avoir contribué à hauteur de 2% environ de l'augmentation des dépenses de santé, alors que les changements liés à la technologie ont été responsables de 38 à 65 % de l'augmentation ».*[32]

Dès lors, les personnes âgées sont : « *à la fois des bénéficiaires et des dispensateurs de soins. Non seulement elles s'occupent de leurs petits-enfants et de leurs propres enfants, mais de nombreuses personnes âgées s'occupent aussi d'autres membres de la famille, en particulier de leur conjoint et parfois de leurs propres parents, souvent très âgés. En fait, de nombreuses personnes âgées parmi les plus jeunes soignent les plus âgées* ».[33]

Les plus de 60 ans continuent à avoir des activités non rémunérées qui ne sont ni quantifiées ni quantifiables et contribuent à produire de la richesse au sens strict du terme.

Les données de la CAFAT indiquent que plus de 7 % des personnes âgées de 60 ans à 79 ans continuent à travailler sous les statuts de salariés ou de travailleurs indépendants en 2017 (1796

[30] Alana Officer, Mira Leonie Schneiders, Diane Wu, Paul Nash, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan & John R Beard, Personnes âgées: il est temps d'engager une campagne mondiale pour lutter contre l'âgisme, in *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2016, volume n° 94, p. 710.
[31] OMS, *Le vieillissement et la santé*, février 2018.
[32] Kingsley, David, E., *Aging and health care costs : narrative versus reality. Poverty Public Policy*, 2015, volume n°7 (1), pp. 3-21
[33] OMS, *Programme Vieillissement et santé : Transcender les mythes*, 1999.

salariés soit 4,2% des plus de 60 ans + 1363 travailleurs indépendants soit 3,2% des plus de 60 ans).[34]

C'est la raison pour laquelle, parler d'économie des séniors ou de la Silver-Economie en envisageant la richesse du seul point de vue économique reste, à bien des égards, réducteur. L'évoquer pour la Nouvelle-Calédonie permet d'amorcer ce changement de paradigme souhaité sur la vieillesse.

Approcher ce secteur d'activité c'est donc évaluer à la fois :

- le « marché du grand âge » c'est-à-dire tous les services à la personne ainsi que les activités économiques produites par l'accompagnement de cette population (matériel médicalisé, système de télésurveillance, etc.),

- ainsi que le « marché des séniors », c'est-à-dire ce que les personnes de plus de 60 ans elles-mêmes consomment comme biens et services avec leur pouvoir d'achat.

Le phénomène du vieillissement des populations que l'on retrouve à l'échelle mondiale, est une réelle opportunité porteuse de croissance économique et d'emplois. Une première esquisse de cette économie des séniors sera évoquée ici à partir des informations recueillies durant l'enquête.

3.1 Demain 1 recrutement sur 6 dans le secteur de la santé en Nouvelle-Calédonie

Répartition des projets de recrutement par secteurs d'activité

Secteurs d'activité [NAF Niv1]	Nombre	%
Hébergement et restauration	278	19%
Santé humaine et action sociale	270	19%
Commerce, réparation d'auto. et de moto.	189	13%
Transports et entreposage	125	9%
Construction	124	9%
Industrie manufacturière	79	6%
Activités spécialisées, S&T	57	4%
Autres activités de services	50	4%
Industries extractives	45	3%
Activités de services admin. et de soutien	40	3%
Agriculture, sylviculture et pêche	38	3%
Enseignement	29	2%
Arts, spectacles et activités récréatives	27	2%
Administration publique	18	1%
Information et communication	16	1%
Production et distribution d'électricité	14	1%
Activités immobilières	12	1%
Production et distribution d'eau	10	1%
Activités financières et d'assurance	7	0%
Ensemble [Projets de recrutement]	1 428	100%

L'étude prospective emploi-formation 2017, réalisée tous les deux ans par la direction de la formation professionnelle continue de la Nouvelle-Calédonie annonce : « *des prévisions d'embauche élevées dans les trois secteurs de l'hébergement-restauration, de la santé et de l'action sociale* ».[35]

« *Les entreprises des secteurs de l'hébergement-restauration, de la santé et de l'action sociale ainsi que du commerce prévoient d'embaucher le plus de personnes dans les années à venir (51 % du volume total des embauches* ». **Les services d'aide à la personne représentent en 2017, 18 % des salariés de Nouvelle-Calédonie.**

[34] CAFAT, *Bénéficiaires RUAMM de plus de 60 ans 2010/2014/2017*, Nouméa, 2017.
[35] IDCNC, *Etude prospective emploi-formation 2017 : principaux résultats*, octobre 2018.

Les besoins en professionnels du secteur de la santé humaine et de l'action sociale représentent près de 20 % des projets de recrutement sur le territoire.

Face à ces besoins croissants de professionnels dédiés, le certificat de spécialisation « aide gérontologique », du diplôme d'accompagnateur-accompagnatrice d'autonomie de la personne » ont été créés par la Nouvelle-Calédonie en 2015.[36]

Répartition des projets de recrutement par grands domaines

Grands domaines professionnels [ROME]	Nombre	%
Hôtellerie-restauration	312	22%
Santé	227	16%
Transport-logistique	148	10%
Construction, BTP	141	10%
Commerce, vente	137	10%
Support à l'entreprise	127	9%
Services à la personne	106	7%
Installation et maintenance	101	7%
Agriculture et pêche	52	4%
Industrie	51	4%
Banque, assurance, immobilier	12	1%
Communication, multimédia	11	1%
Spectacle	2	0%
Arts, façonnage ouvrages d'art	1	0%
Ensemble [Projets de recrutement]	1 428	100%

A ce jour, aucun aide-gérontologique n'est formé car cette formation n'était ouverte qu'aux demandeurs d'emplois.

3.2 Les formations des secteurs sanitaire, social et médico-social en Nouvelle-Calédonie

Les formations des professionnels travaillant dans le secteur social ou médico-social en Nouvelle-Calédonie sont de deux ordres et relèvent soit :

- de formations initiales et diplômantes proposées en établissements scolaires ou établissements publics de formation tels que l'institut de formation des professions sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie
- de formations professionnelles continues, qualifiantes et/ou diplômantes dont le financement peut être assuré soit par le gouvernement via la direction de la formation professionnelle continue de Nouvelle-Calédonie, soit par les provinces via leurs directions concernées par l'emploi et la formation.

[36] Arrêté n°2015-2235/GNC relatif à la création d'une certification professionnelle de la Nouvelle-Calédonie, 20 octobre 2015.

Pour ce qui concerne les formations du secteur sanitaire et social, l'IFPSS NC propose entre autres :

Formations diplômantes et professionnelles	Formations professionnelles continues courtes
Auxiliaire d'autonomie (modulaire ou initiale)	Maladie d'Alzheimer et l'accompagnement au quotidien
Accompagnateur d'autonomie de la personne (modulaire ou initiale)	Déficience intellectuelle et l'autonomie
Aide médico-psychologique	Médiation familiale
Aide-gérontologique	Accompagnement des aidants familiaux
Moniteur-éducateur (en initiale ou en VAE)	Communication et prise en charge des personnes porteuses de pathologies de type Alzheimer ou pathologies associées
Ambulancier	Bientraitance
Aide-soignant (en initiale ou VAE)	Simulation en santé
Infirmier	Concours aide-soignant
	Concours infirmier[37]
	Préparation aux concours métropolitains (assistant social, éducateur spécialisé…)

Les établissements scolaires proposent aussi des formations diplômantes de niveau baccalauréat :

Autres formations diplômantes disponibles en Nouvelle-Calédonie	
Jusqu'au BAC	**Etablissements**
CAP agricole Services aux personnes et vente en espace rural	Lycée Michel Rocard Pouembout
CAP Assistant technique en milieux familial et collectif	Etablissements scolaires publics et privés
BAC ou équivalent	
Bac pro Accompagnement, soins et services à la personne option A : à domicile	Etablissements scolaires publics et privés
Bac pro Services aux personnes et aux territoires	Lycée Michel Rocard Pouembout

3.2.1 Les formations professionnelles continues : des formations à la demande et en fonction des besoins

Dans le cadre de la formation professionnelle continue, la Nouvelle-Calédonie est susceptible, sous certaines conditions, de financer la formation des personnes désireuses de se former et de

[37] Diplôme d'Etat préparé par l'IFPSS.

se professionnaliser. Les formations s'effectuent selon les besoins recensés et le plus souvent en cours d'emploi.

La **direction de la formation professionnelle continue de la NC** associée à l'**institut des compétences** sont susceptibles de renseigner les personnes.

Il est aussi possible d'obtenir des bourses de formation selon le type de formation désirée. Ainsi, la province Nord organise également des sessions de formations continues qualifiantes d'une durée d'environ 10 mois pour permettre aux salariés, de l'association Fleur de Vie et de la fédération Alliage d'acquérir la méthodologie et les connaissances nécessaires pour améliorer le métier d'auxiliaire d'autonomie.

Le **groupement pour l'insertion et l'évolution professionnelle** qui comprend également l'**établissement de formation professionnelle des adultes** ne prévoit pas pour l'immédiat un secteur de formation spécifique dans le domaine de la formation continue d'auxiliaire d'accompagnement.

Le **régiment du service militaire adapté de Nouvelle-Calédonie** notamment celui de Koumac a ouvert une formation d'auxiliaires d'autonomie d'une durée de 10 mois.

Les communes sont également à l'origine de formations spécifiques pour répondre aux besoins des structures d'hébergement tels que les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes qui s'ouvrent sur leur territoire d'intervention. Tel est le cas en 2019 pour la commune de Païta qui, avec la direction de la formation professionnelle continue de la Nouvelle-Calédonie, a organisé une formation qualifiante d'auxiliaire d'accompagnement (12 personnes).

3.2.2 La formation continue des personnels de la fonction publique : l'IFAP

L'institut de formation à l'administration publique est un établissement public à caractère administratif.
Il assure la formation continue des agents publics exerçant en Nouvelle-Calédonie, qu'ils soient employés par l'État, la Nouvelle-Calédonie, les provinces, les communes ou par leurs établissements publics.
Les membres des associations assurant une mission de service public et dont le financement est assuré par des fonds publics, peuvent également participer aux formations.
Les formations du secteur sanitaire et social sont proposées à la suite des demandes des institutions publiques (exemple : « Relation d'aide », « Addictologie », etc.).

Commentaires : les formations tournées vers les personnes âgées existent mais répondent à des demandes spécifiques en lien avec les besoins du « terrain ». Avec la mise en place du **fonds interprofessionnel d'assurance formation,** les petites structures d'aide à domicile, les personnels des maisons de retraite de moins de 10 salariés peuvent accéder au financement de la formation professionnelle continue. Il semblerait que les besoins existent mais restent méconnus en raison du manque de coordination dans le recensement de ces besoins.
Il serait donc opportun de mettre en lien besoins et formations, sachant cependant que les crédits formation sont en baisse.

3.3 Les nouvelles technologies et le grand-âge : mieux vieillir avec le numérique ?

La Fédération Hospitalière de France (FHF) dans le cadre de sa filière Silver Economie a commandé un rapport sur « les innovations numériques et gérontologiques en gérontologie »[38] en 2019 qui appelle à développer massivement les nouvelles technologies au service du grand-âge. Dans ce rapport et parmi les 10 préconisations principales, quelques-unes signalent l'impact positif potentiel sur l'économie des nouvelles technologies.

*« - **Le déploiement des nouvelles technologies ne menace pas l'emploi et au contraire en crée**, tout en accroissant le lien social.*

*- **L'âge n'est pas un frein à l'usage des technologies**, sous réserve de certaines conditions : les technologies peuvent servir de catalyseur pour promouvoir les capacités de la personne. Les robots ne sont pas déshumanisants, ne sont infantilisants que dans l'esprit des bien-portants peuvent maintenir les capacités cognitives.*
- Les technologies comme contribution à la qualité de vie des usagers et la qualité de vie au travail des professionnels. […]

*- **La télémédecine est un outil de non-renoncement au soin et une valorisation des métiers.*** […]

*- **La conduite du changement suppose une appropriation collective : création d'un mi-temps de référent en technologie par EHPAD de 100 lits**.».*[39]

Ces nouvelles technologies ne sont pas des dispositifs médicaux et ne sont pas prises en charge par les caisses car non-inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Le conseil du handicap peut verser une aide à l'achat de matériel spécialisé dans le cadre des secours exceptionnels.

Dans son rapport de 2011 l'inspection générale des affaires sociales[40] précise :

« *Deux difficultés handicapent le développement des géronto-technologies : celle de leur utilité et de leur usage ; et celle de leur validation et leur référencement. Les personnes âgées actuelles ne sont pas habituées aux nouvelles technologies ni à l'anticipation du danger. Il est ainsi clairement exprimé par les personnes âgées et leur famille une préférence pour des produits de diffusion commune comme la conception universelle ou « design for all ». Les besoins exprimés actuellement par les personnes âgées sont tournés vers la sécurité et le renforcement des liens sociaux et non une substitution de la technologie à la présence humaine. L'arrivée des nouveaux séniors, plus familiers des nouvelles technologies peut à terme changer la donne*. »

[38] Bourquin, M. – Aquino, JP., *Les innovations numériques et technologiques en gérontologie* », rapport Fédération Hospitalière de France, Silver Economie, juin 2019.
[39] Fédération Hospitalière de France, communiqué de presse, Filière Silver Economie, 20 Juin 2019.
[40] Morel, A., Veber O., *Société et vieillissement*, IGAS, juin 2011.

Synthèse
La Nouvelle-Calédonie n'a pas attendu cette étude pour se préoccuper de la question économique autour de l'avancée dans l'âge de sa population. La direction de la formation professionnelle continue, dans une étude de 2017, annonce des prévisions d'emplois élevées dans le domaine de la santé et de l'action sociale, qui représentent 18% des salariés de Nouvelle-Calédonie dans le seul domaine de l'aide à la personne. Des formations initiales et continues, diplômantes et qualifiantes sont installées, et des aides financières peuvent être sollicitées (Nouvelle-Calédonie, Provinces, communes, Armée…). Engager une réflexion sur la Silver économie en Nouvelle-Calédonie permettrait de mettre à jour la richesse générée par le vieillissement de sa population (employabilité par exemple) mais aussi la richesse au sens strict du terme produite par les séniors de plus de 60 ans.

4 Représentation du vieillissement dans la société

On ne peut pas comprendre l'anthropologie actuelle de la vieillesse sans s'intéresser aux travaux des chercheurs sur le vieillissement au sein de la société industrielle et comprendre le biais ethnocentrique par lequel nous avons tenté d'approcher les sociétés non-occidentales. Bernard Arcan estime que l'ignorance mène parfois aux généralisations abusives.[41] La société dite primitive reste une abstraction issue de la mythologie occidentale et reste contradictoire, rendant difficile une généralisation simpliste sur le vieillissement dans la société humaine. D'ailleurs, cette approche anthropologique apparaît comme un champ de recherche en devenir.

Lors d'une assemblée générale de l'ONU consacrée à l'Année internationale des personnes âgées (1999),[42] un des représentants a indiqué que la valeur d'une civilisation se mesure à la valeur qu'elle accorde à ses anciens et a plaidé en faveur d'un changement d'attitude à l'égard des personnes âgées, qui éprouvent trop souvent un sentiment de solitude et de marginalisation dans un monde où la productivité domine. En effet, l'intérêt pour la vieillesse et la naissance de la gérontologie sociale sont relativement récents (1800) et témoignent d'une prise de conscience par la société industrielle d'un de ses problèmes fondamentaux : la pauvreté relative de ses membres retraités. Ainsi, la société industrielle produit de plus en plus d'individus retraités qui sont non seulement inactifs mais économiquement dépendants !

De nos jours, l'idée dominante dans notre société est que d'un côté, la vieillesse débute au moment de la retraite, l'instant crucial entre deux âges. A cause de son âge et non à la suite d'un licenciement économique, l'individu perd son emploi. Dès lors, le retraité perd du même coup sa principale source de valorisation sociale et au vu de l'accélération des innovations, il devient rapidement désuet voire inutile. Il est considéré comme une sorte de citoyen de deuxième ordre. D'un autre côté, la jeunesse est valorisée et les « vieux » sont considérés comme moins virils et les vieilles moins belles ! C'est aussi de devoir vivre dans une société qui imagine que la plupart des vieillards sont malades, immobiles, inutiles et tristes. A ce titre, certains auteurs ont démontré que les personnes auxquelles on ne permet plus de jouer un rôle dans la vie économique ou sociale de leur communauté, vont rapidement dépérir physiquement. Le jour de la retraite, c'est aussi l'instant où l'individu se retrouve pour la première fois sans ordre, sans hiérarchie ! Cette situation peut sembler déroutante pour certains, au vu de ce changement brutal de condition.

Cette discrimination que subissent les personnes âgées a permis à Robert Butler de créer le terme « âgisme ». Psychiatre et gérontologue, il fut le premier à s'intéresser à cette catégorie de patients. Lauréat du prix Pulizer, il promeut dans son ouvrage[43] les politiques publiques en faveur de ce public et encourage les études gériatriques, traditionnellement marginalisées dans les années soixante-dix aux Etats-Unis.

[41] Arcan, Bernard, La construction culturelle de la vieillesse, *in Anthropologie et Sociétés*, vol. 6, n°3 1982, université Laval, Québec, pp. 7-23.
[42] ONU, AG/935, 5 octobre 1999.
[43] Butler, Robert, *Why Survive ? Being Old in America*, Harper and Row, 1975, 512 p.

4.1 Représentation du vieillissement dans la société dite traditionnelle

Peu de travaux retracent la représentation du vieillissement dans les sociétés dites traditionnelles.

Selon Hélène Rosay[44] dans la prise en charge des personnes âgées dans les sociétés dites traditionnelles de 2004 : « *le concept de société traditionnelle représente une collection d'individus dotée d'un système de fonctionnement commun en adoptant des règles et une organisation sociale. La société traditionnelle voit le vieux comme un être appartenant au groupe en état de passage, de vie à trépas. Ce processus de transformation fait passer le vieux du monde visible au monde invisible permettant au vieux d'acquérir un autre statut, celui de l'ancêtre. Avant de devenir ancêtre, la personne âgée est un sage. Elle assure la survie du groupe, veille sur lui. Les autres membres de la société traditionnelle ont une sorte de devoir de veiller sur les personnes âgées sans quoi ils s'attirent les foudres des revenants, d'où la génération de craintes. Ainsi les relations entre groupe et personnes âgées dans une société traditionnelle sont empreints de crainte, de respect. On ne les abandonne pas dans des mouroirs hors du champ social, sauf au moment ultime, réduit à sa plus simple expression humaine et temporelle ; le vieillard est donc partie intégrée et intégrante du champ social. Néanmoins la mort du vieux n'est pas due au hasard dans la société traditionnelle. Il est parfois question de fatalisme, mais aussi d'homicide interne comme supprimer un membre qui a cessé d'être utile à la collectivité dont l'entretien est trop onéreux. Cela se retrouve dans les tribus nomades. Des cas de suicides ont été rapportés au Japon* ».

Dans la société traditionnelle africaine, la personne âgée vit entourée de l'affection et des soins des siens. La considération dont elle jouit en tant que dépositaire des traditions ancestrales et détentrice de la sagesse explique qu'elle s'intègre tout naturellement dans l'environnement familial où elle reçoit les soins dont elle a besoin, a déclaré, pour sa part, la ministre des affaires sociales du Cameroun, Marie Madeleine Fouda.

Force est donc de constater que la problématique du troisième âge comporte une forte dimension culturelle et se pose en termes différents en fonction des pays, des traditions et des cultures. Dans les pays en développement, le vieillissement de la population, couplé avec les effets négatifs de la mondialisation et avec le fléau largement répandu de la pauvreté, pose des défis complexes en termes de développement économique et social, a fait remarquer pour sa part le représentant du Pakistan.

Cependant, plusieurs travaux ethnographiques ont démontré que des sociétés non-occidentales pouvaient apporter des éléments nouveaux à la réflexion de l'anthropologie sociale de la vieillesse. En particulier, vieillir est considéré comme une accumulation d'ans, d'expériences et de savoirs.

Ainsi, chez les Cuiva, population amérindienne des plaines orientales de la Colombie, les gens âgés ne forment pas une catégorie sociale identifiable. On y trouve les hommes, les femmes et les enfants sans sous-groupe particulier correspondant aux membres plus âgés : une fois sorti

[44] Rosay,-Notz, Hélène, Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles, *in Etudes sur la mort, Mourir âgé en institution*, numéro n° 126, p. 27.

de l'enfance, l'individu demeure jusqu'au terme de sa vie intégré aux adultes. Bernard Arcan[45] démontre que les meilleurs guérisseurs sont toujours les femmes et les hommes plus âgés. Ces pouvoirs acquis dès la naissance vont être amplifiés avec l'âge.

Le peuple Chukchee, à l'intérieur de la Sibérie, respecte leurs anciens qui restent propriétaires de leurs troupeaux de rennes, décident des migrations, de l'emplacement des camps et régissent les liens de famille. Enfin, les Meru Tiga nialgembre des hauts plateaux du Kenya, reposent sur un système d'âges et de générations où chacun progresse toute son existence. Ainsi, les hommes ont un cycle de vie de 10 échelons. Il peut passer du stade de guerrier, de jeune père puis entre 40 à-55 ans, « père du pays » lui permettant de détenir l'autorité politique et judiciaire. Entre 55-70 ans, après un rituel prestigieux, il peut devenir un « accompli » en assurant sa renaissance par un petit-fils qui a repris son nom. A ce stade, il ne craint plus rien, fait ce qu'il veut.

A l'inverse, chez les Yakoute de Sibérie, les jeunes conspiraient contre les anciens qui faiblissaient pour leur voler leurs troupeaux à cause de la pénurie alimentaire voire la haine engendrée par le patriarcat ! Dans certains autres cas, le vieux après avoir été considéré comme sage et participer à la survie du groupe qui veille sur lui, va appartenir au groupe des ancêtres passant du monde visible au monde invisible en y gagnant un rôle de médiateur sacralisé inspirant crainte et respect.[46] Cependant, l'homicide interne existe aussi et consiste soit à supprimer l'élément du groupe qui a cessé d'être utile à la collectivité dont l'entretien devient trop onéreux, soit à ne pas l'empêcher de se suicider. Le vieillard devenu inutile est porté sur la montagne sacrée et laissé seul pour y mourir.[47]

4.2 Représentation du vieillissement dans la société dite moderne

« Dans la société dite moderne, souligne l'IGAS, *la représentation du vieillissement a une connotation négative avec la perception de baisse des capacités et de dépendance. Les valeurs de la société moderne sont associées à des qualités de beauté, action, utilité, efficience, productivité… Il est difficile de faire une place aux séniors ni utiles ni indépendants parmi les jeunes qui sont la génération en pleine force de l'âge et encore bien davantage aux « vieillards dépendants ».* [48]

« Le vieux est improductif. Le vieux est sensé coûter cher avec un poids économique mais aussi familial. Sa santé est devenue problématique depuis que les sociétés modernes ne considèrent plus la vieillesse comme une évolution normale, avec un certain fatalisme, mais qu'elles la médicalisent. D'où l'émergence des sciences de la personne âgée comme la gérontologie ou de la médecine gériatrique. Le schéma familial étant moins traditionnaliste, et s'étant réduit dans les sociétés urbaines développées, les personnes âgées sont confiées à des institutions ou maisons de retraite avec le souhait d'une fin idéale comme une bougie consumée sans bruit, ni souffrance, mais loin du regard social»[49].

[45] Arcan, Bernard, *op.cit.*
[46] Rosay-Notz, Hélène, *op.cit.*, pp. 27 à 36.
[47] Shohei Imamura, *La Ballade de Narayama*, film, 1983.
[48] Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS), *Société et vieillissement*, juin 2011
[49] Rosay-Notz Hélène, *id*, p. 27.

Ainsi, la société moderne ne se préoccupe pas forcément que les personnes qui prennent de l'âge vieillissent bien et plus longtemps[50].

Ainsi, en France, la création d'une prestation dépendance, puis de l'allocation autonomie, spécifique pour les personnes âgées, témoigne d'une certaine forme d'âgisme. En privilégiant l'image déficitaire de la vieillesse, on donne au vieillissement une connotation négative. Elle s'appuie sur sa seule composante biologique dont la décrépitude du corps est la marque. La vieillesse est alors confiée à la médecine. On occulte ainsi les autres dimensions psychologique, sociale et existentielle du vieillissement. Ces différentes dimensions agissant en interactions font du vieillissement un ensemble de processus éminemment variables d'un individu à l'autre, tant du point de vue biologique que social, et d'une époque à l'autre. On occulte aussi le problème de la place des vieux dans la société.[51]

Pour que les personnes âgées ne soient pas les premières victimes de la désintégration sociale et de la pauvreté, non seulement des mesures vigoureuses doivent être prises aux niveaux national, régional et international, mais des ressources suffisantes doivent être également allouées aux programmes et institutions concernées, et cela en particulier dans les pays en développement où les personnes âgées sont doublement vulnérables, ont fait remarquer plusieurs représentants, dont celui de la Zambie. Lors de la dernière réunion plénière consacrée à la suite donnée à l'Année internationale des personnes âgées (1999), le représentant de l'Uruguay a expliqué que la déclaration de Montevideo, [52] adoptée à l'issue du forum international sur le vieillissement de la population, comprend des recommandations spécifiques concernant la sécurité sociale, la protection et la promotion de la santé, le logement et les services communautaires, le vieillissement productif et le dialogue entre les générations. La plupart des délégations ont expliqué les initiatives qui ont été lancées dans leur pays, en vue d'adapter les institutions et les structures de la société à une population vieillissante.

Ainsi, la valeur d'une civilisation se mesure à la valeur qu'elle accorde à ses anciens et d'aucuns plaident désormais en faveur d'un changement d'attitude à l'égard des personnes âgées, qui éprouvent trop souvent un sentiment de solitude et de marginalisation dans un monde où la productivité domine.

4.3 Représentation du vieillissement dans la société océanienne

Dans la société océanienne, aucun écrit n'a été retrouvé sur la représentation du vieillissement en Nouvelle-Calédonie si ce n'est l'ouvrage collectif[53] dirigé par avec des contributions sur les Maoris de Nouvelle-Zélande, les Marquises, les îles Caroline et la Papouasie Nouvelle-Guinée. Suite au colloque sur le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : « De la médecine traditionnelle à la bioéthique » [54]

[50] IGAS, *Société et vieillissement*, juin 2011.
[51] Henrard, Jean-Claude, Les multiples facettes du vieillissement, *in Santé, Société et Solidarité*, dossier vieillissement et dépendance, Québec, 2002, pp. 13 à 19.
[52] ONU, communiqué de presse, AG/935, 5 octobre 1999.
[53] Dorothy Ayers Counts et David R., Counts, *Aging and ils transformations, Moving toward Death in Pacific Societies*,University Press of America, 1985, 336 p.
[54] Colloque, *De la médecine traditionnelle à la bioéthique*, université de la Nouvelle-Calédonie, mai 2014.

« *Il n'y a pas de critère d'âge en général pour définir une personne âgée,* précise le docteur Valérie Albert-Dunais. *Il existe deux types de vieux : les vieux en âge et ceux qu'on nomme « les vieux » d'un point de vue. Le terme de vieux désignant alors le rang (coutumier). Les vieux sont par principe respectés et honorés. Ils sont censés avoir une grande expérience de vie et transmettre leurs savoirs. Ils participent en tant que grands-parents à l'éducation des enfants et sont les garants de la pérennité des valeurs traditionnelles. La société kanak est une société avec une dimension communautaire dans laquelle l'individu passe au second plan, une société basée sur l'échange et où le lien social est particulièrement important. La société est de tradition orale avec une transmission orale des savoir-faire techniques comme des savoirs intellectuels : l'histoire des groupes sociaux et leurs déplacements, les rôles coutumiers de chacun, le périmètre foncier, les contes et légendes ainsi que les thérapeutiques médicinales. De par sa sagesse, les vieux possèdent en principe un rôle de médiateur et de gestion des conflits. Ils ne travaillent plus dans les champs, ou beaucoup moins, et les vieilles sont déchargés des tâches domestiques (que les filles ou les belles-filles assument). Bien que confinés au sein de la case, les vieux gardent un rôle de conseil. Les coutumes sont restituées par respect aux vieux.*

Mais lorsque la maladie survient avec une perte des capacités et une amorce de la dépendance, la situation se complexifie. L'entourage familial n'a pas conscience qu'il s'agit de symptômes pathologiques et souvent avance de manière fataliste comme argument : « c'est normal, c'est la vieillesse » et ne cherche pas à traiter la maladie ou ralentir son évolution. Dans ces cas, selon les familles, un conseil de famille peut se réunir et nommer un membre de la famille ou, alors une personne. Souvent une jeune femme, se propose moyennant une rémunération (fixée plus ou moins clairement) pour préparer les repas, effectuer les tâches ménagères. La situation se complique lorsque la personne âgée ne peut plus faire sa toilette. C'est souvent la famille qui réalise la toilette mais les parent-e-s qui le font, peuvent se trouver gênés par pudeur (vis-à-vis du sexe opposé) ou lorsqu'ils sont dans des relations de parenté qui interdisent la proximité physique (par exemple les relations frères-sœurs). L'intervention des professionnels ou de personnes extérieures est souvent retardée en raison d'une répugnance à sortir de la sphère familiale et à faire appel à l'institution sociale ou médicale. Les soignants de leur côté ont parfois du mal à comprendre l'organisation familiale communautaire et quelles sont les personnes de confiance, référentes, qui décident et celles qui peuvent exécuter, ou non, certaines tâches auprès de la personne âgée… En règle générale, les familles kanak s'assurent que les besoins vitaux de la personne âgée sont assouvis : manger, être lavé, avoir un toit… Mais les autres besoins de la personne âgée comme garder sa santé, sa mémoire, sa place et ses relations sociales (au travers de visites), gérer son argent, sont parfois considérés comme annexes ».

La personne âgée elle-même parfois répugne à consulter un médecin. Pour Christine Salomon, chercheuse associée à l'INSERM [55]:

« *Si la plupart de mes interlocuteurs m'ont dit avoir eu recours aux deux médecines, un certain nombre d'entre eux, âgés de plus de 65 ans, ne consultaient toutefois le médecin du dispensaire*

[55] Salomon, Christine, *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, PUF, Paris, mars 2000, 160 p.

que depuis quelques années, non sans réserves. En fait c'est toute une culture qui, au travers de sa médecine, et de ses praticiens est ici mesurée à une autre. Alors que la médecine scientifique accuse les guérisseurs de la morbidité kanak élevée et met en cause les consultations trop tardives, mes interlocuteurs ont souvent incriminé un manquement à la règle qui commande de consulter en premier lieu leur médecine avant de se précipiter à l'hôpital. Y déroger, c'est se condamner, mais le recours de plus en plus fréquent à la biomédecine vient bousculer le système de valeurs établi ».

Depuis la parution de cet ouvrage, il y a une vingtaine d'années, les recours aux institutions n'ont fait que croitre, mais la règle de consulter *a priori* les *tradipraticiens* persiste.

Au fil du temps et surtout si chez la personne âgée, des troubles du comportement surgissent, le principal aidant s'épuise par manque de soutien ou de relais familial. La société kanak est en pleine mutation conflictuelle entre préserver ses traditions et s'occuper des vieux d'une part, accéder à l'emploi et à la consommation de l'autre. Quatre générations peuvent cohabiter au sein d'une même famille, surtout dans le monde rural. L'émancipation des femmes et leur accession à l'emploi compliquent l'organisation. Elles doivent concilier le travail à l'extérieur et les devoirs familiaux qui commandent de s'occuper à la fois des enfants et des personnes âgées, en sus de l'essentiel des tâches ménagères. Les familles se retrouvent parfois en décalage avec ceux qui travaillent en milieu urbain ou sont parfois dans le déni. La perception des maisons de retraite est souvent péjorative *: « un lieu fait pour les blancs ».* Des reproches par conséquent d'y avoir en quelque sorte abandonné un membre de la famille et failli à ses obligations peuvent être exprimés.

La vulnérabilité de la personne âgée a été renforcée avec l'arrivée du minimum vieillesse et un détournement des mandats, et par voie de conséquence l'essor des mesures de protection judiciaire. Beaucoup de personnes âgées nées pendant la période de l'Indigénat ou juste après n'ont pas pu accéder à un niveau scolaire dépassant le primaire. Il existe un fort taux d'illettrisme, selon l'ISEE[56] après 55 ans. Plus de 40% des personnes rencontrent de sérieuses difficultés à l'écrit- taux dont on espère qu'il devrait se réduire avec les générations futures.

[56] Benoit, J. Denis, T., *18 % des adultes en situation d'illettrisme*, synthèse n° 29, ISEE, 2012.

Synthèse
La problématique du vieillissement dans la société kanak est nouvelle. L'OMS rapporte que la France a mis 115 ans pour s'adapter au vieillissement de sa population et que les pays émergents comme l'Inde ou la Chine n'auront plus que 25 ans pour le faire[57]. On peut supposer que notre délai sera aussi raccourci. Notre société néo-calédonienne est en pleine mutation avec des changements sociaux accélérés, un bouleversement des pratiques et des représentations anciennes que ce soit dans le monde kanak mais aussi dans les autres communautés. Cela nous invite à réfléchir à cet enjeu de société qu'est le vieillissement. Une étude anthropologique de la représentation du vieillissement permettrait de conforter ces réflexions et de proposer des axes de prise en charge plus adaptés à la personne âgée quelle que soit sa communauté d'appartenance.

[57] OMS, *Vieillissement et santé*, février 2018

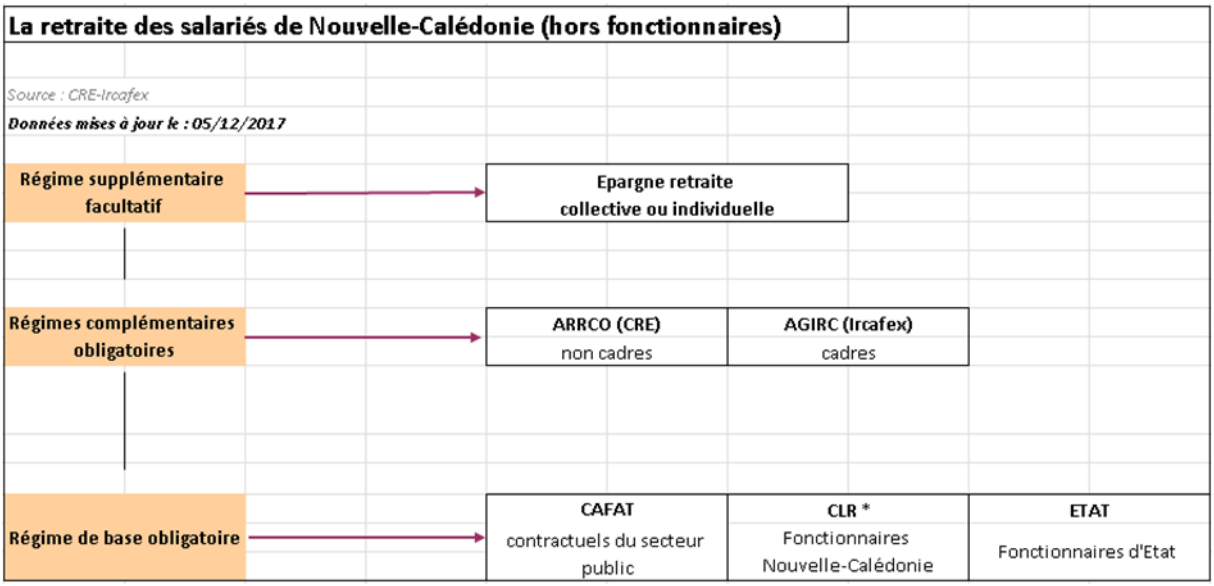
5 Comment vit la personne de plus de 60 ans ? Quel est son environnement de vie ?

5.1 Les ressources des personnes de 60 ans et plus : entre revenus et solidarité ?

5.1.1 Quelles ressources pour les plus de 60 ans ?[58]

La **retraite de base** est obligatoire pour les salariés non fonctionnaires de Nouvelle-Calédonie depuis 1961. Elle est calculée et versée par la CAFAT, organisme auprès duquel les personnes ont cotisé pendant leur carrière.

La **retraite complémentaire** s'ajoute à la retraite de base pour les salariés non fonctionnaires. Selon l'emploi ou les emplois occupés, les personnes ont pu cotiser auprès de différentes caisses de retraite complémentaire. Les régimes de la CRE pour l'ensemble des salariés du secteur privé et de l'IRCAFEX pour le personnel cadre et assimilé sont obligatoires en Nouvelle-Calédonie depuis le 1er janvier 1995.



Pour les salariés de Nouvelle-Calédonie de 60 ans et plus ayant des revenus modestes, le complément de retraite de solidarité a été mis en place. Il permet d'augmenter le montant des pensions de retraite à 90 000 FCFP par mois au minimum.

Pour les fonctionnaires, la caisse est la caisse locale de retraite (CLR).

Depuis le 1er janvier 2012, la Nouvelle-Calédonie a mis en place le **minimum vieillesse** destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus disposant de revenus modestes. **Ce dispositif concerne les personnes ne pouvant pas disposer de la retraite CAFAT** (n'ayant jamais travaillé ou ayant cotisé moins de 5 ans à la CAFAT). Il complète le **CRS qui bénéficie aux seuls retraités CAFAT** dont le montant a été revalorisé à la même date. Pour pouvoir en bénéficier, les ressources des personnes ne doivent pas dépasser 88034 CFP /mois pour une personne seule et 134639 CFP/ mois pour un couple (dont les 2 personnes ont plus de 60 ans).

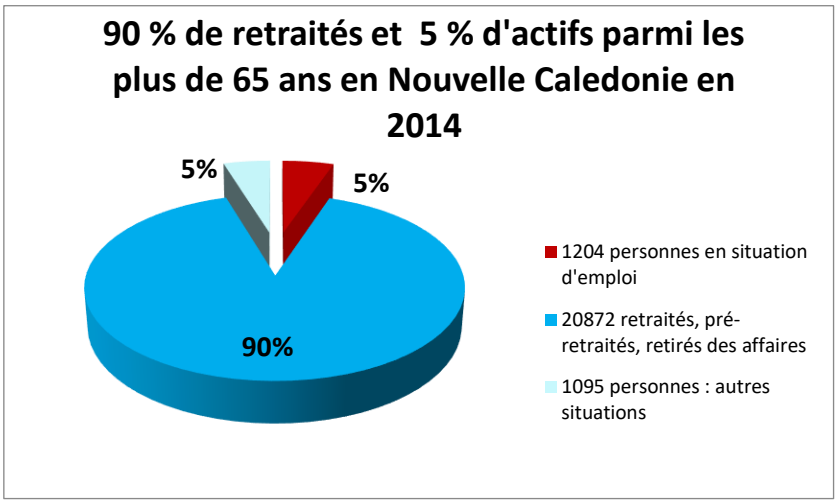
[58] www.cafat.nc

Les ressources des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie vont donc se répartir entre retraites de base, complémentaire, CRS et minimum vieillesse en fonction de leurs ressources.

Mais quelle est leur situation en Nouvelle-Calédonie entre 2014 et 2017 ?

5.1.2 93 % des hommes et 74 % des femmes de plus de 65 ans perçoivent une pension de retraite en 2014[59]

Parmi les 23171 personnes de plus de 65 ans que compte la Nouvelle-Calédonie en 2014, 90 % d'entre elles sont retraitées, préretraitées ou retirées des affaires, 5 % sont encore actives et 5 % dans d'autres situations Ces dernières concernent pour 90 % d'entre elles, des personnes n'ayant pas travaillé et se déclarant « femme/homme au foyer ». Nous ne disposons pas de cette information pour la population des plus de 60 ans mais, uniquement des plus de 65 ans.

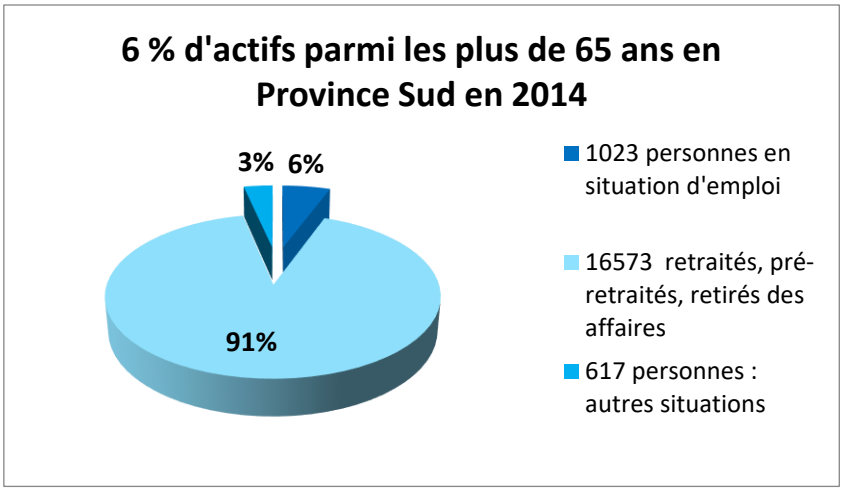


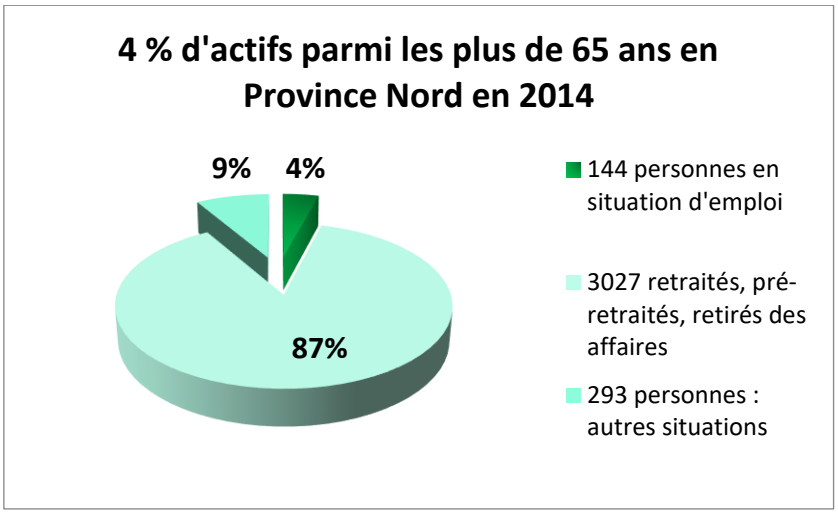
En 2013 : « *83% des personnes âgées perçoivent […] une pension de retraite contre 70% en 1999. L'allongement de la durée de cotisation et l'expansion de l'emploi salarié ont contribué à la croissance du nombre de pensionnés. Des disparités demeurent toutefois selon le sexe :* ***93% des hommes perçoivent une retraite contre 74% des femmes. 17% des personnes âgées ne touchent aucune pension de retraite. Ce sont surtout des femmes dont la plupart n'a jamais exercé d'activité professionnelle mais qui vivent, pour 80% d'entre elles, avec un conjoint qui perçoit une pension ou qui travaille*** ».[60]

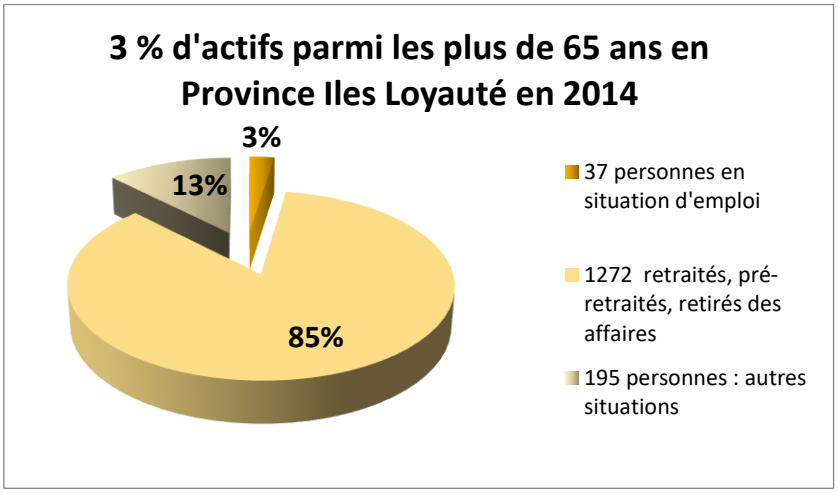
5.1.3 Entre 3 et 6 % d'actifs parmi les plus de 65 ans selon les provinces[61]

Le nombre d'actifs à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie est de 5 % de la population totale pour les plus de 65 ans pour l'année 2017. Il varie entre 3 et 6 % selon les provinces. On dénombre 6 % d'actifs en province Sud contre 3 % en province îles Loyauté et 4 % en province Nord.

[59] ISEE, *op.cit.*.
[60] Broustet, D, *Le maintien à domicile : solutions privilégiée des personnes âgées*, synthèse n° 30, Instance de Coordination Gérontologique et Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de la Nouvelle-Calédonie, novembre 2013.
[61] ISEE, *Situation d'activité principale de la population âgée de 65 ans et plus*, 2014.


6 % d'actifs parmi les plus de 65 ans en Province Sud en 2014
3%
6%
91%
1023 personnes en situation d'emploi
16573 retraités, pré-retraités, retirés des affaires
617 personnes : autres situations

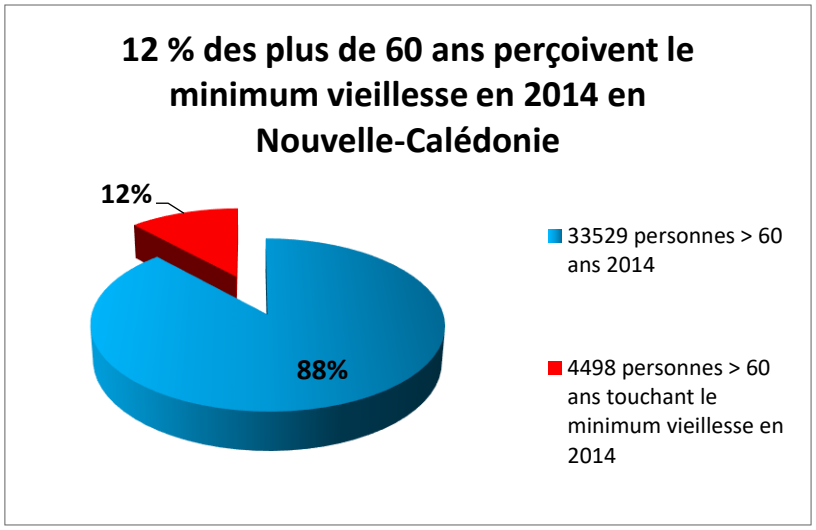

4 % d'actifs parmi les plus de 65 ans en Province Nord en 2014
9%
4%
87%
144 personnes en situation d'emploi
3027 retraités, pré-retraités, retirés des affaires
293 personnes : autres situations


3 % d'actifs parmi les plus de 65 ans en Province Iles Loyauté en 2014
3%
13%
85%
37 personnes en situation d'emploi
1272 retraités, pré-retraités, retirés des affaires
195 personnes : autres situations

5.1.4 Environ 1 personne sur 8 de plus de 60 ans touche le minimum vieillesse en 2014[62]

En 2014, 4498 personnes de plus de 60 ans perçoivent le minimum vieillesse en Nouvelle-Calédonie, soit 13 % de la population totale des plus de 60 ans.

Le montant du minimum vieillesse est de 88 034 XPF [63] en Nouvelle-Calédonie en 2019 pour une personnes seule et de 134 639 XFP pour un couple de plus de 60 ans.[64]



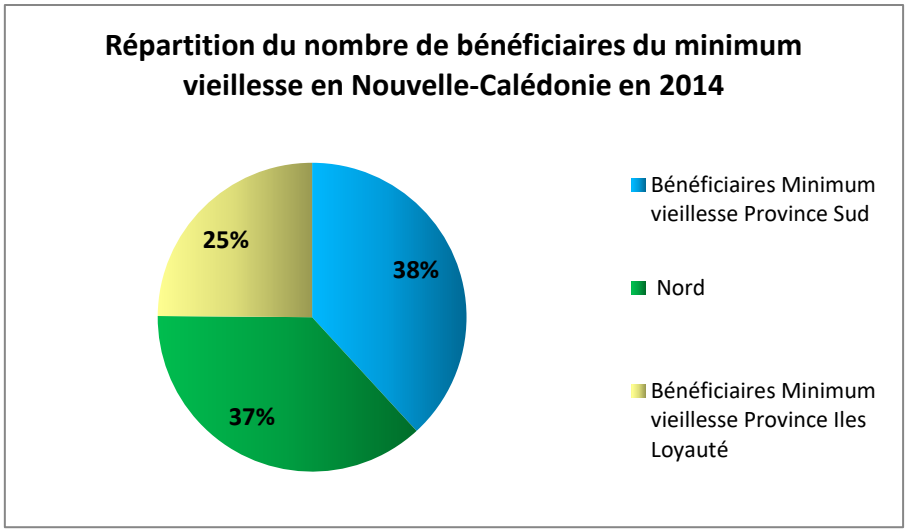
On constate donc que le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse est quasiment stable depuis 2014 (+ 2,7 %) malgré l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie.[65]

Années	2014	2015	2016	2017
Bénéficiaires Minimum Vieillesse en Nouvelle-Calédonie	4498	4534	4572	4618

Pour 2014, le nombre total de bénéficiaires du minimum vieillesse en Nouvelle-Calédonie est de 4498 personnes : 38 % sont ressortissants de la Province Sud, 37 % de la Province Nord et 25 % de la Province Iles Loyauté.

[62] ISEE, *Statistiques Séniors CHS*, 18 mars 2019.
[63] Conversion Franc Pacifique-euro : 88 034 XPF = 738,51 euros. Le montant du minimum vieillesse en 2019 en France est de 868,20 euros par mois pour une personne seule sans ressources, soit 103 603,73 XPF.

[64] www.service-public.nc
[65] www.service public.nc, *op.cit*..



- **6,6 %** des personnes âgées de 60 ans et plus de la Province Sud bénéficient du minimum vieillesse (1717 personnes pour 26 068 personnes de plus de 60 ans)

- **32 %** de la population de la Province Nord (1662 personnes pour 5153 personnes de plus de 60 ans)

- **48,5 %** en province des Iles Loyauté (1119 bénéficiaires pour 2308 personnes de plus de 60 ans).[66]

5.2 La protection sociale et l'aide médicale : compléments des revenus ?[67]

La protection sociale recouvre l'ensemble des mécanismes visant à protéger les individus contre les conséquences des risques sociaux tels que la maladie, l'invalidité, la maternité, la vieillesse, le chômage, la famille, l'exclusion.

La sécurité sociale et l'aide sociale sont les deux principales composantes de la protection sociale, mêlant assurance et solidarité et assurant ainsi une redistribution en fonction des besoins et des ressources de chacun.

Conformément à son statut, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale.[68] Elle dispose ainsi de son propre système de protection sociale, distinct du système métropolitain.

La couverture sociale

La Nouvelle-Calédonie a confié la gestion des régimes obligatoires à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) pour le régime de retraite de base des salariés non fonctionnaires et la Caisse Locale de Retraite (CLR) pour les fonctionnaires.

[66] CAFAT, via l'ISEE
[67] www.dass.nc.
[68] Loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie, article 22-4.

Les mutuelles et les assurances privées proposent des couvertures complémentaires maladie, maternité et invalidité : Mutuelle des fonctionnaires (MDF), Mutuelle du commerce, Mutuelle du Nickel, Mutuelle des patentés libéraux.

L'aide sociale

La Nouvelle-Calédonie a fixé le cadre général minimum, laissant le soin à chacune des provinces, dans le cadre de la délégation de compétences prévue par la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999, d'adapter les régimes de prestations sociales en fonction des besoins de la collectivité.

La délibération cadre n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales prévoit:

- un dispositif d'aide médicale de base et complémentaire, au profit des personnes qui ne peuvent bénéficier de l'assurance obligatoire et ayant de faible revenus ;
- un dispositif de prestations sociales aux publics dit fragiles (personnes âgées, en situation de handicap, enfants secourus ou assistés).

L'aide médicale[69] est une aide sociale, qui permet d'accéder aux soins en tiers payant (sans faire d'avance de frais). L'aide médicale est destinée aux personnes économiquement faibles, c'est-à-dire les personnes n'ayant aucune ressource ou ayant des ressources mensuelles inférieures ou égales au Salaire Minimum Agricole Garanti (SMAG)[70]. Il existe plusieurs aides médicales selon que les personnes aient ou non une autre couverture sociale :

- **l'Aide médicale A** et **ALM (aide médicale longue maladie)** sont réservées aux personnes qui n'ont pas d'autre couverture sociale,
- **l'Aide médicale B** réservée aux personnes qui ont une autre couverture sociale (CAFAT, mutuelles conventionnées, assurances),
- l'Aide médicale M pour les femmes enceintes,
- l'Aide médicale C pour les anciens combattants.

Les soins pris en charge par l'Aide médicale sont les suivantes :

- honoraires des médecins, des dentistes et des auxiliaires médicaux,
- médicaments, petits et gros appareillages,
- les frais d'hospitalisation, de transport en ambulance, d'analyse,
- les frais d'évacuation sanitaire.

Ces dispositifs sont gérés et adaptés par les provinces pour leurs résidents et par la Nouvelle-Calédonie pour les personnes sans résidence de rattachement. Les aides médicales Sud, Nord et Iles concernent les personnes résidant dans leur province.

[69] www.service-public.nc, *op.cit.*
[70] Le SMAG est de 133 086 XPF au 1er octobre 2018, direction du travail et de l'emploi de la Nouvelle-Calédonie : www.dtenc.gouv.nc

Depuis 2005, la Nouvelle-Calédonie travaille par ailleurs à la généralisation et à l'harmonisation du système d'aides sociales légales. Elle a ainsi créé de nouveaux dispositifs à vocation territoriale :

- **le régime des prestations familiales de solidarité** (2006) dont la gestion a été confiée à la CAFAT qui a été enrichi en 2011 de nouvelles prestations dans un souci d'harmonisation avec le régime des prestations familiales des salariés ;
- **l'aide au logement** (2007) dont la gestion a été confiée au Fonds social de l'habitat;
- **Le régime de prise en charge du handicap et de la dépendance** (créé en 2009) dont la gestion a été confiée à la CHD et à la CAFAT.

À cette aide sociale générale, s'ajoute l'action sociale des provinces et des communes à travers le soutien facultatif sous forme de secours financiers ou de prestations en nature.

5.2.1 Données aide médicale A

Les données transmises par les provinces pour 2018 sont à prendre avec précaution. Chaque province a sa propre donnée avec des indicateurs qui n'ont pas pu être standardisés.

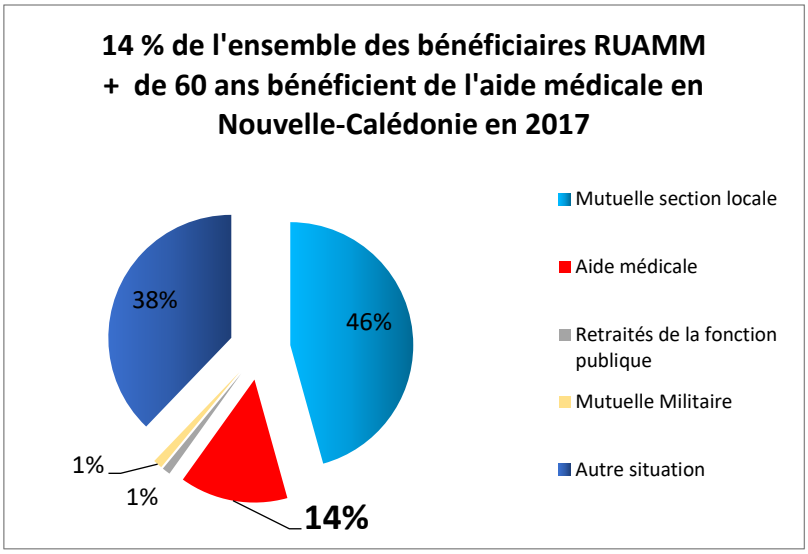
- La province Sud dénombre 4109 de personnes de plus de 60 ans ressortissant de l'aide médicales A-B-C.
- La province Nord dénombre 26188 personnes percevant l'aide médicale A-B-C. Les personnes de plus de 60 ans sont au nombre de 3424. Sur l'ensemble personnes percevant l'aide médicale, les personnes de plus de 60 ans représentent 13%.
- La province des iles dénombre 1191 personnes de plus de 60 ans bénéficiant l'aide médicale A-B-C.

En analysant les données, il a été difficile d'isoler le nombre de personnes de plus 60 ans ressortissantes de l'aide médicale A *stricto sensu*.

5.2.2 14 % des bénéficiaires RUAMM de plus de 60 ans ont l'aide médicale B et C en 2017[71]

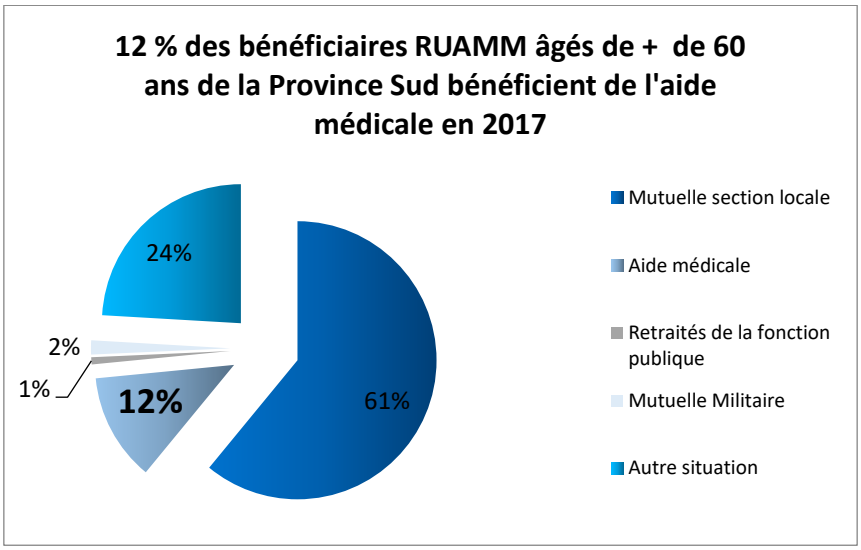
Pour 2017, sur les 47549 bénéficiaires du RUAMM 6745 reçoivent en Nouvelle-Calédonie l'aide médicale, soit 14 % de la population des plus de 60 ans du territoire.

[71] CAFAT, *Statistiques Séniors CHS, op. cit.*

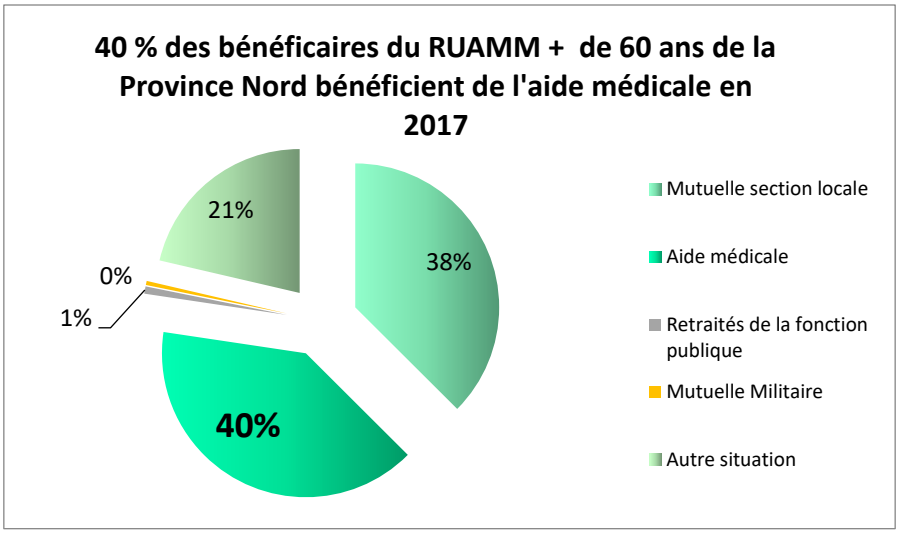


NB : « autre situation », les bénéficiaires sans couverture complémentaire sont intégrés dans la colonne autre situation, la CAFAT n'étant pas en mesure d'identifier les assurances complémentaires individuelles (Groupama, GAN…)

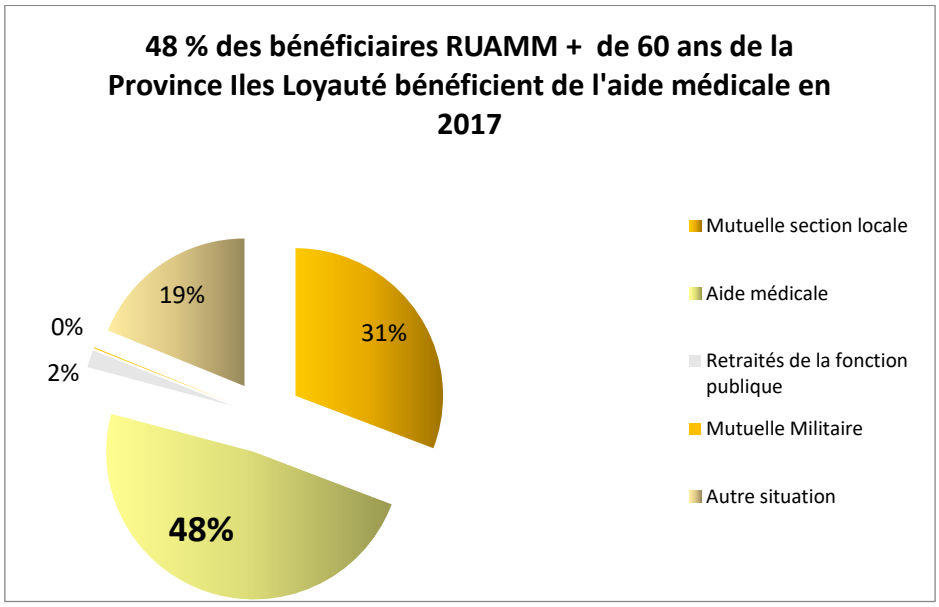
Cette situation est loin d'être équivalente entre les provinces : 12 % des bénéficiaires du RUAMM de plus de 60 ans sont à l'aide médicale en province Sud (3946 personnes), contre 40 % en Province Nord (1912 personnes) et près d'une personne sur 2 (862 personnes) en province des Iles Loyauté.



Pour 2017, sur les 31561 personnes de plus de 60 ans que comptait la province Sud, 3946 bénéficiaient de l'aide médicale, 19237 d'une mutuelle section locale, 262 étaient retraités de la fonction publique 517 bénéficiaient de la mutuelle militaire et 7599 étaient dans d'autres situations.



Sur les 4793 personnes de plus de 60 ans que comptait la province Nord, 1912 bénéficiaient de l'aide médicale (40 %), 1796 d'une mutuelle section locale (38 %), 39 étaient retraités de la fonction publique 22 bénéficiaient de la mutuelle militaire et 1024 étaient dans d'autres situations (21 %).



Sur les 1783 personnes de plus de 60 ans que comptait la province Iles Loyauté, 862 bénéficiaient de l'aide médicale (48 %), 549 d'une mutuelle section locale (31 %), 34 étaient retraités de la fonction publique, 2 bénéficiaient de la mutuelle militaire et 336 étaient dans d'autres situations (19 %).

5.2.3 Nombre de personnes de plus de 60 ans sans mutuelle complémentaire ?

Nous ne disposons pas d'informations sur le nombre de personnes de plus de 60 ans sans complémentaire santé.

Les artisans et les agriculteurs, comme les professions libérales ne disposent pas encore de système de protection sociale liée à la retraite, sinon par le biais de cotisations volontaires auprès de caisses, assurances ou mutuelles privées.

Les chambres consulaires (Chambre des métiers, Chambre de l'agriculture, Chambre des travailleurs indépendants) se préoccupent de cette question et envisagent de mettre en place un système de cotisation obligatoire.

Il est possible de cotiser de manière volontaire à la CAFAT, afin de pouvoir disposer d'une retraite, pour les travailleurs indépendants qui auraient travaillé au moins 5 ans comme salarié en Nouvelle-Calédonie.

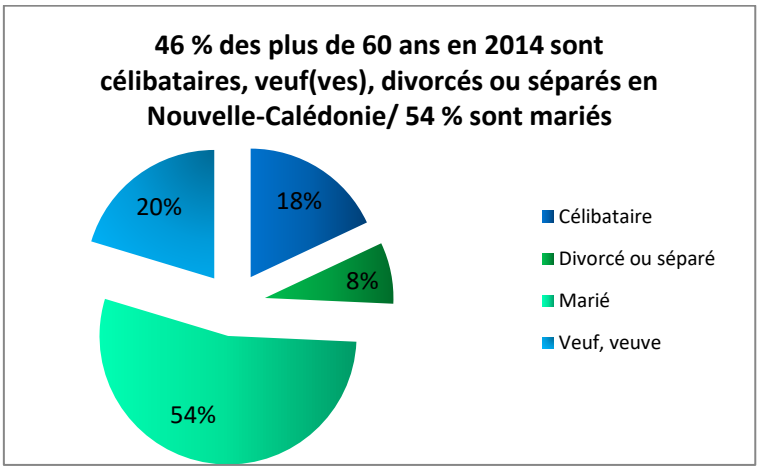
Synthèse

-En 2014, 90% des plus de + de 60 ans sont retraités, 5% encore en activité et 83% perçoivent une pension de retraite. 1 personne sur 8 bénéficie du minimum vieillesse (4498 en 2014). La moitié des personnes de plus de 60 ans touchent le minimum vieillesse dans les iles Loyauté, 32 % en Province Nord et 7% en Province Sud.
-La protection sociale est composée d'un régime obligatoire (CAFAT et CLR) pour les salariés, et d'un dispositif d'aide sociale pour les autres et les personnes à faible revenu.
-En 2017, 14 % des + de 60 ans (6745 personnes) bénéficient de l'aide médicale en Nouvelle-Calédonie : 12 % (3946) des bénéficiaires du RUAMM de plus de 60 ans pour la Province Sud, 40% (1912) pour la Province Nord et 48% (862) dans les Îles Loyauté.

5.3 Environnement familial

5.3.1 Analyse des situations matrimoniales > 60 ans[72]

18087 personnes de plus de 60 ans soit 54% sont mariées en Nouvelle-Calédonie alors que 15442 ne sont pas non mariées soit 46% (célibataires, veufs, divorcés ou séparés).

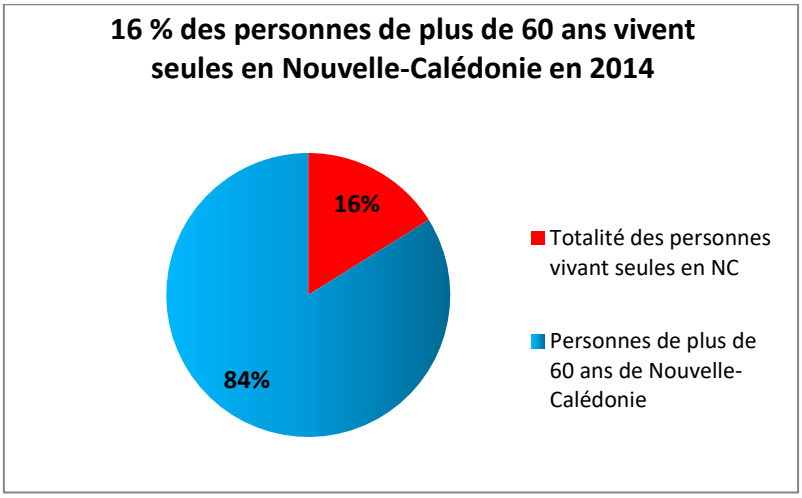


5.3.2 Une personne sur 6 de plus de 60 ans vit seule et près d'une sur 4 après 80 ans[73]

Les données de l'ISEE fournies pour l'année 2014 permettent de montrer que 16 % des personnes de plus de 60 ans vivent seules en Nouvelle-Calédonie en 2014.

L'isolement se majore avec l'avancée en âge :

- 13 % des 60 à 69 ans vivent seules
- 18 % des 70 à 79 ans
- 22 % chez les plus de 80 ans.



[72] INSEE -ISEE , *Recensement de la population. Population de plus de 60 ans par province*, 2014.
[73] CAFAT, *Statistiques Séniors CHS, op. cit.*

5.3.3 18% des personnes de plus de 70 ans résident en milieu tribal avec une hétérogénéité selon les provinces

A la province des îles Loyauté, 100% des personnes de plus de 70 ans résident « *en tribu au sein ou à proximité d'une tribu* ».[74] En Province Nord ce sont 64% soit 1359 personnes de plus 70 ans qui vivent au sein des tribus et 2,9% soit 327 personnes de plus de 70 ans en Province Sud.
Hormis la zone des Loyauté, si on évalue ce pourcentage par zone de vie, les personnes de plus de 70 ans vivant en milieu tribal sont plus représentées à 70% en zone rurale Nord, 42% en zone urbaine nord et 20% en zone rurale Sud. Seuls 80 personnes soit 1% vivent en tribu en zone urbaine sud.

	Zone urbaine Sud	**Zone rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone rurale Nord**	**Zone Loyauté**
Nombre de P.A de plus de 60 ans	*23143*	*2925*	*1059*	*4094*	*2308*
	69%	*9 %*	*3%*	*12%*	*7%*
Nombre de P.A de + de 70 ans	*9825*	*1251*	*407*	*1697*	*889*
Nombre de P.A de + 70 ans vivant en tribu	*80*	*247*	*171*	*1188*	*889*
	1%	*20%*	*42%*	*70%*	*100%*

[74] ISEE, *Population âgée de 70 ans et plus (âge révolu), selon qu'elle réside ou non au sein ou à proximité d'une tribu, par commune*, 2014.

Synthèse
En 2014, la moitié des personnes de plus de 60 ans sont célibataires, divorcées ou veuves. Mais 1/6 vit seul (16%), ¼ après 80 ans (22%). Dans les Îles Loyauté, toutes les personnes de plus de 70 ans vivent en tribu ou à proximité, 70% en zone rurale Nord, 42% en zone urbaine Nord, 20% en zone rurale Sud et 1% en zone urbaine Sud.

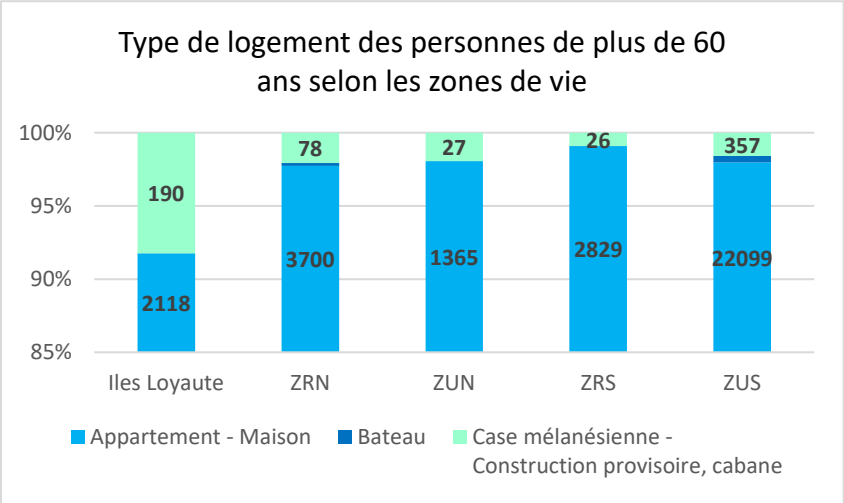
5.4 Le logement

5.4.1 Type d'habitat : 8 % des personnes de plus de 60 ans dans les Iles Loyauté vivent dans une case mélanésienne ou construction provisoire ou cabane [75]

Le type de logement a été classé par l'ISEE en 3 catégories :

- Maison / appartement,
- Case mélanésienne, construction provisoire, cabane
- Bateau.

Si on évalue par zone de vie la typologie des logements des personnes de plus de 60 ans vivant dans une case ou cabane ou construction provisoire, 8 % d'entre elles sont dans cette situation dans la zone des Iles Loyauté soit 190 personnes alors que moins d'1 % (357 personnes) le sont dans la zone urbaine Sud



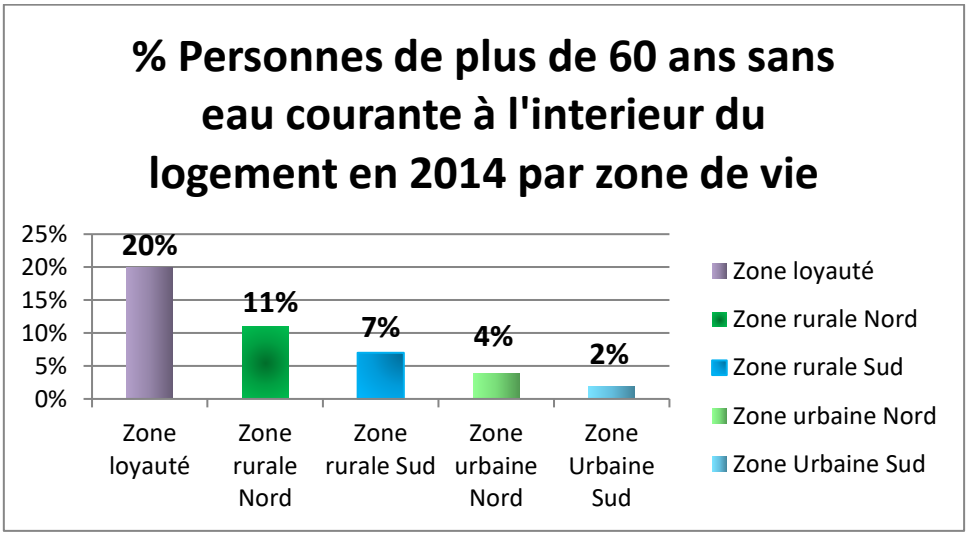
5.4.2 5 % des personnes de plus de 60 ans n'ont pas accès à l'eau courante à l'intérieur du logement en 2014 en Nouvelle-Calédonie[76]

1568 personnes âgées de plus de 60 ans, soit 5 % de la population, vivent à domicile sans eau courante mais puisent de l'eau dans un puits, ou une citerne ou un point d'eau collectif.

De grandes disparités sont observées au sein des communes notamment sur la commune d'Ouvéa qui fait grimper le % des iles loyauté. **1 personne sur 5 de plus de 60 ans pour les Iles Loyauté**, soit 468 personnes dont 412 uniquement pour la commune d'Ouvéa. 98% des logements sur Ouvéa sont sans eau à l'intérieur des logements. L'île d'Ouvéa n'a pas de réserve d'eau douce et 3 unités de dessalement ravitaillent certaines tribus.

[75] ISEE : population âgée de 60 ans et plus, selon le type de logement occupé, par entité territoriale homogène (ETH), 2014.
[76] INSEE-ISEE, *Recensement de la population*, 2014.

2014	% personnes > 60 ans sans eau courante à l'intérieur du logement	Nombre de personnes concernées
Zone Loyauté	**20%**	468
Zone rurale Nord	11%	446
Zone rurale Sud	7%	208
Zone urbaine Nord	4%	39
Zone Urbaine Sud	2%	407
Nouvelle-Calédonie	**5%**	**1568**



A noter que la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie a développé un plan de sécurité sanitaire des eaux de consommation depuis 2008.

L'absence de sanitaire est une problématique, surtout présente dans les zones rurales et dans les iles, et va de pair avec l'absence d'eau courante dans le logement.

Or, ces équipements sont essentiels pour assurer des prises en charge adaptées de personnes dépendantes à domicile.

5.4.3 97 % des Néo-calédoniens ont accès au réseau électrique général[77]

Si l'accès à l'eau courante apparaît problématique pour environ 1600 personnes âgées de plus de 60 ans, c'est moins le cas pour ce qui concerne l'accès au réseau électrique général. 959 personnes utilisent d'autres sources d'éclairage (groupe électrogène, panneaux solaires, lampes à pétrole, bougie, etc.).

Le constat prévaut pour 3 % d'entre elles en Nouvelle-Calédonie.

[77] ISEE : population âgée de 60 ans et plus, vivant dans un ménage disposant d'un accès à l'eau courante et à l'électricité, 2014.

Mode principal d'éclairage			
	Réseau électrique général	**Autres sources d'éclairage**	**% hors réseau**
Zone Loyauté	2245	63	3%
Zone rurale Nord	3797	339	8%
Zone rurale Sud	2695	160	6%
Zone urbaine Nord	983	59	6%
Zone urbaine Sud	22220	338	1%
Nouvelle-Calédonie	**31940**	**959**	**3%**

5.4.4 31 % des ménages des personnes de plus de 60 ans à la Province des Iles loyauté ne sont pas équipés de WC alors que cela concerne 4 % des ménages de Nouvelle-Calédonie[78]

Les ménages ne disposant pas d'équipements sanitaires sont les plus nombreux en province des îles Loyauté avec 545 ménages sur 1763, soit 31 % d'entre eux. Quasiment 1 ménage sur 2 de personnes de plus de 60 ans que ce soit sur Ouvéa (49%) ou Maré (46%) n'est pas équipé de toilettes.

Si on observe ce pourcentage par zone de vie, la zone rurale Nord vient juste après avec 10 % de ménages non équipés.

Lieu d'habitation des ménages	Ménages équipés de WC	Ménages non équipés de WC	% Ménages non équipés de WC
Zone Loyauté	1763	545	**31%**
Zone rurale Nord	3745	388	10%
Zone rurale Sud	2806	45	2%
Zone urbaine Nord	997	42	4%
Zone urbaine Sud	22450	108	<1%
Nouvelle-Calédonie	**31761**	**1138**	**4%**

2% des ménages des personnes de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie ne sont pas équipés de douches et de baignoires. Cela concerne 15% des ménages à la province des iles loyauté.

[78] ISEE, *Statistiques Séniors CHS.*

Lieu d'habitation des ménages	Ménages équipés de baignoire ou douche	Ménages non équipés de baignoire ou douche	% Ménages non équipés de baignoire ou de douche
Zone Loyauté	2008	300	**15%**
Zone rurale Nord	3859	388	7%
Zone rurale Sud	2812	33	1%
Zone urbaine Nord	1006	36	4%
Zone urbaine Sud	22442	116	1%
Nouvelle-Calédonie	**32127**	**772**	**2%**

5.4.5 1 personne sur 3 de plus de 60 ans dans la zone rurale Nord et la zone Loyauté n'a pas de machine à laver le linge[79]

L'équipement en matériel électroménager est directement lié au branchement au réseau électrique, mais nécessite de l'eau.

L'équipement en matériel de conservation alimentaire (réfrigérateur et congélateur) est comparable à celui de l'accès au réseau électrique pour la Nouvelle-Calédonie, soit 97 % de ménages qui en sont équipés.

Lieu d'habitation	Equipement des ménages en réfrigérateurs ou congélateurs		
	Ménages équipés	Ménages non équipés	% non équipés
Zone Loyauté	2 092	216	9%
Zone rurale Nord	3742	394	10%
Zone rurale Sud	2746	103	4%
Zone urbaine Nord	974	68	7%
Zone urbaine Sud	22302	256	1%
Nouvelle-Calédonie	**31856**	**1043**	**3%**

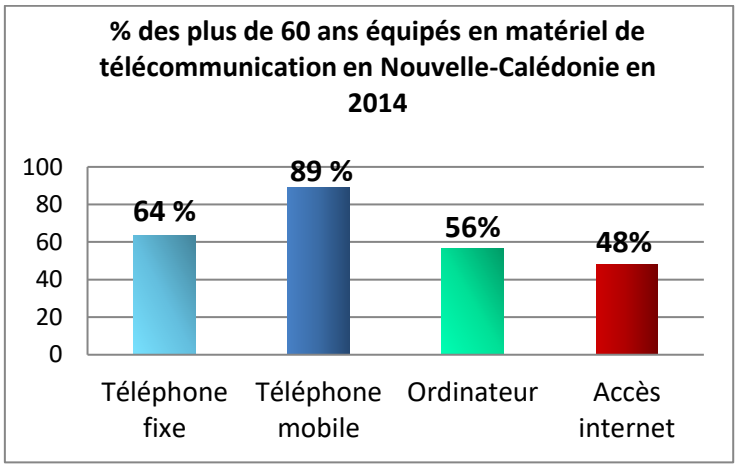
En revanche 12% des personnes âgées de plus de 60 ans ne sont pas équipées sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie de machines à laver. On note des pics sur la zone loyauté avec le manque d'eau sur Ouvéa et en zone rurale nord essentiellement la côte Est et le grand Nord.

[79]ISEE, *op.cit*

Lieu d'habitation	Equipement des ménages en machines à laver le linge		
	Ménages équipés	Ménages non équipés	% Ménages non équipés
Zone Loyauté	1 655	653	**28%**
Zone rurale Nord	2769	1367	**33%**
Zone rurale Sud	2500	355	12%
Zone urbaine Nord	879	163	16%
Zone urbaine Sud	21131	1427	6%
Nouvelle-Calédonie	**28934**	**3965**	**12%**

5.4.6 1 personne de plus de 60 ans sur 2 n'a pas accès à internet en 2014 au sein de son logement, ni ne dispose d'un ordinateur [80]

Lors du dernier recensement, l'équipement en appareil de télécommunication place le téléphone mobile comme le premier outil de communication des personnes âgées de plus de 60 ans sur le territoire. En effet, 9 personnes sur 10 en possèdent un. Leur logement n'est pas équipé d'un accès à internet pour 1 personne sur 2 et 1 personne sur 2 ne possède pas non plus d'ordinateur.



5.4.7 Données provenant de la direction du logement de la Province Sud[81]

La direction du logement de la Province Sud a réalisé, à la demande du « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie », un focus sur les demandeurs et attributaires de logements pour les personnes de plus de 60 ans. Cette cartographie ne concerne que la demande et l'offre de logement social en Province Sud.

Les données techniques sont jointes en annexe et seules les principales données sont reformulées ci-dessous avec les principaux constats.

[80] ISEE : populations de 60 ans et plus selon l'équipement du logement dans lequel elles vivent et la province de résidence, 2014.
[81] Direction du logement Province Sud, *Données logement*, juillet 2019.

A noter que la saisie des données a été effectuée sur le logiciel MH-GEDELO de la direction du logement avec 2 écueils :

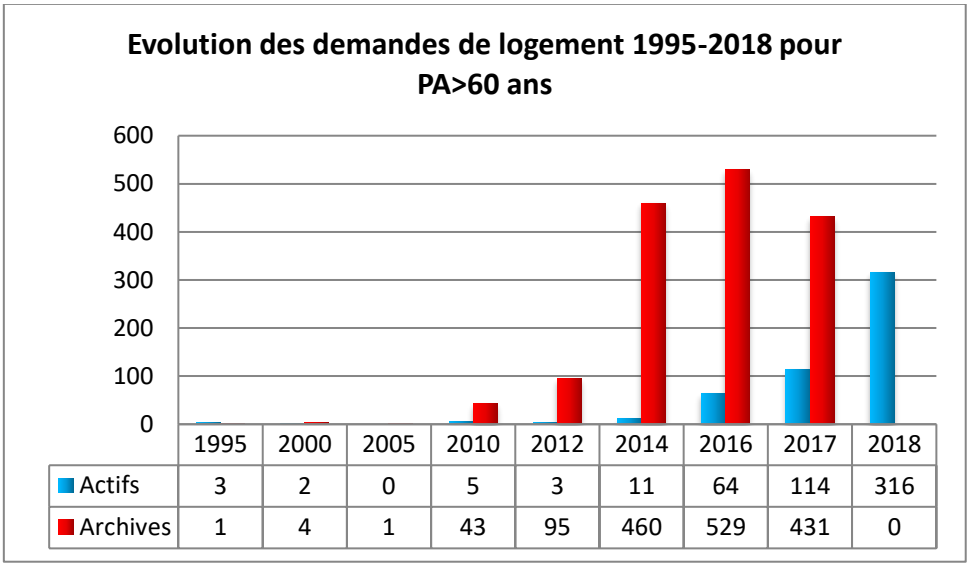
- les logements en « résidence personne âgée » ne sont pas individualisés comme variable mais inclus dans le parc locatif bailleur social,
- la reconnaissance de la dépendance sous le régime de la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance n'est pas individualisée. Seul le taux de handicap peut être saisi. Plusieurs items indirects d'accessibilité et d'aide technique peuvent être renseignés.

5.4.7.1 Une forte demande de logement locatif social

A la fin juin 2019, 775 dossiers des ménages d'au moins une personne de plus de 60 ans sont actifs ou en cours d'instruction.

Depuis 1995, 2562 dossiers sont dits archivés : dossier ayant plus de 18 mois de vie avec ou sans attribution. 2514 ménages ont eu un logement et 48 ménages n'en ont pas eu car ils n'ont pas renouvelé leurs dossiers. Les dossiers actifs et archivés ont augmenté à partir de 2016.

On constate surtout que les demandeurs de plus de 60 ans se voient attribués un logement et qu'ils représentent 11.4% des demandeurs de logements de la province Sud.



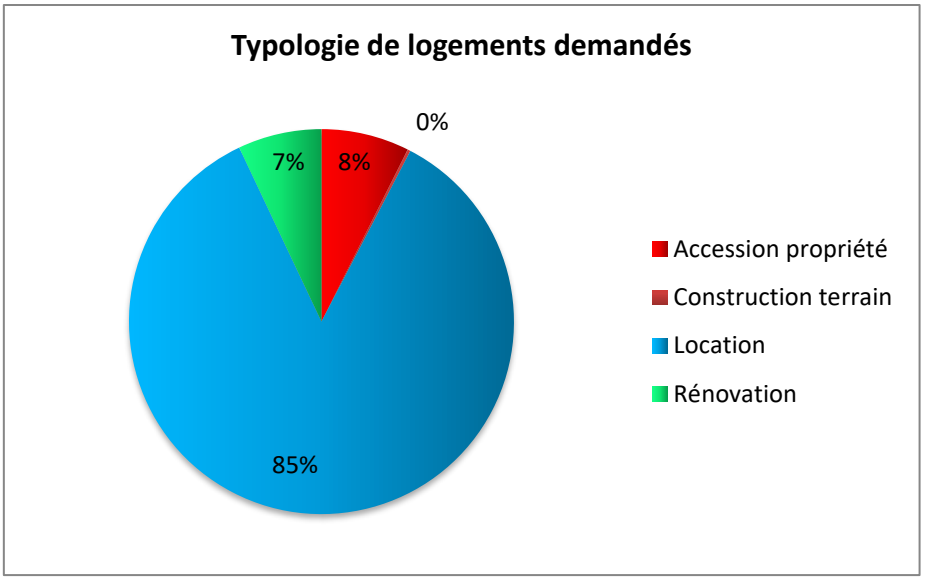
	1995	2000	2005	2010	2012	2014	2016	2017	2018
Actifs	3	2	0	5	3	11	64	114	316
Archives	1	4	1	43	95	460	529	431	0

Types de logements demandés

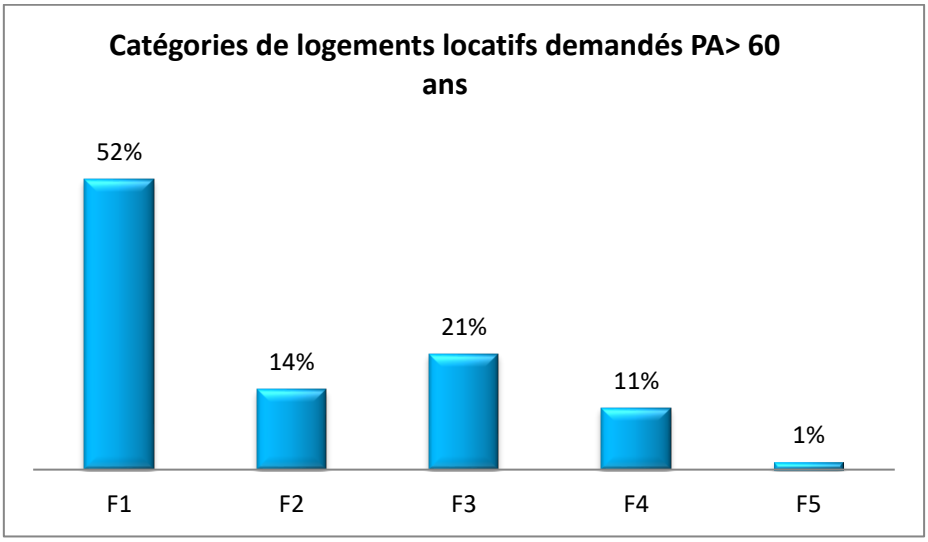
Sur les 775 dossiers, 811 demandes actives sont formulées. Parfois, un dossier comporte plusieurs demandes : location, accession à la propriété, rénovation…

Les demandes de logement sont réparties comme telles :

- 85% sont pour la location ;
- 7,4% sont pour l'accession à la propriété ;
- 7% sont pour la rénovation, amélioration de l'habitat ;
- 0,2% pour la construction sur terrain.



On note une forte demande locative dont 52% sont préférentiellement pour du F1, ce qui corrobore l'isolement des demandeurs.

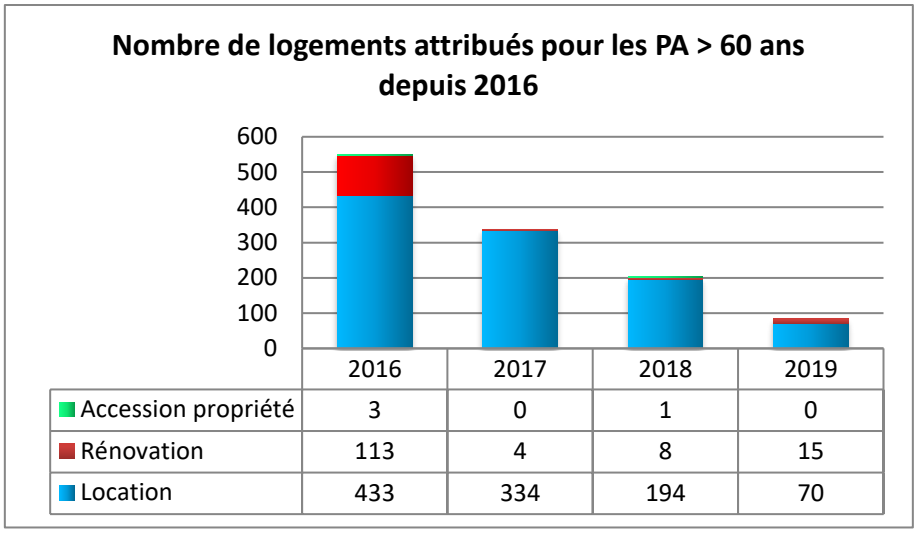


Selon la direction du logement en province Sud, il faudrait construire 228 logements locatifs publics pour résorber le stock en location.

5.4.7.2 Au niveau de l'offre : peu de logements sont attribués aux personnes de plus de 60 ans

Depuis 2016, 1179 logements ont été attribués aux personnes de plus de 60 ans. On constate **une baisse du nombre de logements attribués aux personnes de plus de 60 ans à la location**.

Les raisons évoquées par la direction du logement peuvent être la précarisation des ménages avec 80% des personnes seules percevant moins d'un SMG, la baisse au niveau des attributions de logements aidés type LLA.



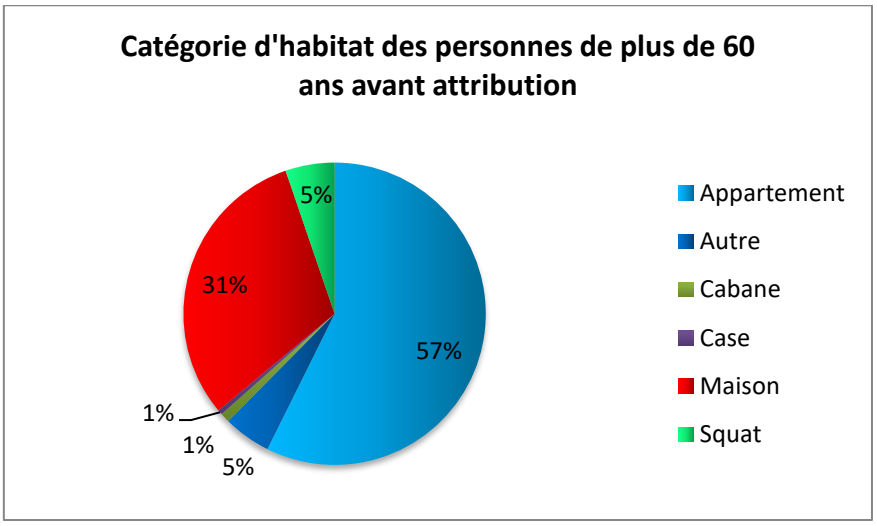
	2016	2017	2018	2019
Accession propriété	3	0	1	0
Rénovation	113	4	8	15
Location	433	334	194	70

Profil des personnes âgées pour lesquelles un logement a été attribué

La majorité des personnes de plus de 60 ans qui se sont vues attribuées un logement provient du grand Nouméa :

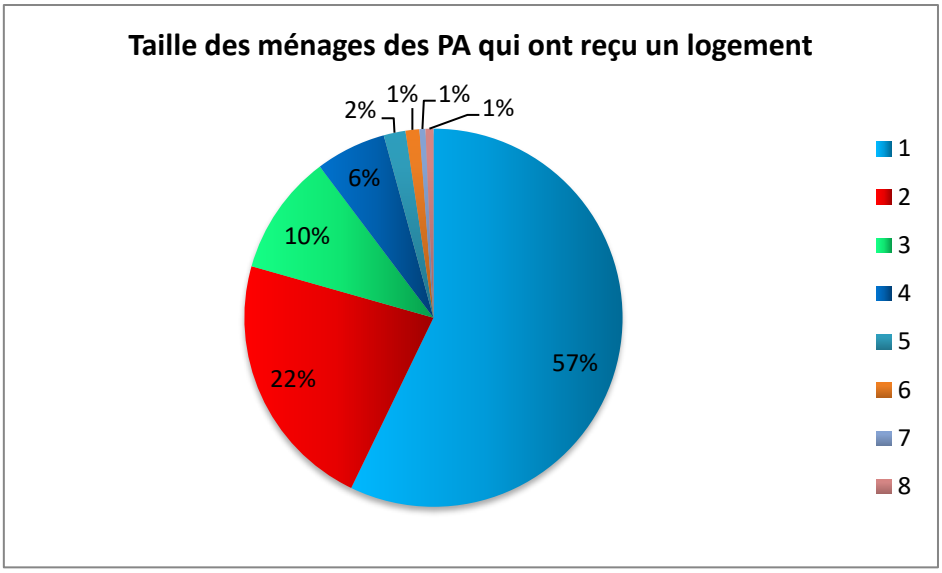
- 56 % sur Nouméa ;
- 23 % sur Dumbéa ;
- 10% sur Mont-Dore.

88% vivaient soit en appartement 57% ou en maison 31%. Un tiers était locataire dans le parc social et 23% étaient hébergés en famille.

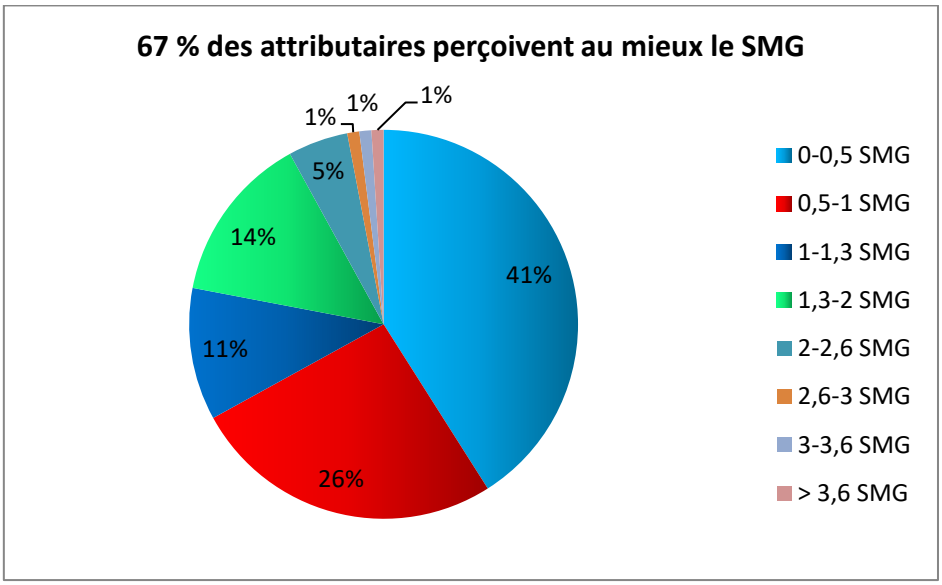


Sur les 1179 logements attribués, **57% des personnes logées de plus de 60 ans vivent seules.**

On peut expliquer ce chiffre par l'intégration au sein du logiciel GEDELO des résidences personnes âgées dans le parc locatif. On peut espérer que l'on retrouvera moins de personnes de plus de 60 ans vivant seules dans le parc des logements sociaux.

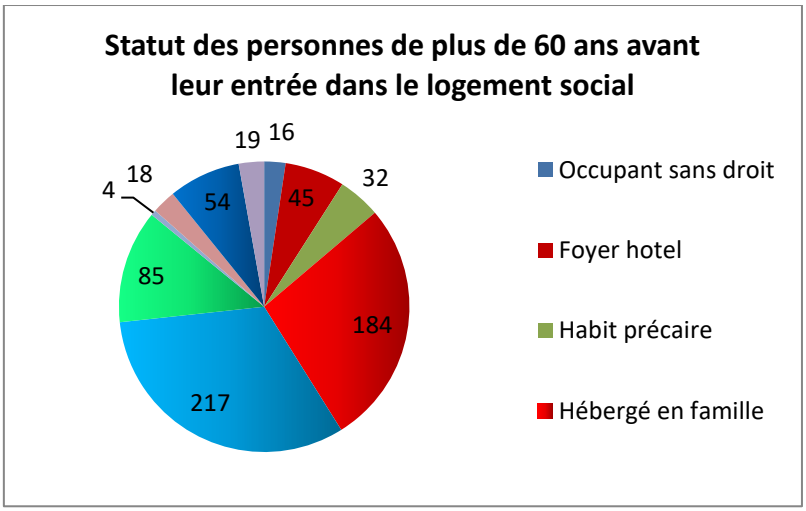


67% des personnes ont des revenus inférieurs au Salaire Minimum Garanti (SMG[82]).



[82] *Salaire Minimum Garanti (SMG) = 156 568 XPF*, direction du travail et de l'emploi de Nouvelle-Calédonie https://dtenc.gouv.nc

Origine des personnes avant leur attribution d'un logement

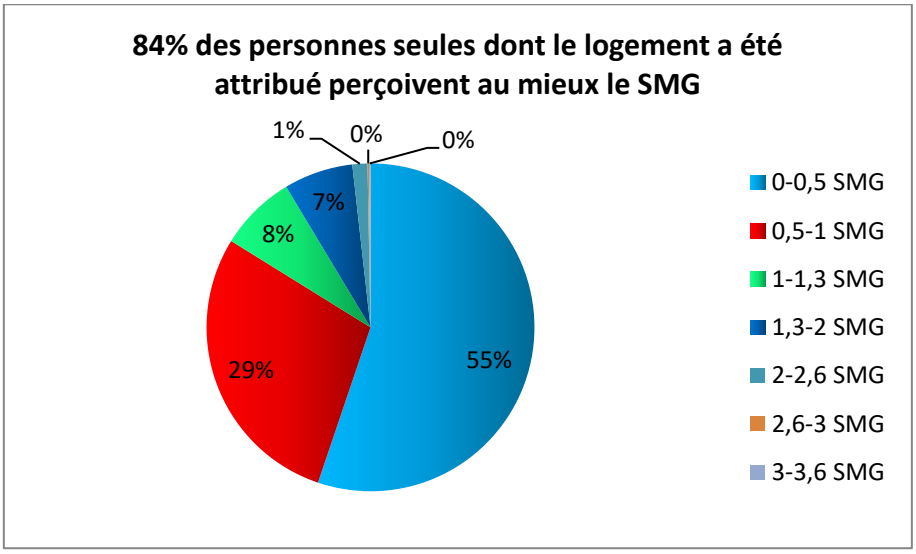


Durée moyenne avant l'obtention d'un logement. La durée moyenne pour qu'un demandeur accède à son logement (accession, logement, rénovation) est de **21 mois.**

Pour la location exclusivement, la durée moyenne d'attente d'un ménage avant l'obtention d'un logement est de **17 mois.**

5.4.7.3 Focus sur les personnes seules de plus de 60 ans

84% des personnes de 60 ans vivant seules perçoivent au mieux le SMG.



5.4.7.4 Focus sur les personnes reconnues handicapées

Les données sur le handicap ne sont pas exploitables et non représentatives compte-tenu qu'elles ne tiennent pas compte des personnes reconnues dans la dépendance avec la grille AGGIR. Seul un constat pour les personnes reconnues handicapées pourra être réalisé.

5.4.7.5 Synthèse des logements sociaux

On constate une demande de logement social bien exprimée des personnes âgées dont la moitié vit seule. Ces personnes perçoivent au mieux le SMG. Il y a de moins en moins d'attribution de

logements pour les personnes de plus de 60 ans au même titre que de rénovation de logements. La demande de logement est bien exprimée pour du locatif en appartement de typologie F1. Les personnes de plus 60 ans vivant seules sont en situation de précarisation avec pour 84% d'entre elles en-dessous du SMG.

La satisfaction pour obtenir un logement locatif est d'un an et demi, si la personne a bien renouvelé sa demande.

Le biais de la non-quantification des résidences personnes âgées, fausse les données. La non représentativité des personnes reconnues dépendantes liées au logiciel ne permet pas d'avoir une photographie en terme d'accessibilité et de pistes d'amélioration de l'habitat pour ce public.

Synthèse

Province Sud

- **2% (383 personnes) vivent dans une case traditionnelle ou dans une cabane**
- **2% (615 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement,**
- 153 ne sont pas équipés de WC, 149 de douche, 350 de réfrigérateurs et 1800 de machines à laver le linge
- 498 personnes s'éclairent hors du réseau général (2%)

Province Nord

- 2 **% (183 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane**
- **9 % (485 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement,**
- 430 ne sont pas équipés de WC, 313 de douche, 470 de réfrigérateurs et 1530 de machines à laver le linge
- 398 personnes s'éclairent hors du réseau général (8%)

Province Iles Loyauté

- **8 % (190 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane**
- **20 % (468 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement,**
- 545 ne sont pas équipés de ne sont pas équipés de WC, 300 de douche, 216 de réfrigérateurs et 653 de machines à laver le linge
- 63 personnes s'éclairent hors du réseau général (3%)

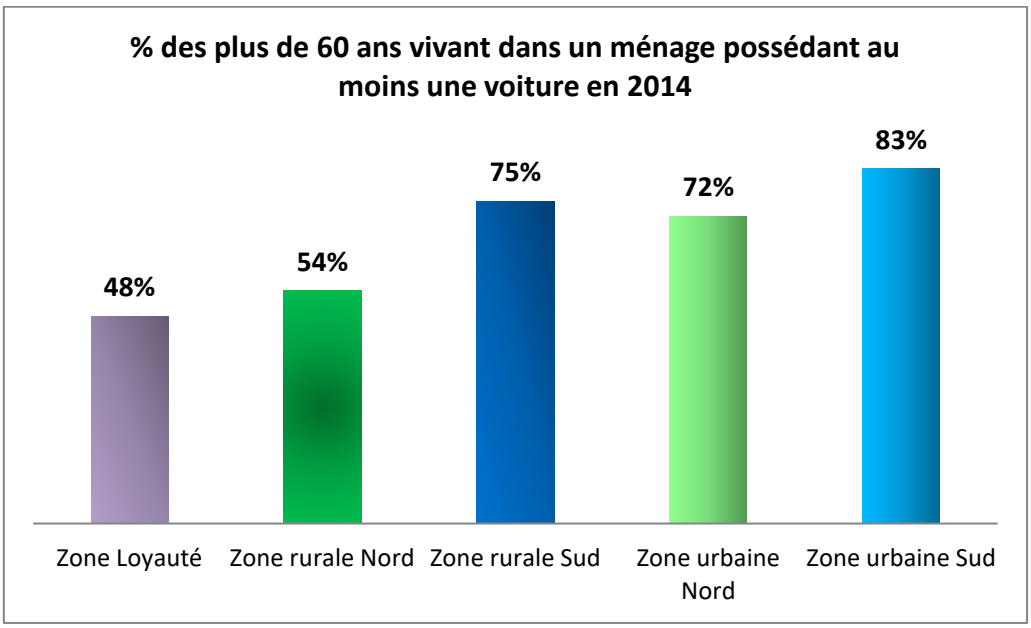
-Le lien entre le type d'habitat, l'accès à l'eau courante et au réseau électrique, avec le niveau d'équipements sanitaires et électroménagers doit bien sûr être fait.
Il concerne les 3 provinces, avec des contextes certainement différents selon qui s'agit de case mélanésienne (habitat culturel) ou de cabane (habitat précaire).
Ce sujet n'est pas anodin lorsqu'il s'agira de définir des modalités de prise en soin à domicile de personnes avec des dépendances qui exigent des équipements pour assurer des conditions d'hygiène de base (toilette, traitement du linge, …).

5.5 Les moyens de transports au service des plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie[83]

5.5.1 3 ménages sur 4 de plus de 60 ans possèdent au moins une voiture en Nouvelle-Calédonie

Les ménages des personnes âgées de plus de 60 ans vivant en milieu urbain sont les mieux équipées en véhicules personnels : 83% dans le Grand Nouméa, et plus généralement en Province Sud.

A l'inverse, 48% des ménages n'ont pas de véhicule dans la province des Iles Loyauté et 54% dans la zone rurale Nord de la Province Nord.



5.5.2 Accidentalité des conducteurs de plus de 65 ans[84]

Selon une étude de la DITTT réalisée sur les accidents corporels de la circulation routière impliquant au moins un conducteur âgé de plus de 65 ans en Nouvelle-Calédonie de 2014 à 2018 :

Bilan accidentalité	Accidents corporels	Dont mortels	Tués	Blessés	% Tués/ Blessés
Situation globale dans la population générale	1642	230	275	2348	11.7%
Dont usagers ≥65ans	---	---	20	93	21.5%

[83] ISEE : population âgée de 60 ans et plus, vivant dans un ménage disposant d'au moins une voiture, recensement 2014.
[84] Observatoire de la sécurité routière de Nouvelle-Calédonie- DITTT.NC, *Conducteurs de 65 ans et plus dans les accidents de la route*, mai 2019.

Les usagers de 65 ans et plus représentent 7.27% des décès et 3.96% des blessés. La gravité est plus élevée pour les accidents des personnes de plus 65 ans. Les séniors sont plus vulnérables

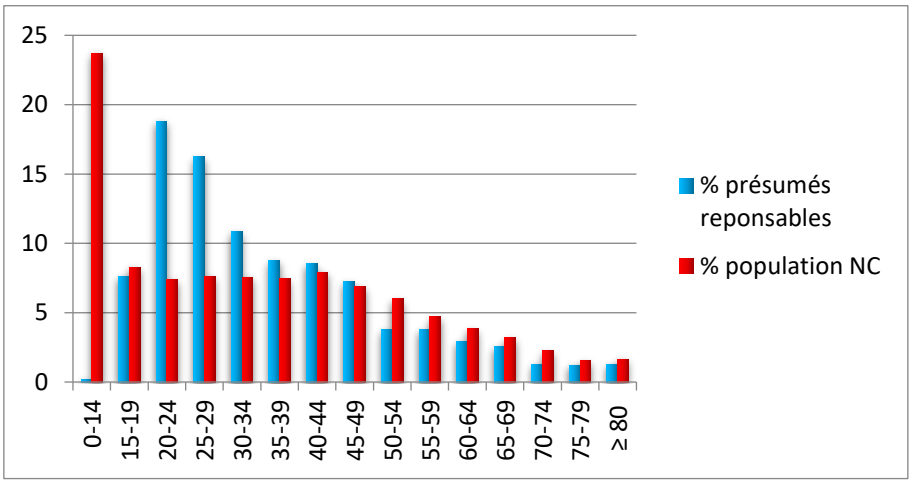
- ⇨ Dans les accidents corporels en Nouvelle-Calédonie, le ratio moyen est de 11.7 personnes tuées pour 100 blessées
- ⇨ Alors que pour les personnes de plus de 65 ans, on compte 21.5 personnes tuées pour 100 blessées

De 2014 à 2018, 158 accidents corporels ont été répertoriés dont 11 mortels impliquant au moins un conducteur de 65 ans et plus.

- ⇨ 9.6% des accidents corporels impliquent au moins un conducteur de plus de 65 ans.
- ⇨ 2 fois sur 3, le conducteur de 65 ans et plus est présumé responsable.

Les conducteurs de 65 ans et plus ne représentent que 6.35% de l'ensemble des conducteurs présumés responsables. Après 50 ans, les conducteurs présumés responsables diminuent avec une baisse encore plus marquée pour les plus de 70 ans.

- ⇨ L'âge n'est pas un critère de dangerosité au volant.



75% des accidents corporels des personnes de plus de 65 ans sont survenus sur le réseau communal et 64% des accidents mortels surviennent sur le réseau territorial.

Ainsi les personnes âgées sont plus vulnérables en termes de mortalité routière et il y a lieu de renforcer la prévention routière envers ce public fragile, notamment piéton.

Les personnes âgées ne sont pas autant de conducteurs présumés responsables que véhicule l'inconscient collectif.

5.5.3 Quelle offre de transports publics et dispositifs au service des personnes âgées de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie ?

Le site Këdia[85], émanation du gouvernement, propose plusieurs types de transports.

5.5.3.1 Les compagnies aériennes domestiques : Air Calédonie et Air Loyauté

Air Calédonie[86] opère des vols réguliers (192 vols hebdomadaires) au départ de l'aéroport Nouméa Magenta à destination de :

- l'île des Pins - Aéroport de Moue
- Ouvéa - Aéroport d'Ouloup
- Lifou - Aéroport de Wanaham
- Maré - Aéroport de La Roche
- Koné

L'aide « solidarité transport » est réservée aux ressortissants de la province des Iles relevant de l'aide médicale. Ils bénéficient d'une aide au transport d'un montant de 10 000 XPF pour un aller-retour appliqué pour les tarifs standards suivants :

- Iles des Pins A/R : 17 590 XPF
- Iles Loyauté et Koné A/R : 24 810 XPF

La carte continuité pays donne droit à 5 A/R. Elle est initiée par le Gouvernement.

Air Loyauté [87]dessert Koumac, Bélep, Touho sur la Grande Terre et Tiga dans les Loyauté. Ses services répondent également, aux contraintes de santé en assurant **H24 et 365 jours par an, les évacuations sanitaires** vers le CHT Gaston-Bourret à Dumbéa.

- Koumac : 2 vols hebdomadaires, les mardis et jeudis : prix moyen d'un aller 15 600 XFP
- Bélep : les départs se font de Koumac, les mardis et jeudis : prix moyen d'un aller 11 000 XPF
- Touho : 2 vols hebdomadaires, les lundis et mercredis au prix moyen de 14 000 XPF pour un aller
- Tiga : 2 vols hebdomadaires, les lundis et vendredis, au prix moyen de 14 000 XPF pour un aller

[85] https://www.kedia.nc
[86] https://www.air-caledonie.nc

[87] https://www.air-loyaute.nc

5.5.3.2 Les transports routiers : Raï, Tanéo (Karuia et Car Sud)

Réseau d'autocars interurbain (Raï)[88] :

Les plus

- Un réseau qui couvre l'ensemble du territoire : 25 lignes et 360 arrêts répartis sur l'ensemble du réseau, 5 gares routières (Nouméa, Bourail, Koné, Koumac, Poindimié)
- Sur les 40 autocars, quatre véhicules du réseau RAÏ sont équipés de dispositifs pour personnes à mobilité réduite.
- Des départs quotidiens
- Un tarif abordable, pour exemple, un trajet Nouméa-Poum est fixé à 1780 XFP

Les moins

- La durée des trajets (un Nouméa-Koumac = 6h 10 avec environ 30 arrêts, dont seulement 2 arrêts possibles pour les « toilettes », Bourail et Koné)

- Les communes d'Ouvéa et Maré ne sont pas desservies.

- La gare se situe à l'entrée du centre-ville au parking de l'ancien hôpital Gaston Bourret.

Tanéo[89]

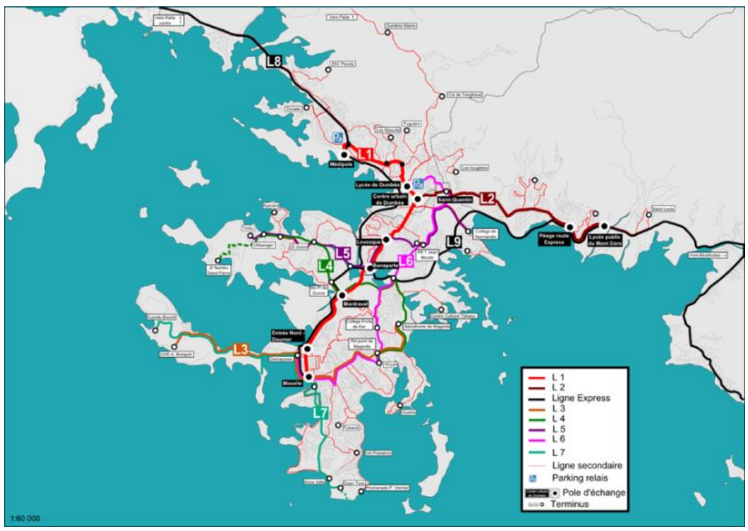
Le réseau Tanéo propose aux usagers du grand Nouméa 29 lignes (1 ligne Néobus, 7 lignes principales, 21 lignes secondaires et 1 ligne maritime) :

Le réseau est doté des dernières innovations technologiques en matière de transport urbain (borne d'informations pour les voyageurs, application dédiée…). La flotte qui comprendra à terme quelque 140 bus neufs seront tous équipés de systèmes valideurs, radio embarquée et d'un système d'aide à l'exploitation pour garantir le respect des horaires, informations visuelles et sonores pour les voyageurs.

[88] http://rai.nc/horaires-et-tarifs

[89] Depuis le 12 octobre 2019, le réseau en commun de l'agglomération de Nouméa a été confié à Tanéo, issu de la fusion des réseaux urbains Karuïa Bus et suburbains Car Sud.

Le réseau est accessible aux populations à mobilité réduite grâce à des palettes rétractables. Les distributeurs automatiques seront eux aussi accessibles à quai. Un emplacement dédié aux fauteuils roulants est aussi prévu à bord.



Pass séniors
- 4500 XPF/mois - 1 zone : 225 XPF - 2 zones et plus : 300 XPF

5.5.3.3 Transports maritimes : Bético 2[90]

Le NGV (Navire à Grande Vitesse) Bético 2 assure la desserte :

- des îles Loyauté (Maré, Ouvéa et Lifou),
- de l'île des Pins.

Les rotations sont établies mensuellement et disponibles sur le site du Bético 2. Généralement, chaque ile est desservie hebdomadairement. Il existe également des rotations inter-iles entre Maré et Lifou par exemple.

Deux dispositifs ont été mis en place par la Nouvelle-Calédonie et les Provinces : **« la Solidarité Transport »** et la **« Continuité Pays ».** L'objectif étant d'aider financièrement les résidents des Iles Loyauté et de l'Ile des Pins à se déplacer et ainsi d'améliorer la desserte intérieure du pays quant au transport maritime et aérien.

Les conditions à respecter et imposées par le Gouvernement sont uniquement valables en aller-retour avec le premier trajet au départ des Iles Loyauté ou de l'Ile des Pins selon l'ile de

[90] https://www.betico.nc

résidence du passager et dans toutes les classes à bord. Un délai de deux mois maximum est à respecter entre l'aller et le retour. Aucun remboursement, annulation et modification de nom ne sont possibles puisque les billets sont nominatifs. Les passagers ont la possibilité de transférer le billet sur une autre date en fonction de la disponibilité des places en classe économique.

Grille tarifaire 2018 Betico 2

Grille tarifaire 2018

• En ALLER SIMPLE en XPF

TRAJET	CLASSE	ADULTE à partir de 13 ans et plus	ENFANT plus de 4 ans et moins de 13 ans	NOURRISSON Moins de 4 ans inclus
Nouméa > Lifou ; Maré ou Ouvéa	Économique	8 200 F	4 000 F	2 000 F
	Confort	8 900 F	4 200 F	2 100 F
	VIP	10 500 F	5 100 F	2 500 F
Inter îles loyauté entre Lifou et Maré	Économique	4 700 F	2 400 F	1 300 F
	Confort	5 200 F	2 600 F	1 400 F
	VIP	6 000 F	3 100 F	1 600 F
Nouméa > Ile des pins	Économique	5 900 F	3 100 F	1 600 F
	Confort	6 900 F	3 400 F	1 700 F
	VIP	8 200 F	4 000 F	2 000 F

• DAY TRIP (ALLER – RETOUR) dans la journée en XPF

Nouméa > > Ile des Pins > Nouméa	Économique	10 900 F	5 400 F	2 500 F
	Confort	12 200 F	5 700 F	2 900 F
	VIP	14 100 F	8 000 F	3 200 F

L'aide à la continuité pays par voie maritime est réservée aux personnes résidant effectivement depuis plus de six mois dans les îles ou à l'île des Pins. Le tarif est applicable sur présentation de la carte « Continuité Pays » de l'année en cours, à la réservation. Elle donne droit à 8 A/R bateau au tarif préférentiel. Ce tarif est soumis à des conditions de réservation, de modifications et d'annulation. La carte « Continuité Pays » peut être délivrée dans les agences de la compagnie Air Calédonie de Nouméa, Lifou, Maré, Ouvéa et île des Pins.

Le dispositif « Solidarité Transport » est valable pour les porteurs de la carte aide médicale A ou B délivrée par la Province des îles Loyauté. Les conditions de vente à respecter sont les mêmes que celles du dispositif « Continuité Pays ». La carte Aide Médicale doit obligatoirement être en cours de validité au moment du voyage.

A la différence du dispositif "Continuité Pays", celui de la "Solidarité de Transport" donne droit à 5 A/R bateau.

5.5.3.4 Les taxis et navettes[91]

La DITTT, service du gouvernement octroie les agréments pour :

- les voitures de location avec chauffeurs,
- les transports routiers de personnes.

La plupart de communes de Nouvelle-Calédonie disposent de ces moyens de transport dont la liste est disponible sur le site de la DITTT.
Nouméa et Grand Nouméa sont pourvus d'un réseau de taxis (Nouméa, Dumbéa, Mont-Dore, Païta).

[91] https://dittt.gouv.nc/transport-des-personnes

A titre d'exemple : tarifs taxis de Nouméa

- Tarif A (de jour 6h à 18h) : 123 XPF /km
- Tarif B (de nuit 18h à 6h et le weekend du vendredi 18h au lundi 6h) : 163 XPF /km
- Tarif C (jour férié et point de débarquement hors commune) : 188 XPF /km
- Prise en charge par course : 340 XPF (*Course minimum : 600 F)
- Appel radio : 170 XPF
- Colis transporté : 44 XPF
- Majoration pour plus de 4 personnes : 440 XPF

Service personnalisé de transport[92] : prix à la carte. Réservation uniquement sur le web.

Les communes de « brousse » et des Iles disposent de navettes privées[93] multi-services (transports scolaires, touristiques, transports de personnes. Les prix varient de 2000 XPF à 5000 XPF selon le trajet.

5.5.3.5 Transports adaptés pour les personnes âgées dépendantes : Nouméa et Grand Nouméa favorisés par rapport au reste de la grande Terre et des Iles

Selon les ressources et le niveau de dépendance, les personnes âgées dépendantes ou les personnes à mobilité réduite (PMR) peuvent bénéficier d'aides financières sollicitées auprès de différents partenaires pour accéder au financement d'un transport adapté.

Ces prestations de transport adapté dit transports PMR s'adressent à des personnes en perte d'autonomie physique (qui utilisent un fauteuil roulant par exemple) ou désorientées. Elles proposent **un accompagnement de la personne du domicile jusqu'à sa destination**.

De manière générale, les personnes âgées dépendantes dans les actes essentiels de la vie courante ayant **taux de GIR**[94] compris entre 1 et 4 ont la possibilité de solliciter une **aide du régime handicap et dépendance**.

Les personnes âgées moins dépendantes ayant un taux de GIR supérieur à 4 peuvent solliciter une aide des services sociaux des provinces et/ou du fonds d'action sociale de la CAFAT et/ou des communes de leur lieu de résidence.

Ces aides sont dites extra-légales et dépendent des programmes et orientations de chacune de ces instances. Dans tous les cas, elles sont soumises à conditions de ressources.

En province Sud, le pôle gérontologique de l'**Instance de Coordination Gérontologique** (ICG) est le guichet unique d'accueil d'information et d'orientation pour les personnes âgées. Il permet également de coordonner l'ensemble des démarches et décisions des différents financeurs.

[92] https://pickme.nc
[93] https://leguide.nc/services-utiles/transports/bus-navette
[94] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie, avril 2019.

En province Nord et en province des îles Loyauté, l'assistante de service social du lieu de résidence fait l'interface avec les usagers. A noter que pour les résidents de ces 2 provinces, la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance est compétente pour statuer sur le niveau de GIR et élaborer les plans d'accompagnement personnalisé dans le cadre du régime handicap et dépendance pour les GIR 1 à 4.

La liste des transports adaptés de la Nouvelle-Calédonie est disponible en ligne sur le site de différents organismes, comme celui du Collectif Handicaps Nouvelle-Calédonie :

http://collectif-handicaps.com/prestations/transport/

On peut constater que la majorité des sociétés proposant des services de transport adapté aux personnes à mobilité réduite est située sur Nouméa et le grand Nouméa.

5.5.3.6 Autres moyens de transports

Le site en ligne Kedïa du gouvernement propose également des moyens de transport dit « alternatifs » tels que le co-voiturage et le transport en vélo.

L'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie de la Nouvelle-Calédonie (ADEME) subventionne à hauteur de 50 000 XPF tout achat de vélo électrique. La ville de Nouméa favorise ce moyen de transport avec un réseau de pistes cyclables.

Les associations sociales telles que l'association Néo-calédonienne d'aide aux personnes âgées (ACAPA) organisent des navettes inter-quartiers pour les personnes de plus de 60 ans adhérentes. Il en est de même pour les établissements accueillants des personnes âgées dépendantes et certaines maisons de retraite.

L'intérieur et les Iles de la Nouvelle-Calédonie disposent également de diverses navettes qui font office de « taxi » en commun. Les prix sont variables et s'échelonnent de 2000 XPF à 5000 XPF.

5.5.3.7 Les transports sanitaires terrestres

La DASS NC assure le contrôle des entreprises de transports sanitaires terrestres de la Nouvelle-Calédonie.

Le transport sanitaire terrestre concerne le transport d'une personne malade, blessée pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres spécialement adaptés à cet effet, qu'ils soient publics ou privés.

Cette activité est réglementée par la délibération modifiée n° 221 du 6 décembre 2006 qui prévoit notamment :

- l'habilitation des entreprises par arrêté du gouvernement (agrément) ;
- un contrôle technique et sanitaire annuel des moyens de transport ;
- la diffusion, tous les ans, de la liste des exploitants de transports sanitaires terrestres agréés et des véhicules autorisés ;

- l'organisation d'un service de garde des transports sanitaires garantissant un service permanent, de jour et de nuit ainsi que les jours fériés. Ce tableau de garde est établi par semestre par la Nouvelle-Calédonie, en concertation avec les professionnels concernés.

Le réseau des ambulances et de véhicules sanitaires légers (VSL) couvre la plupart des communes de la Grande Terre et des Iles :

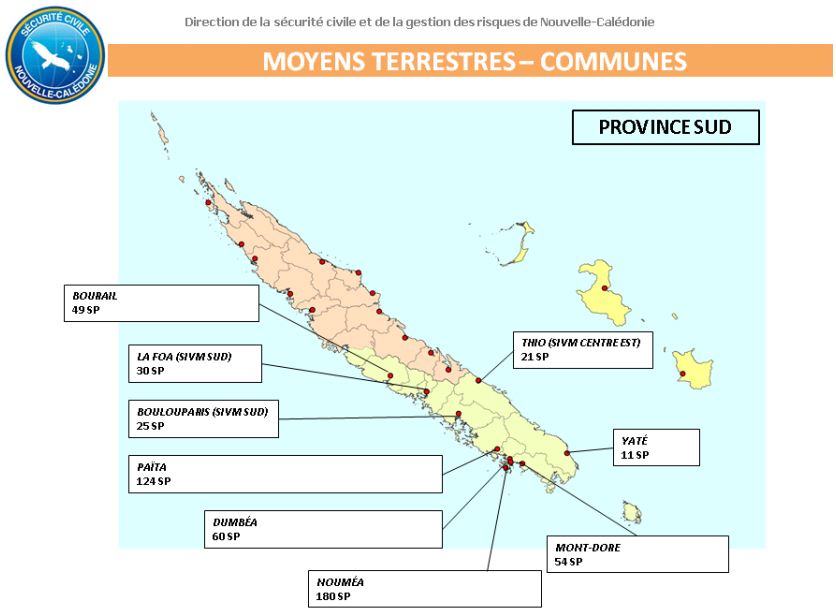
- en province Sud, seules les communes de l'Ile des Pins, Sarraméa, Moindou, Farino n'en disposent pas,
- en province Nord, seul Belép n'a ni ambulance, ni VSL.
- en province Iles Loyauté, les 3 îles sont pourvues de transports sanitaires terrestres.

5.5.3.8 Les centres d'incendies et de secours de la Nouvelle-Calédonie

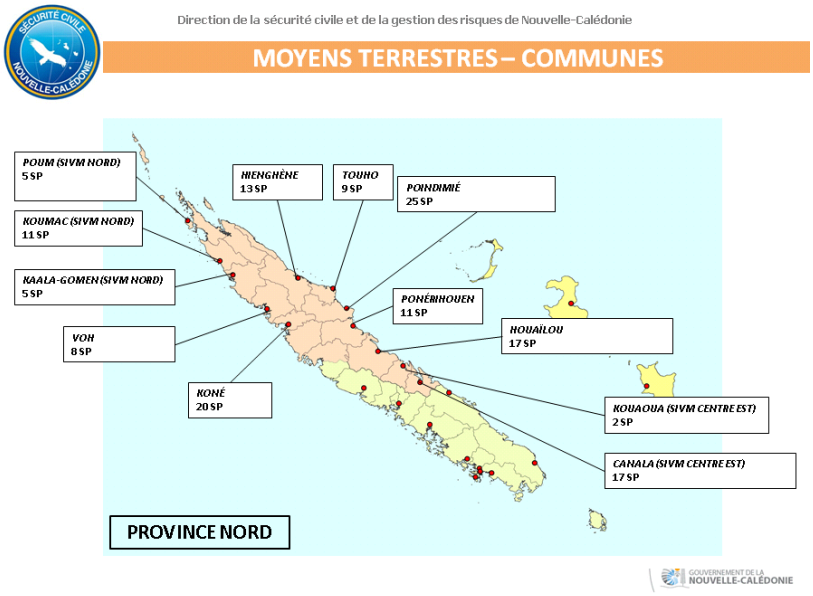
La grande majorité des communes de la Nouvelle-Calédonie est dotée de centres d'incendie et de secours (voir cartes de la répartition géographique des centres par province, ci-jointes).

Les sapeurs-pompiers sont sous l'autorité des communes. Ils sont soit bénévoles, soit professionnels. On estime à 900 le nombre de sapeurs-pompiers pour la Nouvelle-Calédonie mais ce nombre est fluctuant. On estime le rapport professionnels/ volontaires à 20 % de professionnels pour 80 % de volontaires.

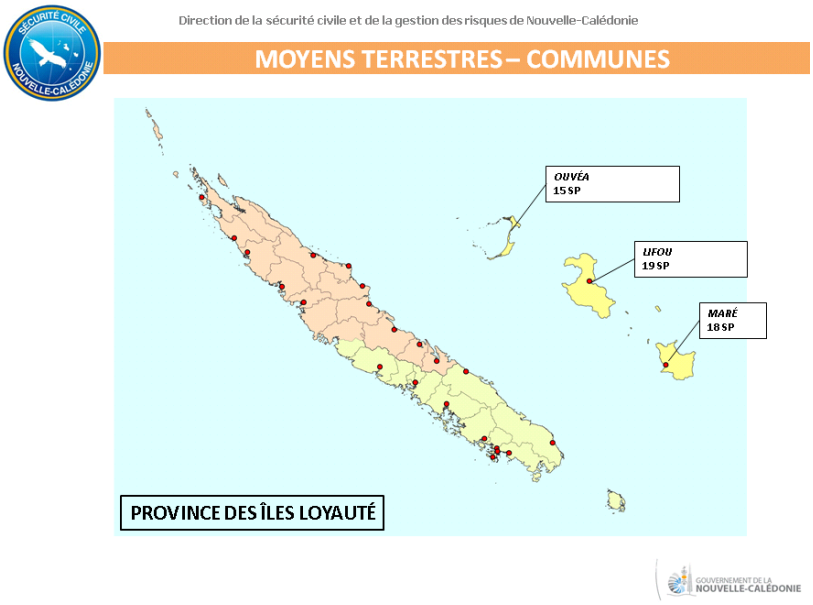
Carte des centres de sapeurs pompiers de la province Sud



Carte des centres de sapeurs pompiers de la province Nord



Carte des centres de sapeurs pompiers de la province des Iles Loyauté



Commentaires : les moyens de transports existent sur l'ensemble du Pays, les coûts sont variables et des aides existent sur la zone Sud et Iles, moins sur la zone Nord. La disponibilité des moyens de transport peut apparaître inégalitaire selon que la personne de plus de 60 ans habite à proximité d'un centre urbain ou dans une zone rurale, voire tribale.

Dans les zones rurales ou tribales, les VSL et les navettes sont les plus souvent utilisées comme des « taxis » ce qui engendre des coûts importants pour les collectivités comme pour les personnes elles-mêmes.

Synthèse

Les personnes de plus de 60 ans vivant en milieu urbain sont les mieux équipées en véhicule personnel.
Les Îles sont rattachées à la Grande Terre par des vols réguliers et des liaisons maritimes à un rythme hebdomadaire, ainsi qu'à partir de la Province Nord. Une aide financière est réservée aux ressortissants des Îles. H24 et 365 jours par an, des évacuations sanitaires par air sont possibles en direction de Nouméa.
Un réseau d'autocars inter urbain couvre le territoire avec des départs quotidiens. Mais les trajets sont longs en durée. Le grand Nouméa dispose d'une offre importante.
Taxis et navettes privées complètent l'offre.
Des entreprises de transports sanitaires terrestres sont contrôlées par la DASS-NC.

5.6 Eléments complémentaires à l'évaluation des conditions de vie des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie

5.6.1 Précarité des plus de 60 ans et Indice de Gini ?

L'indice de Gini sert à mesurer le degré d'égalité ou d'inégalité dans la répartition des richesses (revenus, patrimoine etc.) au sein d'une population donnée.

« Les revenus des 20 % de la population Néo-calédonienne la plus aisée sont en moyenne de 9,4 fois plus importants que ceux perçus par les 20 % les plus pauvres […] ce qui place la Nouvelle-Calédonie en deuxième position parmi les pays développés les plus inégalitaires dans le monde, juste après Singapour. Les inégalités de revenu en Nouvelle-Calédonie sont ainsi beaucoup plus importantes qu'en métropole (70 % d'écart), ou qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande (40 %). Selon l'ISEE, 17 % des ménages vivent sous le seuil de pauvreté (soit avec moins de 72 000 XPF par mois). C'est presque 2,5 fois plus qu'en métropole. Les 20 % des ménages les plus pauvres ne représentent que 4 % de la consommation totale. À l'inverse, les 20 % des ménages les plus riches absorbent 40 % de la consommation totale »[95].

Mais qu'en est-il des plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie ? Le calcul de cet indice a été réalisé pour La Réunion : le rapport entre les revenus des 10 % les plus pauvres et 10 % des plus riches pour l'année 2017 montre que ce département de la France métropolitaine est celui où les inégalités sont les plus importantes entre les plus pauvres et les plus riches notamment pour les plus de 75 ans.[96]

Lorsque l'on sait que 17% des personnes âgées de Nouvelle-Calédonie ne touchent aucune pension de retraite en 2013[97], si on calculait l'indice de Gini pour les plus de 75 ans, il serait sans doute plus élevé que celui de la population totale de la Nouvelle-Calédonie.

Le calcul de cet indice rapporté à l'ensemble de la population des plus de 60 ans pourrait permettre d'évaluer l'impact des politiques publiques, comme par exemple l'impact sur les ressources de nos ainés de l'instauration du minimum vieillesse.

Nous ne disposons pas de l'indice de Gini de la région Pacifique, qui nous permettrait de situer la Nouvelle-Calédonie dans cette région du monde. Cependant, une étude de Séverine Blaise[98] évalue à 0,5 l'indice de Gini de la Nouvelle-Calédonie, tout en faisant apparaitre des disparités entre provinces (CF tableau suivant). A titre indicatif, *«plus l'indice de Gini est proche de 1, plus la distribution des revenus est égalitaire. L'indice de Gini des pays les plus égalitaires se situe aux alentours de 0,25 et autour de 0,6 pour les pays très inégalitaires, comme le Brésil ou de l'Afrique du Sud»*[99].

[95] Haut-Commissariat de la République de Nouvelle-Calédonie. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *Nouvelle-Calédonie 2025 : Schéma d'aménagement et de développement de la Nouvelle-Calédonie*, 2013.
[96] Observatoire régional de la santé de l'Océan indien, *Les personnes âgées à La Réunion*, septembre 2017.
[97] Broustet, D., *op. cit.*
[98] Blaise, Séverine, Atouts et difficultés d'un développement durable de la Nouvelle-Calédonie, *in Revue Juridique, politique et économique de Nouvelle-Calédonie*, UNC, n° 21, 2013/1.
[99] Haut-Commissariat de la République de Nouvelle-Calédonie. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *op.cit.*

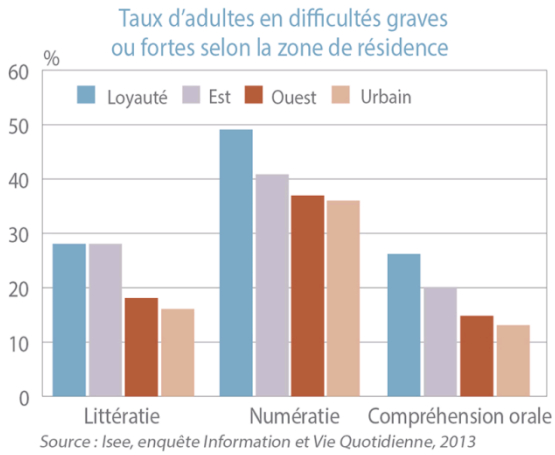
La répartition des revenus en Nouvelle-Calédonie[100]

4 ÉVOLUTION DE L'INDICE DE GINI[2] PAR PROVINCE[3]

	1991	2008	2000	2006
Province des Îles Loyauté	0,53	0,52	0,41	0,42
Province Nord	0,52	0,46	0,44	0,44
Province Sud	0,36	0,38	0,5	0,5
Nouvelle-Calédonie	0,41	0,42	0,5	0,5
	Sources : ISEE, BCM		Sources : CEROM, DSF	

5.6.2 18 % des adultes et 40 % des plus de 55 ans en difficulté à l'écrit en 2013[101]

Selon une étude menée en 2013 par l'ISEE pour le compte de l'Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme (ANCLI), la Nouvelle-Calédonie enregistre une forte proportion de séniors confrontée à des difficultés de lecture, d'écriture ou de calcul (littératie et numératie).



Source : Isee, enquête Information et Vie Quotidienne, 2013

Sur les 29 000 personnes concernées par l'enquête, 21% sont âgées de 56 à 65 ans, dont 41% sont touchées par l'illettrisme, phénomène accentué par celui du désapprentissage du fait de l'âge par manque de stimulation. L'accès à l'école pour la société kanake est à partir de 1946. On peut espérer que les futurs séniors seront mieux lettrés.

Ainsi, parmi ceux qui ont arrêté leur scolarité tôt ou qui n'ont pas été scolarisés, on trouve une proportion importante de seniors.

Les provinces Nord et Iles cumulent des pourcentages plus importants que la Province Sud.

Conscientes de ces difficultés qui frappent les adultes, plusieurs communes ont fait le choix de mettre à disposition de la population des écrivains publics (communes de Nouméa, Mont Dore, Dumbéa, Koné notamment). Les travailleurs sociaux et les auxiliaires de vie sociale sont également de bons médiateurs pour assister les personnes âgées dans leurs démarches administratives (mises à jour des cartes d'aide médicale, démarches CAFAT, etc.).
A cette difficulté d'accéder à la lecture et à l'écriture, peut se rajouter celle de l'usage de la langue véhiculaire qu'est le français du fait que nombre de personnes âgées notamment en

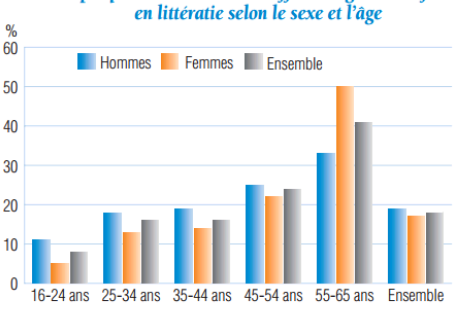
[100] Haut-commissariat, *Op.cit.*
[101] Benoit, J. Denis, T., *18 % des adultes en situation d'illettrisme*, ISEE-NC, synthèse n° 29, 2012.

Province Nord et Iles, parlent leur langue vernaculaire. Les besoins d'accompagnement sont donc importants.

40 % des seniors en difficulté à l'écrit

Globalement, les difficultés augmentent avec l'âge. C'est particulièrement vrai pour les plus âgés (plus de 55 ans) dont les performances sont très inférieures au reste de la population, quel que soit le domaine de compétence. A l'écrit comme en compréhension orale, les situations préoccupantes sont deux fois plus fréquentes chez les seniors que la moyenne. Après 55 ans, plus de 40 % des personnes rencontrent de sérieuses difficultés à l'écrit (*graphique 3*). La scolarité, souvent plus courte des générations âgées, explique en partie leurs difficultés. En outre, elles sont progressivement victimes du phénomène de désapprentissage, c'est-à-dire de perte des acquis faute de stimuler leurs connaissances. En revanche, les performances avant 55 ans sont relativement proches quelle que soit la tranche d'âge. Certes, les plus jeunes (16-24 ans) ont de meilleurs résultats à l'écrit mais ils sont aussi souvent en difficulté que leurs aînés en calcul et en compréhension orale.

Graphique 3 : Personnes en difficultés graves ou fortes en littératie selon le sexe et l'âge



Source : Isee, enquête Information et Vie Quotidienne, 2013

6 Parcours de soins de la personne âgée de plus de 60 ans

6.1 Organisation générale de soins

Le dispositif sanitaire de la Nouvelle-Calédonie repose sur une répartition des missions entre les différentes structures de soins :

- les soins de santé primaire et les programmes en matière de prévention,
- les centres médico-sociaux avec pour certains des lits d'observation,
- les structures hospitalières.

➢ Cadre réglementaire des activités d'hospitalisation[102]

La délibération n°429 du 3 novembre 1993 modifiée *portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie* soumet un certain nombre d'installations, d'équipements et activités de soins à une autorisation préalable du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, après avis de la section compétente du comité territorial de l'organisation sanitaire et sociale.

- Les installations de soins correspondent aux lits d'hospitalisation complète, aux places en structures de soins alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour ou de nuit) pour chacune des grandes disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée ;
- Les activités de soins concernent les activités nécessitant davantage qu'une capacité en lits, un environnement technique particulier et/ou une mise en réseau des professionnels ; y sont regroupées des activités hyperspécialisées comme les transplantations d'organes, greffes de tissus, procréation médicalement assistée…y sont également classées des activités de soins plus traditionnelles mais dont le développement impose la constitution d'une filière spécifique de soins : c'est le cas de l'accueil et du traitement des urgences, traitement de l'insuffisance rénale.
- Les équipements matériels lourds, correspondent à des équipements mobiliers qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entrainer un excès d'actes médicaux : appareils d'imagerie médicale (scanners, IRM, scintigraphie), mais aussi les équipements permettant des traitements spécialisés (caisson hyperbare, radiothérapie).

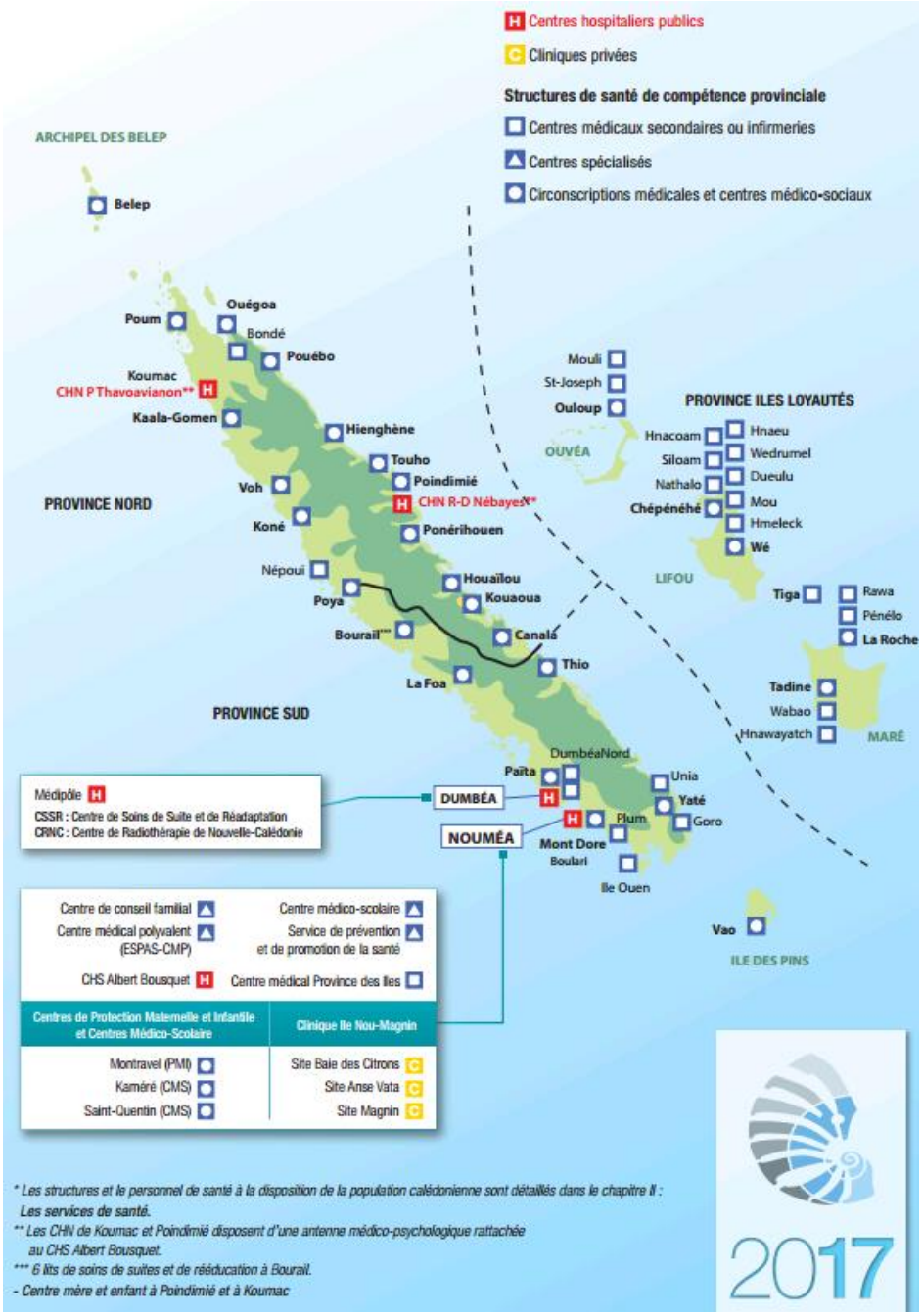
La délibération n°171 du 25 janvier 2001 modifiée *relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* fixe à l'offre de soins précisée par la délibération précédente, des indices de besoins comme suit :

- un nombre de lits et places pour 1000 habitants pour les installations de soins ;
- un nombre global d'appareils pour les équipements matériels lourds ;

[102] Belec, Michel, *Note relative à la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la personne âgée gériatrique et de la personne handicapée en Nouvelle-Calédonie*, DASS NC, 2016.

- les activités de soins ne sont pas encadrées par des indices ; leur organisation relève de schémas d'organisation sanitaire dont la délibération précise les modalités de mise en œuvre.

6.1.1 Principales structures de santé de Nouvelle-Calédonie[103]



Il est à noter que le **centre hospitalier du Nord (CHN) a inauguré son pôle sanitaire de Koné** le 22 novembre 2018 et la **clinique Kuindo-Magnin de Nouville**, a fusionné trois cliniques : Baie des Citrons, Anse Vata et Magnin, en septembre 2018. Ils ne figurent donc pas dans la situation sanitaire de l'année.

[103] DASS NC, *Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie*, 2017.

6.1.2 Démographie et densité des professionnels de santé[104]

6.1.2.1 Démographie médicale

Au 30 juin 2018, 815 médecins en activité y compris les médecins remplaçants sont recensés par la CAFAT, l'ordre des médecins et les établissements employant des médecins.

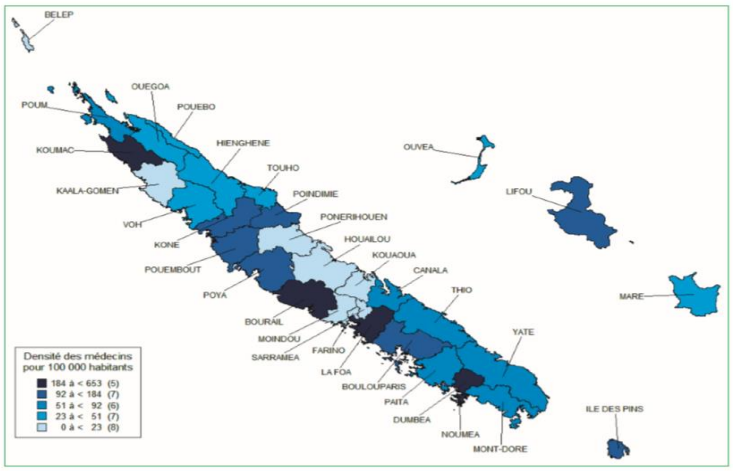
Il y a davantage de médecins salariés que de médecins libéraux :

- 263 sont installés en libéral et sont conventionnés
- 389 ont une activité salariée ou une activité libérale non conventionnée.

	Libéraux	Autres modes d'exercice			Total des libéraux et autres modes d'exercice
	Conventionnés	Salariés	Libéral non conventionné	Total Autre mode d'exercice	
Médecins généralistes	140	176	14	190	330
Médecins spécialistes	123	196	3	199	322
Total	**263**	**372**	**17**	**389**	**652**

90% des médecins libéraux et salariés exercent en province sud.

6.1.2.2 Densité médicale



Carte 1: Densité des médecins (généralistes et spécialistes) pour 100 000 habitants

[104] DASS NC, *op.cit.*, Les médecins, II.2.1

La densité médicale est très inégalitaire d'une commune à l'autre. Certaines communes sont largement moins pourvues.
Sur la carte ci-contre[105], plus la zone est foncée, plus la densité médicale est importante. Les zones les moins pourvues sont Kaala-Gomen, Sarraméa et la côte Est de Ponérihouen à Kouaoua.

La densité territoriale des médecins généralistes est de 116,9 pour 100 000 habitants alors qu'en France, elle est de 130,7.
La densité des médecins spécialistes est de 114,1 pour 100 000 habitants alors qu'en France, elle est de 164. Aucun spécialiste n'est installé sur la Province des iles Loyauté alors que la Province Sud totalise 308 spécialistes.

A noter, qu'il manque à la densité médicale, la notion d'accessibilité ou de temps d'accès pour l'usager de se rendre au professionnel le plus proche, ainsi que l'évaluation de la disponibilité des professionnels.[106]

6.1.2.3 Démographie et densité des autres professionnels de santé

Certaines professions de santé comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes ont des ratios très inférieurs à la métropole. Pour les infirmiers, la densité en Nouvelle-Calédonie est divisée par 3,4 par rapport à la France. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la densité en NC est divisée par 2.

Démographie des professionnels de santé
Comparaison Nouvelle-Calédonie / Métropole (2014)

Source : DASS-NC, ADELI		Grand Nouméa	Province Sud, hors Grand Nouméa	Province Nord	Province des Iles Loyauté	TOTAL NC	France métropolitaine
Médecins généralistes	Effectif	236	21	56	19	**336**	**99 366**
	Densité	135.3	102.9	116.2	102.3	**128.5**	**155.4**
Médecins spécialistes	Effectif	288	4	17	0	**309**	**115 224**
	Densité	165.2	19.6	35.3	0	**118.1**	**180.2**
Chirurgiens-dentistes	Effectif	90	11	18	5	**124**	**40 338**
	Densité	51.6	53.9	37.3	26.9	**47.4**	**63.1**
Masseurs-kinésithérapeutes	Effectif	96	19	18	6	**139**	**78 061**
	Densité	55.1	93.1	37.3	32.3	**53.1**	**122.1**
Infirmiers	Effectif	1215	61	163	58	**1 497**	**600 170**
	Densité	696.7	299.0	338.1	312.3	**272.3**	**938.4**
Pharmaciens	Effectif	158	9	23	8	**198**	**71 949**
	Densité	90.6	44.1	47.7	43.1	**75.7**	**112.5**
Sages-femmes	Effectif	106	6	20	5	**137**	**19 780**
	Densité	60.8	29.4	41.5	26.9	**52.4**	**30.9**

Source : DASS-NC.

[105] DASS NC, *op.cit.*, Les médecins II.2.1
[106] Vergier, N. *Déserts médicaux : comment les définir, comment les mesurer ?*, DREES, mai 2017.

6.2 Offre de soins primaires

L'offre de soins primaire est composée :

- des centres médicaux sociaux provinciaux ;
- des structures parapubliques ;
- des professionnels de santé libéraux.

6.2.1 Centres médico-sociaux provinciaux (CMS)[107]

Les centres médico-sociaux ou encore dénommés dispensaires sont des unités sanitaires et de prévention mise en place par les médecins militaires dont le premier fut créé en 1876 à Nouméa. Ce n'est qu'à partir de 1960 que le maillage se développa avec actuellement 30 CMS sur l'ensemble des communes de la Nouvelle-Calédonie[108]. En sus de ces CMS, il existe des infirmeries ou des salles de visite au sein de certaines tribus éloignées du village.

Les centres médico-sociaux sont administrés et gérés de manière autonome par les provinces. Leurs missions sont d'assurer des soins de santé primaires, les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et vaccination des enfants. La même organisation existe sur les trois provinces, avec des spécificités provinciales.

Certains centres médico-sociaux disposent de lits d'observation, étiquetés lits de médecine et d'obstétrique comme aux îles Loyauté. Il n'y a pas d'établissement de santé hospitalier sur la province des îles Loyauté. Les particularités géographiques de la Nouvelle-Calédonie contraignent les collectivités provinciales à équiper leurs structures de soins de lits physiques à vocation multiple : une capacité de 57 lits de médecine (10 en province Sud, 1 en province Nord et 46 en province des Iles) et de 15 lits d'obstétrique (6 en province Sud, 1 en province Nord et 8 en province des Iles) sont recensés en 2015 en Nouvelle-Calédonie. [109] Ces lits installés n'ont pas tous fait l'objet d'une autorisation après avis du comité d'organisation sanitaire de Nouvelle-Calédonie avec une variabilité des chiffres recensés ci-dessous.

[107] DASS NC, *op.cit.*
[108] Leca, Jean, Patrice, Antoine, Dispensaires, *in La santé en Nouvelle-Calédonie : 101 mots*, ouvrage collectif, 11, Nouméa, CDPNC, 2017, pp.82-83.
[109] DASS NC, *op.cit.*

		Lits installés	
		Médecine	Obstétrique
Province Sud	CMS de Bourail	6	4
	CMS de l'île des Pins	4	2
	Total province Sud	**10**	**6**
Province Nord	CMS de Canala	1	1
	Total province Nord	**1**	**1**
Province des Iles Loyauté	CMS de Wé	7	2
	CMS de Chépénéhé	7	0
	CMS de Tadine	10	4
	CMS de La Roche	10	0
	CMS de Ouloup	12	2
	Total province Iles	**46**	**6**
TOTAL NC		**57**	**15**

Chaque direction provinciale des affaires sanitaires et sociales gère ses centres médico-sociaux (CMS). Les horaires d'ouverture sont de 7h30 à 16h30 du lundi au vendredi.

- Direction provinciale des affaires sanitaires et sociales (DPASS) de la province Sud : 10 CMS, 2 centres spécialisés et **5 centres médicaux secondaires :**

- 5 sur le Grand Nouméa : Mont-Dore (Boulari), Dumbéa, Païta, Nouméa avec Kaméré et Saint Quentin ;
- 5 en zone rurale : La Foa, Thio, Yaté, Bourail, Ile des Pins ;
- 2 centres spécialisés : la protection maternelle et infantile de Montravel (qui ne concerne pas directement les personnes âgées) et le centre médical polyvalent de Nouméa (ESPAS-CMP) : centre de référence de la province Sud pour la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la médecine générale ;
- 5 centres médicaux secondaires : Dumbéa Nord, Plum et Ile Ouen (Mont-Dore), Unia et Goro (Yaté).

- Direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société (DASSPS) gère dans la province Nord : 15 CMS, 2 centres spécialisés et 2 centres médicaux secondaires :

- 4 CMS sur le grand Nord : Bélep, Poum, Ouegoa, Pouebo ;
- 4 CMS sur la côte Ouest : Kaala-Gomen, Poya, Voh. Le CMS de Koné est implanté depuis fin 2018 à l'hôpital de Koné ;
- 4 CMS sur la côte Est : Hienghène, Touho, Poindimié, Ponérihouen ;
- 3 CMS sur la côte minière : Houailou, Canala, Kouaoua ;
- 2 centres spécialisés mère-enfant sur Koumac et Poindimié ;
- 2 centres médicaux secondaires sur Bondé (Ouégoa) et Népoui (Poya).

- Direction provinciale de l'action communautaire et de l'action sanitaire gère dans la Province des Iles Loyauté : 5 CMS et 16 centres médicaux secondaires

- 2 CMS sur Lifou : Chépénéhé, Wé ;
- 2 CMS sur Maré : La Roche, Tadine ;
- 1 CMS sur Ouvéa : Ouloup ;
- 16 centres médicaux secondaires :
  - 1 sur Nouméa
  - 1 sur Tiga
  - 8 sur Lifou : Hmeleck, Mou, Dueulu, Wedrumel, Hnaeu, Nathalo, Siloam, Hnacaom
  - 4 sur Maré : Rawa, Pénélo, Wabao, Hnawayatr
  - 2 sur Ouvéa : Mouli et Saint-Josep

CENTRES MEDICO-SOCIAUX de NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province					
	Province Sud		Province Nord		Province Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	Zone Rurale Sud	Zone urbaine Nord	Zone Rurale Nord	Zone Loyauté
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Nombre de CMS et centres médicaux par zone de vie	**5**	**7**	**2**	**13**	**5**
Nombre de centres médicaux secondaires	**3**	**2**	**0**	**2**	**16**

6.2.2 Les structures parapubliques : centres mutualistes et de la CAFAT[110]

6.2.2.1 La mutuelle du Nickel

Elle gère le centre médical de Doniambo à Nouméa (2 ophtalmologistes et 3 chirurgiens-dentistes et 1 médecin généraliste), les deux centres d'optiques (un au Quartier Latin et un à Doniambo, où exercent 3 opticiens lunetiers) et deux cabinets dentaires, situés à Thio et à Kouaoua.

[110] DASS NC, *op.cit.*

6.2.2.2 La mutuelle des fonctionnaires(MDF)

Elle dispose de 160 salariés répartis sur les 3 provinces :

- Nouméa : 2 médecins, 6 dentistes, 2 masseurs kinésithérapeutes, 2 pharmaciens ;
- Boulari (Mont-Dore) : 1 médecin, 3 dentistes ;
- Bourail : 1 dentiste ;
- Koné : 1 dentiste, 1 pharmacien.

6.2.2.3 La CAFAT

La CAFAT dispose depuis fin 2016 d'un seul centre médico-social situé à Nouméa. Le centre médico-social du Receiving comprend :

- Médecins généralistes et spécialistes (dentistes, ophtalmologiste, cardiologue, ORL) ;
- Service dentaire (prévention, soins, prothèses mobiles).

STRUCTURES PARAPUBLIQUES par zone de vie et province					
	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	Zone Rurale Sud	Zone urbaine Nord	Zone Rurale Nord	Zone Loyauté
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Structures parapubliques par zone de vie	**4**	**1**		**1**	
Professionnels Mutuelle des Fonctionnaires par zone de vie	**16**	**1**	**2**		

Remarque : la direction interarmées du service de santé des armées (DIASS FANC) dispose de plusieurs structures de soins, réservées aux ressortissants du ministère de la défense :

- centre de consultations interarmées (CMIA) à la Pointe de l'Artillerie à Nouméa : services médicaux des différentes unités implantées sur Nouméa (Terre, Air, Marine et Gendarmerie) ;
- service médical du régiment d'infanterie de marine du Pacifique, situé à Plum ;
- service médical de la base aéronavale de Tontouta ;
- service médical du régiment du service militaire adapté (RSMA) de Koumac ;

Elles ne sont pas mentionnées dans le tableau car ne concernent que très peu les personnes de plus de 60 ans.

6.2.3 L'offre libérale

Les professionnels de santé sont soumis à un conventionnement avec la Caisse de compensation des prestations Familiales, des Accidents du travail et de prévoyance des Travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) pour s'installer en libéral afin que leurs actes soient pris en charge par les caisses.

La Nouvelle-Calédonie a mis en place une régulation des conventionnements dans la zone de Nouméa et grand Nouméa (1994-1996). Cette régulation a pour but d'inciter les professionnels de santé à s'installer en dehors du Grand-Nouméa et permettre un rééquilibrage de l'offre de soins.

Depuis la délibération du 18/10/1996, la Nouvelle-Calédonie subordonne l'accès au conventionnement à trois exigences, appliquées par la CAFAT :

- les besoins de santé des habitants des communes hors du grand Nouméa ;
- l'équilibre financier de l'organisme de protection sociale ;
- la nécessité d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins locale.

4 professions sont réglementées sur le Grand-Nouméa : médecin, dentiste, masseur-kinésithérapeute et infirmier.

L'installation en secteur II comme en métropole n'est pas autorisée par les caisses. 3 médecins sont installés hors conventionnement.

Parallèlement au conventionnement CAFAT, sur certaines zones de la Nouvelle-Calédonie, un conventionnement « Aide médicale » peut être délivré par les provinces. Ce conventionnement permet de prendre en charge les patients bénéficiant de l'Aide médicale A.

Le tableau, ci-dessous, récapitule les conventionnements et les zones d'installation des professionnels de santé libéraux conventionnés CAFAT[111].

L'offre libérale est concentrée sur le grand Nouméa avec 75% des paramédicaux (tableau page suivante) et 89 % des médecins libéraux, qui exercent dans la zone urbaine Sud (tableau ci-dessus).
134 postes de médecins de spécialités sont conventionnés et 118 seulement sont occupés.
Des conventionnements de médecins spécialistes sont vacants et à pourvoir sur le grand Nouméa :

- Païta : 1 psychiatre, 1 ophtalmologiste ;
- Nouméa : 1 médecin en oncologie, 1 rhumatologue, 2 néphrologues, 1 neurologue, 3 pédiatres, 1 endocrinologue ;
- Mont-Dore : 1 médecin interne, 1 dermatologue, 1 gynécologue obstétricien ;
- Dumbéa : 1 endocrinologue, 1 dermatologue.

[111] CAFAT, répartition au 31 décembre 2018.

RÉPARTITION NUMERIQUE ET PAR DENSITE DES PROFESSIONNELS MEDECINS DE NOUVELLE-CALEDONIE PAR ZONE DE VIE ET PROVINCE						
	Province Sud		**Province Nord**		**Province Iles Loyauté**	**Nouvelle-Calédonie**
Population totale [112]	**199 983**		**50 487**		**18 297**	**268 767**
Zones de vie	**Zone urbaine Sud**	**Zone rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone rurale Nord**	**Zone Loyauté**	**NC**
Nombre de personnes de plus de 60 ans[113]	*23 143*	*2 925*	*4 094*	*1 059*	*2 308*	*35 529*
Nombre de personnes de plus de 75 ans[114]	*6 125*	*730*	*245*	*930*	*499*	*8 529*
Médecins généralistes	**118** Nouméa - 103 Dumbéa - 15 Mont-Dore - 15 Païta – 11	**10** Boulouparis - 3 Bourail - 4 La Foa - 3	**5** Koné - 3 Pouembout - 1 Voh - 1	**5** Houaïlou – 1 Koumac – 2 Poindimié - 2	**2** Lifou - 2	**140**
Médecins spécialistes	**118** Nouméa - 77 Dumbea - 8 Mont-Dore - 4 Païta – 3	**5** Bourail - 3 La Foa - 2	**2** Pouembout - 2	**0**	**0**	**125**
Chirurgiens-dentistes	**64** Nouméa - 45 Dumbéa - 6 Mont-Dore - 7 Païta – 6	**5** Bourail - 1 La Foa – 3 Thio - 1	**1** Koné -1	**4** Koumac – 2 Poindimié - 2	**0**	**74**
Pharmaciens (hors pharmacies à usage interne)	**43**	**7**	**4**	**10** (pas de pharmacie à Kouaoua, à Poum, Bélep)	**4**	**68**

[112] ISEE, *Recensement de la population*, 2014.
[113] *Id.*
[114] *Ibid.*

RÉPARTITION NUMERIQUE ET PAR DENSITE DES PARA-MEDICAUX ET PHARMACIENS DE NOUVELLE-CALEDONIE PAR ZONE DE VIE ET PROVINCE[115]						
	Province Sud		**Province Nord**		**Province Iles Loyauté**	**Nouvelle-Calédonie**
Population totale	**199 983**		**50 487**		**18 297**	**268 767**
Zones de vie	**Zone urbaine Sud**	**Zone rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone rurale Nord**	**Zone Loyauté**	**NC**
Nombre de plus de 60 ans[116]	*23 143*	*2 925*	*4 094*	*1 059*	*2 308*	*35 529*
Nombre de plus de 75 ans[117]	*6 125*	*730*	*245*	*930*	*499*	*8 529*
Orthodontistes	**5** Nouméa - 3 Dumbéa - 1 Païta – 1	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**
Masseurs-kinésithérapeutes	**77** Nouméa - 54 Dumbea - 10 Mont-Dore - 8 Païta - 5	**20** Boulouparis - 4 Bourail – 4 Ile des Pins - 2 La Foa – 7 Poya – 1 Thio – 1 Yaté - 1	**8** Koné - 2 Pouembout - 2 Voh - 4	**13** Canada – 1 Hienghène – 1 Houailou - 1 Koumac – 6 Poindimié – 2 Touho – 1 Nepoui – 1	**3** Lifou - 3	**121**
Infirmiers	**148** Nouméa - 73 Dumbea - 24 Mont-Dore - 33 Païta - 18	**35** Boulouparis - 7 Bourail – 11 Ile des Pins - 4 La Foa – 5 Moindou - 2 Poya – 1 Thio – 2 Yaté - 3	**8** Koné - 7 Pouembout - 0 Voh - 1	**17** Canada – 1 Hienghène – 1 Houailou - 2 Koumac – 5 Ouegoa - 1 Poindimié – 2 Ponérihouen – 1 Pouébo - 1 Touho – 1 Nepoui – 2	**7** Lifou – 5 Maré - 2	**215**
Sages-femmes	**39** Nouméa - 27 Dumbéa - 2 Mont-Dore - 4 Païta – 6	**2** La Foa – 2	**4** Koné - 3 Pouembout - 0 Voh - 1	**1** Poindimié – 1	**0**	**46**
Orthoptistes	**7** Nouméa - 6 Mont-Dore - 1	**0**	**1** Koné - 1	**0**	**0**	**8**

[115] CAFAT
[116] *Id.*
[117] *Ibid.*

Orthophonistes	**89** Nouméa - 61 Dumbea - 5 Mont-Dore - 12 Païta - 11	**9** Boulouparis - 1 Bourail – 3 La Foa – 5	**1** Koné - 1	**2** Poindimié – 2	**0**	**101**
Pédicures/ Podologues	**15** Nouméa - 14 Mont-Dore - 1	**0**	**0**	**0**	**0**	**15**

6.2.3.1 Autres dispositifs : le service de soins Infirmiers à domicile (SIAD) de Lifou

Le service de soins à domicile permet de fournir des prestations de « nursing » sur prescription médicale pour des patients lourds ou temporairement alités ou grabataires. Ces nursings sont effectués par des aides-soignants sous la supervision d'un infirmier coordinateur. Les activités de services de soins infirmiers à domicile sont réglementées dans le champ sanitaire et soumis à une autorisation au comité d'organisation sanitaire et sociale.

- <u>L'association d'Aide à la personne (ASAMAD) :</u>
  Cette expérimentation du service de soins infirmiers sur le grand Nouméa de 2012-2014 avec l'association d'aide à la personne (ASAMAD). Cette expérimentation a eu un réel service rendu auprès des patients mais a cessé pour des raisons financières[118].

- <u>Le dispositif provincial de soins infirmiers à domicile de Lifou</u> :

  Ce dispositif est dédié uniquement aux bénéficiaires de l'aide médicale A de la Province des Iles Loyauté :

  « *Le dispositif de soins infirmiers à domicile s'inscrit dans le cadre de la politique sanitaire et sociale de proximité décidée par la province des Iles Loyauté. Mise en œuvre par la Direction des Affaires Communautaires et de l'Action Sociale (DACAS), il permet sur prescription médicale de réaliser des soins au domicile des patients bénéficiaires de l'aide médicale Iles. Les objectifs de ce dispositif sont d'une part de différer une hospitalisation ou à l'inverse faciliter le retour à domicile du patient suite à une hospitalisation et d'autre part de diminuer les coûts de prise en charge des patients ressortissants de l'aide médicale îles.*
  Ce dispositif provincial a été créé en 2012 avec l'ouverture d'un poste infirmier et deux postes d'aides-soignantes dédiés aux soins à domicile. L'ensemble de ces agents a pour mission de mettre en œuvre le projet individualisé de soins pour chaque personne suivie. Pour assurer la continuité des soins à domicile, le dispositif SIAD peut avoir recours à ***l'intervention d'infirmiers libéraux,*** *rémunérés à l'acte, pour assurer les interventions nécessaires à la prise en charge des patients* ». [119]

[118] Belec, Michel, *op.cit.*
[119] Wamytan, I. Fornes, JC , *op.cit.*

Sur Lifou, à chaque centre médico-social, un service de soins infirmiers à domicile provincial est adossé. Ainsi il en existe un sur Wé et un sur Chépénéhé. Ce service n'a pas été soumis à l'avis du comité d'organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

6.3 Centres d'urgence et permanence des soins[120]

Le schéma d'organisation de l'accueil et du traitement des urgences est en cours d'actualisation. Des travaux et des évolutions d'ordre réglementaire sont à l'étude au sein de la direction des affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS NC) et elles devraient déboucher sur une redéfinition des niveaux de réponse à l'urgence, depuis le médecin généraliste jusqu'aux services spécialisés dans la prise en charge de l'urgence vitale, et sur l'organisation des transports sanitaires adaptée à cette nouvelle graduation.

6.3.1 Service téléphonique d'urgence de la Nouvelle-Calédonie

Le centre hospitalier territorial (CHT) est le siège du service d'aide médicale d'urgence (SAMU), doté de l'unique centre de réception et de régulation des appels (centre 15). Il couvre tout le territoire de la Nouvelle-Calédonie.

6.3.2 Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR)

Le CHT dispose également du seul service de SMUR de Nouvelle-Calédonie avec une antenne au pôle sanitaire de Koné (CHN).

6.3.3 Services d'accueil des urgences (SAU) sur le territoire

Le centre hospitalier territorial et le centre hospitalier du Nord disposent d'un service d'accueil des urgences 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Un service d'accueil des urgences est positionné sur les 3 sites du CHN : Koné, Koumac et Poindimié.

La clinique Kuindo-Magnin assure les urgences 7 jours sur 7 mais uniquement de 7 heures à 23 heures.

6.3.4 Les urgences dans les centres médico-sociaux

24 centres médico-sociaux de « Brousse » sont chargés de répondre aux besoins de la population dans le domaine des urgences médicales. Des astreintes sont assurées 24 h sur 24.

Pour la province Sud, les urgences sont assurées dans 5 dispensaires éloignés de Nouméa et du Grand Nouméa à Bourail, La Foa, Thio, Yaté et l'Île des pins.

Dans la province des Îles, qui ne dispose pas de centre hospitalier, les 5 dispensaires assurent ce rôle de relais.

Dans la province Nord, 14 dispensaires assurent ces urgences à l'exception de la commune de Koumac (qui dispose d'un hôpital).

[120] DASS NC, *op. cit.*

6.3.5 Autres acteurs dans la permanence de soins

Sur Nouméa et le grand Nouméa, « SOS Médecin » intervient à domicile, à la demande du SAMU ou des patients. Les médecins libéraux et les pharmaciens participent à la permanence des soins au sein de leur commune.

SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES EN NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province					
	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	Zone Rurale Sud	Zone urbaine Nord	Zone Rurale Nord	Zone Loyauté
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Services d'urgences par zone de vie	**2**	**0**	**1**	**2**	**0**
Nombre de CMS assurant des urgences	**0**	**5**	**0**	**14**	**5**

6.4 Offre sanitaire[121]

En une décennie, l'offre sanitaire a été complètement transformée avec la construction de 5 établissements de santé.

Sur le grand Nouméa, le Médipôle a ouvert ses portes en décembre 2016. Il accueille sur un même site plusieurs établissements :

- Le CHT Gaston Bourret, hôpital sanitaire de référence avec toutes les spécialités médico-chirurgicales à l'exception de la neurochirurgie et de la médecine nucléaire. Par ailleurs, des missions de chirurgie cardiaque sont réalisées plusieurs fois par an en lien avec un établissement hospitalier de métropole ;
- L'Institut Pasteur de la Nouvelle-Calédonie ;
- Le centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR), ouvert en 2015 ;
- Le centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie (CRNC), ouvert depuis octobre 2016.

[121] DASSNC. Données mises à jour, 31/12/2018.

Sur Nouméa

- Le centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet : établissement de référence pour les personnes atteintes de troubles mentaux avec les services de psychiatrie générale et infanto-juvénile, mais aussi les personnes âgées avec un service de gériatrie.
- La clinique Kuindo-Magnin : structure privée hospitalière regroupant sur le site de Nouville depuis septembre 2018 les trois cliniques Magnin, Baie des Citrons et Anse-Vata précédemment disséminées sur la ville de Nouméa. Son activité est essentiellement chirurgicale avec une activité de médecine et de soins de suite.

En province Nord

Le centre hospitalier du Nord (CHN) assure une activité d'urgence et d'hospitalisation de proximité sur 3 sites :

- Le pôle sanitaire de Koné (PSK) avec une activité de chirurgie, médecine polyvalente, maternité et urgence. Ce pôle sanitaire a ouvert en novembre 2018 avec, sur un seul et même site, le centre médico-social de Koné, une antenne médico-psychiatrique du CHS et l'agence sanitaire ;
- L'hôpital de Koumac avec une transformation de l'offre et une capacité réduite pour les disciplines de médecine. Les services de chirurgie et de maternité ont été redéployés sur Koné.
- L'hôpital de Poindimié pour les disciplines de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

Le plateau médicotechnique notamment l'imagerie médicale avec le scanner, le laboratoire de biologie, la pharmacie sont concentrés sur le site de Koné avec une organisation mise en place pour répondre aux besoins des deux autres sites.

6.4.1 Hôpitaux et cliniques : MCO, SSR, long séjour

La DASS NC a mis à jour au 31 décembre 2018 les capacités hospitalières en lits et places pour la Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), la psychiatrie et les services de long séjour (gériatrie et séjour de longue durée ou SLD) pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.

Les capacités installées au 31 décembre 2018 sur le territoire pour une population estimée à 282 200 habitants[122] sont de :

- 810 lits et places de MCO au CHT, centre hospitalier du Nord (CHN) de Koné, Koumac et Poindimié et de la clinique Kuindo-Magnin ;

- 148 lits et places de SSR au Centre Hospitalier du Nord (CHN) de Koumac et de Poindimié, au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert Bousquet au Centre de Soins de Suite et Réadaptation de Koutio, de la Clinique Kuindo-Magnin ;

[122] ISEE, Estimation de la population de la Nouvelle-Calédonie pour 2017.

- 194 lits et places de psychiatrie (adulte et infanto-juvénile) et 57 lits de gériatrie au centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet ;

Répartition du nombre de lits et places installés MCO, SSR, SLD et GERIATRIE en Nouvelle-Caledonie par zone de vie et province au 31 /12/ 2018					
	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
Zone de vie	**Zone urbaine Sud**	**Zone Rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone Rurale Nord**	**Zone Loyauté**
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Nombre places et lits MCO installés par zone de vie	**731**	**16 (10 au CMS Bourail et 6 au CMS Ile des Pins)**	**30 (dont 2 au CMS Canala)**	**51**	**54 (16 dans les CMS de Lifou, 24 dans les CMS de Maré, 14 dans le CMS d'Ouvéa)**
Nombre places et lits SSR installés par zone de vie	**120**	**0**	**0**	**28**	**0**
Nombre places et lits SLD installés par zone de vie	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Nombre places et lits Gériatrie installés par zone de vie (SLD = 0)	**54**	**0**	**0**	**0**	**0**
Nombre places et lits Psychiatrie adultes installés par zone de vie	**169**	**0**	**0**	**0**	**0**

Précisions apportées par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS NC) relatives au tableau, ci-dessus (chiffres indiqués par la DASS-NC)

Capacités hospitalières en soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et long séjour au 31/12/2018[123]														
		MOYEN SEJOUR (SSR)						PSYCHIATRIE				LONG SEJOUR	
		Soins de suite		Rééducation fonctionnelle		Total SSR		Adulte		Infanto-juvénile		Gériatrie et SLD[6]	
		Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée
CHT[1]	**HC**												
	HJ												
CHN Koumac[2]	**HC**	0	28	0	0	**0**	**28**						
	HJ	0	0	0	0	**0**	**0**						
CHN Poindimié[2]	**HC**	14	14	14	14	**28**	**28**						
	HJ	0	0	0	0	**0**	**0**						
CHS[3]	**HC**	20	20	0	0	**20**	**20**	111	114	0	6	54	57
	HJ	0	0	0	0	**0**	**0**	58	58	25	25	0	0
Total Public	**HC**	**34**	**62**	**14**	**14**	**48**	**76**	**111**	**114**	**0**	**6**	**54**	**57**
	HJ	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**58**	**58**	**25**	**25**	**0**	**0**
CSSR - SAS Calédonie Santé[4]	**HC**	35	35	50	50	**85**	**85**						
	HJ	0	0	15	15	**15**	**15**						
Clinique Kuindo-Magnin[5]	**HC**	10	20	10	20	**0**	**40**						
	HJ	0	0	5	10	**0**	**10**						
Total Privé	**HC**	**45**	**55**	**60**	**70**	**85**	**125**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
	HJ	**0**	**0**	**20**	**25**	**15**	**25**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
TOTAL NC	**HC**	**79**	**117**	**74**	**84**	**133**	**201**	**111**	**114**	**0**	**6**	**54**	**57**
	HJ	**0**	**0**	**20**	**25**	**15**	**25**	**58**	**58**	**25**	**25**	**0**	**0**

(1) Les lits de SSR exploités par le CHT sur les sites du col de le Pirogue (34 lits de soins de suite) ont été désactivés lors de l'ouverture du CSSR en mai 2015 ;

(2) Les capacités autorisées du CHN sont celles issues de l'arrêté n° 2015-53/GNC du 20 janvier 2015, portant autorisations relatives aux capacités d'hospitalisation, aux activités de soins et à l'exploitation d'équipements lourds par le centre hospitalier du nord à compter de l'ouverture du complexe hospitalier de Koné ; les capacités autorisées sur Koumac ne sont pas installées ;

(3) Capacité de moyen séjour du CHS tenant compte des 20 lits de SSR gériatrique ; l'autorisation de 15 places d'hospitalisation de jour dédiées aux personnes atteintes de maladie de Alzheimer, non activées, est caduque ;

(4) Les capacités de la SAS Calédonie Santé, correspondant aux autorisations du CSSR de Koutio, ouvert le 26 mai 2015, sont celles issues de l'arrêté n° 2017-291/GNC du 17 janvier 2017 ;

(5) Les capacités autorisées à la SAS Clinique Ile Nou Magnin sont celles issues de l'arrêté n° 2014-823/GNC du 2 avril 2014 ; seule la moitié des capacités autorisées est installée ;

[123] Données mises à jour le 31/12/2018 (DASS NC)

(6) Les capacités de long séjour intégrant les 57 lits de gériatrie autorisés et installés au sein du CHS ; les 25 lits autorisés (13 installés) du Centre Raoul Follereau, rattachés au CHT, ont été désactivés fin 2015.

Capacités hospitalières Médecine, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Soins Critiques au 31/12/2018[124]											
		CAPACITES MCO au 31/12/2018									
		Médecine		Chirurgie		Réa/Soins intensifs		Obstétrique		Total MCO	
		Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée	Installée	Autorisée
CHT	HC	248	263	97	111	43	43	48	48	436	465
	HS	21		14		0		0		35	
	HJ	27	33	10	10	0	0	4	4	41	47
CHN Koné	HC	16	26	20	20			12	12	48	58
	HJ		2	3	3					3	5
CHN Koumac	HC	14	14			0			2	14	16
	HJ	0	0			0	0	0	0	0	0
CHN Poindimié	HC	14	14	0	0	0	0	0	2	14	16
	HJ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Publics	HC	292	317	117	131	43	43	60	64	464	497
	HS	21		14		0		0		35	
	HJ	27	35	13	13	0	0	4	4	41	47
Clinique Kuindo-Magnin	HC	65	65	74	74	0	0	30	30	169	169
	HJ	17	17	33	33	0	0	0	0	50	50
Total Privés	HC	65	65	74	74	0	0	30	30	169	169
	HJ	17	17	33	33	0	0	0	0	50	50
TOTAL NC	HC	**357**	**382**	**191**	**205**	**43**	**43**	**90**	**94**	**681**	**724**
	HS	**21**	**0**	**14**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**35**	**0**
	HJ	**44**	**52**	**46**	**46**	**0**	**0**	**4**	**4**	**94**	**102**

Précisions apportées par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS NC) relatives au tableau, ci-dessus :

- Les capacités autorisées du CHT sont celles issues de l'arrêté n° 2016-2539/GNC du 15 novembre 2016 relatif à la demande de transfert des installations de soins, des équipements matériels lourds et des activités de soins du CHT sur le site du Médipôle de Koutio ;
- Les capacités installées d'hospitalisation complète du CHT se déclinent en hospitalisation complète (HC) et hospitalisation de semaine (lits ouverts 5 jours par semaine) ;
- Les lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD ou lits portes installés aux urgences) sont intégrés aux capacités de médecine ;
- Les lits de surveillance continue "post-opératoires" sont comptabilisés en lits de médecine ;
- La chirurgie gynécologique est intégrée aux capacités de chirurgie ;
- Les capacités autorisées en secteur privé sont celles issues de l'arrêté n° 2013-1761/GNC du 9 juillet 2013, portant autorisations des capacités d'hospitalisation du futur établissement exploité par la S.A.S. Clinique de l'Ile Nou Magnin;
- Les capacités autorisées du CHN sont celles issues de l'arrêté n° 2015-53/GNC du 20 janvier 2015, portant autorisations relatives aux capacités d'hospitalisation, aux activités

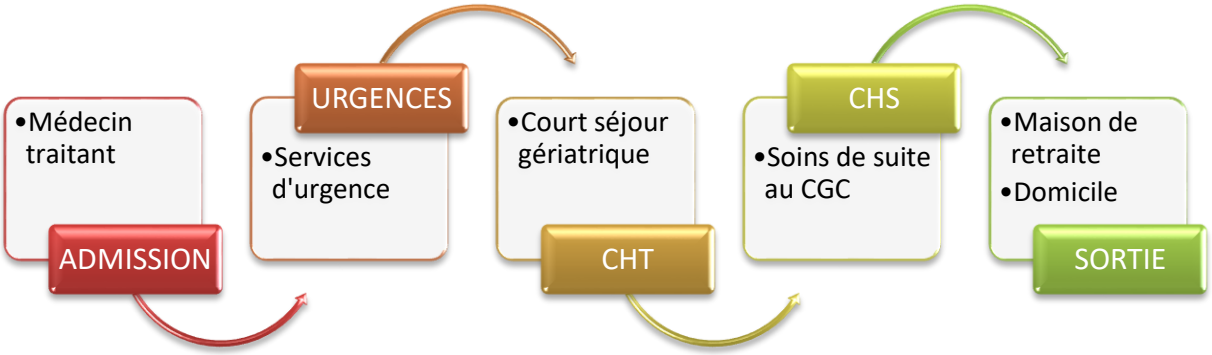
[124] Données mises à jour le 31/12/2018 (DASS NC)

de soins et à l'exploitation d'équipements lourds par le centre hospitalier du nord à compter de l'ouverture du complexe hospitalier de Koné.

6.4.2 Focus offre hospitalière gériatrique

L'offre hospitalière gériatrique est essentiellement concentrée sur le grand Nouméa avec le centre de gérontologie clinique (CGC), centre de référence et depuis fin 2018, l'ouverture au Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret (CHT) au Médipôle d'une unité de court séjour gériatrique.

Avec le service de court séjour du CHT et les services d'aval du centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet (CHS), les professionnels devront s'articuler pour faire fonctionner la filière gériatrique, améliorer le parcours des patients notamment par la possibilité d'admission directe dans les services hospitaliers sans passage par les services d'urgence.



6.4.2.1 Centre de gérontologie clinique du centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet (CHS)

Anciennement rattachée au service de psychiatrie, l'unité des personnes âgées s'est progressivement transformée puis autonomisée. Les équipes médicales ont accompagné le changement et permis que le centre de gérontologie clinique (CGC) devienne le centre de référence. Quatre praticiens hospitaliers y exercent à temps plein dont 2 avec une activité réduite.

Le centre de gérontologie clinique (CGC) est autorisé pour 20 lits de SSR et de 57 lits long séjour. Les lits de long séjour sont financés par la dotation globale des hôpitaux.

En 2016, l'unité Alzheimer a réduit son nombre de lits à 15 en vue de redéployer les moyens sur une nouvelle unité. En effet, il est inscrit au projet de service la création d'une unité de soins à durée de 15 jours pouvant accueillir les personnes en attente d'hospitalisation, dites « hospitalo-requérantes ». Une autorisation avait été accordée pour une activité d'hôpital de

jour qui est caduque faute de mise en place. Le CGC s'adresse à toutes les personnes de plus de 60 ans.

Une activité d'hospitalisation complète au sein des 3 unités de soins :

- **l'unité Alzheimer de 15 lits** accueille des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées avec des troubles psycho-comportementaux. Des séjours de répit sont proposés sur une durée limitée,
- **l'unité de réadaptation gériatrique de 20 lits**, accueille des personnes en rééducation de l'appareil locomoteur ou en soins de suite,
- **l'unité de soins médicaux rapprochés de 27 lits**, accueille des personnes dont la rééducation est moins intensive et accueille des patients en fin de vie.

Au centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet, il n'y a pas de plateau technique ou d'autres spécialités médicales. Depuis le déménagement à Koutio du CHT et du fait de son éloignement géographique, le CHS a développé un partenariat avec la clinique Kuindo-Magnin de Nouville afin d'accéder à son plateau technique.

Une activité de consultations est réalisée au CHS par les 4 praticiens. Des consultations avancées sont également proposées sous forme de missions dans les provinces Sud et des Iles Loyauté. Des vacations sont mises en place depuis 2019 au CHN.

Provinces	Communes	Nombre de missions par an
Province Sud	La Foa	4 missions par an
	Bourail	4 missions par an
	Ile des Pins	4 missions par an
Province des Iles Loyauté	Maré	3 missions par an
	Lifou	3 missions par an
	Ouvéa	3 missions par an
Province Nord	Mise en place en cours	Mise en place en cours

Il est à noter qu'un état des lieux de la prise en charge des personnes âgées en province Nord avait été réalisé en 2010 avec la mise en place d'une IDE gérontologique ainsi que l'intervention d'un gériatre à mi-temps de 2009 à 2012. L'IDE gérontologique est toujours en poste.

Des visites gériatriques sont réalisées par les gériatres à domicile sur Nouméa-Grand Nouméa à la demande des médecins traitants. Les équipes médicales du CGC souhaitent développer l'extrahospitalier avec des visites spécialisées.

Des avis et formations sont proposés au sein de chaque Etablissement Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) du grand-Nouméa et ce, de manière trimestrielle.

Une équipe de liaison intra-hospitalière avait été initiée de 2012 à 2016 avec l'intervention de l'Instance de Coordination Gérontologique (ICG). Cette activité a été confiée aux praticiens gériatres du Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret (CHT).

6.4.2.2 L'unité de Court Séjour Gériatrique (CSG) et l'unité mobile gériatrique du CHT

L'unité de court séjour gériatrique de 14 lits a ouvert le 10 décembre 2018 au Centre Hospitalier Territorial Gaston-Bourret (CHT).

Il manquait une unité de gériatrie aiguë au sein de cet établissement pour accueillir les personnes âgées en décompensation aigüe via le service des urgences ou les services de gériatrie du CGC du CHS. Le CHT est doté par ailleurs, d'un plateau technique et d'un accès rapide à d'autres spécialistes d'organe.

2 praticiens hospitaliers et 0,5 Equivalent Temps Plein (ETP) d'assistant sont affectés à cette unité de court séjour gériatrique. Une équipe mobile intra-hospitalière est en cours de modélisation avec le recrutement récent d'un infirmier et d'un travailleur social.

6.5 Parcours d'accompagnement de la personne âgée

6.5.1 Cadre réglementaire

La loi du pays n°2009-2 du 7 Janvier 2009 *portant création d'un régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie* a bouleversé l'accompagnement de ces publics en instituant un régime d'aides. Ce régime comprend une :

- allocation personnalisée, réservée aux personnes adultes en situation de handicap,
- aide à l'hébergement,
- aide à l'accueil de jour,
- aide à l'accompagnement de vie,
- aide aux familles pour frais supplémentaires,
- aide au transport.

Ces aides sont accordées au vu d'un plan d'accompagnement personnalisé, établi à la demande de la personne et défini selon ses besoins.

Les prestations ci-dessus peuvent être octroyées selon deux critères :

- revenus de la personne,
- remplir les critères de perte de l'autonomie : GIR 1, 2, 3 ,4 ou taux de handicap au-delà de 50 %.

L'arrêté 2009-3025/GNC du 7 juillet 2009 fixe la grille AGGIR comme outil d'évaluation de la perte de l'autonomie.

6.5.2 L'accompagnement au domicile

L'accompagnement à domicile recouvre tous les soins ou services pratiqués par des personnels soignants ou prestataires privés d'assistance médicale à domicile permettant au patient d'être traité directement à son domicile.

Les soins à domicile sont proposés par des infirmiers (ères), kinésithérapeutes, podologues, orthophonistes, ergothérapeutes et assistance médicale à domicile.

L'accompagnement au domicile fait intervenir plusieurs acteurs :

- les aidants qui sont les premiers concernés et à accompagner ;
- des professionnels de santé à domicile comme des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes ;
- des prestataires privés pour le matériel médicalisé ou assistance médicale ;
- des travailleurs sociaux pour l'aide aux démarches et aux financements
- des aides humaines avec des auxiliaires de vie souvent financés par les plans d'aide ;
- de l'aménagement du logement ;
- de l'aide aux aidants[125] : formation, information, lutte contre l'épuisement ;
- des actions de prévention pour lutter contre la fragilité (isolement, pauvreté, alimentation, etc. ;
- des services de proximité comme les transports, gamelle.

Cet accompagnement est mis en place lorsque la personne âgée amorce une dépendance ou est en mauvais état de santé et ce souvent dans deux types de situations :

- l'alternative à une entrée en maison de retraite ou un établissement de soins,
- la continuité des soins après une hospitalisation.

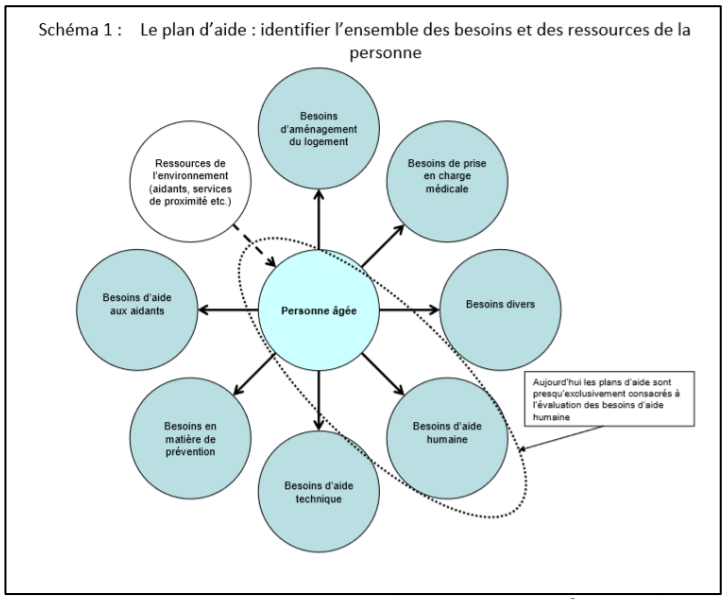
Les soins à domicile varient dans leur nature et leur contenu en fonction de l'état de santé de la personne âgée. La nécessité d'un suivi thérapeutique impose le recours à des personnels qualifiés et à une médicalisation des services d'aide à domicile.

En France, plusieurs structures et/ou professionnels médicaux et paramédicaux interviennent dans la dispense de soins à domicile :

- le médecin ;
- les soins infirmiers : infirmiers libéraux et/ou services de soins infirmiers à domicile ;
- des paramédicaux : kinésithérapeute, orthophoniste, diététicien, podologue…
- l'hospitalisation à domicile ;
- l'équipe spécialisée Alzheimer ;
- l'hôpital de Jour ;
- l'aide à domicile ;
- la téléassistance ;
- le portage de repas ;
- l'accueil de jour ;
- d'autres.

[125] Depuis avril 2019, le Rendez-vous des aidants a été mis en place tous les 3e lundis de chaque mois à l'hôtel Nouvata par le Lions club doyen de Nouméa et le CCAS de Nouméa.

Schéma 1 : Le plan d'aide : identifier l'ensemble des besoins et des ressources de la personne



En Nouvelle-Calédonie, il n'existe ni service d'hospitalisation à domicile (HAD), ni aide-soignant à domicile, ni équipe Alzheimer spécialisée, ni hôpital de jour gériatrique, ni service de soins infirmiers sauf le dispositif provincial uniquement pour les bénéficiaires de l'aide médicale A sur Lifou. Cependant, les infirmiers libéraux vont au domicile de la personne âgée.

Suggestion : afin de mieux accompagner ces personnes de plus de 60 ans à leur domicile et faciliter la mise en place en de structures d'accompagnement en Nouvelle-Calédonie, il serait utile d'identifier l'ensemble des besoins et ressources des personnes âgées en amont de la détermination de leur niveau de dépendance.[126]

*« **Aujourd'hui les plans d'aide sont presque exclusivement consacrés à l'évaluation des besoins d'aide humaine**»*[127].

6.5.3 Les services d'aide à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile ont pour mission de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées.

Au 1er mars 2019, la DASS-NC dénombre 28 services d'aide au maintien à domicile. En 2016, elle en avait recensé 23.

Les 26 services sont répartis :

- 21 en Province Sud,
- 5 en Province Nord,
- 2 en Province des îles Loyauté.

Il existe 3 types de structures d'aide à domicile qui peuvent prendre en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- **auxiliaires de vie patentées** qui sont installées de manière individuelle en leur nom propre ;
- **sociétés privées d'auxiliaires de vie** ;
- **associations** à but non lucratif percevant des subventions des institutions.

Ces structures sont pour les 3/4 installées en Province Sud, et surtout en Zone Urbaine Sud[128].

[126] Morel, A. Veber O. *op.cit.*
[127] *Id.*
[128] Liste des établissements sociaux et médico-sociaux au 1e mars 2019 (DASS-NC).

Leurs domaines d'interventions sont variés. On distingue :

- l'aide-ménagère qui consiste à apporter une aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne : faire ses achats, préparer les repas, assurer l'entretien du linge et du cadre de vie (ménage, entretien du logement) ;
- l'aide à la personne, qui apporte une aide aux actes essentiels de la vie courante ne relevant pas d'une prescription médicale.

Elles interviennent également dans les activités sociales, les activités relationnelles et l'aide aux déplacements (médecin, sorties, loisirs), l'aide administrative tout en assurant un relais au domicile et en exerçant une vigilance.

Les auxiliaires de vie sont selon les sociétés et localisations véhiculées. Ces prestations peuvent être prises en charge par le régime d'aide dans le cadre d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) ou par le particulier à sa demande.

6.5.4 Les structures alternatives en vue de soulager les aidants

En vue de soulager les aidants et permettre de maintenir la personne à domicile, des solutions alternatives à l'accompagnement de vie sont proposées comme l'accueil à la journée ou le séjour de répit.

6.5.4.1 Accueil de jour

Au 1er mars 2019, la capacité territoriale des accueils de jour autorisés est de 57 places. 43 sont installés sur 5 structures :

- 4 établissements accueillants des personnes âgées dépendantes ou EAPAD proposent cette activité
- 1 accueil de jour dédié de 15 places : le centre Edouard Trubert dirigé par la Croix Rouge pour l'accueil de jour de personnes atteintes de maladie Alzheimer.

Nombre de places d'accueil de jour autorisées et installées [129] EN NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province au 1er mars 2019

	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	**Zone Rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone Rurale Nord**	**Zone Loyauté**
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*

[129] DASS NC, données au 1er mars 2019.

Nombre de structures	**19 dont 3 non ouvertes**	**1**	**1**	**0**	**0**
Nombre de places autorisées	**53**	**3**	**0**	**0**	**0**
Nombre de places installées	**40**	**3**	**0**	**0**	**0**
Nombre total de lits autorisés + installés	**53**	**3**	**0**	**0**	**0**

L'accueil de jour est une prestation octroyée dans le cadre du plan d'aide personnalisé. Cette activité est quasi-exclusivement disponible sur le grand Nouméa ou la zone urbaine Sud.

6.5.4.2 Accueil de nuit

Il existe des possibilités d'accueil de nuit chez les accueillants familiaux de Nouvelle-Calédonie.

6.5.4.3 Séjour de répit ou hébergement temporaire

Le séjour de répit où la personne est accueillie durant plusieurs jours n'est pas inscrit dans la loi de pays 2009-2 du 7/01/2009. Il n'a pas été prévu initialement par la loi de pays mais peut être identifié dans le cadre de la mise en place d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP). Rien ne s'oppose à la prise en charge de ce type de séjour. Par exemple pour les personnes handicapées, des séjours séquentiels sont identifiés et financés.

L'unité Alzheimer au CHS Albert Bousquet propose des séjours de répit d'un mois maximum par an pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées qui déambulent. En cas de grabatisation, le séjour de répit est plus compliqué par défaut de places. Il pourrait être envisagé dans une autre unité au CGC comme l'unité de soins médicaux rapprochés mais sur une durée plus courte et sous réserve de places disponibles.

En province Nord, le foyer intercommunal Richard HEBE connu sous le nom du Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple (SIVM) de Koumac, offre des séjours de répit sont organisés. Ces séjours se déroulent sur une durée d'une semaine. Un dossier d'admission à la direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société est adressé pour valider le financement provincial. Une participation financière est demandée aux familles. Cependant, des problèmes de financement sont posés et invitent à réflexion sur son devenir.

Les EAPAD proposent des séjours de répit ou séquentiel mais uniquement dans la mesure où des places sont disponibles.

6.5.5 Les structures d'hébergement pour les personnes de plus de 60 ans

6.5.5.1 Cadre réglementaire et compétences partagées[130]

La délibération n°35/CP du 7 octobre 2010 relative à l'action sociale et médico-sociale a rénové le secteur social et médico-social et a posé un cadre réglementaire à la prise en charge des personnes accueillies.

Parallèlement, la loi du pays 2009-2 du 7 janvier 2009 portant création d'un régime d'aide en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie a solvabilisé le handicap et la dépendance par le versement des aides et des allocations et a impacté directement le mode de financement des établissements.

La province Sud a obtenu la délégation de compétence de la Nouvelle-Calédonie pour autoriser et accompagner les structures du secteur médico-social implantées sur son territoire.

La Nouvelle-Calédonie à travers la DASS NC est compétente pour rédiger ou faire évoluer les textes réglementaires, autoriser, accompagner ou contrôler les structures en Province Nord ou des Iles Loyauté, en étroite collaboration avec les directions sanitaires et sociales provinciales.

La Nouvelle-Calédonie demeure également compétente, y compris en province Sud, pour évaluer/inspecter l'organisation des soins et pour autoriser par arrêté les soins ou l'ouverture d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) en Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD).

Parallèlement :

- chaque province reste compétente pour conventionner le **tarif hébergement** des personnes âgées et **les soins** avec les établissements médico-sociaux pour ce qui concerne ses ressortissants ;
- les organismes de protection sociale, et en particulier la gestion des risques de la CAFAT, sont compétents pour conventionner avec les structures médico-sociales les **forfait soins**, en fonction des abaques de ratio en personnel soignant fixés conventionnellement ;
- Le conseil du handicap et de la dépendance (CHD) est compétent pour fixer les montants du **forfait dépendance** et du forfait hébergement des personnes en situation en handicap, négocié avec chaque structure.

6.5.5.2 L'accueil par le particulier

Plusieurs appellations sont données comme « pensions de famille » ou « accueillants familiaux » ou « maison d'accueil ». Ces structures sont autorisées pour accueillir 5 personnes en situation de handicap ou personnes âgées ou en perte d'autonomie avec en général un GIR> 4. Par défaut de places, des personnes plus dépendantes sont accueillies avec une GIR 3-4.

[130] Belec, M., *op.cit.*

30 accueillants familiaux sont recensés par la DASS-NC au 1er mars 2019 avec **128 lits.** Certaines structures ont fermé souvent pour des raisons réglementaires. En 2016, la DASS NC comptabilisait 33 structures et 144 lits.

NOMBRE D'ACCUEILLANTS FAMILIAUX ET CAPACITE D'ACCUEIL EN LITS [131] EN NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province au 1er juillet 2019					
	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	Zone Rurale Sud	Zone urbaine Nord	Zone Rurale Nord	Zone Loyauté
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Nombre d'accueillants familiaux	**22**	**4**	**0**	**4**	**0**
Capacité d'accueil en lits	**107**	**15**	**0**	**13**	**0**

6.5.5.3 Foyer logement

Le foyer logement ou parfois appelé « résidence sénior » accueille des personnes âgées autonomes avec un logement individuel mais pouvant bénéficier de services communs type animations, salles de rencontre ou échanges, téléalarme.

164 places sont autorisées après avis du comité d'organisation sanitaire et sociale (COSS) de la Nouvelle-Calédonie :

- 128 places au foyer logement : « Les Orchidées » géré par la Croix-Rouge, et anciennement, par la Société immobilière Néo-calédonienne (SIC) ;
- 12 studios à la structure « Ma maison » (congrégation religieuse des Petites sœurs des pauvres) ;
- 24 places au club service « Kiwanis » de La Foa.

Une autre structure, « Les Cerisiers bleus » de 80 logements, gérée par la Croix-Rouge, ne dispose pas encore d'autorisation en tant qu'établissement médico-social, mais une demande a été déposée. Ce manque d'autorisation ne permet pas encore aux personnes âgées, qui y sont accueillies de pouvoir bénéficier de l'aide au logement.

[131] DASS NC, données au 1er juillet 2019.

Ainsi 244 places sont réellement installées mais 164 sont autorisées.

NOMBRE DE FOYER LOGEMENT ET LEUR CAPACITE D'ACCUEIL EN LITS [132] EN NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province au 1er mars 2019					
	Province Sud		Province Nord		Province des Iles Loyauté
	Zone urbaine Sud	Zone Rurale Sud	Zone urbaine Nord	Zone Rurale Nord	Zone Loyauté
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Nombre de Foyer Logement	3 (1 non autorisé)	1	0	0	0
Capacité d'accueil en lits	220 (80 non autorisés)	24	0	0	0
Nombre de lits total : autorisés + installés	140	24	0	0	0

Il est à noter que le foyer N'Géa de 50 logements n'est plus géré par la province Sud depuis 2016 et il n'est de ce fait plus considéré comme un foyer logement. Désormais ces logements sont loués à des personnes âgées par la Société Immobilière Néo-calédonienne (SIC).

6.5.5.4 Etablissements d'hébergement de personnes âges autonomes ou semi-autonomes

Ce type de structure se raréfie. En 2016, 4 établissements sur 46 lits étaient autorisés. Depuis 2 établissements ont fermé et un troisième est en cours de fermeture.

Il ne restera plus que les 6 lits du foyer HEBE connu sous le nom du Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple (SIVM) de Koumac.

6.5.5.5 Etablissements accueillants des personnes âgées dépendantes (EAPAD)

Au 1er mars 2019, les capacités territoriales d'hébergement à temps complet en Etablissements Accueillants des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) sont de 787 autorisés sur 18 structures. Actuellement 498 lits sont installés sur 12 structures existantes. La répartition selon les zones de vie est la suivante avec une forte proportion sur le grand Nouméa.

[132] DASS NC, donnée au 1er mars 2019.

NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EAPAD) ET NOMBRE DE LITS [133] EN NOUVELLE-CALEDONIE par zone de vie et province au 1er mars 2019					
	Province Sud		**Province Nord**		**Province des Iles Loyauté**
Zones de vie	**Zone urbaine Sud**	**Zone Rurale Sud**	**Zone urbaine Nord**	**Zone Rurale Nord**	**Zone Loyauté**
Nombre de P.A de plus de 60 ans (ISEE 2014)	*23143*	*2925*	*1094*	*1059*	*2308*
Nombre de P.A de plus de 75 ans (ISEE 2014)	*6125*	*730*	*245*	*930*	*499*
Nombre total d'EAPAD autorisés	**13**	**3**	**1**	**1**	**0**
Nombre EAPAD installés	**8**	**3**	**0**	**1**	**0**
Nombre de lits en cours d'installation	**289**	**0**	**20**	**0**	**0**
Nombre de lits installés	**378**	**80**	**0**	**20**	**0**
Nombre de lits installés + autorisés : Total	**667**	**80**	**20**	**20**	**0**

Il est à noter l'ouverture prochaine de 5 structures sur le grand Nouméa et 1 structure de 20 lits sur Koné soit un total de 309 lits supplémentaires. Une autorisation est fournie pour la création de 31 lits Alzheimer dans ces 6 nouveaux Etablissements accueillants des personnes âgées dépendantes (EAPAD), 12 places d'accueil de jour, et 14 places pour personnes handicapées vieillissantes.

En Nouvelle-Calédonie, la très grande majorité des lits autorisés en établissements d'accueil de personnes âgées est donc gérée par des structures privées.

[133] DASS NC données au 1er mars 2019.

6.5.5.6 Taux d'équipement Etablissements accueillants des personnes âgées dépendantes (EAPAD) de plus de 75 ans versus la métropole[134]

Taux d'équipement pour les plus de 75 ans en France métropolitaine et Nouvelle-Calédonie				
	France métropolitaine[135]		**Nouvelle-Calédonie[136]**	
Nombre d'habitants ≥ 75 ans	5 884 409		8 529	
	Nombre de lits installés	**Taux pour 1000 habitant ≥ 75 ans**	**Nombre de lits autorisés**	**Taux pour 1000 habitant ≥ 75 ans**
EAPAD	596 462	**101.4**	**773**	**90,63**
EAPA[137]	8 370	1.42	31	3,63
Foyer logement	110 751	18.8	164	19,23
Total	**746 801**	**126.9**	**1025**	**120,18**
Accueillants familiaux (AF)	18.400 **	3.1	126	14,77
Total avec AF	**765 201**	**130**	**1189**	**139,41**
SSIAD	**122 101**	**20.7**	0	0

L'offre d'hébergement en Nouvelle-Calédonie représente 120,18 lits pour 1000 personnes de plus de 75 ans, proche de celui que l'on retrouve en Métropole. Cependant, l'offre est déséquilibrée avec une concentration sur la province sud, une émergence en province nord et une absence totale en province des iles loyauté.

Problématiques soulevées

Les petites structures comme les accueillants familiaux ferment ainsi que les établissements pour personnes autonomes. Les raisons invoquées sont souvent la réglementation avec un contrôle provincial soutenu mais aussi la difficulté de gestion pour certaines structures.

[134] Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, mai 2019.
[135] Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des Statistiques, 2016.
[136] ISEE-NC recensement 2014 et DASS-NC, mai 2019.
[137] Etablissement accueillant des personnes âgées (EAPA)

Alors que les structures il y a moins de 10 ans proposaient une capacité d'une trentaine de lits. Actuellement, les porteurs de projet ouvrent des structures dont la capacité est d'une soixantaine de lits pour des raisons de rentabilités.

Sur les 18 structures actuelles, la plupart ont bénéficié de la défiscalisation :
- 15 sont privées avec investisseurs locaux,
- 1 est privée avec investisseur métropolitain,
- 1 est gérée par une communauté religieuse,
- 1 mutualiste affiliée à une mutuelle métropolitaine

Ainsi on peut se questionner sur cette « Silver-Economie » dans les années à venir avec la gestion des investissements et leurs transactions éventuelles.

6.5.5.7 Enquête auprès des EAPAD en novembre 2018

Un questionnaire a été adressé par les investigateurs de l'enquête « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » mail aux directeurs de chaque Etablissement Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) en novembre 2018 afin de réaliser un état des lieux de leurs résidents sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie.

Le taux de participation a été de 75 % avec 9 établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EAPAD) sur 12 qui ont répondu : 1 en Province Nord, 2 en Province Sud rural, 6 sur le grand Nouméa. Les résultats qui suivent sont donc à prendre avec précaution car ils représentent les ¾ de la population des personnes âgées accueillies en structure.

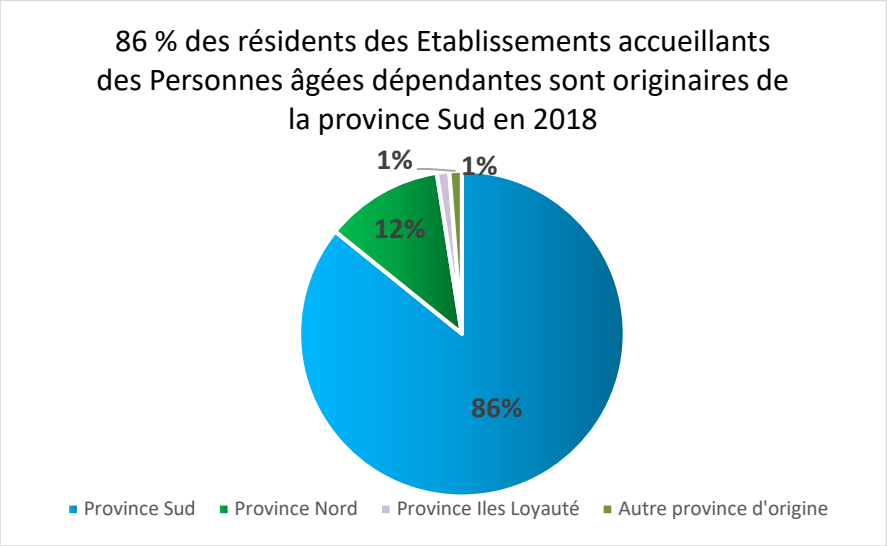
La population recensée à travers cette enquête est de 324 personnes.

Typologie des résidents

- **La moyenne d'âge des résidents est de 77,5 ans.**
- **L'âge moyen à l'admission en Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) est de 75,2 ans.**
- **Le GIR moyen pondéré est de 715,6.**

Répartition de leurs résidents selon leur province d'origine :

Ressortissants	Province Sud	Province Nord	Province des Iles Loyauté	Autres
Nombre de résidents	278	39	4	3



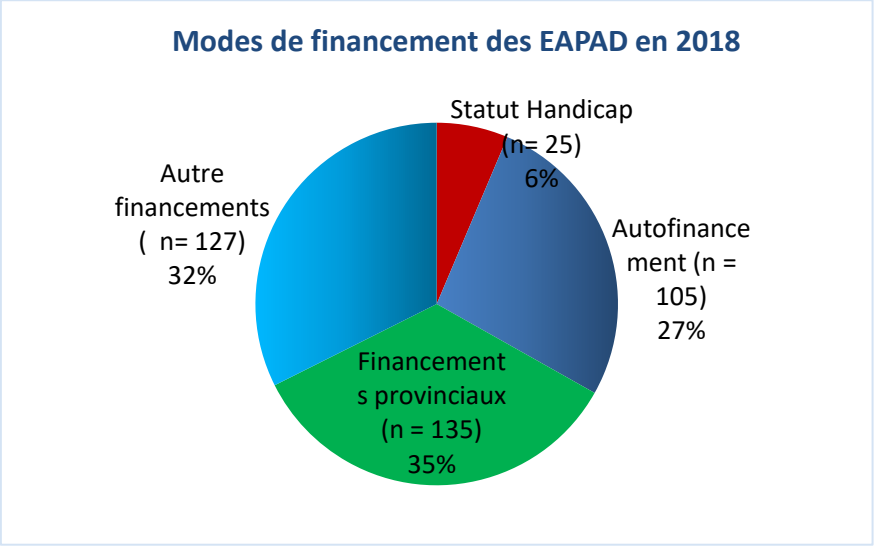
Le mode de financement de la structure par le résident, est abordé sous 4 angles

- Financement par le dispositif d'aide de la Commission Handicap et Dépendance de la Nouvelle-Calédonie (CHD) car personne reconnue GIR 1 à 4 ;
- Autofinancement intégral de la structure sans aide ;
- Financement aidé dont celui provincial et quelle province ;
- Autre financement : CAFAT, aide au logement…

Les données sont à prendre avec précautions car avec la multiplicité des financements, des erreurs peuvent être comprises notamment sur les financements aidés provinciaux et les autres financements.

Modalités de financement		Nombre de résidents
Statut Handicap		25
Autofinancement		105
Financement aidé Provincial	Province Sud	107
	Province Nord	26
	Province Iles Loyauté	2
Autre financement		127

Un peu plus d'un tiers du financement des EAPAD est réalisé par les provinces et un tiers par les autres modes de financement et moins d'un tiers est réalisé par les résidents eux-mêmes. Ces résultats mériteraient une étude plus approfondie.



Beaucoup de commentaires ont été rapportés par les EAPAD, que nous tenions à vous livrer ici :
« Le rejet récurrent des factures liés aux délégations de signature de la CAFAT. La province des Iles oublie de payer »
« 98 factures par mois en moyenne à faire aux familles. Le forfait de soins est insuffisant pour financer les équivalents temps pleins et assurer les remplacements »
« Mettre en place un interlocuteur unique plutôt que le dépôt de toutes les factures mensuelles de tous les organismes ou dématérialiser concernant la transmission des factures via un site sécurisé. »
« Les délais de financements sont beaucoup trop longs »

Liste d'attente ?

244 personnes sont en liste d'attente. Cet indicateur est discutable car plusieurs personnes déposent un dossier dans plusieurs structures (2 ou 3 EAPAD). Néanmoins, les Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD), du grand Nouméa ont en moyenne une cinquantaine de dossiers. Les EAPAD en zone rurale ont une dizaine de dossiers.

Les 244 personnes sont ressortissantes :

- 213 de la Province Sud,
- 18 de la Province Nord,
- 13 de la province des Iles.

Motifs de non-admission en EAPAD

L'âge n'est pas un critère de refus en EAPAD.

Le financement de la Province des iles est récusé par manque de convention avec la PIL. Le financement n'est pas un frein à l'admission sauf si le plan de financement n'est pas validé et finalisé.

Par contre, l'inadaptation de l'état de santé de la personne avec la structure est un critère de non admission surtout en chambre double : déambulation, fugue, manque de consentement de la personne, pathologies psychiatriques, alcoolisme non sevré.

Propositions des directeurs pour faciliter le parcours de la personne :

- mieux informer les familles sur les EAPAD avec la création d'un livret explicatif sur le fonctionnement des EAPAD avec un organigramme des institutions et le rôle de chaque institution dans le financement,
- simplifier les démarches administratives pour les directions d'EAPAD mais aussi les familles,
- raccourcir les délais de traitement des dossiers,
- repositionner le pôle gérontologique comme guichet unique pour toutes les démarches y compris les décisions d'attribution des aides financières (multiples décideurs aujourd'hui),
- laisser aux médecins coordonnateurs la possibilité d'effectuer les GIR,
- valoriser l'image des EAPAD,
- définir une organisation afin que les EAPAD soient prévenues qu'une personne doit être placée pour gagner du temps.

6.5.6 Dispositifs spécifiques

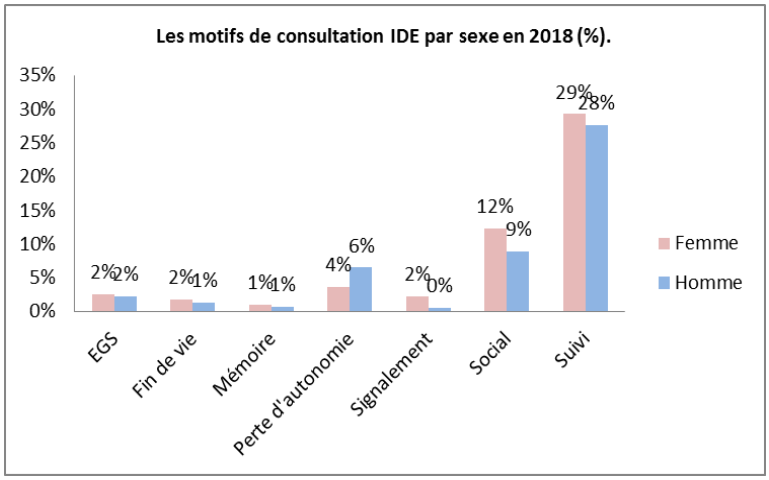
6.5.6.1 L'infirmière en gérontologie de la Province Nord

A l'initiative de la province Nord, un nouveau métier a été créé spécifiquement pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit du métier d''infirmière en gérontologie créé en 2011 sur les communes de la côte Est de la Nouvelle-Calédonie : Hienghène, Houaïlou, Poindimié, Ponérihouen, et Touho. Expérimental à l'origine ce poste est pérenne depuis lors. L'infirmière en gérontologie dépend du service d'aide à la personne à autonomie réduite de la DASSPS.

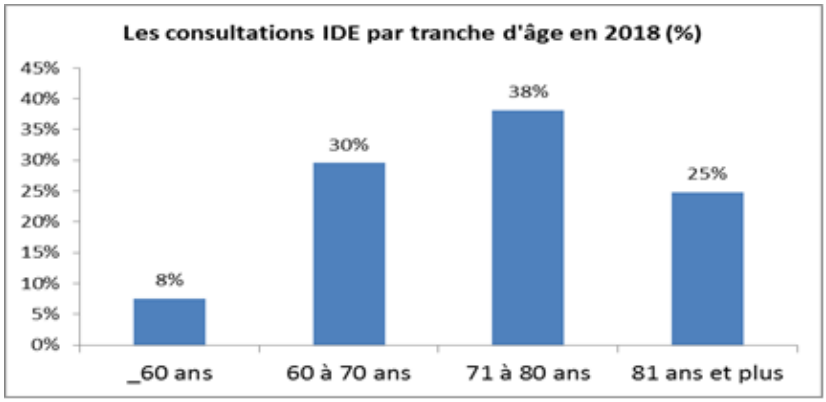
Les missions de cette infirmière, que l'on pourrait qualifier d'infirmière experte et/ou d'infirmière de coordination sont de :
- recenser les personnes âgées en prévention primaire et secondaire de dépendance,
- d'assurer l'évaluation de la fragilité et le suivi des personnes de plus de 60 ans afin de diminuer le recours à l'hospitalisation,
- d'organiser les sorties d'hospitalisation pour faciliter le retour au domicile ou l'entrée en structure d'aval,
- d'assurer la coordination avec les acteurs locaux autour des personnes de plus de 60 ans : dispensaires, assistantes sociales, auxiliaires de vie (AVS des CMS seulement en PN), AAD (aide à domicile), mairies, professionnels libéraux, familles, institutions, centres hospitaliers, etc… ;
- d'accompagner et de collaborer avec les familles et les patients notamment pour les accompagnements de fin de vie et les soins palliatifs.

La connaissance fine des conditions de vie des personnes âgées, que cette infirmière, va rencontrer à leur domicile ainsi que son expertise en gériatrie et sa connaissance des acteurs locaux en font un acteur clé et un facilitateur du parcours de soins et du parcours de vie des personnes âgées vivant sur ces communes.

L''infirmière gérontologique assure principalement des consultations de suivi et gère des problématiques en lien avec des difficultés sociales, la perte d'autonomie ou des signalements.



Son activité concerne essentiellement les patients âgés de plus de 70 ans. Pour l'année 2018, 500 personnes ont été accompagnées par l'infirmière gérontologique sur les 5 communes où elle exerce.



6.5.6.2 L'Instance de coordination gérontologique de la province Sud (ICG)

Mise en place il y a 18 ans (en novembre 2001), vu les besoins importants déjà exprimés par les personnes âgées en matière de coordination lors de l'enquête menée en 1999 en collaboration avec l'ISEE, l'instance de coordination gérontologique de la province Sud qui est une association type loi 1901, est toujours aujourd'hui le seul dispositif type guichet unique accueillant toutes les personnes âgées de 60 ans et plus ressortissantes de la province Sud (qui finance l'essentiel de ses frais de fonctionnement) pour, selon ses statuts, adoptés le 20 novembre 2001 :

- renforcer la cohérence de toutes les actions destinées aux personnes âgées en province Sud afin de promouvoir une prise en charge humaine et adaptée de la vieillesse ;
- permettre d'améliorer l'information et de développer une réflexion et une concertation entre les différents partenaires (collectivités publiques, services publics, organismes publics et privés, structures d'hébergement, etc.) ainsi que d'engager toutes actions

nécessaires au développement d'une politique provinciale, en incluant des actions de prévention de formation, d'évaluation et de recherche

Pour répondre à l'objectif qu'elle s'est fixé, l'association est constituée de membres actifs répartis en 7 collèges :

- le collège des élus de la province Sud et des communes de la province (14 dont celle de Poya),
- le collège des organismes de protection sociale et de retraite,
- le collège des associations impliquées,
- le collège des établissements et services publics et privés concernés,
- le collège des professions paramédicales et des médecins,
- le collège des personnes qualifiées,
- le collège des usagers et de leurs familles,

l'Etat étant représenté au sein de l'ICG en qualité d'observateur et de partenaire.

Dans ce cadre, l'association a mis en place le pôle gérontologique qui est le guichet unique seul apte à élaborer en province Sud, les plans d'aides personnalisés. Les missions de cet « outil » du conseil d'administration sont notamment les suivantes (cf statuts) :

- la coordination autour de la personne ;
- la coordination institutionnelle.

Aujourd'hui le pôle gérontologique de l'ICG qui réunit toujours l'ensemble des partenaires impliqués en province Sud en matière d'actions en faveur des seniors, continue de tenter de répondre de manière la plus coordonnée, la plus complète et la mieux intégrée possible, aux besoins de cette population et en particulier à ceux des personnes en perte d'autonomie, l'accès à des services et prestations de qualité étant l'objectif de l'action de tous les partenaires impliqués dans l'association et ce en tenant compte de l'évolution en Nouvelle-Calédonie aussi des structures familiales aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural ou tribal.

Avec une équipe composée d'une secrétaire, d'un médecin gériatre, d'un assistant social et d'une infirmière coordonnatrice, toutes à temps plein ainsi que d'une psychologue à temps partiel, le pôle gérontologique accueille tous les jours (du lundi au vendredi) dans les locaux situés 83, boulevard WAMYTAN, immeuble le Santal à Dumbéa sur mer, les personnes âgées et leur famille et il y a 3 demi-journées de permanence par semaine pour recevoir ce public sans rendez-vous.

Ainsi, en 2018, le pôle gérontologique

- a reçu 3 484 appels téléphoniques pour des rendez-vous, des aides ponctuelles, des signalements, des suivis ;
- a émis 2 401 appels téléphoniques pour ces motifs ;
- a reçu 1 181 personnes dans ses locaux, soit 23 personnes par semaine ;
- a effectué 608 visites au domicile des personnes âgées et 263 autres déplacements ;
- a reçu et traité 1014 demandes dont 76 ont fait l'objet d'un plan d'aide et 524 ont abouti à l'établissement d'un plan d'aide pour le conseil du handicap et de la dépendance.

Ces demandes ont concerné l'ensemble de la province Sud mais pour près des deux tiers de ces 524 personnes, il s'agissait de personnes résidant à Nouméa et grand Nouméa.

A noter que parmi ces 524 sollicitations, les deux tiers concernaient des demandes d'auxiliaires de vie pour aider ces personnes à rester chez elle.

En ce qui concerne les demandes d'aides ne relevant pas du conseil du handicap et de la dépendance (pour une prestation dépendance), 76 personnes ont fait l'objet d'un plan personnalisé en 2018 pour obtenir d'autres aides (de la province Sud, du FASSF de la CAFAT, du FSH pour l'aide au logement)

Ainsi, ce guichet unique dont le maintien depuis près de 20 ans, a pu être sauvegardé malgré les évolutions réglementaires et qui, outre ses missions, met en œuvre depuis 2011 pour le compte de la province Sud, la délégation de compétences confiée par la Nouvelle-Calédonie à ladite province dans le cadre du régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes en perte d'autonomie est donc le seul dispositif apte à élaborer, en province Sud, les plans d'aides personnalisés et à monter les dossiers d'aides attribuées tant par le Conseil du Handicap et de la dépendance que par les autres partenaires, en coordination étroite avec ceux-ci, ce qui permet de repérer la fragilité des personnes, de les accompagner et de favoriser le plus possible leur maintien à domicile, de trouver pour chaque personne concernée des solutions concrètes dans le cadre d'une mise en commun des moyens disponibles.

C'est aussi avec tous les partenaires impliqués et après l'accord donné à l'unanimité lors de l'assemblée générale tenue le 22 août 2019, que l'instance de coordination gérontologique à commencé à mettre en place dès septembre 2019 des actions d'aide aux aidants pour justement accompagner les aidants s'occupant d'un proche âgé en perte d'autonomie et qui doivent faire preuve d'un savoir-faire et d'un savoir être auxquels ils ne sont pas forcément préparés et encore moins formés.

Les ateliers d'information et les groupes de parole mis en place avec les CCAS ou les communes vont ainsi permettre à ces aidants qui jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées de concilier leur rôle d'aidant et le maintien en bonne santé.

En outre, vont aussi commencer à être effectuées au cours des mois de novembre / décembre 2019, des actions de prévention désormais indispensables pour modifier les comportements et réduire les risques identifiés dès l'âge de 50 ans et ce en réalisant des bilans de prévention médico-sociaux destinés à repérer les fragilités et à apporter aux bénéficiaires des conseils personnalisés et adaptés.

6.5.6.3 Réseau Soins palliatifs de Nouvelle-Calédonie

Le réseau de soins palliatifs de la Nouvelle-Calédonie, dénommé « Soins Palliatifs NC », est une association loi 1901, qui a été créé en octobre 2012.

Ses missions sont de :

- *« Réunir les intervenants en soins palliatifs sur la Nouvelle-Calédonie ;*
- *Coordonner, promouvoir toutes les initiatives dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie ;*

- *Mener une action de promotion, d'information aussi bien vers les professionnels de santé, grand public, les instances décisionnelles ;*
- *Promouvoir, développer et participer à une formation de qualité sur la région ;*
- *Partager une réflexion sur les pratiques et l'éthique en soins palliatifs ;*
- *Venir en aide aux personnes en stade palliatif avancé en situation de précarité ;*
- *Le regroupement des intérêts des adhérents, le dialogue avec les pouvoirs publics, les services, les personnes ou associations concernées de Nouvelle-Calédonie et au niveau national ou international ;*
- *Contribuer de manière générale au développement des soins palliatifs par la mise en place de formations pour les professionnels de santé, l'amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière et extrahospitalière, la meilleure connaissance des soins palliatifs par le grand public »* [138].

Le réseau a obtenu des financements par l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie en 2017 avec le recrutement de deux infirmiers à mi-temps.

Depuis la mise en place du réseau, les infirmiers effectuent des **visites à domicile** pour donner des avis de prise en charge palliative et former au lit du malade les libéraux. Les infirmiers interviennent aussi dans les établissements de santé.

Le réseau a organisé des **journées d'information grand public** notamment au sein de l'université de la Nouvelle-Calédonie.

Le réseau a formé une **centaine d'infirmiers libéraux en 2017** sur Nouméa et grand Nouméa. Il faudrait que ces formations se renouvellent.

Les infirmiers du réseau restent joignables sur ligne directe avec une **écoute des aidants**.

Un **groupe de parole des aidants sur le deuil** pour les familles endeuillées est proposé tous les mois et demi dans les locaux de l'agence sanitaire et sociale.

Le réseau est un maillon de la filière de soins palliatifs entre l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs et l'unité d'oncologie-soins palliatifs de 21 lits.

6.5.7 Sites d'informations et d'orientation pour personnes âgées

6.5.7.1 L'Instance de coordination gérontologique (ICG)

Le pôle gérontologique est un guichet unique pour les personnes âgées mais aussi pour les aidants. Il informe et conseil sur :

- **Le soutien à domicile** : accompagnement au quotidien, aménagement du logement pour favoriser l'autonomie ;
- **Les aides financières possibles ;**
- **Les différentes formes d'hébergement** : accueil de jour, accueillant familial, foyer-logement, maisons de retraite (EAPAD) ;
- **L'accompagnement des proches** : orientation vers une aide des familles et vers les réseaux spécialisés ;

[138] Statuts de l'association Soins Palliatifs NC, adoptés par l'assemblée générale constitutive le 20 juin 2012

- **Les droits et les mesures de protection juridique ;**
- **La vie sociale et culturelle** : activités, sorties, …
- **La prévention, la santé**

Le pôle gérontologique aide à constituer les dossiers de demandes dans le respect du choix de la personne. 3 permanences par semaine sont proposées. Depuis 2011, date d'obtention de la délégation de compétence par la province Sud sur la dépendance, le pôle gérontologique élabore les plans d'aide personnalisés (cf ci-dessus).
Le pôle gérontologique est situé dans l'immeuble « le Santal » sur le site du Médipôle à Dumbéa.
https://www.pole-gerontologique.nc/

6.5.7.2 Communes et CCAS

Sur 32 communes, 12 disposent d'un centre communal d'action sociale.

Chaque CCAS et autonome au niveau de son fonctionnement et certains proposent des permanences. Les autres communes ont également des services qui se préoccupent des questions sociales et travaillent en étroite collaboration avec les associations.

Certaines communes ont mis en place un site internet et quasiment toutes les communes ont une page Facebook

6.5.7.3 Les établissements de santé

Site internet du Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret :
https://www.cht.nc/
Site internet de la clinique Kuido-Magnin
https://clinique.nc/
Site internet du Centre de Soins de Suite et Réadaptation (CSSR)
https://www.cssr.nc/
Le Centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie(CRNC)
https://www.crnc.nc/

6.5.7.4 Institutions provinciales et Gouvernement

Chaque institution provinciale comme la Nouvelle-Calédonie proposent l'accès à un site internet qui renvoie l'usager à sa direction des services sanitaires et sociaux et à des thématiques précises les concernant.

Lors des permanences ou des visites à domicile des assistantes sociales de secteur, les personnes âgées ou leurs aidants peuvent s'informer pour toutes démarches concernant les dossiers sociaux ou sanitaires.

Le site « service public » de la Nouvelle-Calédonie est le portail de toutes les administrations de la Nouvelle-Calédonie.

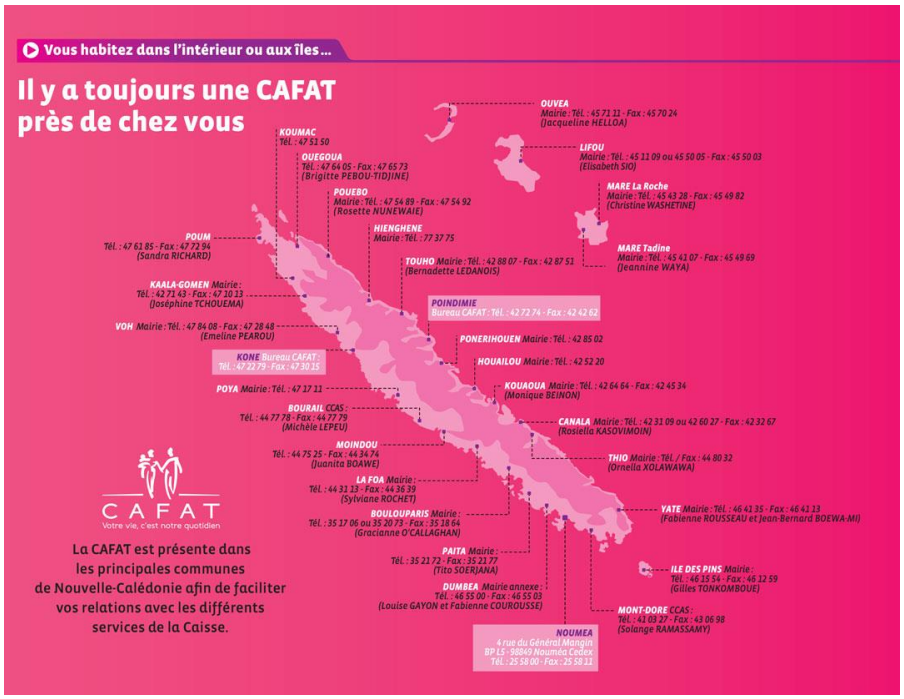
https://service-public.nc/particuliers/sante-social

Le service renvoie vers les sites de toutes les institutions territoriales et provinciales.

La CAFAT

La CAFAT propose 3 sites d'accueil au public sur Nouméa :

- Nouméa Centre-Ville, dédié à l'accueil des assurés ;
- Nouméa Centre-Ville, dédié à l'accueil des employeurs et travailleurs indépendants ;
- Nouméa Receiving pour les évacuations sanitaires et le contrôle médical.



Plusieurs antennes ou bureaux sont proposés sur l'ensemble du territoire.
https://www.cafat.nc

6.5.7.5 Autres sites d'informations

La carte « Senior » :
https://seniors.nc/
contact@seniors.nc

Collectif handicaps :
http://collectif-handicaps.com/les-associations-membres/

6.5.8 Associations

Le secteur associatif est très actif dans le domaine social en général.
Les associations disent assez fréquemment « qu'elles n'ont pas attendu les pouvoirs publics pour agir ».

Associations dédiées au handicap :

- Association Néo-calédonienne des Handicapés (ACH),

- Association des Parents d'Enfants Handicapés de Nouvelle-Calédonie (APEHNC),
- Union des Amis et Familles de Malades et Handicapés Mentaux (UAFAM),
- Association de Personnes et Amis de Personnes Handicapées Intellectuelles (APEI-NC)

Associations dédiées aux personnes âgées :

- Association Néo-calédonienne d'Aide aux Personnes Agées (ACAPA),
- Association pour le Service d'Aide au Maintien à Domicile (ASAMAD), etc.

Associations dédiées aux personnes économiquement faibles :

- Secours catholique,
- Collectif d'Urgence Humanitaire (CDUH),
- Association Saint Vincent de Paul (SVP), etc.

Ces associations sont devenues de véritables institutions, incontournables dans la concertation et elles apportent la richesse des témoignages de vie au quotidien de leurs ressortissants. Elles sont souvent le « révélateur de ce qui ne va pas » et sont des partenaires avec lesquels les institutions publiques construisent, même si, parfois, selon les cas, il apparaît difficile d'arriver à des compromis. Les associations (composées de bénévoles) comme les services publics se professionnalisant, un langage commun permet de mieux identifier les besoins et d'apporter de façon concertée les réponses le public étant au centre de la prise en charge.

6.5.9 Centres funéraires

Ce sont généralement les entreprises de pompes funèbres qui font le nécessaire lors d'un décès : transport des corps, toilette mortuaire et organisation des obsèques (inhumation ou crémation). Les communes qui disposent de chambres funéraires et de cimetières appliquent des tarifs fixés par le conseil municipal.

La mairie du lieu de résidence du défunt est tenue d'offrir les services d'inhumation ou de crémation gratuitement aux personnes dépourvues de ressources suffisantes (service minimum).

La mutuelle des fonctionnaires intervient à hauteur de 100 000 XPF pour les frais d'obsèques ; Il faut bien sûr être ayant droit.

La CAFAT peut sous forme d'aide exceptionnelle intervenir dans une participation aux frais d'obsèques. Les retraités n'ouvrent pas droit au capital décès.

Communes/Zones de vie	Chambre funéraire	Transport Corps	Préparation corps (toilette mortuaire)	Organisation obsèques
Zone urbaine Sud				
Nouméa	Oui + Conservation réfrigérée Ville de Nouméa	Entreprises pompes funèbres		
Paita	Oui Commune Paita	Entreprises pompes funèbres		
Mont-Dore	Oui Commune Mont-Dore	Entreprises pompes funèbres		
Zone rurale Sud				
La Foa	Oui Commune La Foa	Entreprises pompes funèbres		
Bourail	Oui Commune Bourail	Entreprises pompes funèbres		
Moindou	Oui Commune Bourail	NR	NR	NR
Zone urbaine Nord				
Koné	Oui Commune Koné	NR	NR	NR
Pouembout		Entreprise pompes funèbres Funéraire Nord		
Zone rurale Nord				
Poindimié		Entreprise pompes funèbres Funéraire Nord		
Zone Loyauté				
Néant		Pompes funèbres de Nouméa		

7 État de santé des personnes âgées de plus de 60 ans

7.1 Repérage et prévention des personnes de plus de 60 ans

7.1.1 Programmes de prévention en santé

7.1.1.1 Do Kamo et la promotion de l'activité physique

La délibération du congrès n°396 du 20.02.19 *relative au plan stratégique de la pratique sportive en Nouvelle-Calédonie,* fixe comme axe stratégique la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives pour tous. Le congrès de la Nouvelle-Calédonie a récemment adopté le plan stratégique de la pratique sportive en Nouvelle-Calédonie et le Plan de Santé Néo-calédonien *« Do Kamo, Etre épanoui ! »*. Ces deux plans Pays portent un projet territorial commun visant à coordonner et structurer le développement de l'activité physique et sportive comme vecteur de prévention et de soin, notamment via :

- la promotion de l'activité physique et sportive dans les différents milieux de vie : scolaire, familial, professionnel, coutumier, religieux…
- l'élaboration d'un réseau de médecins prescripteurs d'activités physiques et sportives dans le cadre d'association de facteurs de risque et de prise en charge des maladies chroniques,
- le renforcement des compétences des encadrants d'activité physique et sportive sport santé.

En effet, l'activité est un vecteur de développement social et de santé. Elle prévient par exemple l'apparition des maladies de surcharge, de cancer et de dépression mais aussi le risque de chute pour les personnes âgées. Par ailleurs, elle permet aussi d'accompagner la prise en charge d'un grand nombre de pathologies comme le diabète, les maladies respiratoires, les pathologies ostéo-articulaires. Ainsi des éducateurs vont être formés à la fois à l'accompagnement des séniors dans un objectif de prévention afin de vieillir en bonne santé mais également à la prise en charge des personnes atteintes de pathologies liées au vieillissement.

Pour l'heure en Nouvelle-Calédonie, environ 10 enseignants en Activité Physique Adaptée sont recensés par la Direction de la Jeunesse et des sports de Nouvelle-Calédonie. Seul un éducateur est spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées.

Des activités physiques adaptées dédiées aux séniors sont proposées. Citons par exemple :

- les ateliers mis en place par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Nouméa ;
- les séances hebdomadaires des Etablissements Accueillant des Personnes Agées dépendantes et du CGC du CHS Albert Bousquet ;
- l'activité proposée à titre individuel et privé dans une salle de sport de Nouméa ;
- le dispositif « Sport santé séniors » proposé par la Province sud.

7.1.1.2 Programmes de prévention développés par l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS NC)

- Programme Diabète sur les personnes de plus de 60 ans

Selon les données fournies par l'agence sanitaire et sociale : **58% des diabétiques ont plus de 60 ans.** La prévalence du diabète diagnostiqué et suivi est de 25% chez les plus de 60 ans (alors que dans l'ensemble de la population adulte, elle est de 5%).

La hausse continue de cette prévalence s'explique par l'augmentation de la surcharge pondérale, l'épigénétique et le vieillissement de la population. Ce chiffre sous-estime les patients qui s'ignorent et non suivis. Il faudrait un recul de l'obésité de 25% pour une stabilisation de la prévalence du diabète.

Aujourd'hui, le programme diabète se concentre sur la prévention secondaire (dépistage et personnes à risque) et tertiaire (recul des complications) et cible tous les âges. Le dépistage est mieux organisé ainsi que la filière de soins. Mais surtout, le programme propose une autonomisation des patients avec le développement de stages d'éducation thérapeutique particulièrement adaptés aux plus de 60 ans (qui disposent de temps) avec 2/3 de l'effectif.

- Programme Dépistage organisé des cancers féminins et vaccination HPV sur les personnes de plus de 60 ans

Une mammographie gratuite de dépistage est proposée tous les 2 ans aux femmes de 50 à 74 ans. Seules 40 à 50% des personnes invitées réalisent le dépistage.

Un frottis de dépistage gratuit est proposé tous les 3 ans aux femmes de 20 à 65 ans.

- Programme Prévention primaire des pathologies de surcharge « Mange mieux, bouge plus » sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action n'est menée spécifiquement envers ce public, mais les messages « Mange mieux, Bouge plus » sont des messages de bon sens.

- Programme Santé sexuelle sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action n'est menée spécifiquement envers ce public, mais les messages de respect de soi et de l'autre sont des messages de bon sens.

- Programme Santé bucco-dentaire « Mes dents ma santé » sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action spécifique n'est menée sur ce public. Cependant, l'ordre des dentistes et la DASS-NC ont sollicité l'ASS-NC pour une évaluation des besoins et de la formation. Les besoins exprimés sont :

- mettre en place une formation des personnels des EAPAD à la pratique de l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes dépendantes et au repérage des besoins en soins dentaires,
- mettre en place un dépistage systématique annuel des besoins pour les résidents non autonomes,

- participer au développement de l'accès aux soins dentaires en EAPAD pour les résidents non autonomes.

Seule la formation pourra être proposée au titre de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire.

- Programme Prévention en addictologie sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action n'est menée spécifiquement envers ce public, mais les messages et les actions grand public restent adaptées aux plus de 60 ans.

- Programme Tuberculose sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action n'est menée spécifiquement envers ce public, mais il s'agit d'un programme visant à faire reculer les complications et qui cible tous les âges.

- Programme Rhumatisme Articulaire Aigu sur les personnes de plus de 60 ans

Aucune action n'est menée spécifiquement envers ce public.

Ainsi, la majorité des diabétiques est composée de personnes de plus de 60 ans. Un recul de 25% de l'obésité permettrait de stabiliser les chiffres du diabète. Et peu de programmes actuels de santé publique sont orientés vers le public de la personne âgée.

Programmes de prévention destinés au plus de 60 ans								
	Diabète	Santé sexuelle	Surcharge pondérale	Santé bucco-dentaire	Cancers sein et utérus	Addictologie	Tuberculose	RAA
Actions de prévention sur Public > 60 ans	Concerne les > 60 ans	Non	Non	Non, mais étude de besoins en cours	Concerne les > 60 ans	Non	Concerne les > 60 ans	Non

7.2 Pathologie des plus de 60 ans

7.2.1 Nombre de personnes de plus 60 ans bénéficiaires du Régime Universel d'Assurance Maladie Maternité de la Nouvelle-Calédonie (RUAMM)[139]

Nombre de bénéficiaires de plus de 60 ans du Régime Universel d'Assurance Maladie Maternité de la Nouvelle-Calédonie en 2010, 2014 et 2017 (RUAMM)			
	2010	**2014**	**2017**
Nombre total de bénéficiaires RUAMM en Nouvelle-Calédonie	241 888	256 922	261 755
Nombre des bénéficiaires RUAMM de plus de 60 ans	34 936	41 957	47 459
Part des bénéficiaires RUAMM de plus de 60 ans	**14,4%**	**16,3%**	**18,1%**

En 2014, 95,6% des Néo-calédoniens étaient affiliés au RUAMM ou Régime Universel d'Assurance Maladie Maternité de la Nouvelle-Calédonie, sur la population recensée de 269 000 habitants.

Sur l'ensemble des bénéficiaires du RUAMM, en 2017 **les plus de 60 ans représentent 18%** ou 47 459 personnes**.** Cette évolution est constante.

Par contre, si on analyse par tranche décennale. La proportion des 60-69 ans a légèrement augmenté alors que les autres tranches décennales ont augmenté de manière plus marquée. **Les plus de 90 ans ont doublé en 7 ans.**

Répartition par tranche d'âge décennale des bénéficiaires du RUAMM de plus 60 ans							
Tranche d'âge	2010		2014		2017		Evolution 2010-2017
60-69	20355	58,3%	23273	55,5%	24566	51,7%	× 1,2
70-79	10498	30%	13219	31,5%	16114	33,9%	**× 1,5**
80-89	3568	10,3%	4680	11,1%	5733	12%	**×1,6**
> 90	515	1,5%	785	1,9%	1046	2,2%	× 2
Total	34936	100%	41957	100%	47459	100%	× 1,3

[139] CAFAT, Bénéficiaires RUAMM de plus de 60 ans 2010/2014/2017, données, 2017.

7.2.2 Prise en charge en longue maladie[140]

Personnes > 60 ans bénéficiaires du RUAMM en longue maladie en 2010, 2014 et 2017				
	2010	2014	2017	Evolution 2010-2017
Nombre de bénéficiaires du RUAMM de plus de 60 ans	34 936	41 957	47 459	X 1,3
Nombre personnes > 60 ans en Longue Maladie	16 028	19 625	21 248	× 1,3
Part des > 60 ans en Longue Maladie	**45,8%**	**46,7%**	**44,7%**	

Actuellement environ 21 000 personnes âgées de plus de 60 ans sont prises en charge en longue maladie. Le nombre de bénéficiaires du RUAMM a donc plus augmenté que le nombre de personnes en longue maladie.

Par contre, en 2017 la part des personnes en longue maladie a baissé à 44,7% versus 46,7% en 2014. Le contrôle médical unifié a renforcé son contrôle des longues maladies pouvant expliquer la baisse. Cela concerne essentiellement la tranche décennale des 60-69 ans : 45% en 2017 versus 51% en 2010. Pour les autres tranches d'âge, la progression des longues maladies est moins régulée.

Répartition des longues maladies chez les plus de 60 ans par tranche d'âge décennale							
	2010		2014		2017		Evolution 2010-2017
60-69	8134	51%	9605	49%	9565	45%	× 1,1
70-79	5450	34%	6826	35%	7912	37%	× 1,4
80-89	2148	13%	2800	14%	3234	15%	× 1,5
> 90	296	2%	394	2%	537	3%	× **1,8**
Total	16028	100%	19625	100%	21248	100%	

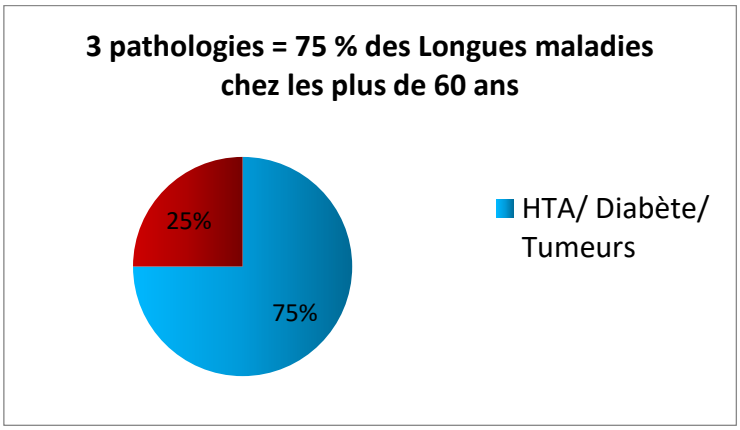
[140] CAFAT, *op. cit.*

7.2.3 Les 3 principales pathologies : Hypertension artérielle, Diabète et Tumeurs = 75 % des longues maladies chez les plus de 60 ans en 2017

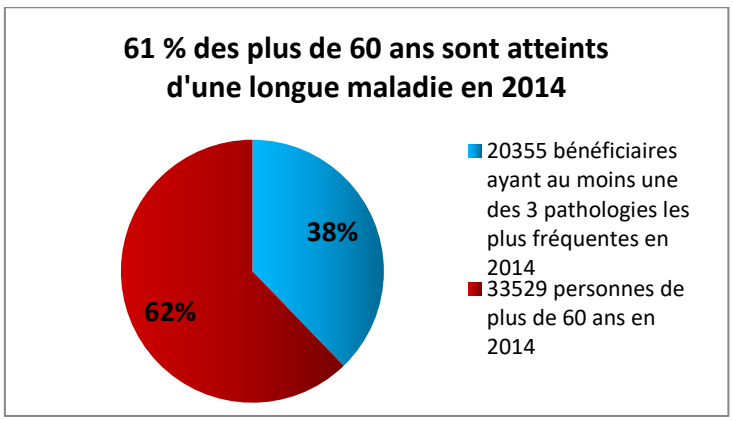
Les 3 principales pathologies reconnues et prises en charge en longue maladie chez les personnes de plus de 60 ans depuis 2010 sont :

- HTA
- Diabète
- Tumeurs et cancers

Les personnes atteintes d'hypertension artérielle sont au nombre de 8080 personnes pour l'année 2017, 7966 ont du diabète et 4955 une tumeur.



Les données communiquées par la CAFAT pour l'année 2014 mentionnent un nombre de 20355 bénéficiaires de plus de 60 ans ayant au moins une de ces trois pathologies (l'hypertension artérielle, le diabète et les tumeurs). Cette donnée rapportée au nombre total de personnes de plus de 60 ans recensées cette même année[141] (33529 personnes), on constate que 61 % d'entre elles sont atteints d'une longue maladie.



[141] Recensement ISEE, 2014.

Comparaison des évolutions entre 2010 et 2017 des longues maladies chez les plus de 60 ans

12 Principales Pathologies LM 2010	Nombre de bénéficiaires/pathologie En 2010	%
HTA sévère	7970	49,7
Diabète	5579	34,8
Tumeurs	3065	19,1
Insuffisances cardiaques graves et RAA	2665	16,6
Maladies coronaires	2428	15,1
Insuffisances respiratoires chroniques	1866	11,6
Artériopathies chroniques	880	5,5
AVC	835	5,2
Psychose troubles graves de la personnalité	746	4,7
Affections hors liste	703	4,4
Maladie d'Alzheimer et autres démences	540	3,4
Néphropathies chroniques graves	443	2,8

Les % sont calculés sur la population total de bénéficiaires LM en 2010 : 16028

12 Principales Pathologies LM 2017	Nombre de bénéficiaires/pathologie	%
HTA sévère	8080	38
Diabète	7966	37,5
Tumeurs	4955	23,3
Maladies coronaires	3152	14,8
Insuffisances cardiaques graves et RAA	3073	14,5
Insuffisances respiratoires chroniques	2135	10
Affections hors liste	1882	8,9
AVC	1347	6,3
Artériopathies chroniques	1117	5,3
Maladie d'Alzheimer et autres démences	913	4,3
Néphropathies chroniques graves	709	3,3
Psychose troubles graves de la personnalité	642	3

Les % sont calculés sur la population total de bénéficiaires LM en 2017 : 21248

Si l'on établit un classement des 12 premières maladies entre 2010 et 2017, certaines pathologies progressent comme les AVC ou la maladie d'Alzheimer. D'autres au contraire reculent comme les psychoses, troubles graves de la personnalité.

Trois pathologies représentent pour l'année 2017 pour les plus personnes âgées de plus de 60 ans 75 % des maladies de longue durée : hypertension artérielle, diabète et les tumeurs.

7.2.4 Principaux cancers[142]

Les données ci-dessous sont issues du registre du cancer de 2008 à 2015 concernant les personnes de 60 ans et plus.

Les topographies des cancers les plus fréquentes chez les plus de 60 ans varient selon le sexe.

Chez l'homme, ce sont les cancers de la prostate, des bronches-poumons puis colorectal.

Chez la femme, ce sont les cancers du sein, bronches-poumons et ensuite, cela est variable selon la province : Thyroïde à la Province des Iles loyauté, utérus en province Nord et colorectal en Province sud.

HOMMES			FEMMES		
Province Sud	**Province Nord**	**Province des Iles Loyauté**	**Province Sud**	**Province Nord**	**Province des Iles Loyauté**
Prostate : 34,5%	**Prostate : 32%**	**Bronches-Poumons : 29%**	**Sein : 26,3%**	**Sein : 18,9%**	**Sein : 18,6%**
Bronches-Poumons : 16,6%	Bronches-Poumons : 26,3%	Prostate : 20,2%	Bronches-Poumons : 11,4%	Bronches-Poumons : 16,6%	Bronches-Poumons : 15%
Colon-rectum : 8,2%	Colon-rectum : 6,4%	Estomac : 8,8%	Colon-rectum : 11,3%	Utérus : 9,7%	Thyroïde : 11,4%

7.2.5 Focus sur certaines pathologies : Insuffisance rénale/ Démences

7.2.5.1 L'insuffisance rénale[143]

45,3% des insuffisants rénaux ont plus de 65 ans en Nouvelle-Calédonie selon les données du Réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie (RESIR) pour l'année 2016.

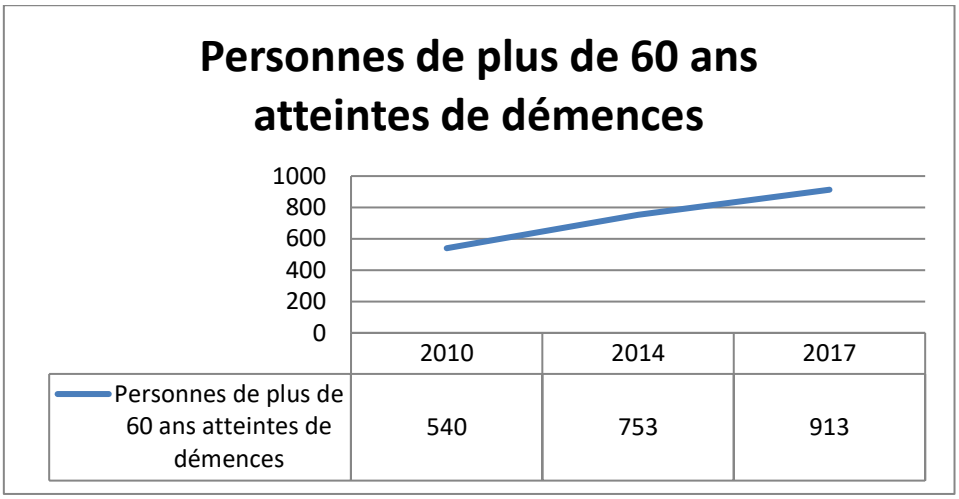
Il serait intéressant d'étoffer les données épidémiologiques chez ce public car cela impacte leur qualité de vie.

7.2.5.2 Les démences[144]

Le nombre des personnes de plus de 60 ans a presque doublé entre 2010 et 2017. On en dénombrait 540 en 2010 et 913 en 2017.

Les personnes sont mieux déclarées depuis 2010 et consultent davantage. Néanmoins, ce chiffre est sous-estimé par manque de repérage.

[142] DASS NC, registre du cancer.
[143] Tivollier, JM. *Réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie. 5e rapport REIN NC- RESIR*, Nouméa, 2016.
[144] CAFAT, Données, *op.cit.*



7.2.6 Les décès[145]

7.2.6.1 L'âge moyen de décès est de 78 ans

Le registre des décès fourni par la DASS NC indique que 981 personnes de plus de 60 ans sont décédées en Nouvelle-Calédonie dans l'année 2014.

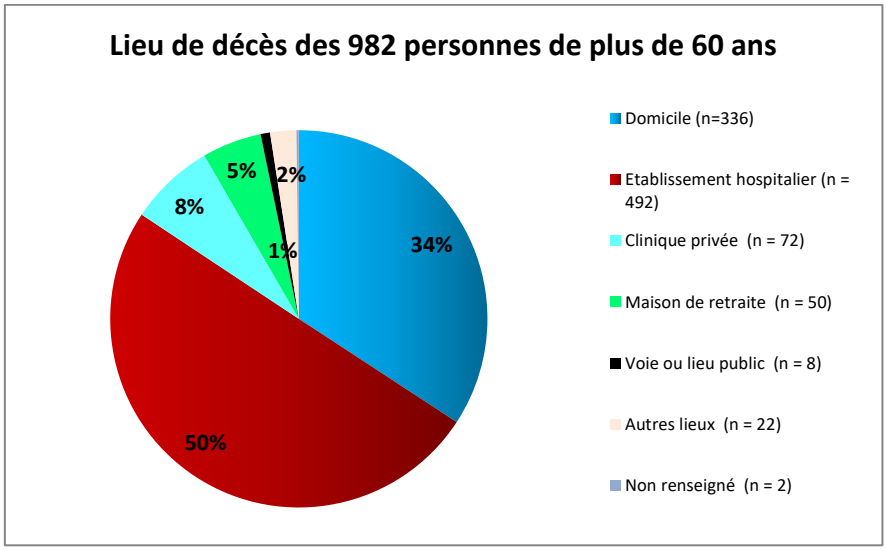
L'âge moyen de décès est de 78 ans sur les 982 personnes décédées au cours de l'année 2015.

7.2.6.2 Plus d'une personne sur deux meurt à l'hôpital et un tiers à leur domicile.

Le lieu où les personnes décèdent majoritairement reste l'établissement hospitalier : 50 % des personnes de plus de 60 ans pour l'année 2014.

Le domicile est le lieu de leur décès pour un tiers d'entre elles (336 personnes).

Peu de décès (5 %) surviennent en maison de retraite.

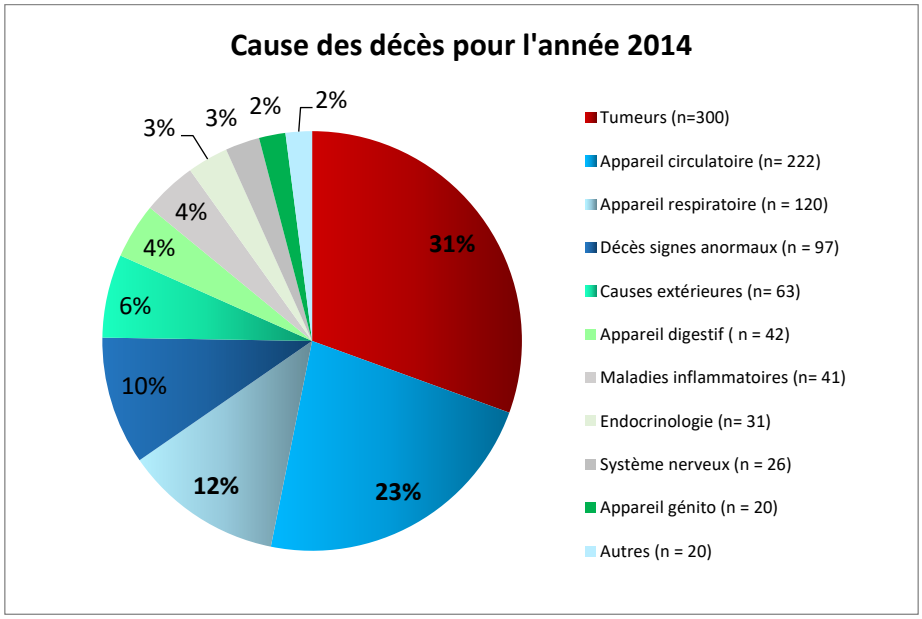


[145] DASS NC, *Base décès pour les années 20111/2014/2017*, 2017.

7.2.6.3 Les deux tiers des causes de décès des plus de 60 ans sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire

Les trois causes principales des décès des plus de 60 ans sont pour :

- 31% les tumeurs,
- 23 % les maladies de l'appareil circulatoire,
- 12 % les maladies de l'appareil respiratoire.



7.3 Consommation en soins des personnes âgées de plus de 60 ans

7.3.1 En moyenne 1 personne sur 2 de plus de 60 ans consulte un médecin généraliste dans l'année

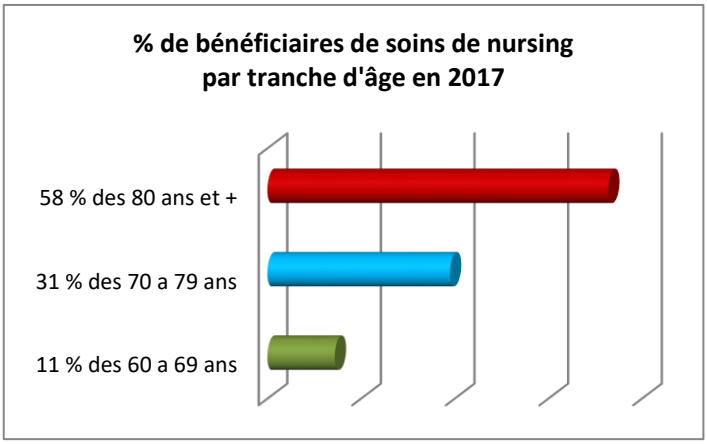
Ce chiffre reste le même quelle que soit la tranche d'âge sélectionnée : 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans et plus, c'est-à-dire en moyenne 1 une visite tous les deux ans.

Evolution 2010-2017 des consultations chez le généraliste pour les > 60 ans					
Consultations Généralistes	**2010**		**2017**		**Evolution 2010-2017**
60-69 ans	11108	59%	13272	53%	× **1,2**
70-79 ans	5572	30%	8524	34%	× **1,5**
80-89 ans	1867	10%	3016	12%	× **1,6**
> 90 ans	195	1%	419	2%	× **2,1**
Total	**18742**	**100%**	**25231**	**100%**	× **1,3**

En 2017, il y a 10 fois plus de consultations au cabinet que de visites à domicile des médecins généralistes. On note un recul des visites à domicile chez les 60-69 ans au profit du grand âge > 90 ans.

Evolution 2010-2017 des visites de généralistes pour les plus de 60 ans					
Visites Généralistes	**2010**		**2017**		**Evolution 2010-2017**
60-69 ans	658	27%	523	20%	× **0,8**
70-79 ans	798	33%	846	33%	× **1,1**
80-89 ans	760	31%	872	34%	× **1,1**
> 90 ans	206	9%	320	12%	× **1,5**
Total	**2422**	**100%**	**2561**	**100%**	× **1,1**

7.3.2 A l'inverse les soins de nursing augmentent avec l'âge : après 80 ans, une personne sur deux en bénéficie et seulement 1 sur 10 avant 70 ans



Les données fournies par la CAFAT indiquent qu'à l'inverse des consultations auprès des médecins généralistes, les soins de nursing dispensés au domicile augmentent en fonction de l'âge des patients et ce de manière constante depuis 2010. Avec le vieillissement de la population, on peut envisager une augmentation de ces dépenses de santé à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Evolution des soins de nursing avec indemnités kilométriques (IK)						
	2010		**2017**		**Evolution 2010-2017**	
Soins de Nursing codé AIS 3	Nombre de bénéficiaires avec Nursing	Dont Nursing avec IK	Nombre de bénéficiaires avec Nursing	Dont Nursing avec IK	Nombre de bénéficiaires avec Nursing	Dont Nursing avec IK
60-69 ans	114	19	144	26	× **1,2**	× **1,4**
70-79 ans	250	41	390	77	× **1,5**	× **1,8**
80-89 ans	332	39	531	99	× **1,6**	× **2,5**
> 90 ans	128	13	197	19	× **1,5**	× **1,5**
Total	**824**	**112**	**1262**	**221**	× **1,5**	× **1,9**

La prise en charge des soins de nursing, reflet de la dépendance de la personne agée a 1,5 fois plus augmenté de 2010 à 2017. Or, les Infirmiers libéraux sont soumis à un quotas d'actes annuels. Souvent des nursings ne sont pas honorés en fin d'année pour cette raison.

Les nursings avec Indemnité Kilométrique (IK), éloignés du village doublent quasiment dès les 70-79 ans avec un pic pour les 80-89 ans à 2,5.

Ainsi avec l'avancée en âge, les personnes ont besoin de soins infirmiers surtout lorsqu'elles vivent éloignées du village : indicateur indirect du manque d'IDE libéraux hors grand Nouméa.

En 2017, la distance moyenne facturée en indemnité kilométrique est de 16 Km en sachant que les 2 premiers kms sont inclus dans l'indemnité forfaitaire de déplacement.

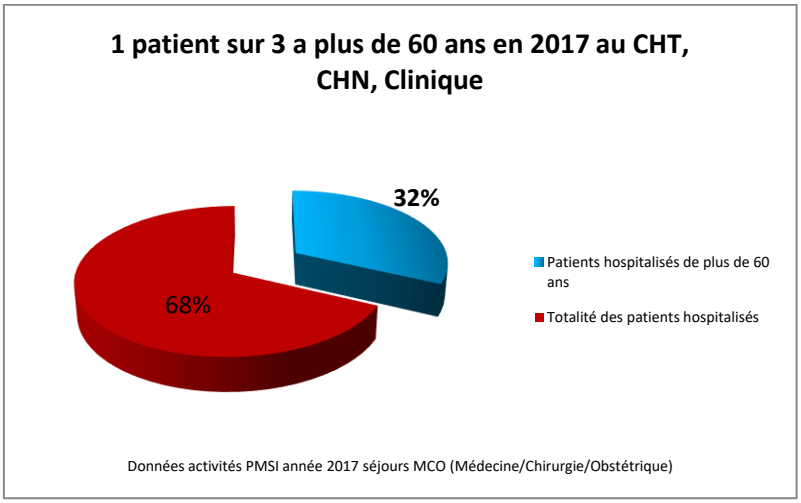
Les Indemnités kilométriques sont facturées par 90% des infirmiers en dehors du grand Nouméa.

7.4 Un patient sur trois a plus de 60 ans au sein des trois établissements hospitaliers référents de Nouvelle-Calédonie en 2017

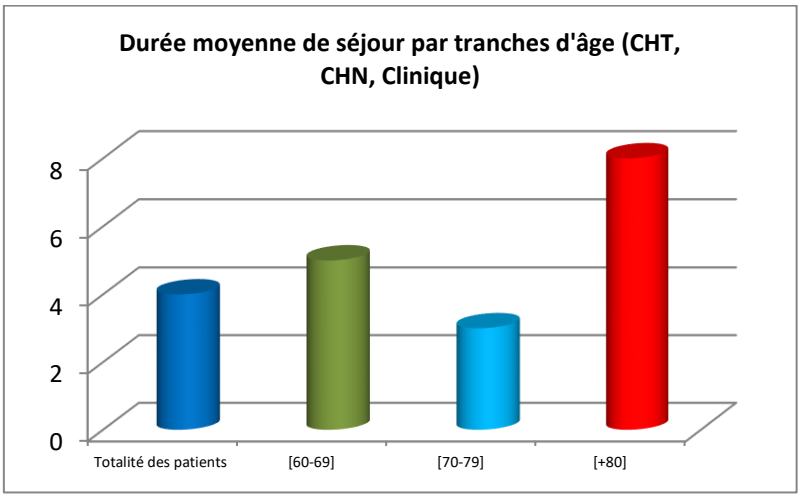
La collecte des données auprès des établissements de santé de la Nouvelle-Calédonie dans le cadre de l'enquête avait pour objectif de réaliser une photographie de l'activité hospitalière dédiée aux plus de 60 ans sur le territoire.

Seules les données relatives aux séjours d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation conventionnelle du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de l'année 2017, des trois établissements hospitaliers référents (CHT-CHN-Cliniques, avant leur fusion sur le seul site de l'île Nou en 2018) ont pu être collectées dans leur intégralité. C'est pourquoi seule l'activité de ces trois centres référents figure ici.

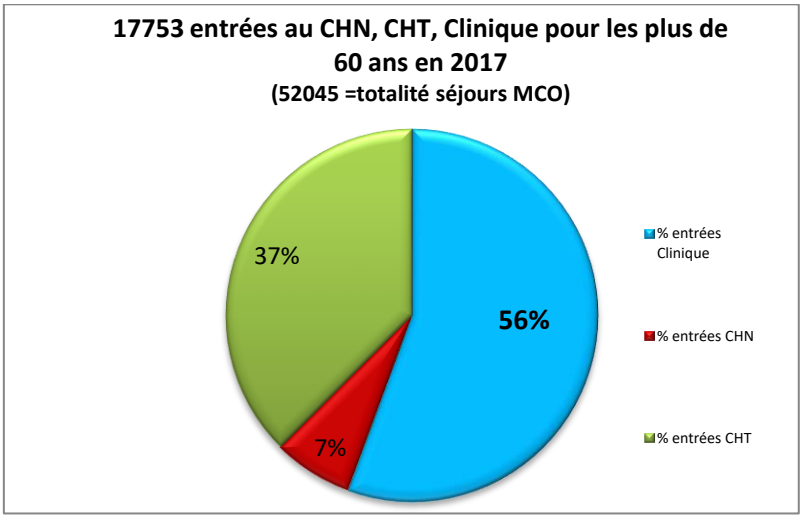
7.4.1 Un patient hospitalisé sur 3 a plus de plus de 60 ans



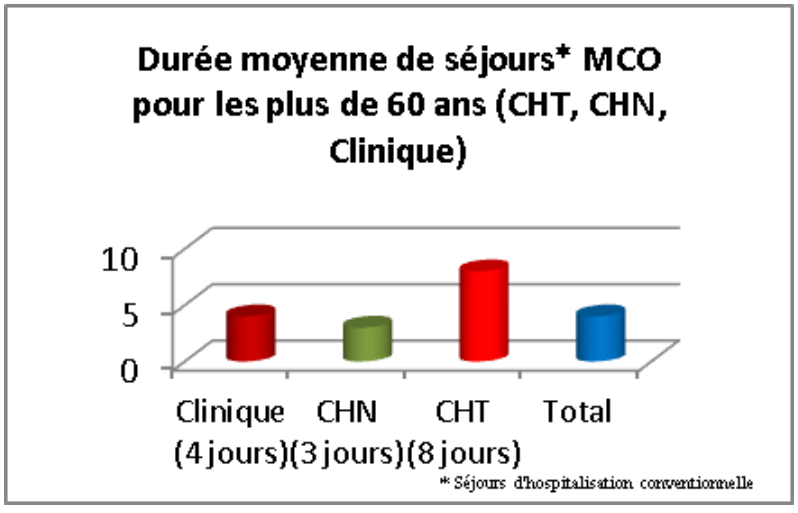
7.4.2 Les plus de 80 ans ont les durées moyennes de séjour hospitalier les plus longues



7.4.3 Plus de la moitié des patients de plus de 60 ans sont hospitalisés dans la clinique

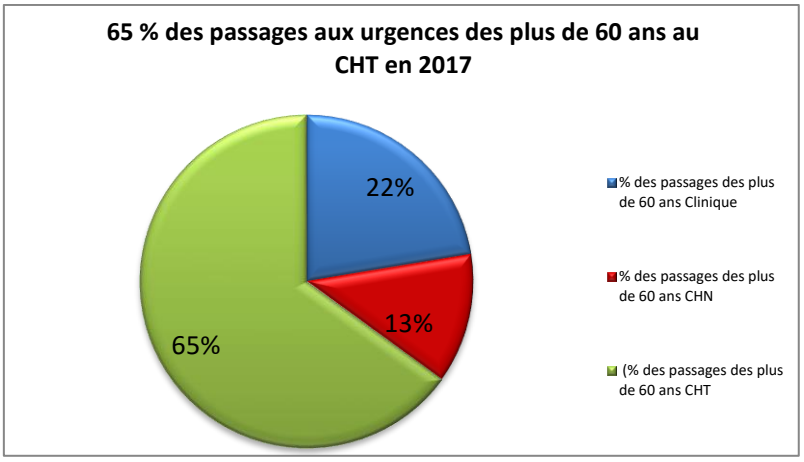


7.4.4 Les personnes de plus de 60 ans sont hospitalisées en moyenne 8 jours au CHT et 4 jours à la clinique



7.4.5 Le CHT concentre les 2/3 des urgences des plus de 60 ans du territoire

Le Centre Hospitalier Territorial (CHT) Gaston Bourret accueille 11869 passages aux urgences de personnes de plus de 60 ans pour l'année 2017.

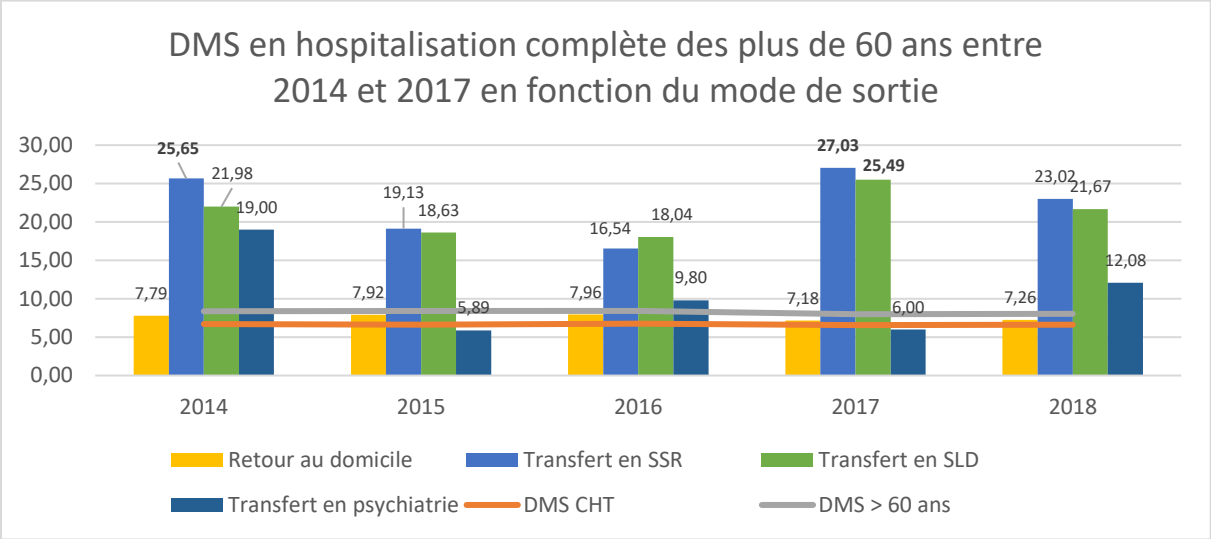


7.4.6 La durée moyenne d'hospitalisation est de 3 semaines lorsque le patient est en attente d'une place dans un service de réadaptation ou de soins de longue durée alors qu'il est d'une semaine lorsqu'il rentre au domicile

Seules les données PMSI du CHT ont été collectées pour les années 2014 à 2017. Elles confirment que l'occupation des lits des patients de plus de 60 ans pour cet établissement varie en fonction de la destination du patient.

En cas de transfert vers un établissement de soins de suite et de réadaptation ou vers un service de soins de longue durée, le durée moyenne de séjour au CHT est de 21 jours alors qu'elle est en moyenne de 7 jours en cas de retour au domicile.

La question de la gravité de l'état de santé du patient est-elle la cause d'une durée de séjour plus longue en cas de transfert vers une structure d'aval ? On peut se demander si un patient pouvant rentrer au domicile après une hospitalisation serait probablement en meilleure santé. A l'inverse le manque de place disponible en structure d'aval expliquerait-elle en partie ces plus longues durées d'hospitalisation ?

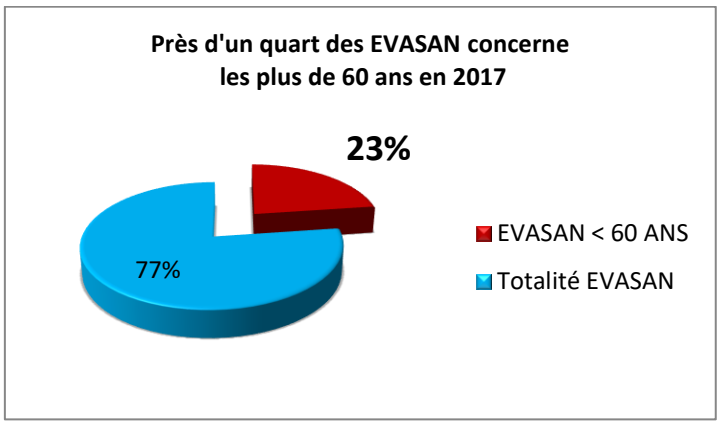


<u>Suggestion</u> : une collecte de données PMSI pourrait faire l'objet d'un relevé annuel systématique homogène auprès de l'ensemble des établissements MCO, SSR (Soins de Suite et Réadaptation) et psychiatrie. Elle permettrait d'identifier l'évolution de l'activité hospitalière dédiée aux plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie et être adaptée pour permettre l'évaluation de l'impact des politiques publiques.

7.5 EVASAN : 23 % des évacuations sanitaires pour les plus de 60 ans[146]

7.5.1 Environ 1 évacuation sanitaire (EVASAN) sur 4 concerne une personne de plus de 60 ans alors qu'environ 1 personne sur 8 dans la population générale a plus de 60 ans

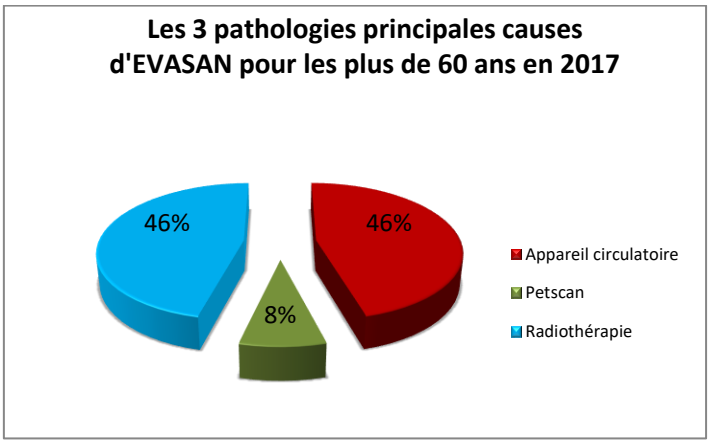
Les données de la CAFAT de l'année 2017 confirment que 390 personnes sur les 1318 ayant dû être évacuées pour des raisons sanitaires lors de l'année 2017 avaient plus de 60 ans.



[146] CAFAT, *Rapport d'activité et données statistiques des plus de 60 ans*, 2017.

7.5.2 92 % des EVASAN des plus 60 ans concernent les maladies de l'appareil circulatoire et la radiothérapie

Parmi ces 390 patients, trois pathologies totalisent à elles seules 65 % des évacuations sanitaires (EVASAN) de la Nouvelle-Calédonie pour l'année 2017. Dans la classification commune des actes médicaux, les maladies de l'appareil circulatoire, les actes de radiothérapie et Petscan.



7.6 Personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes[147]

Depuis la mise en place de la *loi de pays n° 2009-2 du 07/01/2009*, les personnes âgées de plus de 60 ans sont reconnues dans le régime dépendance si leur niveau de dépendance (GIR) est 1, 2, 3 ou 4 et si elles n'étaient pas reconnues handicapées avant l'âge de 60 ans. Cependant, en 2019, les dispositions réglementaires ont été modifiées pour ces personnes. Le régime en faveur des personnes en situation de handicap peut s'adresser aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 50% indépendamment de leur âge.

Les données transmises par le CHD sont déclinées selon les régimes handicap et dépendance, mais pas sous la forme d'une population ciblée selon le critère d'âge. Ainsi les données pour les personnes de plus de 60 ans sont souvent présentées en fonction du niveau de dépendance et sans toutefois inclure les adultes reconnus handicapés avant 60 ans.

En vue d'établir une cartographie la plus juste possible des adultes âgés de plus de 60 ans que ce soit dans le régime handicap ou dépendance, nous avons compilé deux sources de données :

- les données officielles du Conseil Handicap et Dépendance (CH) de 2017 ;
- les données complémentaires médicales de la Commission de Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance (CRHD) de 2014 et 2017.

[147] Conseil du Handicap et de la Dépendance, *Bilan des actions en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes*, 2017.

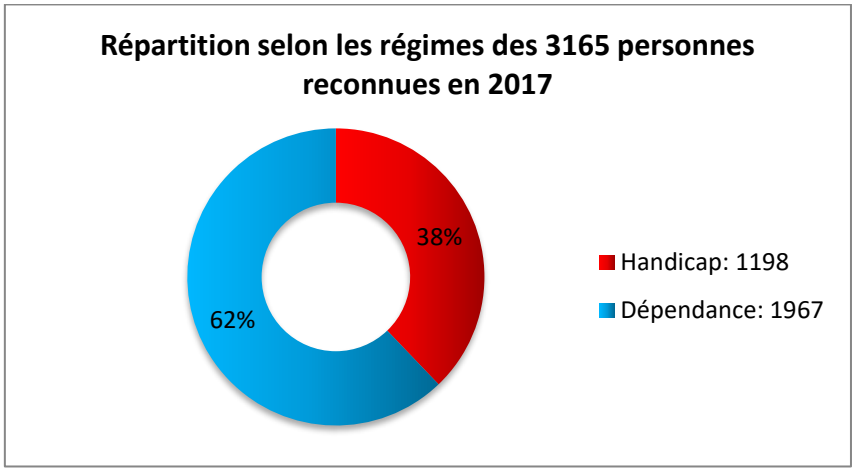
7.6.1 Données 2017 du Conseil du Handicap et de la dépendance (CHD)

7.6.1.1 En 2017, 62% des personnes de plus de 60 ans sont reconnues dans le régime dépendance

Nombre de personnes de plus de 60 ans en 2017 des régimes Handicap et Dépendance par province				
Stade	**Province Îles Loyauté**	**Province Nord**	**Province Sud**	**Nouvelle-Calédonie**
Régime handicap	113	248	837	1198
Régime dépendance	257	412	1298	1967
Total	**370**	**660**	**2135**	**3165**

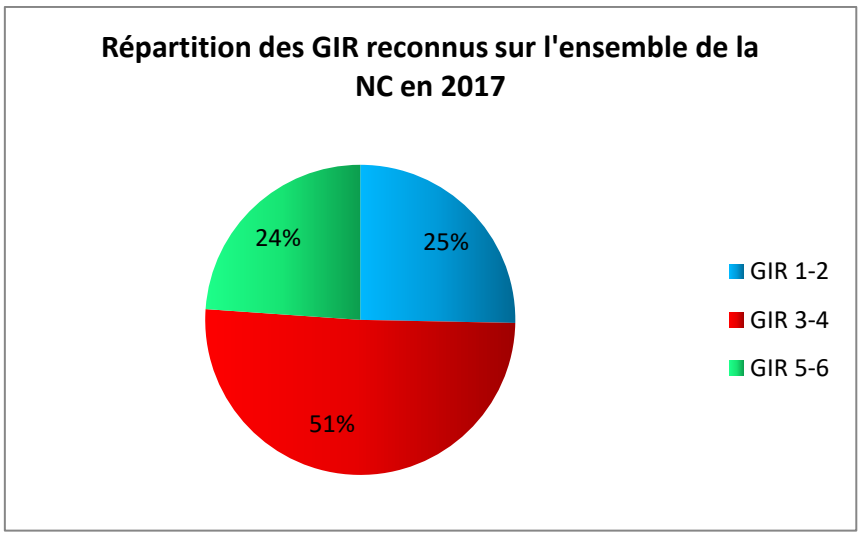
En 2017, les personnes de plus de 60 ans étaient donc reconnues pour 1967 d'entre elles dans le dispositif dépendance soit 62%, et 1198 relevaient du dispositif handicap soit 38%.

Ainsi la part des personnes de plus de 60 ans relevant du régime handicap est non négligeable soit personne reconnue sur 3.



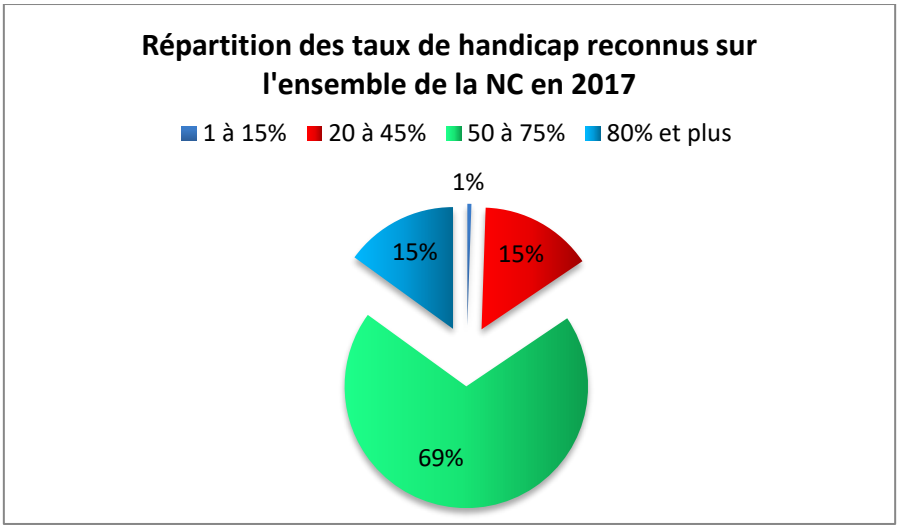
7.6.1.2 Répartition personnes de plus de 60 ans selon le GIR

Sur 1967 reconnaissances de GIR en 2017, 1497 concernent les GIR 1 à 4 soit 76% des demandes. Les GIR 3-4 représentent la moitié des demandes



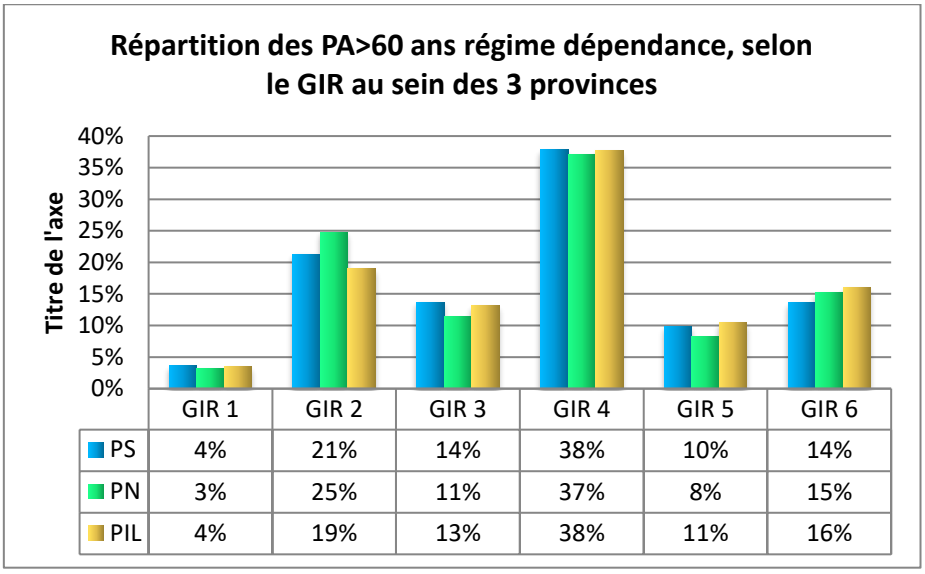
7.6.1.3 Répartition des personnes de plus de 60 ans selon le taux de handicap

Sur les 1198 personnes reconnues handicapées avant 60 ans, 69% ont un taux de handicap de 50 à 75%.



7.6.1.4 Répartition des personnes de plus de 60 ans au sein des trois provinces

Dans le cadre de la dépendance, on constate une augmentation du nombre de GIR 4 à 38% puis du nombre de GIR 2 aux environs de 20%. Par contre, les GIR 1 sont de l'ordre de 4% dans les 3 provinces.

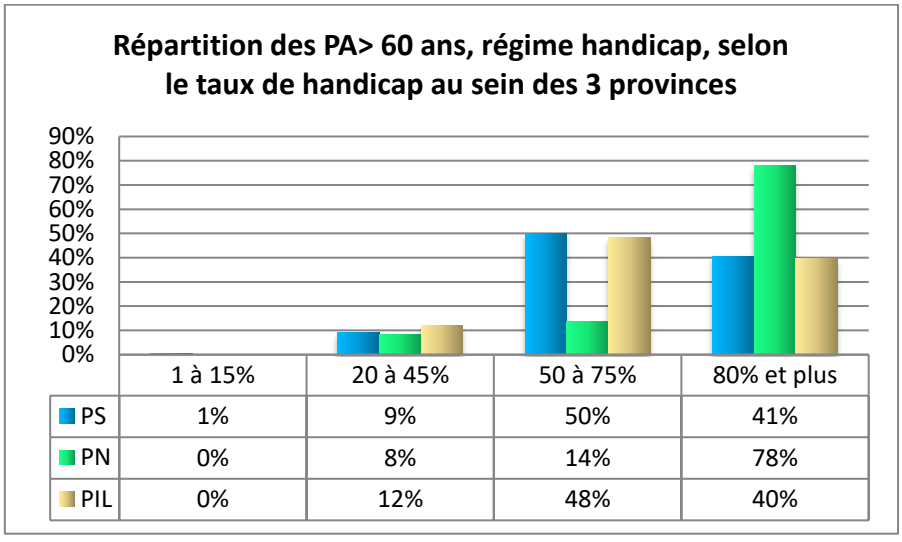


	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
PS	4%	21%	14%	38%	10%	14%
PN	3%	25%	11%	37%	8%	15%
PIL	4%	19%	13%	38%	11%	16%

(PS = Province Sud/ PN = Province Nord/PIL = Province îles Loyauté)

Les chiffres restent homogènes au sein des provinces sud et îles pour les taux de handicap de 50 à 75 % qui sont aux alentours de 50% et pour les taux au-delà de 80 % qui sont aux environs de 40%.

Par contre pour les personnes ressortissantes de la Province Nord, les personnes avec un taux au-delà de 80% sont plus représentées à 78%.

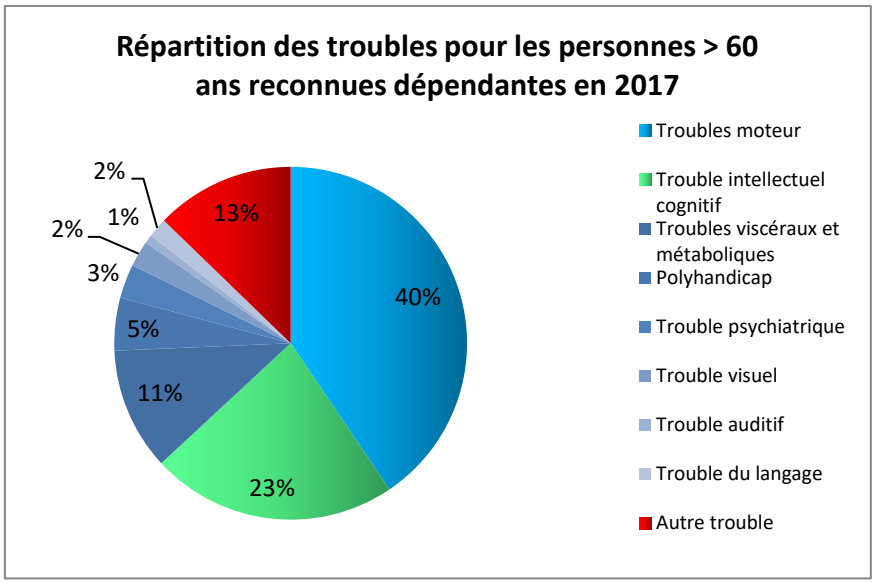


	1 à 15%	20 à 45%	50 à 75%	80% et plus
PS	1%	9%	50%	41%
PN	0%	8%	14%	78%
PIL	0%	12%	48%	40%

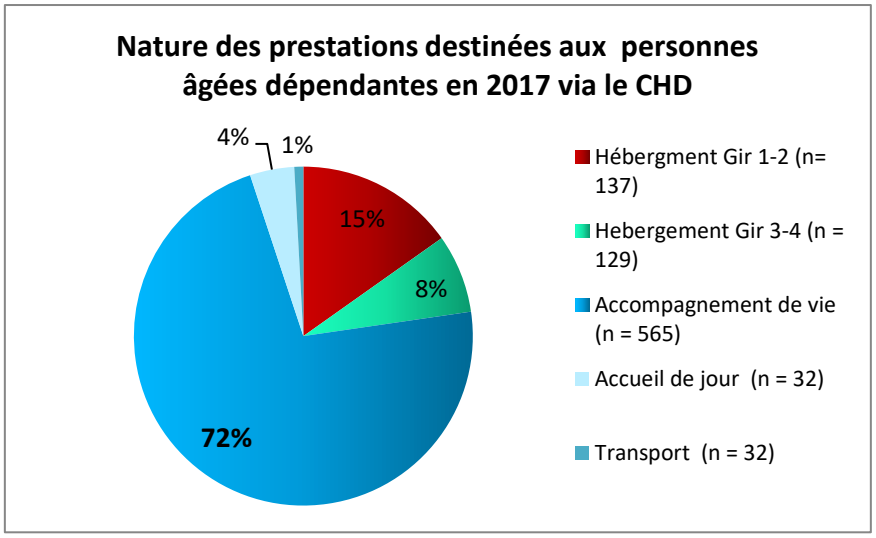
(PS = Province Sud/ PN = Province Nord/PIL = Province iles Loyauté)

7.6.1.5 Répartition des personnes de plus de 60 ans relevant du régime dépendance selon les pathologies présentées

En Nouvelle-Calédonie, sur les 1967 personnes dépendantes, 40% (n=769) des personnes reconnues dans ce régime dépendance ont des troubles moteurs puis 23% ont des troubles intellectuels et enfin 11% des troubles viscéraux métaboliques. Il n'a pas été possible d'extraire les données chez les adultes de plus 60 ans relevant du régime handicap.



7.6.1.6 L'accompagnement de vie : première prestation octroyée aux personnes âgées dépendantes[148]



Seules 23% des prestations octroyées sont en faveur de l'hébergement en structure. Ainsi, les besoins des personnes âgées sont à prédominance en faveur du maintien à domicile avec de l'accompagnement de vie, accueil de jour et transport (77%).

[148] CHD, *op.cit.*

7.6.2 Données médicales complémentaires de la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance (CRHD)

7.6.2.1 Principales causes de dépendance

Les principaux diagnostics médicaux responsables de la dépendance, sur les 3476 dossiers médicaux de la base de données de la CRHD, sont :

- Démence et maladie d'Alzheimer : 538 soit 15 %
- Accident vasculaire cérébral : 434 soit 12,5%
- Arthrose : 426 soit 12,3%
- Diabète : 205 soit 5,9%

La démence et maladie d'Alzheimer représentent 15 % des principaux diagnostics posés.

Répartition par province et par âge des personnes âgées dépendantes				
Tranche d'âge	**Province Iles Loyauté**	**Province Nord**	**Province Sud**	**Nouvelle-Calédonie**
60-65	1	4	3	8
65-69	3	5	14	22
70-74	4	10	34	48
75-80	16	8	69	93
80-84	12	21	92	125
>85	19	40	183	242
TOTAL	**55**	**88**	**395**	**538**

Exemples de déficiences retrouvées :

- Déficiences de l'appareil locomoteur : 883
- Amputation proximale du membre supérieur ou membre inférieur ou d'une partie distale d'un membre d'un corps : 99
- Déficiences du psychisme : 192
- Déficiences complète d'au moins un membre (hémiplégie, paraplégie) : 161
- Déficience de la mémoire et démence : 510

Plusieurs déficiences peuvent être associées.

Une enquête des données plus approfondies permettrait de définir les profils de dépendance et de handicap chez les personnes de plus de 60 ans et de mettre en place des actions de prévention en amont.

7.6.3 Les majeurs protégés

Les données ci-dessous ont été sollicitées auprès des juges des tutelles et de la - Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie DASS-NC en vue d'obtenir le

récapitulatif des majeurs protégés de plus de 60 ans. Les dossiers sont à analyser avec précaution car tous les services des tribunaux ne sont pas informatisés. Par ailleurs, les données demandées au procureur pour les signalements et mandats sociaux n'ont pas été transmises essentiellement en Province Sud. 576 majeurs protégés sont sous mesure de protection judiciaire principalement sous tutelle. Ce chiffre est sous-évalué par manque de collecte des signalements. Peu de mesures sont jugées au tribunal des îles Loyauté.

La progression des mesures ne peut être analysée qu'en Province sud avec une augmentation de 1,7 concernant les tutelles comme les curatelles entre 2014 et 2017.

Il est à noter que les mesures pour les personnes de statut coutumier représentent un tiers de l'activité du juge des tutelles de Nouméa.

Répartition du nombre de majeurs protégés de plus de 60 ans et des mesures de protection judiciaires selon les provinces en 2014 et 2017						
	Province Sud		Province Nord		Province Iles Loyauté	
	2014	2018	2014	2018	2014	2018
Tutelle	169	296	NR	72	5	7
Curatelle	73	131	NR	42	2	4
Mandat spécial	NR	NR	NR	23	1	1
Total	**242**	**427**	**NR**	**137**	**8**	**12**

Synthèse
Le constat de toutes ces données collectées de manière disparate fait émerger la nécessité de créer une banque de données standardisées en vue d'observer les comportements et l'état de santé des personnes de plus de 60 ans. (Cf, projet d'observatoire de la santé dans le plan Do Kamo, action n°36).

CHAPITRE 3

ENQUETE AUPRÉS DE LA POPULATION

Patients âgés hospitalisés, aidants familiaux, professionnels et membres de la société civile

1 Profils des 448 contributeurs à l'enquête

Une analyse des questionnaires renseignés par les 448 personnes ayant participé à l'enquête :

- 277 participants aux consultations plénières (111 aidants et 166 membres de la société civile),
- 171 personnes interrogées (99 patients et 72 professionnels de santé) lors des entretiens semi-directifs,

a permis d'établir un portrait de ces 448 participants.

Les « portraits » de ces quatre groupes de population : aidants, patients, membres de la société civile et professionnels de santé seront présentés dans ce chapitre.

Ils permettront d'éclairer les propos récoltés par les investigateurs de l'enquête « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » et doivent être lus avec précaution, car les participants aux consultations plénières ont répondu à une invitation basée sur la base du volontariat. Les patients et professionnels ayant été interrogés ont répondu à des critères détaillés en annexe dans la méthodologie de cette étude qualitative.[149]

1.1 Profil des 99 patients interrogés dans le cadre de l'enquête

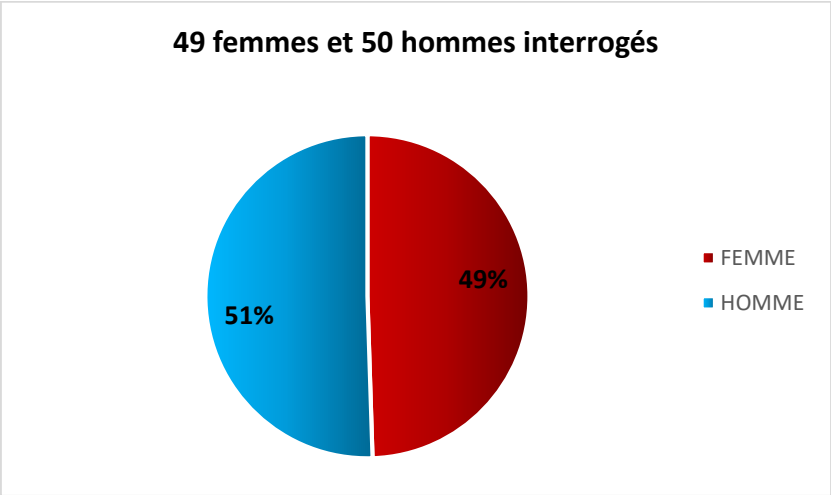
Le panel a été constitué sur 99 patients mais seulement 76 entretiens ont pu être retenus, 23 d'entre eux n'étant pas exploitables (patients n'ayant pas répondu à l'ensemble des questions, ayant commencé l'entretien sans le finir…).

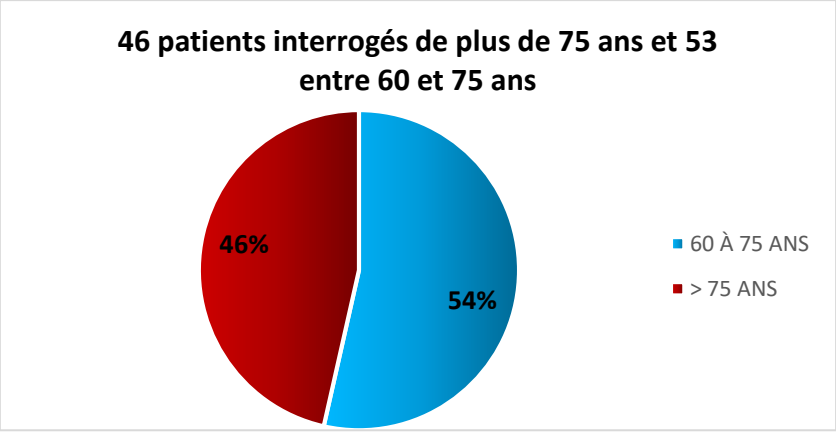
99 patients interrogés dans le cadre de l'enquête			
Localisation		**Nombre de patients par zone de vie**	**Nombre de patients par province**
Province Sud	Zone urbaine Sud	52	**62**
	Zone rurale Sud	10	
Province Nord	Zone urbaine Nord	4	**30**
	Zone rurale Nord	26	
Province Iles Loyauté	Zone Loyauté	7	**7**

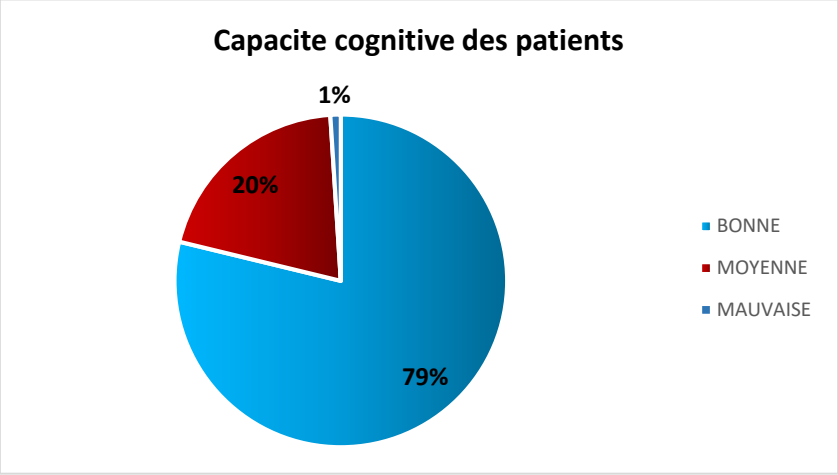
49 femmes ont été interrogées et 50 hommes dans le cadre de l'enquête. Plus de la moitié d'entre eux avaient plus de 75 ans (54 %) et 46 % étaient âgées de 60 à 74 ans. Leurs capacités cognitives ont été évaluées « bonnes » pour 79 % d'entre eux et moyennes pour 20 %. Les

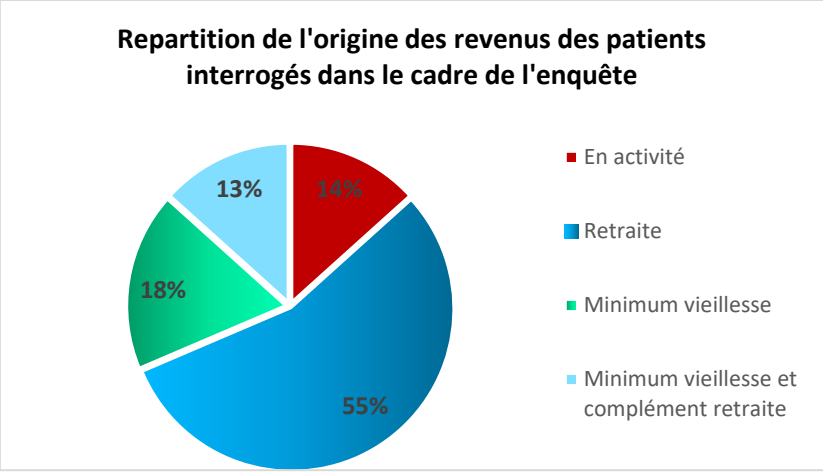
[149] Cf : annexe 1, présentation scientifique de l'étude Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie

capacités des patients à répondre aux questions ont été évaluées par le médecin gériatre et enquêteur selon la fatigabilité liée à l'hospitalisation, l'atteinte des facultés mentales et les capacités de compréhension. Les capacités de compréhension sont bonnes à 79%.



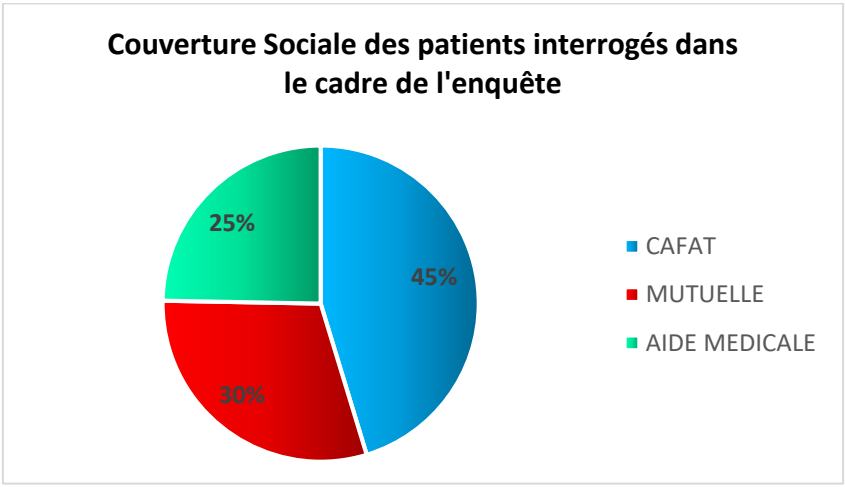






Sur l'ensemble du panel de patients, la majorité des patients reçoivent une pension de retraite ; 1 patient sur 8 ne perçoit que le minimum vieillesse. 14 % d'entre eux travaillent, ce qui est 3 fois supérieur au pourcentage d'actifs recensés dans la population de plus de 60 ans en 2014.[150]

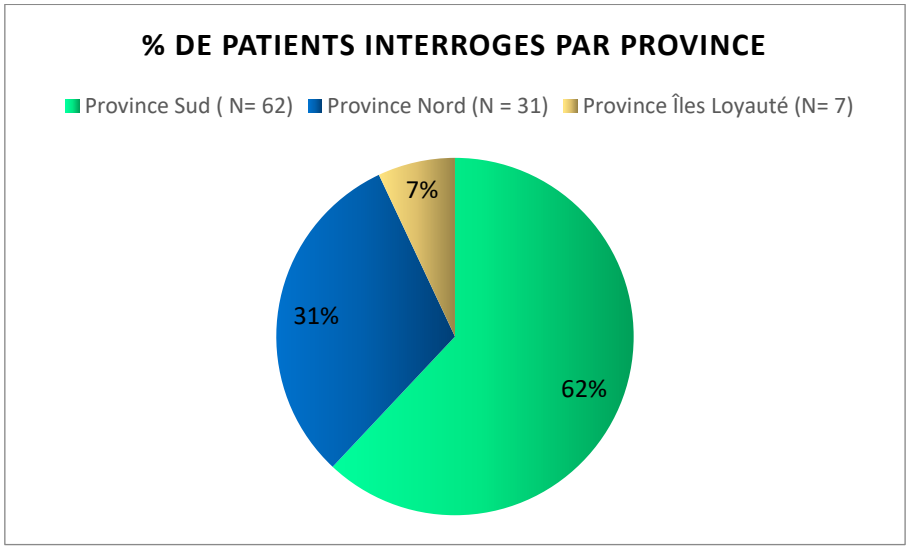
Ceux qui perçoivent une pension de retraite correspondent à 75 % des patients de la Province Sud. Ils représentent 30% des patients sollicités en Province Nord et 20% dans les Iles.



La majorité des patients sont couverts par la CAFAT qui est de loin le mode de couverture sociale majoritaire des patients interviewés, et dans tous les zones sauf dans les Iles. Une mutuelle vient parfois compléter la couverture principale. En absence de couverture CAFAT, l'aide médicale est installée. 16 patients sont à l'Aide médicale A[151] : 9 Nord, 3 Sud et 4 Iles. 80 sont couverts par la CAFAT avec une couverture complémentaire. Cette couverture complémentaire peut être soit l'Aide médicale B[152] soit une mutuelle.

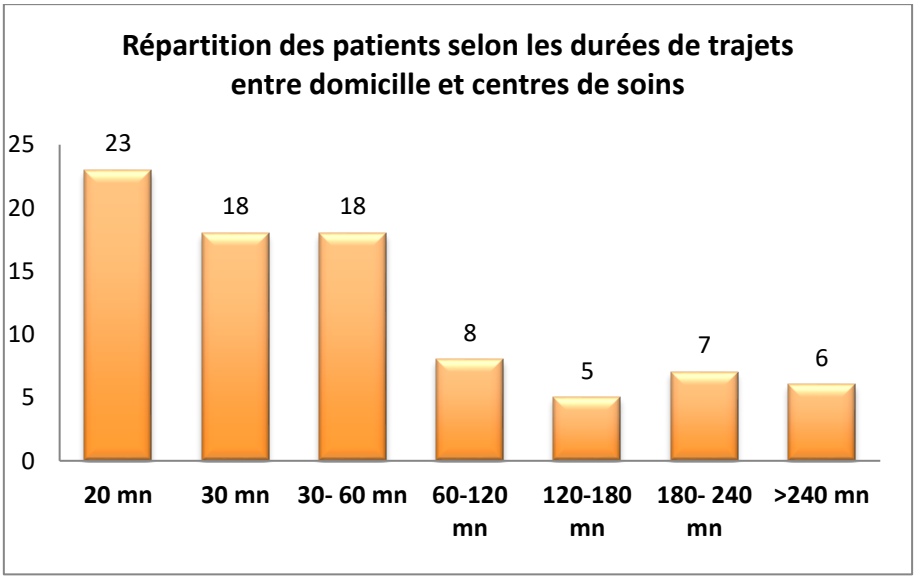
[150] ISEE, *Situation d'activité principale de la population âgée de 65 ans et plus*, 2014.
[151] « *L'aide médicale est une aide sociale destinée aux personnes économiquement faibles, afin qu'elles puissent accéder aux soins. […] Les patients à l'Aide Médicale A sont ceux qui ne disposent d'aucune autre couverture sociale. La carte A donne accès aux soins dans le secteur public, le secteur libéral conventionné et/ou autorisé à recevoir les bénéficiaires de l'aide médicale* », www.service-public.nc
[152] « *Les patients à l'aide médicale B sont ceux qui ont une autre couverture sociale (CAFAT, mutuelles conventionnées, assurances). La carte B donne accès à tous les secteurs (public et libéral)* », www.service-public.nc

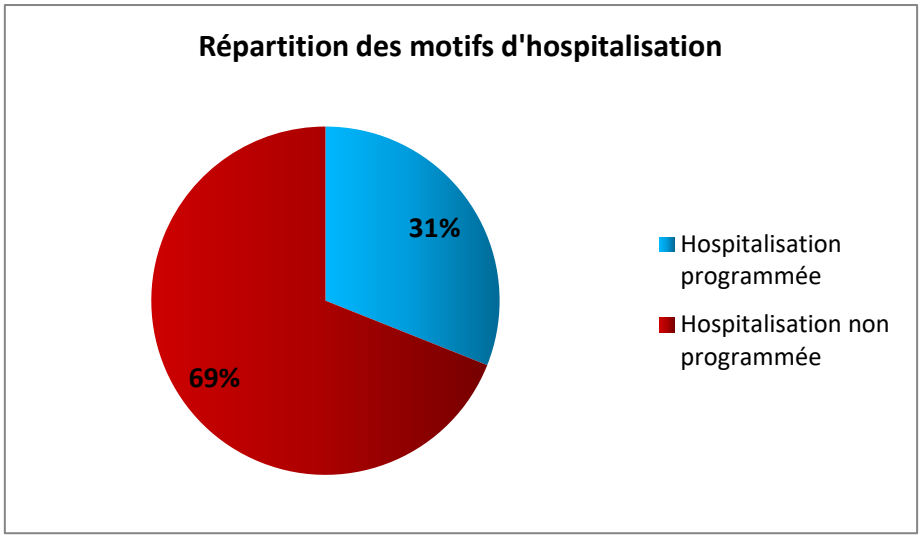
Sur l'ensemble des 99 patients interrogés, 62 % résident en Province Sud, 31% en province Nord et 7% résident en province des Îles Loyauté.



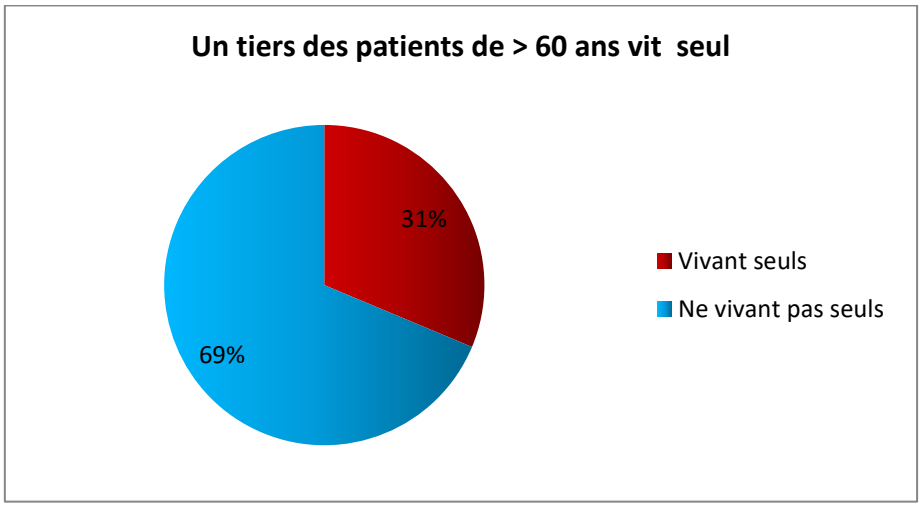
Sur les 33 communes que compte la Nouvelle-Calédonie, les patients interrogés résident dans 25 communes.

La majorité des patients (59) résident à moins d'une heure d'un établissement de santé.



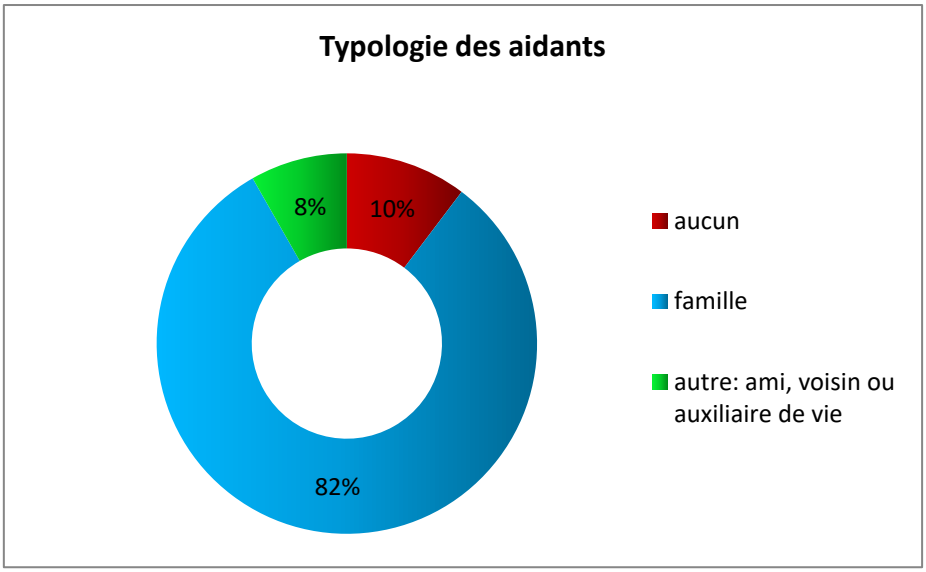


Seuls 31% des patients sont hospitalisés sur du programmé.



Sur les 99 patients, 31 personnes vivent seules soit 31%.

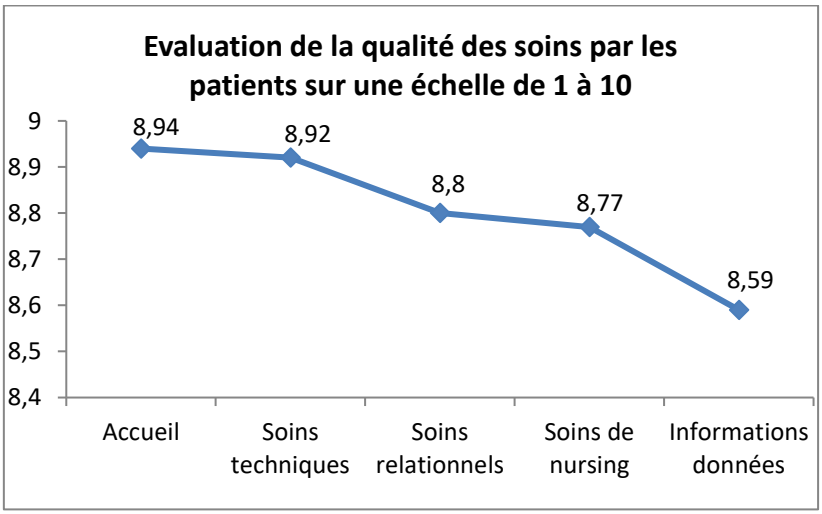
Lors de l'enquête, les patients ont déclaré être entourés de leur famille à 82%, la famille étant l'aidant principal. Par contre 10% d'entre eux sont isolés socialement sans personne pour les aider et 8% sont aidés par des tiers bénévoles ou professionnels (auxiliaires de vie, service à la tutelle).



Les patients ont évalué oralement la qualité des soins prodigués dans le service où l'entretien a eu lieu.

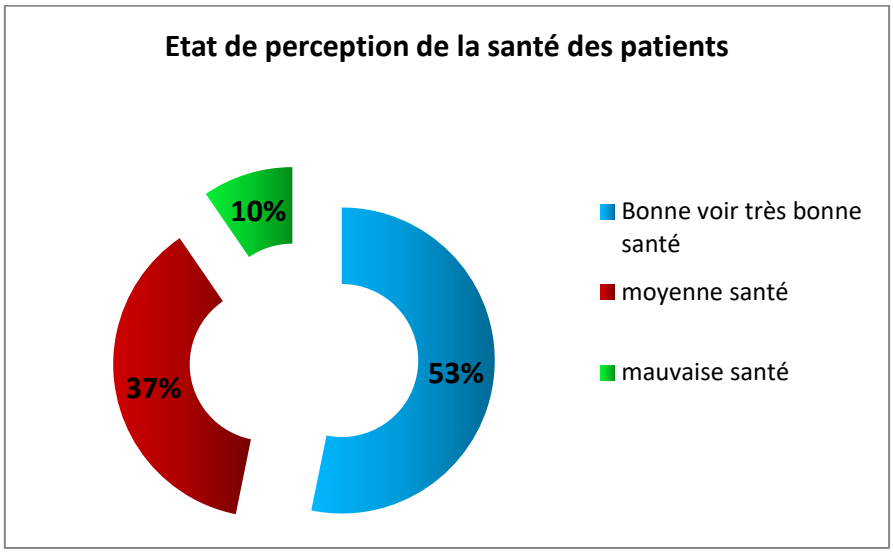
Les questions posées sont :

- sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous à l'ACCUEIL qui vous a été fait ? 1 la pire et 10 la plus agréable
- sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous AUX SOINS TECHNIQUES (perfusion, médicaments) que vous avez reçus ? 1 la pire et 10 la plus agréable,
- sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous AUX SOINS RELATIONNELS (confiance, rapidité à venir) qui vous ont été faits ? 1 la pire et 10 la plus agréable,
- sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous AU NURSING (toilette-habillage) qui vous a été fait ? 1 la pire et 10 la plus agréable,
- sur une échelle de 1 à 10, quelle note donneriez-vous AUX INFORMATIONS qui vous ont été données concernant votre santé ? 1 la pire et 10 la plus agréable.



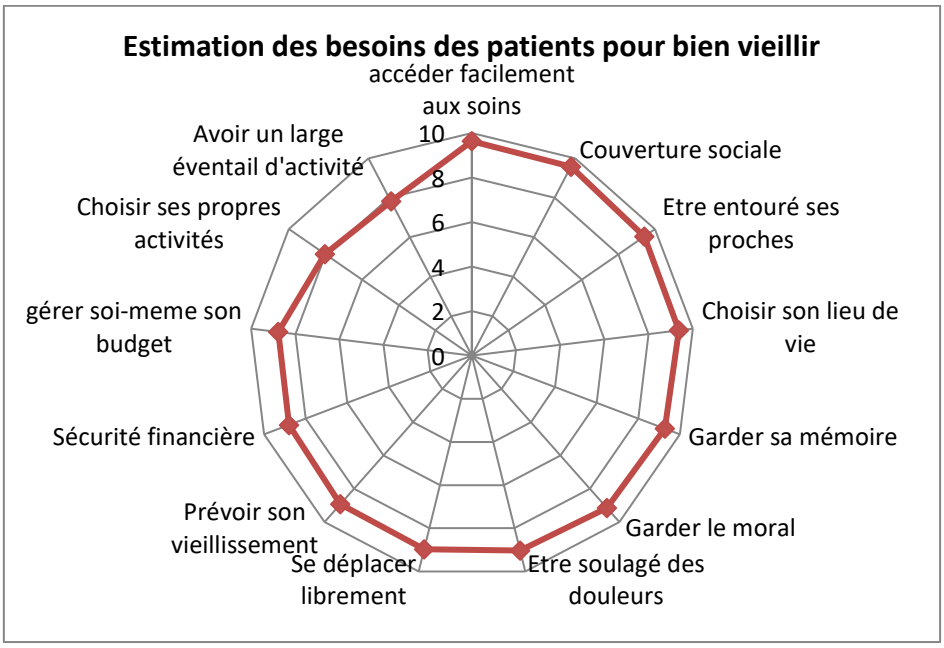
L'accueil ainsi que les soins techniques sont bien appréciés. Par contre, les informations transmises sont moins évaluées.

La majorité des patients se sent en bonne, voire très bonne santé alors que seuls 10% sont en mauvaise santé ; ce qui contraste dans certains cas avec leurs pathologies constatées lors des entretiens.



Sur une échelle de 1 à 10, les patients devaient évaluer leurs besoins pour bien vieillir. Ils devaient évaluer ce qui leur parait important pour bien vieillir sur une échelle de 1 à 10. Le graphique ci-dessous est à lire dans le sens des aiguilles d'une montre en terme de priorisation.

L'accès aux soins et avoir une couverture sociale sont en tête de liste des priorités des patients.

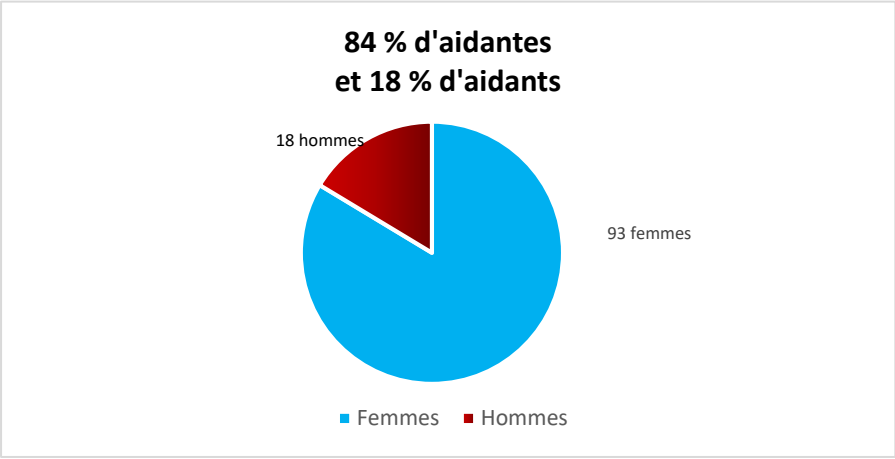


1.2 Profils des 111 aidants : analyse des questionnaires

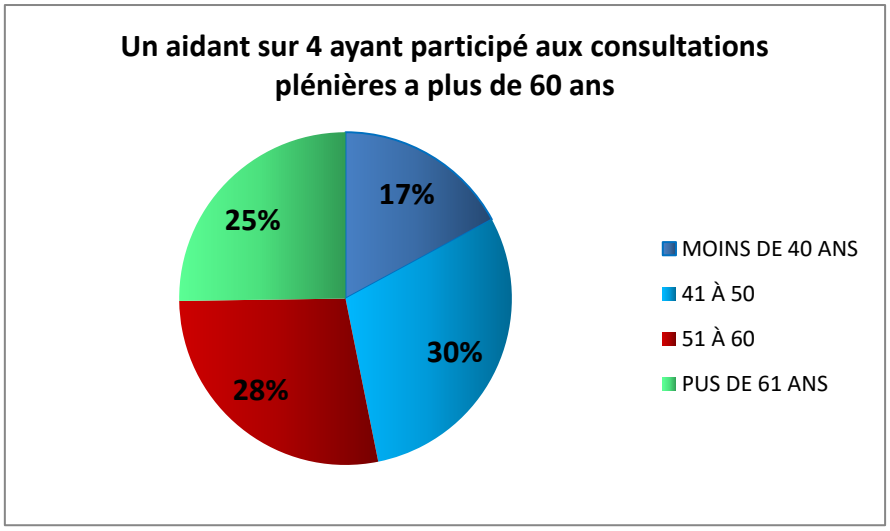
La participation aux consultations plénières étant une réponse à une invitation, basée sur le principe du volontariat, les résultats quantitatifs ci-dessous sont à utiliser avec précaution.

Ils donnent cependant une idée de la situation et des conditions de vie de ces personnes qui consacrent une partie de leur temps à aider bénévolement un de leur parent âgé avec ou sans dépendance.

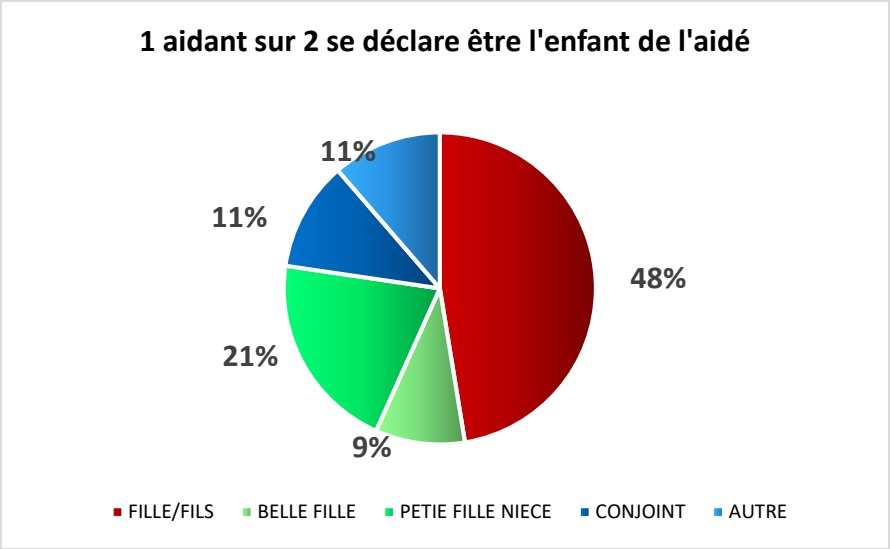
111 aidants lors des consultations plénières			
Localisation		**Nombre d'aidants par zones de vie**	**Nombre d'aidants par province**
Province Sud	Zone urbaine Sud	21	**47**
	Zone rurale Sud	26	
Province Nord	Zone urbaine Nord	20	**48**
	Zone rurale Nord	28	
Province Iles Loyauté	Zone Loyauté	16	**16**



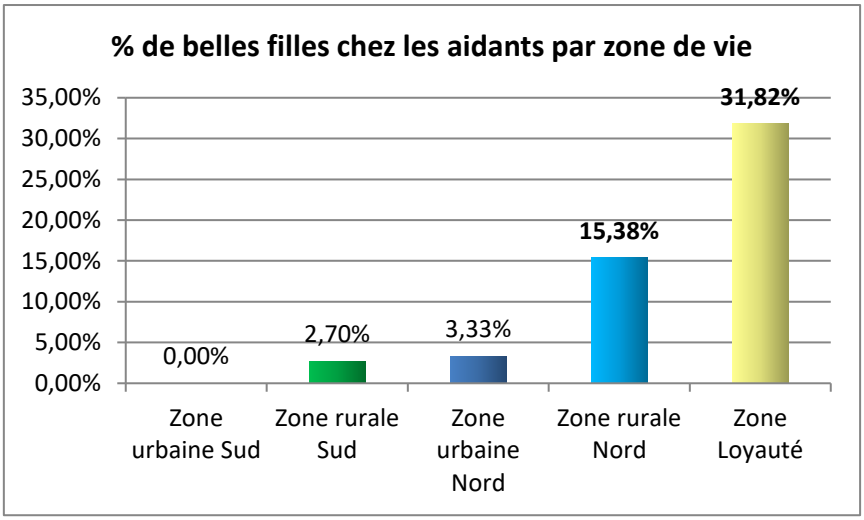
Les aidants (es) sont majoritairement des femmes. 18 hommes ont participé aux consultations plénières contre 93 femmes.



Les aidants sont la plupart du temps âgés de plus de 40 ans et se répartissent de manière équivalente entre les quadragénaires, quinquagénaires et les plus de 60 ans. 19 aidants avaient moins de 40 ans (17 %), 33 avaient entre 41 et 50 ans (30 %), 31 avaient entre 51 et 60 ans (28 %) et 28 avaient plus de 61 ans. **Un aidant sur 4 a plus de 60 ans et un sur 6 a moins de 40 ans.**

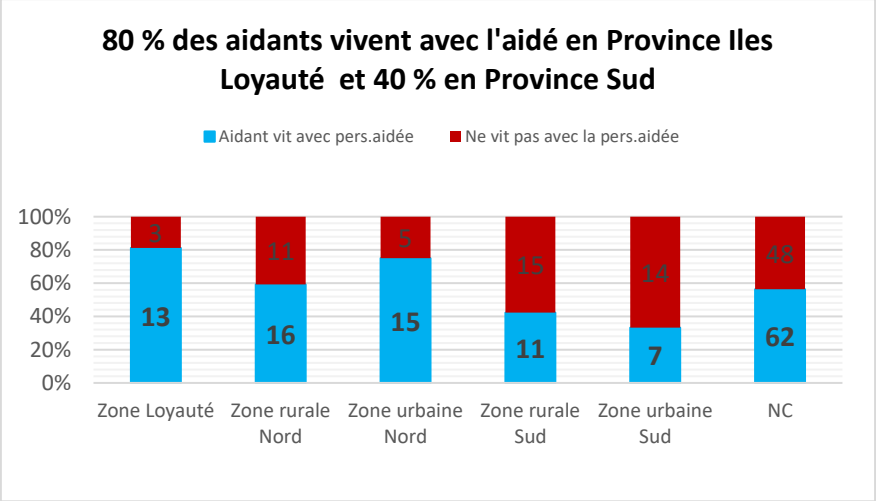


Un aidant sur deux a un lien de filiation directe avec l'aidé car **un aidant sur 2 se déclare être l'enfant de l'aidé** et un sur 5 est la belle-fille de l'aidé. Il est nécessaire de préciser que dans la tradition kanak sont considérés comme « enfants » les nièces et les neveux. Il est donc possible que ce chiffre de 48 % soit à nuancer.

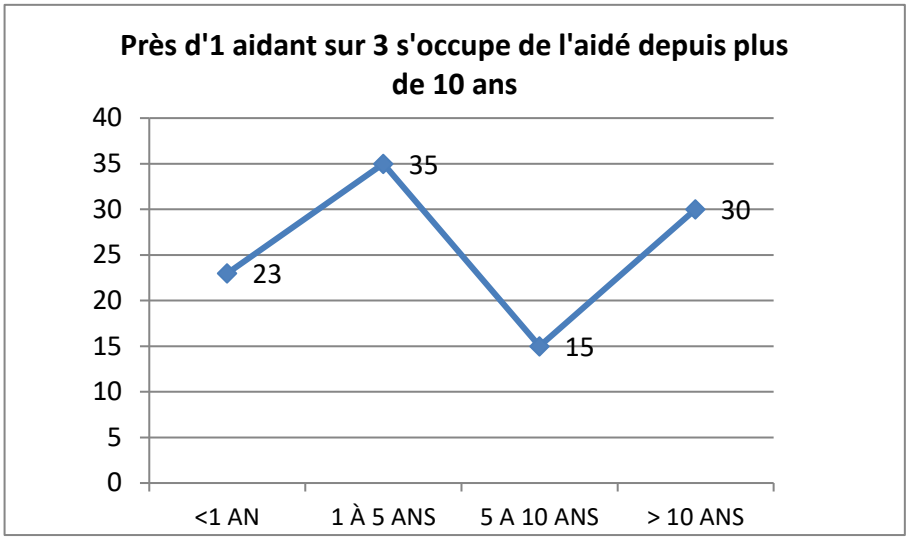


Lors des consultations plénières, les participants ont fait part du rôle que peuvent avoir dans la coutume les belles-filles, qui sont désignées coutumièrement et/ou « d'office » comme aidantes de leurs beaux-parents. **Nous nous sommes intéressés à leur nombre par zone de vie et en effet elles sont 1/3 des aidantes en Province des Iles et 15 % en zone rurale Nord. A l'inverse dans les autres zones de vie, cette situation devient anecdotique.**

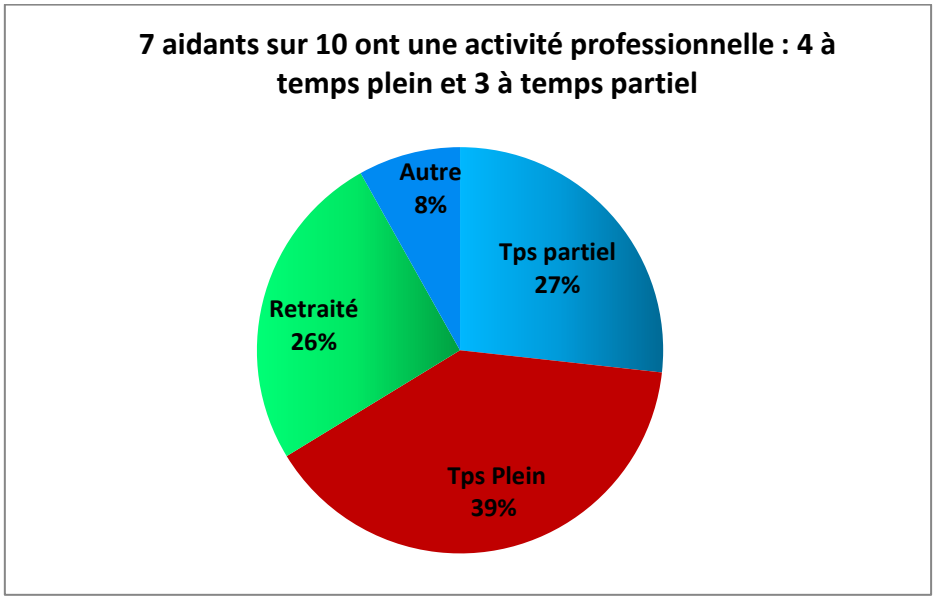
Des disparités sont observées entre les zones de vie en ce qui concerne le domicile de l'aidant : **plus de 80% des aidants familiaux des Iles vivent avec les personnes aidées. Cette situation est egalement observées dans la zone urbaine Nord. En province Sud, 60 % des aidants ne vivent pas avec la personne aidée et doivent donc se déplacer pour assurer les aides.**

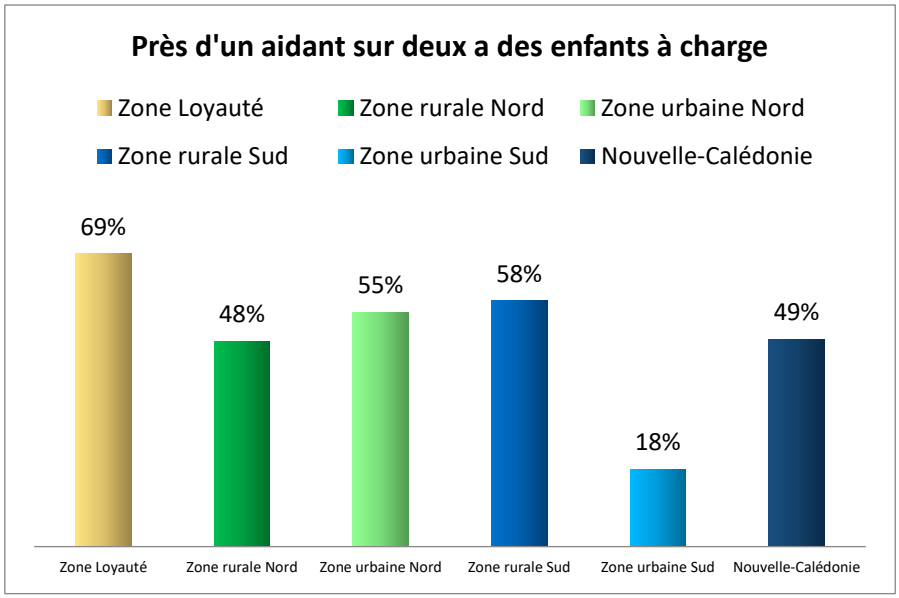


Près d'un tiers des aidants interrogés s'occupe de l'aidé depuis plus de 10 ans (30). 23 depuis moins d'un an, 35 entre 1 et 5 ans, 15 entre 5 et 10 ans et 30 depuis plus de 10 ans (103 aidants sur les 111 ont répondu à cette question).

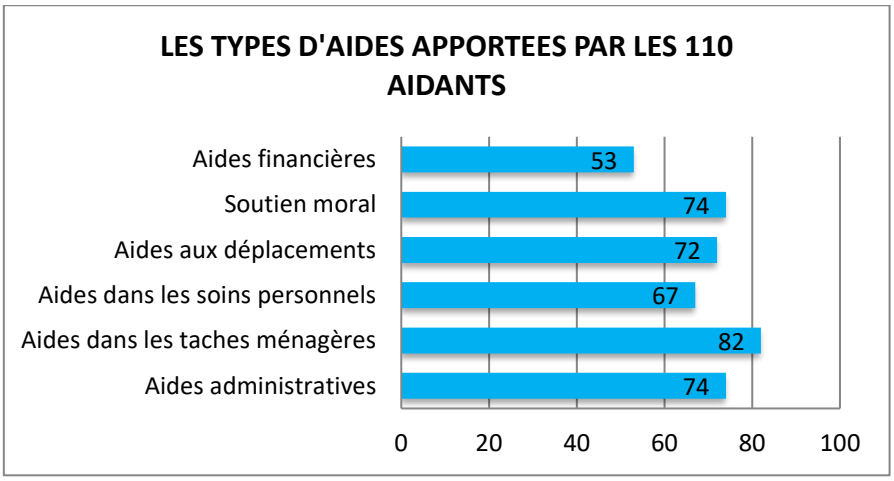


66 % des aidants travaillent. La majorité d'entre eux travaille à temps plein temps (34 à temps plein et 23 à temps partiel). 22 étaient retraités et 7 dans d'autres situations (86 aidants ont répondu à cette question).





49% des aidants ont des enfants à charge en Nouvelle-Calédonie alors que dans la zone urbaine Sud ils sont seulement 18 % dans cette situation et 69 % dans la zone Loyauté.



Les aides pour les tâches ménagères sont les plus fréquentes. Les aides apportées aux parents âgés pour leurs déplacements, les demarches administratives sont également fréquentes, avec un rôle de soutien moral. Ce sont les aides financières qui sont les moins fréquentes, tout en représentant malgré tout la moitié des situations vécues par les aidants interviewés.

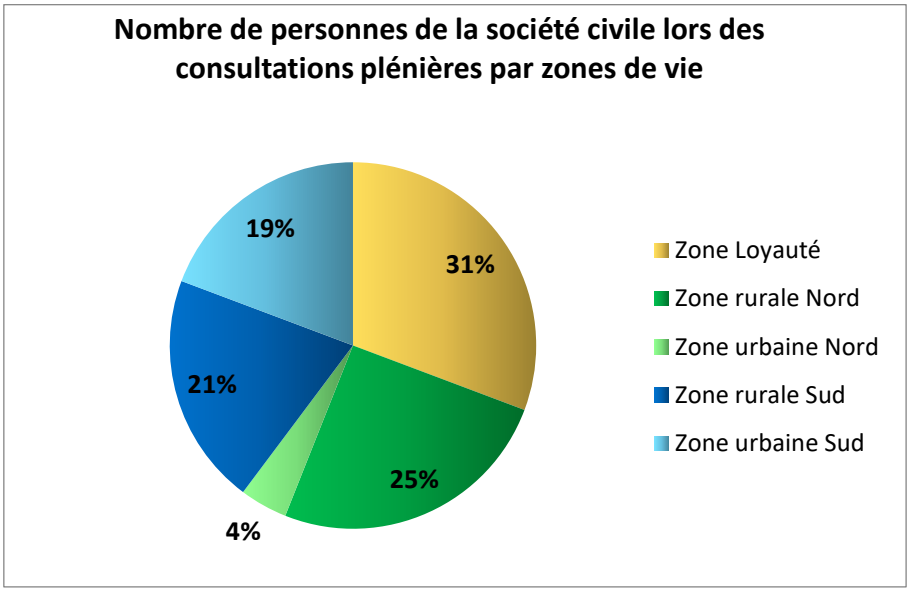
Il est intéressant de noter parmi les éléments recensés dans les questionnaires quelques informations complémentaires qui nous renseignent sur les besoins et attentes des aidants :

- 41 aidants savent où s'adresser pour des démarches médico-sociales dont 36 grâce/ ou en s'adressant aux CMS et 44 aidants ne savent pas où s'adresser
- 86 aidants sur 110 ne connaissent pas l'existence de solutions de répit, mais 47 n'y feraient pas appel et 59 aidants familiaux évoquent l'existence de relais familiaux possibles
- 53 aidants sur 110, soit la moitié environ, aspirent à des solutions pour "souffler", se reposer, accéder à des loisirs. 24 ne le souhaitent pas.

1.3 Profil des 166 membres de la société civile

La participation aux consultations étant également une réponse à une invitation et basée sur le principe du volontariat, les résultats quantitatifs ci-dessous sont à utiliser avec précaution.

Divers métiers et fonctions sont représentés, variant d'une zone de vie à l'autre : patients, personnels des collectivités (élus, directions et services techniques provinciaux), communaux, des professionnels hospitaliers et libéraux ou travaillant dans des établissements accueillants des personnes âgées, des accueillants familiaux, des personnes travaillant pour des services d'aide la personne, des coutumiers, des associations de femmes ou religieuses ou caritatives …

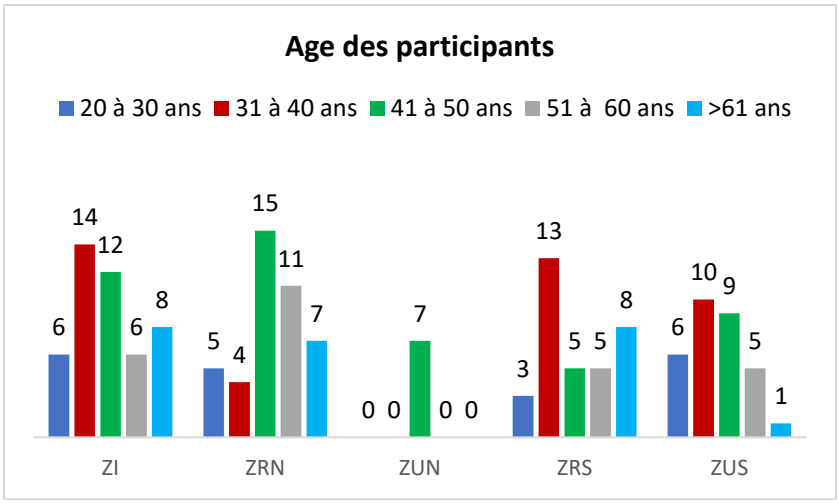


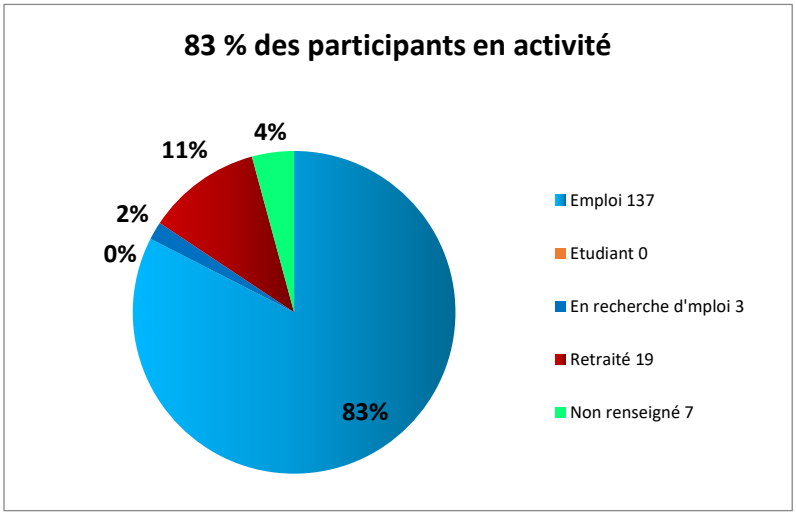
Les personnes vivant sur les Iles Loyauté et sur l'Ile des Pins ont été nombreuses à répondre aux invitations. Ainsi, la plus petite zone de vie, en nombre d'habitants, a été la plus contributrice à l'enquête.

Forte représentativité dans les Iles Loyauté et l'Ile des Pins. Les participants de la zone rurale Sud de la brousse (Bourail et Thio) sont en infériorité numérique par rapport à l'ile des Pins : 16 versus 18. Par conséquent, les propos recueillis doivent être lus en tenant compte de ce constat.

Ce n'est pas le cas pour les entretiens de la zone rurale nord, avec autant de participants sur la cote Est que sur la côte Ouest.

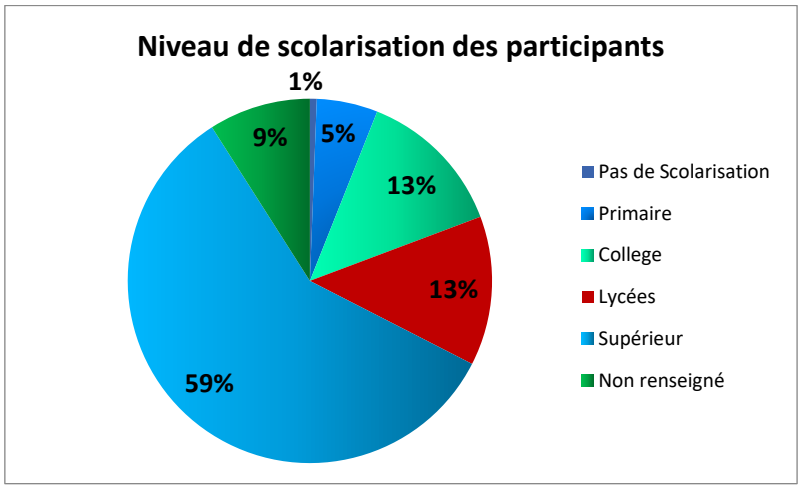
Les ¾ des participants étaient des femmes et ¼ des hommes (126 femmes pour 40 hommes).
Les participants aux entretiens sont d'âges très divers quelque soit la zone de vie.





137 des participants soit 83% ont une activité professionnelle. 54% sont des professions en lien avec le soin, dont 11 médecins, infirmiers, aides-soignantes et auxiliaires de vie sont les métiers les plus représentés.

97 des participants soit 59% ont un niveau scolaire supérieur (niveau post-bac). Cet élément est à prendre en considération dans l'analyse des résultats présentés pour cette population interrogée.

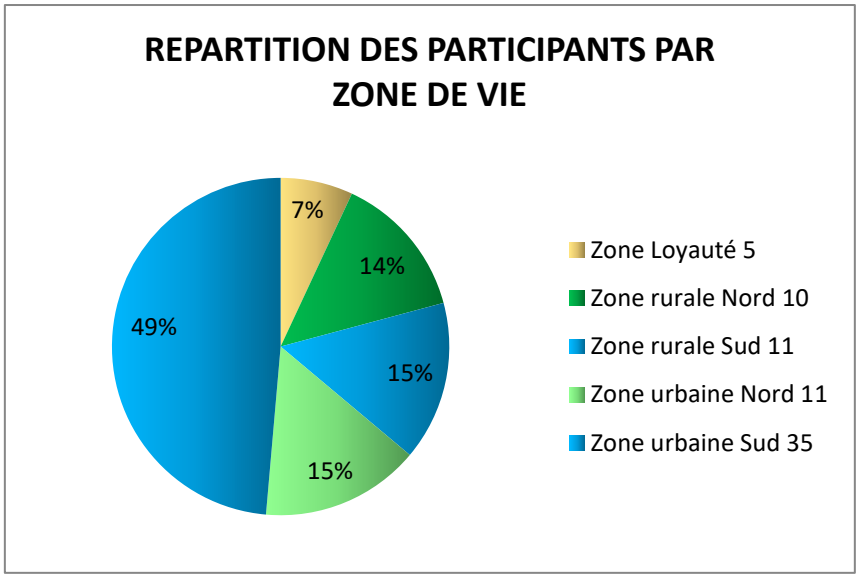


1.4 Profil des 72 professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête

L'analyse du profil des 72 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête permet de tracer un portrait de ceux qui œuvrent au quotidien au service des personnes de plus de 60 ans sur le territoire.

72 Professionnels interrogés dans le cadre de l'enquête			
Zones de vie par province		**Nombre par zones de vie**	**Nombre par province**
Province Sud	Zone urbaine Sud	35	**46**
	Zone rurale Sud	11	
Province Nord	Zone urbaine Nord	11	**21**
	Zone rurale Nord	10	
Province Iles Loyauté	Zone Loyauté	5	**5**

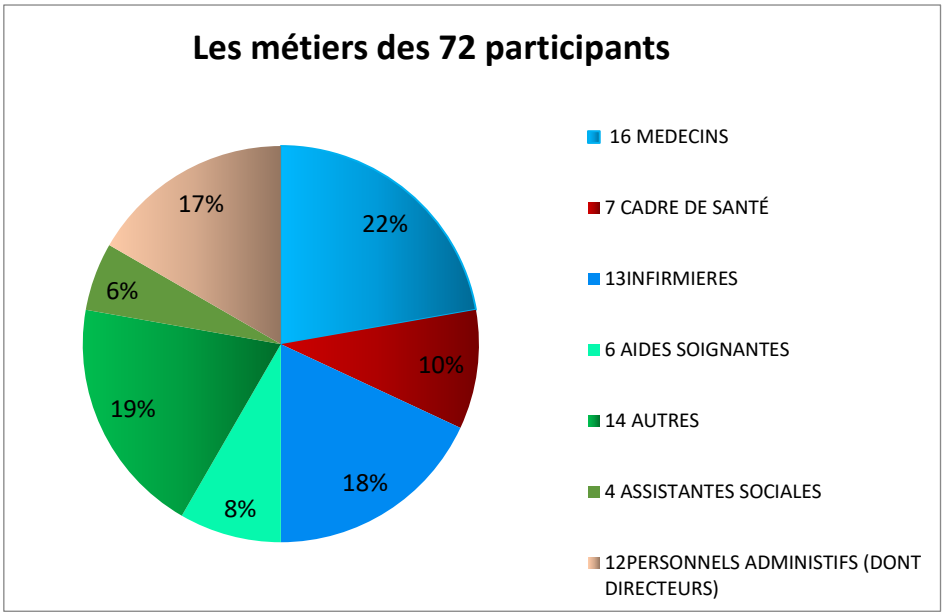
Les participants ayant été identifiés au sein d'établissements existants, il est logique que la part représentant la zone urbaine Sud soit de loin la plus importante.



Les ¾ des personnes interrogées exercent des métiers de soins. Elles accompagnent les personnes de plus de 60 ans au sein des structures de santé publique et privées de la Nouvelle-Calédonie.

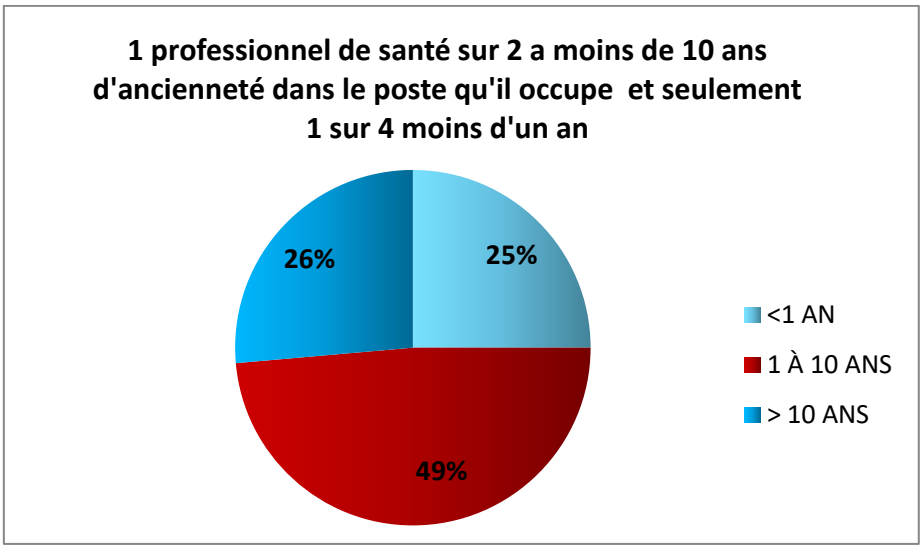
Leurs métiers représentés dans l'enquête sont les suivants :

- APA (activité physique adaptée en santé),
- aide-soignant, assistant de service social,
- cadre de santé,
- dentiste,
- directeur d'établissement de santé,
- ergothérapeute,
- directeur des soins,
- infirmière,
- kinésithérapeute,
- médecin,
- neuropsychologue,
- orthophoniste,
- pharmacien,
- psychomotricien,
- secrétaire.



Parmi les 72 professionnels de santé interrogés, 74 % d'entre eux ont moins de 10 ans d'ancienneté au poste qu'ils occupent lors de l'entretien (dont 25 % moins d'un an) et seulement 26 % exercent depuis plus de 10 ans au poste occupé lors de l'enquête.

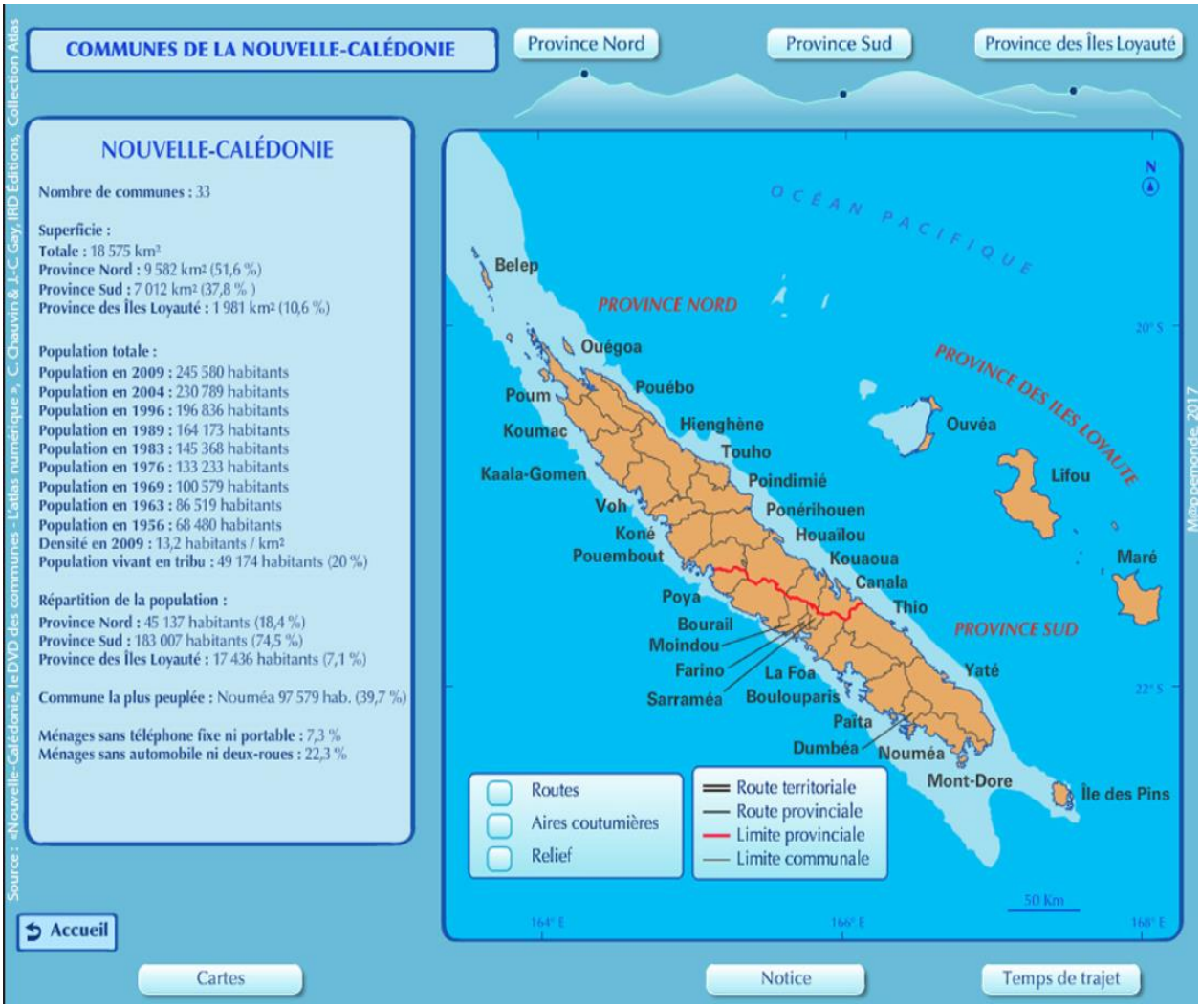
Près de la moitié de ces professionnels de santé sont en contrat à durée déterminée. Seulement 7 % sont en contrat à durée indéterminée et un tiers des professionnels interrogés a le statut de fonctionnaire (36 %).



2 Portrait des provinces et des zones de vie

Cette partie doit permettre d'apporter conjointement aux données qualitatives qui seront présentées à la suite un éclairage objectif de la situation du parcours de soins et du parcours de vie des personnes de plus de 60 ans pour chacune des zones de vie de la Nouvelle-Calédonie.

La carte générale présentée ci-dessous[153] a pour ambition d'apporter des informations d'ordre général sur la Nouvelle-Calédonie, qui permettent de contextualiser les informations qui seront présentées dans chacune des zones de vie, qui vont suivre.



[153] Chauvin, C. Gay, J-C., *Le DVD des communes-Atlas numérique*, IRD, éditions collection Atlas, 2012.

2.1 Portrait de la province Sud

2.1.1 Données quantitatives de la province Sud

Nature des informations recueillies	Données Province Sud	
	Zone urbaine Sud	Zone rurale Sud
DEMOGRAPHIE ET SITUATION en 2014 ,[154] [155]		
Nombre total d'habitants de la province Sud	199 983 habitants	
Nombre et % des plus de 60 ans en province Sud	**26 068 = 13 %**	
Espérance de vie	**78,1 ans**	
Indice de vieillissement	**30**	**20**
Nombre de personnes âgées de 60 ans par zone de vie	23143 > 60 ans	2925 > 60 ans
Evolution des plus de 60 ans depuis 40 ans par zone de vie	Population des plus de 60 ans **x 5,4**	Population des plus de 60 ans **x 3,2**
Nombre et % de retraités, pré-retraite ou retirés des affaires	16573 = 91 % de la population de plus de 65 ans	
Personnes de plus de 65 ans en situation d'emploi	1023 en situation d'emploi (6 % des plus de 65 ans)	
Bénéficiaires du minimum vieillesse des plus de 60 ans	1717 = **6,6% des personnes > 60 ans**	
Nombre des personnes > 60 ans aide médicale A-B-C(année 2018)	**4109**	
Nombre et % > 60 ans aide médicale B et C (2017)	**3946 personnes à l'aide médicale B-C soit 12 % des bénéficiaires** RUAMM	
Nombre de personnes de + 60 ans vivant seules	4425 ou **19%**	555 ou **19%**
Nombre de personnes de + 70 ans vivant en tribu	80 soit **1%**	247 soit **20%**

[154] ISEE, *Recensement 2014* et CAFAT, *Statistiques Bien Vieillir*, volet santé, 2018.
[155] Bénéficiaires plus de 60 ans aides Province Sud au 17 août 2018.

LOGEMENT/ EQUIPEMENTS [156]		
Population de 60 ans et plus résidant en maison et appartement	24 977 soit 98%	
Sans eau courante à l'intérieur du logement	407 soit **2 %**	208 soit **7%**
Électricité hors réseau général	407 soit 2 %	160it 6%
- non équipés de réfrigérateur	338 soit 1%	103 soit 4%
- non équipés de lave-linge	256 soit 1%	355 soit 12%
- non équipés de téléphone mobile	1427 soit 6 %	411 soit 14%
Ménages de plus de 60 ans équipés de voiture	83 %	75 %
Nature des informations recueillies	**Données province Sud**	
	Zone urbaine Sud	**Zone rurale Sud**
ACCES A L'OFFRE DE SANTÉ ET MEDICOSOCIALE en 2019[157], [158], [159], [160]		
Centre médicaux sociaux	5	5 Bourail, La Foa, Ile des Pins, Yaté, Thio
Nombre de lits MCO installés en dispensaires	0	16 (10 médecine et 6 obstétrique) à Bourail, île des Pins
Centres médicaux secondaires	3	2
Médecins généralistes	118	10
Pharmaciens (hors pharmacies à usage interne)	43	7
Infirmiers libéraux	148	35
Sociétés d'ambulances	12	9
Centres d'incendies et de secours	5	4
Services d'accueil des urgences	2	0 (+ 5 CMS assurant les urgences)

[156] ISEE, *Recensement 2014* et *Statistiques Séniors au 18/03/2019*.
[157] CAFAT répartition au 31 décembre 2018
[158] DASSNC, *Situation sanitaire*, 2017.
[159] Liste des établissements médico-sociaux au 1er mars 2019
[160] https://service-public.nc/

Lits et places MCO, SSR, SLD, gériatrie, psychiatrie adultes installés	731 MCO 120 SSR 0 SLD 57 Gériatrie CHS A. Bousquet 14 lits CHT G. Bourret 169 Psychiatrie adultes	0
Accueil de jour (places autorisées)	53	3
Accueillants familiaux	22	4
Lits autorisés accueillants familiaux ; nombre	107	15
Vacations de médecins en gérontologie	CGC au CHS	12 missions / an Iles des Pins, La Foa, Bourail
Foyer logement	3	1
Lits en foyers logements	220 (dont 80 non autorisés)	24
EAPAD autorisés et installés	13 (dont 8 installés et 3 à venir)	3
Lits autorisés et installés en EAPAD	667 (378 installés + 289 à venir)	80
Centres funéraires	3	3

2.1.2 Données qualitatives de la province Sud

2.1.2.1 Données qualitatives de la zone urbaine Sud

CATEGORIE	Synthèse Zone Urbaine Sud[161]
Information	Les quatre groupes de personnes interrogées ont signalé - Manque d'information, de connaissance des dispositifs d'aide et difficultés d'orientation pour les usagers et les professionnels (55) - Manque d'information sur les maladies : syndromes gériatriques, démences, fin de vie (10) - Manque d'information sur les maladies et fin de vie (4) - Manque d'information des usagers vers les systèmes d'urgences (3)

[161] Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de citations recensées par thématique et les phrases en italique aux citations relevées par les enquêteurs lors des entretiens et consultations plénières.

Information	**Propositions des audités** La mise en place d'une plate-forme d'informations avec un site internet et un guichet unique permettant d'informer et orienter les populations a été suggérée pour répondre à ces difficultés d'accès à l'information.
Financement et démarches administratives	Les délais d'obtention des aides sociales (22) ainsi que la complexité des démarches administratives en générale, et des démarches d'entrée en EAPAD ont été évoqués par les quatre groupes de population (18). *« C'est un parcours du combattant dans les démarches administratives pour mettre en place des aides à domicile ».* Les personnes âgées et leur entourage n'anticipent pas suffisamment les démarches à réaliser pour obtenir le renouvellement de leurs aides et se retrouvent souvent en rupture de leurs droits (9). Les demandes de renouvellement itératif des aides médicales en sont la cause le plus souvent. Un dispositif d'aide sociale en urgence n'existant pas, les personnes âgées, qui ne disposent pas d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) n'ont pas accès aux aides quand elles sont dans une situation d'urgence. Il est signalé des différences de prise en charge entre les dispositifs d'aides médicales des provinces, ce qui complexifie les prises en charge : une personne âgée dépendante bénéficiant de l'aide médicale A de la Province Iles ne pourra bénéficier de soins de nursing, si elle est hébergée sur Nouméa. Le budget des institutions contraint (3) et la multiplicité des institutions et financeurs (4) est également une source de complexité pour les usagers. *« Aujourd'hui on nous dit clairement qu'il n'y a plus d'argent Les commissions ont pour mission de fermer les vannes ».* Ces difficultés financières sont accompagnées d'une difficulté des usagers eux-mêmes à payer leur reste à charge dans le cadre de leur PAP voire même le refus. (3) Cette problématique est la même pour le financement des EAPAD par les usagers eux-mêmes. (3) *« Il faut l'engagement de la province pour payer une partie non prise en charge par la Commission de Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance à la maison de retraite. La province Iles ne paie pas et les maisons de retraite refusent de prendre un patient tant qu'ils n'ont pas l'engagement écrit de la province ».*

Financement et démarches administratives	Les conditions d'entrée en EAPAD ne sont pas bien comprises par les personnes interrogées et la visibilité des places disponibles dans ces établissements ou le manque de places sont très souvent évoqués. (14) Propositions des audités a. Harmonisation des prestations et grilles de reconnaissance entre le Handicap et la dépendance (7) b. Contrôle accru des EAPAD et des prestataires de services (5) c. Mise en place d'un réseau d'informations pour les professionnels, avec un dispositif d'accompagnement spécifique des patients complexes d. Création d'un fond unique avec un seul financeur e. Règlementation du forfait soins avec des ergothérapeutes en EAPAD f. Diminution du reste à charge pour les patients et rendre obligatoire la couverture sociale complémentaire *« Il faudrait un objectif territorial, une feuille de route Cela peut générer une économie considérable et améliorer la qualité des soins : définir le rôle du public, du privé et mettre tout cela musique ».* ***Le premier critère pour Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie pour les 53 patients interrogés, c'est donc « d'avoir une couverture sociale complète ». La note moyenne obtenue est de 9,85 /10***
Parcours d'accompagnement	La zone urbaine Sud dispose d'une bonne offre de soins avec un bon maillage, des soins gériatriques, la présence du guichet unique de l'instance de coordination gérontologique (ICG) et une bonne permanence des soins. Le centre d'expertise gérontologique du CHS, l'accueil de jour et les activités communales développées par le CCAS avec leur Café des aidants ainsi que les médiateurs de nuit mis en place par la commune du Mont-Dore sont plébiscités. (49) **LA PREVENTION** Le deuxième sujet évoqué par les audités concerne le besoin de développer la prévention de la dépendance : repérage fragilité, patients complexes, hygiène bucco-dentaire, chutes (43) Les professionnels soulignent leur manque d'outils gériatriques (14) un circuit du matériel médicalisé non formalisé. (8) *« C'est la prévention qui est clé car elle permettrait de déclencher tout un parcours. On a besoin de tous les éléments au départ. La prévention, c'est donner de la vie aux années Plus on fait attention à comment les gens vivent (diététiciennes…), plus on pourra faire en sorte que la personne reste le plus longtemps chez elle ».*

Parcours d'accompagnement	*« Ce qui est compliqué c'est que les patients arrivent 20 ans trop tard. On est dans des maladies chroniques non prises en charge ».* **LES SOINS AU DOMICILE** Le manque de professionnels libéraux, tels que les orthophonistes et ergothérapeutes est signalé (6) ainsi que la difficulté des patients relevant de l'aide médicale Iles, lorsqu'ils vivent sur le grand Nouméa d'être pris en charge par les professionnels libéraux. (4) Les personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile - manquent de la possibilité d'être visitées par des médecins et dentistes ; (25) - rencontrent des difficultés à trouver des IDE lorsqu'ils ont des nursings lourds en raison des quotas des IDE libéraux, qui ne peuvent plus prendre en charge plus d'un certain nombre de patients bénéficiant de l'aide médicale. (6) « *D'habitude à partir du 1e septembre on a du mal à trouver des libéraux pour prendre en charge les malades On se heurte aux quotas ».* Les professionnels du domicile sont en difficulté pour accompagner la dépendance, car il n'y a pas d'auxiliaire de vie la nuit et le weekend. (4) Ils estiment que les consultations des psychologues, ergothérapeutes, diététiciens devraient être remboursées. (7) Ils ont aussi exprimé le besoin de disposer d'une structure d'hospitalisation à domicile et de Service de soins infirmiers à domicile sur la zone urbaine Sud (10). L'absence de morgue sur Mont-Dore Sud a également été déplorée. (2) L'expertise dans la prise en charge des soins palliatifs en dehors de l'hôpital reste rare au domicile. (14) *« Il faudrait de l'HAD ou un réseau avec un médecin, une IDE à plein temps pour permettre les soins palliatifs au domicile ».* *« Cela serait utile de mettre en place un centre de diagnostic en une journée (1 centre sur le sud et un sur le Nord) Cela permettrait de diminuer considérablement les couts et de faciliter le diagnostic des personnes âgées en ville ».* **L'HOPITAL** *« Dès qu'on donne l'âge, le SAMU refuse de venir. La nuit le SAMU n'envoie personne. Il répond que c'est au médecin référent de venir ».*

Parcours d'accompagnement	De longs délais d'attente aux urgences sont déplorés et le besoin d'un circuit court sans passage aux urgences pour les personnes âgées. (22) *« Les délais d'attente aux urgences : plus ils sont âgés, plus ils attendent ».* *« La personne âgée polypathologique et éventuellement démente a moins de chance de passer rapidement aux urgences. Celle qui aura un problème cardiologique sera prise en charge plus vite ».* *« La personne âgée mourante n'est pas prioritaire aux urgences. Aux urgences, l'aide-soignante peut aider à prendre en charge plus rapidement les personnes âgées en soins palliatifs ».* L'âge avancé des patients rend difficile leur hospitalisation et parfois implique l'accueil dans un service inapproprié ou ils seraient hébergés. (20) Le CHS Albert-Bousquet a une mauvaise image d'ancien bagne (4). L'hôpital ne semble pas toujours adapté aux personnes âgées notamment dans les services d'organe spécialisé (20) : architecture, soins, alimentation. La mobilisation des patients et les soins de nursings manquent au sein des hôpitaux. Ceci est expliqué par les personnes interrogées par le manque de kinésithérapeute ou de matériel médicalisé. (11) Selon les personnes auditées, les sorties de l'hôpital sont ralenties en raison : - du manque de lits de soins de suite et réadaptation (SSR), - des longs délais d'attente pour entrer au CHS A. Bousquet, - du temps pour mettre en place des aides sociales. (20) Le manque d'anticipation de la sortie en coordination avec la famille et les libéraux (15) et le manque d'anticipation de la dépendance rendent difficile les retours à domicile pour cette population spécifique. (11) *« Nous avons besoin d'une équipe projet médico-soignante associée sur le parcours et un accompagnement réel des médecins avec un portage institutionnel fort pour organiser la sortie de l'hôpital général des personnes âgées dépendantes ».* *Le court séjour gériatrique : il faudrait que ce soit un endroit pour des bilans en hospitalisation programmée, que ce ne soit pas un service fourretout ».*

Parcours d'accompagnement	**EAPAD ET AUTRES STRUCTURES** Le manque de structures alternatives (lits de répit), de places en EAPAD, d'EAPAD aux îles loyauté, de familles d'accueil, d'accueil de jour et de résidences sénior est largement évoqué. (27) Les usagers auraient besoin d'être accompagnés pour faciliter l'entrée en EAPAD (8) La prise en charge des soins dentaires, où qu'elle soit, semble problématique à l'hôpital, en EAPAD et au domicile. (8) **LES PATIENTS** Les patients identifiés comme complexes par les professionnels sont les suivants : patients isolés, ayant des maladies neurodégénératives, des problématiques sociales et une dépendance des troubles du comportement (27) Les professionnels constatent un retard d'accès aux soins (10), signalent les chutes comme des signes d'alerte de la complexité (5), des difficultés dans la mise en place de l'éducation thérapeutique, un manque de temps pour la mettre en place (16) et pas de conscientisation de l'état de santé des patients eux-mêmes. Le barrage de la langue est un frein dans la prise en charge. (14) **2e critère pour Bien Vieillir en NC pour 53 patients interrogés = 9,80 / 10 « accéder aux soins ».** **Propositions des audités** a. schéma d'organisation des soins bucco-dentaires (6) b. besoin d'un centre diagnostic type hôpital de jour (5) c. besoin d'accueil de jour (3) d. besoin d'une unité de psycho-gériatrie (3) e. mettre en place des gestionnaires de cas f. besoin de dispositif d'annonce et d'éducation thérapeutique adaptée à la vie océanienne g. valorisation de la cellule de gestion des flux CHT h. création du court séjour gériatrique avec équipe mobile gériatrique i. créer un pool commun d'agents pour les remplacements d'agents en EAPAD
Coopération	Parmi les remarques relatives aux coopérations entre acteurs de santé, la plus fréquente concerne le manque d'un réseau de santé gériatrique territorial (27). *« On travaille très peu en réseau On n'a pas l'intelligence de réseau ».*

Coopération	Le manque de coordination entre acteurs (21) est le second élément le plus cité : *« Les liens sont individuels et pas formalisés. Le parcours des patients est « personne-dépendante » : par exemple, un cadre peut passer une journée pour organiser une sortie aux Îles car le processus de sortie avait été monté avec quelqu'un qui est parti. Les cadres ont des liens avec d'autres établissements et pour autant les partenariats ne sont pas formalisés de manière opérationnelle ».* *« Ce serait intéressant que les médecins se rencontrent...en cas de problème pourquoi les médecins ne se parlent pas. Expliquer de quels éléments les uns et les autres ont besoin ».* *« La plus grande filière, ce sont les dispensaires. Ce sont eux qui devraient commander à l'hôpital. Les moyens devraient être dans les dispensaires Il faut renverser le centre de décision pour que l'hôpital réponde à la ville Aujourd'hui l'hôpital répond à l'hôpital ».* La méconnaissance est décrite comme une des premières causes de ce manque de coopération et le manque de confiance des acteurs entre eux (18) la conséquence logique de cette situation. *« Il faudrait accroitre les échanges entre professionnels du CHT Gaston-Bourret et ceux du CHS Albert-Bousquet, penser à structurer ça dans une convention ».* Les missions de certains acteurs seraient à clarifier : celles du médecin coordonnateur des EAPAD, celle du service de court séjour gériatrique du CHT, celles de l'ICG. (4) *« Va-t-on donner nos patients très âgés au service de court séjour gériatrique de l'hôpital ? La question c'est l'avant et l'après hôpital c'est là qu'il faut travailler ».* *« Pour les plus de 80 ans, il faut organiser une filière et il faut une collaboration étroite ».* **Propositions des audités** a. besoin d'un réseau de santé gériatrique territorial (27) b. besoin d'un outil commun type Dossier Médical Partagé, logiciel interfacé, dossier radiologique commun, messagerie sécurisée (18) c. besoin de rencontre et d'échange de pratiques (7) d. valoriser le Carnet vert actuel, qui est très utile (6) e. projet médical partagé entre le CHT le CHS

Ressources humaines	Les professionnels hospitaliers et ceux du domicile ont fait part de leur besoin de formation en gériatrie sur les sujets suivants : syndrome gériatrique, chute, hygiène bucco-dentaire, démence, fin de vie, approche culturelle (22). La charge émotionnelle des soignants dans la prise en charge des personnes âgées a été souvent évoquée (16) ainsi que leur frustration lorsqu'ils avaient le sentiment que la prise en charge des séniors globale était mauvaise. *« On fait des réunions de famille pour qu'il y ait un suivi à l'extérieur. Lorsqu'il n'y a pas de relai en ville, c'est très frustrant de voir des gens qui pourraient se réinsérer et qui perdent tout ».* Le potentiel humain et la bienveillance des soignants océaniens ont souvent été évoqués comme une plus-value et une spécificité de la Nouvelle-Calédonie (6). La structuration du réseau sport-santé, ainsi que le développement d'activités proposées aux séniors ont été cités à de nombreuses reprises et valorisés par les participants. (10) Parmi les difficultés évoquées et par ordre d'importance 1. Préserver l'autonomie reste un challenge pour les soignants (8) 2. Le turn-over des professionnels est un facteur d'épuisement pour les professionnels en poste (5) 3. Trouver du personnel qualifié en gériatrie reste compliqué pour les professionnels de santé et la société civile (5). **Propositions des audités** a. mettre en place des outils d'évaluation gériatriques pour faciliter le repérage et la prise en charge des personnes âgées (15) ; b. réaliser des formations à destination des professionnels à travers l'équipe mobile gériatrique du CHT ; c. créer un pool d'auxiliaires de vie volantes en cas d'arrêt inopiné de celles qui sont en poste et assurer le suivi de patients ; d. revalorisation des grilles salariale public/privé avec loi emploi local surtout pour l'EAPAD (3).
Transport	La donnée la plus fréquemment citée concerne l'absence de compétence, la désorganisation des ambulances ainsi que leur retard (27).

Transport	*« Ce qui est compliqué c'est pour les consultations spécialisées car ils n'ont pas de bon de transports. Les mamies de 80 ans viennent en bus jusqu'au CHT Gaston Bourret. Parfois elles ont plus de mal en étant à Nouméa que celles qui vivent dans les Iles. On pourrait imaginer des consultations avancées dans le grand Nouméa (Yaté...) ».* Les audités ont signalé les coûts des transports sanitaires, qu'ils considèrent trop onéreux, le refus de la CAFAT de financer certaines demandes de transport (15), le manque de transport adapté et/ou de transport intermédiaire (12) et le manque de transport en commun (3). Concernant l'accessibilité des cabinets et centres de soins, cela a été signalé comme problématique pour les personnes âgées à mobilité réduite (8). **Propositions des audités** *« Il faudrait des entreprises d'accompagnement pour les séniors (société d'aide à domicile : ce ne sont ni des taxis, ni une ambulance et intermédiaire entre taxi et ambulance ».*
Habitat	L'habitat des patients lorsqu'il est isolé géographiquement des centres urbains (9) est considéré comme un facteur de perte de chance dans l'accès aux soins, ainsi que la précarité des logements eux-mêmes où habitent certaines personnes âgées (6) : squat, manque d'eau… La question de l'adaptation du logement à la dépendance (7) reste complexe. *« En métropole, des logements vides sont vendus et leur aménagement peut se faire suivant les désidératas des personnes. En Hollande, certains logements sont modulables… il y aurait besoin de créer d'autres types de logements ».* Il a été signalé aussi les difficultés d'accéder au logement social pour les ressortissants des Iles. **Propositions des audités** a. recenser les personnes dépendantes vivant dans les squats b. besoin de résidences séniors avec téléassistance c. prendre l'avis d'ergothérapeute pour aménager le logement

Aidants et familles	Un des premiers besoins des aidants et familles concerne la formation (31) : maladie, chutes, fin de vie, vient ensuite le besoin de reconnaissance d'un statut des aidants, soutien psychologique et les solutions de répit (20). L'épuisement et le stress des aidants (22) sont fréquents et les difficultés nombreuses : culpabilité, conflits familiaux, maltraitance, relation affective compliquée, refus de lâcher prise… Les aidants ont des difficultés dans l'accompagnement des soins des personnes âgées (12) : besoin de disponibilité pour se rendre aux RDV, besoin d'anticiper l'entrée en maison de retraite, besoin de comprendre les ordonnances. Les professionnels eux-mêmes sont en difficulté dans leur relation avec les familles, notamment au moment des fins de vie (43). Les patients isolés familialement sont aussi source de complexité pour les professionnels par manque de relai au domicile. *« La fin de vie est compliquée si le patient est mélanésien. Les familles viennent à 25 personnes qu'il faut accueillir dans l'établissement. Ce n'est pas toujours simple ».* Les aidants ont fait part de leur besoin d'Hospitel (2) lorsqu'ils avaient besoin d'accompagner la personne âgée au domicile. **Propositions des audités** a. repenser la personne de confiance dans la société kanak pour la diffusion de l'information adaptée au mode vie océanien b. création d'un réseau d'aidants géo localisé pour pallier au manque d'AVS c. mettre en place des réunions de famille
Tradition et représentation du vieillissement	**REPRESENTATION DU VIEILLISSEMENT** La jeunesse présente lors des consultations plénières se sent investie par les problématiques que rencontrent leurs aînés (8). *« Problématique de la jeunesse qui aide mais qui est elle-même en difficulté pour construire son propre avenir » (Parole d'un jeune aidant de 30 ans)* La vision de la maison de retraite reste malgré tout négative (6) *« La plus grande complexité d'un résident c'est le regard du résident sur les autres résidents et des autres sur lui-même. Pour le résident, avant son arrivée ici, il ne se voyait pas vieux. Ils nous disent qu'il n'y a que des vieux ici ! ».*

Tradition et représentation du vieillissement	*« Les maisons de retraite ressemblent à des hôpitaux et non des lieux de vie ».* La représentation de la santé est différente selon les communautés d'appartenance (3) et l'accès prioritaire à la médecine traditionnelle dans certaines communautés (2). *« La complexité c'est l'impact de la médecine traditionnelle avec souvent 1 à 2 mois de délai avant de passer à la médecine occidentale. Ici les gens font le traitement traditionnel et reviennent 2 mois après avec une perte de chance ».* Les changements dans l'organisation de la société familiale traditionnelle impliquent une représentation du vieillissement à faire évoluer. *« C'est un enjeu de société de réussir le Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie avec des familles recomposées et en milieu urbain »* **BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE** **Les patients ont classé par ordre d'importance les critères du Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie** a. Avoir une couverture sociale complète b. Accéder facilement aux soins c. Etre entouré de sa famille et rester chez soi (18) d. Organiser la prévention (30) e. Donner du sens à la vieillesse (10) **Propositions des audités** a. promouvoir plus de réunions de quartiers entre les jeunes et les vieux b. *« Anticiper la dépendance. Chez nous on vit vieux mais on est dépendant très tôt. C'est cela qu'il faut diminuer »* c. améliorer l'hygiène de vie pour Bien Vieillir : *« Il faut que les gens perdent du poids, qu'ils puissent bien manger, avec des fruits et légumes pas chers et arrivent à l'âge de la vieillesse en forme ».* d. changer la représentation de la vieillesse : *« Il faut changer l'image du vieillissement et réussir à considérer les personnes âgées, malgré la déchéance physique et mentale ».*
Droit et insécurité	Les audités ont fait part de la complexité des démarches de mise sous tutelle (13), la lenteur des démarches, le manque de coordination avec

Droit et insécurité	le tribunal et l'absence de mesure de protection d'urgence en cas de signalement. Il est parfois difficulté de connaître le choix de la personne (5) afin de le faire respecter. La spoliation des ressources des personnes âgées par l'entourage a été évoquée (2), ainsi que l'insécurité des professionnels dans les centres médico-sociaux (1). **Propositions des audités** a. mettre en application l'obligation alimentaire pour financer les EAPAD : héritage, (7) b. besoin d'informations sur les droits et successions afin de mieux prévenir les conflits familiaux (3)

2.1.2.2 Données qualitatives de la zone rurale Sud

CATEGORIE	Synthèse zone rurale Sud[162]
Information	1. Manque d'information et d'anticipation sur les maladies liées au vieillissement (7) 2. Manque d'information et de connaissance des dispositifs d'aide, des services, des numéros ou annuaires des professionnels (6) en vue de mieux orienter *« Je n'ai pas compris le rôle de l'Instance de coordination gérontologique ? Pourquoi ce sont eux qui viennent identifier les GIR pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer. Le médecin coordinateur des EAPAD pourrait le faire ?* ***5 patients/5 ne savent pas comment obtenir des démarches sur santé, sociales, administratives…*** **Proposition des audités** a. besoin d'un numéro de téléphone unique pour mieux orienter
Financement	1. Lenteur des démarches administratives avec besoin de simplification (13) 2. L'UPASS (centre médico-social) bien identifié comme aide dans les démarches (8)

[162] Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de citations recensées par thématique et les phrases en italique et à des citations relevées par les enquêteurs lors des entretiens et consultations plénières.

Financement	3. Difficulté pour les patients et professionnels à instruire les dossiers d'EAPAD avec un manque de clarté dans les critères d'admission (6) 4. Pas d'adéquation entre les plans d'accompagnement personnalisé PAP proposés et la réalité du terrain au moment de la mise en application du PAP (5) 5. Manque de place en EAPAD (4) 6. Morcellement des compétences de la santé avec multiplicité des financeurs (2) 7. Manque un fonds pour financer des demandes d'aides urgentes (2) 8. Délai d'instruction plus long des plans d'accompagnement personnalisé (PAP) en brousse que sur Nouméa (2) 9. Budget des institutions contraint (1) 10. Besoin de mieux prendre en charge les soins et prothèses dentaires (1) *« Il serait bien que le médecin de la CAFAT vienne pour rencontrer les professionnels et puisse connaitre nos difficultés L'équipe Bien vieillir est quasiment la première personne qui m'interroge. Ici les problématiques rurales sont différentes de celles de la ville On pourrait participer à la construction et améliorer de la démarche de soins ».* **Proposition des audités** a. création d'une maison de la personne âgée avec besoin d'un guichet unique plus large que le pôle gérontologique avec plusieurs partenaires comme CAFAT, CHD… b. besoin de politique publique tournée vers la personne âgée avec financement dédié (4)
Parcours d'accompagnement	**OFFRE DE SOINS** 1. Offre de soins satisfaisante avec réelle plus-value des UPASS liée au coordinateur du réseau et à l'agent communautaire (27) 2. Offre libérale de paramédicaux non homogène sur la ZRS : bonne sur Bourail et île des Pins (14) mais limitée sur Thio avec un isolement de l'offre de soins sur Borendi-Thio (4) 3. Disparité dans les nursings selon les localités car zone non couverte (Thio) ou bien couverte (IDP) (6) 4. Variabilité dans les visites à domicile des médecins provinciaux selon la zone, médecin-dépendant, pathologie aiguë ou chronique (6) 5. Offre médico-sociale sur côte ouest avec 2 EAPAD et 1 foyer logement mais manque de familles d'accueil (9)

Parcours d'accompagnement	6. Manque de lits tampons sur UPASS de l'Ile des Pins lié à insularité et besoin de clarifier les critères d'admission sur les UPASS de Bourail (4) 7. Manque d'infrastructure mortuaire car difficulté financière pour financer les frais d'obsèques : crématorium sur Bourail et morgue sur île des Pins (5) 8. Zone avec afflux touristique mobilisant les acteurs (5) **L'HOPITAL** 9. Pas de priorité donnée aux personnes âgées aux urgences, voire difficultés lors dans l'adressage des personnes âgées en raison de leur âge (15) 10. Manque de confiance entre les médecins régulateurs du SAMU et les médecins provinciaux (7) 11. Manque de connaissance grand public des appels et organisation de la permanence des soins en cas d'urgence (3) 12. Personnes âgées non mobilisées ou non levées durant hospitalisation (4) 13. Problème de communication soignant-famille (3) 14. Manque de prise en charge spécifique globale de la personne âgée : alimentation non adaptée, challenge pour les équipes de gérer la dépendance, difficulté gestion des troubles psycho-comportementaux, dépendance (6) 15. Manque d'anticipation des sorties et sorties compliquées le weekend pour les libéraux (10) 16. Problématique du circuit du matériel (6) 17. Problématique administrative des réquisitions avec besoin d'un bureau proche du CHT pour limiter les déplacements (4) **EAPAD ET DOMICILE** 18. Manque de structures alternatives : EAPAD, foyers-logements ou résidence sénior pour limiter isolement et insécurité, MAS pour les < 60 ans, familles d'accueil, accueil de jour, lits dédiés à l'urgence sociale (12) 19. Problématique de la prise en charge des soins en EAPAD : gestion douleur, escarres, pathologies lourdes en soins avec besoin de réviser le forfait soin (4) 20. Manque de conseils ergothérapeute d'aménagement du domicile (2) 21. Problématique d'acheminement des traitements et consommables sur Ile des pins (7) 22. Problématiques sociales avec manque de permanence de travailleurs sociaux (4) 23. Problématique des soins dentaires avec difficulté dans accès au soin (4)

Parcours d'accompagnement	24. Manque de repérage de la fragilité 25. Pas de prise en compte de la médecine traditionnelle de la part des praticiens hospitaliers (2) 26. Manque de prise en charge des soins palliatifs : besoin d'un réseau, formation des soignants (14) *« Depuis octobre le financement des GIR 1/2 est équivalent à ceux qui ont seulement 80 % de handicap ce qui est une bonne nouvelle (EAPAD) »* *95% patientèle des IDE Libéraux sont des personnes âgées > 60 ans (IDP)* *« On travaille beaucoup avec les IDE libérales qui sont de bonne volonté mais qui sont limitées en nombre de passages ou ne peuvent aller au fin fond des tribus Les patients qui ont besoin de 2 à 3 passages par jour (patients hémiplégiques, grabataires qui restent au domicile et qui ne sont pas bien PEC) »* **PATIENTS** Identification de patients complexes : polypathologie, démence, fin de vie, escarres, maladies cardio-vasculaires (27) **Les 2 premières préoccupations des patients : accéder aux soins et être entouré de sa famille (5)** **Pour les 5 résidents interrogés en maison de retraite, les notes obtenues pour la satisfaction des soins :** **6,8/10 pour l'information délivrée sur leur santé** **7,75 pour les soins techniques et relationnels** **Innovations sur la zone îles des Pins** a. Intervention des auxiliaires de vie de l'APKH le weekend b. Bonne coordination sur IDP entre libéraux APAKH avec mise en place d'un Réseau d'action collective qui suit les recommandations du médecin gériatre (4) *« MIJ (dispositif service civique) qui permet de contrer la solitude : en 2018 un volontaire passe 1/2 journée avec 1 personne handicapée ou âgée avec jeux société…"agent de récréation" pour une mission de 6 mois, qui a suivi les 28 personnes de l'APHAK et les a vues plusieurs fois sur IDP »* *« Agent de santé communautaire de IDP sur lutte anti-vectorielle : sont les yeux de l'habitant. Evalue que les besoins vitaux soient assouvis : logement, sanitaire, machine à laver »* *« Ouverture prochaine d'une maison de jour en face du CMS pour accueillir à la journée les personnes de Borendi : échanges transgénérationnels. Porteur de projet Mairie et APATH (Thio) »*

Parcours d'accompagnement	**Propositions des audités** c. Besoin de médecin libéral sur Thio et île des Pins d. Besoin d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie *« En brousse, il nous faudrait des IPA (infirmiers en pratiques avancées) : une personne âgée abandonne parfois la chimio à cause de la fatigue du transport. Pourquoi ne pas faire la chimio au dispensaire ? On en a déjà fait avec les IDE du dispensaire. Des IDE de Nouméa montent pour former les IDE Pourquoi on ne fait pas les chimio sur place ? »* e. Besoin d'une prise en charge spécifique pour les personnes âgées à l'hôpital et ni un circuit court (8) f. Besoin de lits de répit (5) g. Manque de séjours de répit de 2-3 jours adaptés au mode de vie tribal (10) h. Besoin d'HAD pour les soins palliatifs (7) i. Besoin de mieux expliquer au patient, reformuler les maladies en tenant compte des choix des patients (7) j. Augmenter vacations gériatriques sur Bourail-La Foa-Ile des pins, inexistante sur Thio k. Attentes du CSG : bilan exploratoire (4) l. Besoin de rembourser les compléments alimentaires *« Demain on se demande comment on va faire avec des patients qui ont des bouches déplorables. On va enlever des compléments alimentaires : la CAFAT vient nous demander désormais de justifier le besoin d'un flacon de FORTIMEL ».*
Coopération	1. Manque de transmission d'information médicale entre professionnels : CR, CRO, bilans radiologique ou de kiné (24) 2. 7 professionnels/7 considèrent réaliser un CR dans les temps : problème de secrétariat, envoi postal ? 3. Manque de communication et de confiance entre les acteurs de proximité et hospitaliers du CHT (17) 4. Besoin de formaliser un réseau pour pérenniser le maintien à domicile (14) 5. Bonne coopération et confiance entre les acteurs de proximité sur chaque zone entre les UPASS (Centres médico-sociaux) et libéraux avec initiative d'un réseau d'action collective sur Ile des pins (12) 6. IDE expertes gériatriques seraient plus adaptées dans le repérage et PEC des PA (3)

Coopération	**Proposition des audités** a. besoin d'un DMP b. besoin d'une plate-forme d'information ou un interlocuteur hospitalier pour répondre aux professionnels libéraux c. besoin de développer les projets de soins individualisés pour PA d. utiliser des outils avec les nouvelles technologies pour travailler vite comme la dictée vocale, messagerie en accompagnant les professionnels e. développer les infirmières de pratiques avancées en gériatrie *« A l'exemple du « Mieux Naître en Nouvelle-Calédonie », ce serait bien pour les personnes âgées, qu'il y ait la même prise en charge partout sur tout le territoire pour toutes les personnes âgées ».* *« Les examens complémentaires sont refaits par exemple à l'hôpital. On se demande pourquoi on transmet des informations ».* *« On a besoin de travailler avec les médecins traitants et spécialistes pour mettre en place une filière (cardio, dermato…) et développer un réseau avec le CHT et les cliniques de Nouméa »* *« Faire la toile d'araignée autour du patient, cela demande du temps… »*
Ressources humaines	1. Besoin de formation des professionnels en exercice sur les maladies, fin de vie, syndrome gériatrique, hygiène bucco-dentaire, relation soignant/soigné (28) 2. Turn-over des professionnels santé et travailleurs sociaux (15) 3. Conditions de travail difficiles des auxiliaires de vie : glissement de tâche avec des nursings, chauffer l'eau au feu de bois (9) 4. Problématique des nursings lourds au CMS Bourail par manque de professionnels et de matériel (2) 5. Simplifier les démarches administratives pour les professionnels libéraux (2) 6. Fort soutien religieux à l'île des Pins (6) 7. Manque de lieu dédié dans les villages pour les PA (6) 8. Besoin de former plus les professionnels et renforcer leur savoir-être, hygiène : auxiliaires de vie, ambulanciers… **Proposition des audités** a. initier les nouveaux médecins au mode de vie océanien b. association « Les Bois Noirs » valorise les aidants par les VAE (validation des acquis de l'expérience) c. prévoir des IPA en gériatrie

	« Pb de chauffer l'eau chaude. Les AVS font le feu pour chauffer de l'eau Thio / Idem IDP » *« On est à la veille d'une désertification médicale au dispensaire Il faudrait qu'on puisse trouver un local avec l'aide des élus pour faire une maison de groupe plutôt que chacun dans son coin »* *« Le personnel doit être remercié pour la qualité des soins, en particulier le personnel kanak »*
Transport	1. Manque de transport en commun (23) 2. Manque de transport adapté, PMR, obèse (8) 3. Refus des ententes préalables par la CAFAT pour les véhicules sanitaires légers, VSL (8) 4. Problématique des transports en urgence : pas pompiers sur IDP, pas de VSL 5. Problème de coordination avec retard des ambulances (5) 6. Manque de réseau téléphonique sur certaines zones et réseau routier de mauvaise qualité sur Thio (4) **Proposition des audités** a. demande de pompiers sur île des Pins et d'ambulances *« Le centre médico-social de l'Ile des Pins pallie le manque de société ambulance, au manque de véhicule des patients eux-mêmes ayant une mobilité réduite pour qu'ils puissent aller aux RV du dispensaire »* *« On doit passer par le SAMU pour pouvoir transporter nos patients au CHT en l'absence d'autres possibilité de transport. C'est de la science-fiction ».*
Habitat	1. Besoin de repérer les personnes âgées isolées géographiquement et fragiles car beaucoup de personnes sont dans ce cas à Borendi (13) à Thio 2. Difficulté d'adapter le logement des personnes âgées dépendantes avec manque d'anticipation et nécessité de faire des palabres coutumiers (11) 3. Insalubrité des logements sans eau comme squat de St Benoît (6) à Thio 4. Précarité ou pauvreté de personnes âgées : pas de nourriture, pas de mobilier ou de logement (5) 5. Manque de transparence selon les aidants dans les dossiers de demandes d'aménagement d'habitat (3)
Aidants et familles	**AIDANTS** 1. Epuisement des aidants (9) 2. Désignation induite et non formalisée des aidants (2) 3. Retentissement socio-professionnel, sur leur propre santé, sur leur vie conjugale chez les aidants (8)

Aidants et familles	*« De moins en moins d'aidants au domicile et "d'enfants bâton" comme ils étaient nommés »* **FAMILLES** 4. Déni des familles dans la prise en charge des maladies avec manque d'organisation familiale (15) 5. Variabilité et mise à l'épreuve de la solidarité familiale : exode travail, déni des enfants, lourdeur le weekend (14) 6. Famille pilier du maintien de la personne âgée surtout avec proximité géographique des enfants (9) 7. Isolement des aidants si aucun soutien familial ou manque de communication au niveau de la famille (8) 8. Forte mobilisation des familles lors de la fin de vie et difficulté pour les professionnels d'aborder la fin de vie (7) 9. Difficulté pour les soignants d'identifier les bonnes personnes ressources au sein de la famille (5) 10. Difficultés pour les professionnels de gérer une personne âgée isolée, sans implication familiale ou épuisement de la famille *« Si on veut que les familles gardent les vieux, il faut les aider »* *« La difficulté c'est plus la famille que les patients. On a des patients abandonnés plusieurs années avant d'entrer en maison de retraite ; un patient, qui est resté 8 ans en dispensaire »* **BESOINS** 11. Manque un Hospitel et des solutions d'hébergement pour les aidants uniquement lors des consultations à Nouméa (11) *« L'idée des séjours de répit et de former les aidants familiaux aux bons gestes. Ce serait idéal »* *« Projet : 3,4 jours de répit pour les familles… ce serait un projet à mener »* *« Il y a une demande de court séjour pour du répit. La demande c'est pour soulager la famille »* **Propositions des audités** a. besoin de groupes de soutien et de paroles pour les aidants : constitution d'un réseau d'aidant, formation (11) b. nécessité de séjours de répit (6) c. besoin d'une reconnaissance du statut de l'aidant : au niveau de l'employeur, VAE, rémunération… (5) d. besoin d'organiser des rencontres familiales avec ou sans professionnels pour désamorcer, fixer

	l'organisation familiale à la sortie d'hospitalisation (18) **Les 2 préoccupations des patients : accéder aux soins et être entouré de sa famille (5)**
Tradition et représentation du vieillissement	**REPRESENTATION DU VIEILLISSEMENT** 1. Discussion tabou sur la fin de vie (11) *« Parler de la mort c'est la faire venir/ Parler de la mort, c'est manquer de respect au vieux »* 2. Refus de la dépendance des personnes âgées, qui craignent d'être une charge (16) 3. Société en mutation avec devoir de s'occuper du vieux et évolution de la société : constat partagé par les coutumiers (6) *« Implosion du système de vie traditionnelle. Situation de crise familiale liée au développement : on n'a plus le temps de s'occuper d'un vieux comme par le passé »* 4. Personne âgée valorisée et rôle important dans la société kanak (4) 5. Pudeur et difficulté pour les aidants de gérer la toilette (4) **BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE** a. Favoriser le transgénérationnel (14) b. Favoriser des activités de chant, danse, sport (9) c. Prévenir la dépendance et vieillir en bonne santé (13) d. Rester digne (8) e. Etre entouré de sa famille (6) f. Rester chez soi (6) g. Aborder la mort avec plus de sérénité (6) *« Il y a des structures intelligentes à côté de crèches, de commerce. Une structure devrait avoir des pavillons autour, des séjours de répit »* *« Comme à Strasbourg, le collectif des crèches parentales ; il faudrait pouvoir accueillir des gens à la journée qui viennent pour profiter d'un exercice de kiné, qui vienne à la journée…Il faudrait que la défiscalisation profite plus aux pouvoirs publics qu'à des privés qui émargent trop largement »* *« Anticiper les maladies : faire un check up obligatoire remboursé à 60 ans »*

	Pour 5 patients interrogés, le Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie c'est : **1. Accéder facilement aux soins** **2. Choisir son lieu de vie** **3. Etre entouré des siens** **4. Garder sa mémoire et sa lucidité**
Droit et insécurité	1. Spoliation des personnes âgées avec proposition de lutter par des bons alimentaires (7) 2. Problématique de la gestion des mesures de protection judiciaire avec frein coutumier, monter en compétences les associations tutélaires (4) 3. Insécurité dans les villages et violence faite aux femmes (3) 4. Difficulté d'aborder la personne de confiance et les directives anticipées (2) 5. Mettre en place l'obligation alimentaire (1) 6. Long délai d'intervention du procureur pour les signalements (2) *« Délais de sauvegarde de justice très longs : patient depuis 137 jours au CMS par manque de certificat »*

2.2 Portrait de la province Nord

2.2.1 Données quantitatives de la province Nord

Nature des données recueillies	Province Nord	
	Zone urbaine Nord	Zone rurale Nord
DEMOGRAPHIE ET SITUATION en 2014 [163]		
Nombre total d'habitants de la Province Nord	50 487 habitants	
Nombre et % des plus de 60 ans en Province Nord	**5153 soit 10,2 %**	
Nombre de personnes de + de 60 ans par zone de vie	1059	4094
Evolution des plus de 60 ans depuis 40 ans par zone de vie	**2,9**	**2,6**
Indice de vieillissement	22	16
Espérance de vie	**75.7 ans**	
Nombre et % de retraités, pré-retraite ou retirés des affaires des plus de 65 ans	3027 soit 87 %	
Nombre de plus de 65 ans en situation d'emploi	144 soit 4 %	
Bénéficiaires du minimum vieillesse des plus de 60 ans	1662 = **32 %**	
Nombre des plus de 60 ans à l'aide médicale A-B-C (2018)	3 424	
Nombre et % de plus de 60 ans à l'aide médicale B et C (année 2017)	**1912 personnes à l'aide médicale = 40 % des bénéficiaires** RUAMM	
Nombre de personnes de + 60 ans vivant seules	170 sur 1059 soit **16%**	699 sur 4148 soit **17 %**
Nombre de personnes de + 70 ans vivant en tribu	171 soit **42%**	1188 soit **70%**

[163] ISEE, *Recensement 2014*.
CAFAT, *Statistiques Bien Vieillir volet santé 2018*.

LOGEMENT/ EQUIPEMENTS en 2014 [164]		
Population de 60 ans et plus résidant en maison et appartement	5 016 des personnes de plus de 60ans vivent en maison ou appartement soit 97 %	
Sans eau courante à l'intérieur du logement	39 soit **4%**	446 soit **11%**
- Électricité hors réseau général	1365 appartements, 0 bateau, 27 cases ou constructions provisoires	339 soit 8%
- Non équipés de réfrigérateur	39 soit 4%	394 soit 10%
- Non équipés de lave-linge	59 soit 6%	1367 soit 33%
- Non équipés de téléphone mobile	68 soit 7%	655 soit16%
Ménages de plus de 60 ans équipés de voiture	72 %	54 %
Nature des informations recueillies	**Données Province Nord**	
	Zone urbaine Nord	**Zone rurale Nord**
ACCES A L'OFFRE DE SANTÉ ET MEDICOSOCIALE en 2019 [165], [166], [167], [168]		
Dispensaires secondaires – Nombre et lieu	2 Voh et Koné (dans l'hôpital de Koné)	13 Kaala Gomen, Poum, Belep, Ouegoa, Pouebo, Poya, Hienghene, Touho, Poindimié, Ponérihouen, Houaïlou, Kouaoua, Canala
Nombre de lits MCO installés en dispensaires	0	Canala (1 médecine et 1 obstétrique)
Nombre de centres médicaux secondaires	0	2
Médecins généralistes	5	5
Pharmaciens (sauf pharmacies à usage interne)	4	10 (pas de pharmacie à Kouaoua, à Poum, Bélep)

[164] ISEE, *Recensement 2014* et *Statistiques Séniors au 18 93 2019*.
[165] CAFAT répartition au 31 décembre 2018.
[166] DASS NC, *Situation sanitaire 2017*.
[167] Liste des établissements médico-sociaux au 1er mars 2019
[168] https://service-public.nc/

Infirmiers libéraux	8	17
Sociétés d'ambulance	7	21
Centres d'incendies et de secours	2	12
Services d'accueil des urgences	1	2 (+ 14 CMS assurant les urgences)
Lits et places MCO, SSR, SLD, gériatrie, psychiatrie adultes installés	28 MCO 0 SSR 0 SLD 0 Gériatrie 0 Psychiatrie	51 MCO 28 SSR 0 SLD 0 Gériatrie 0 Psychiatrie
Accueil de jour (places autorisées)	2	0
Accueillants familiaux	0	3
Lits autorisés accueillants familiaux	0	13
Vacations de médecin en gérontologie	0	0
IDE gérontologique	0	1
Foyer logement	0	0
Lits en Foyers logements	0	0
EAPAD autorisés et installés	1	1
Lits autorisés et installés en EAPAD	58 (20 installés et 38 à venir)	20 lits à venir et 0 installé
Centres funéraires	2	1

2.2.2 Données qualitatives de la Province Nord

2.2.2.1 Données qualitatives de la zone urbaine Nord

CATEGORIE	Synthèse Zone Urbaine Nord[169]
Information	1. Difficulté d'accéder à l'information pour professionnels, patients et usagers 2. Manque de connaissance des dispositifs d'aide, des droits, des maladies, du tissu associatif 3. Barrage de la langue : un frein dans l'information 4. Difficulté pour les professionnels de repérer les personnes ressources ou aidantes identifiées au sein des familles *« Avoir de l'information, c'est un parcours du combattant »* **5 Patients sur 5 manquent d'information sur les démarches administratives** **Propositions des audités** a. créer un portail d'information centralisé autour de la personne âgée b. besoin d'un guichet unique pour les démarches, accès à l'information et permettre l'orientation c. besoin d'informations sur les maladies d. dispensaire identifié comme relais d'information e. besoin de créer une filière gériatrique
Financement	1. Budget des institutions contraint 2. Gouvernance et financement partagé complexe : Gouvernement, CHD, CAFAT 3. Complexité des démarches administratives : compréhension, multiplicité des aides et acteurs, formulaires, personnes ressources manquantes 4. Délais importants d'obtention des aides **Propositions des audités** a. besoin d'accompagnement de professionnels ou écrivains publics pour faciliter les démarches b. besoin d'une politique publique orientée spécifiquement vers les personnes âgées c. besoin de repérer et identifier la personne ressource ou aidante d. promouvoir un guide explicatif des plans d'aide destinés aux personnes âgées

[169] Les phrases en italique correspondent aux citations relevées par les enquêteurs lors des entretiens et consultations plénières.

Parcours d'accompagnement	**OFFRE DES SOINS** 1. Offre présente mais sous-dotée en ressources humaines : présence de médecins et quelques spécialistes mais manque de vacations d'autres spécialistes de Nouméa (gériatre, neurologue…) 2. Manque d'auxiliaires de vie et de visites à domicile des médecins, manque de professionnels à domicile globalement pour accompagner la dépendance 3. Manque d'infrastructure mortuaire : pas de morgue sur Koné 4. Manque de structures de répit et d'hébergement surtout sur la côte Est. Par contre, il y a 3 familles d'accueil et 1 Etablissement Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) sur la côte Ouest 5. Manque une « maison des vieux » sur Koné avec un réseau associatif et des activités tournées vers les séniors **DOMICILE** 1. Manque de formation des aidants en vue d'accompagner les familles dans la dépendance 2. Manque de confiance des aidants dans la prise en charge médicale 3. Crainte et peur des personnes âgées d'être hospitalisées 4. Fin de vie assurée par les familles avec difficulté de prise en charge pour les professionnels, ainsi que gérer la douleur à domicile **HOPITAL** 5. Retard dans l'accès aux soins et à l'hospitalisation constaté par les professionnels en raison du manque de conscience de l'état de santé des personnes âgées et de l'absence de prévention de la dépendance 6. Manque d'outils gériatriques pour les professionnels dans la prise en charge des personnes âgées 7. Barrage de la langue : un frein dans la prise en charge 8. Sorties de l'hôpital non anticipées ainsi que la dépendance pour le retour à domicile : les patients comptent sur la famille *« Accès aux neurologues est difficile. Pour faire un bilan de démences, c'est difficile car il y a 6 heures de route, le patient arrive épuisé, désorienté, et ne parle pas la langue. Il faudrait en une journée un bilan en hôpital de jour, clairement ça faciliterait la vie »* **PATIENTS** 9. Patients identifiés comme complexes par les professionnels : en situation d'isolement, atteints de maladies neurodégénératives, ayant des problématiques sociales, patients dépendants, patients avec troubles du comportement

Parcours d'accompagnement	**Propositions des audités** a. besoin d'information et d'accompagnement des professionnels sur les maladies liées au vieillissement comme la maladie d'Alzheimer b. renforcer le maillage des professionnels à domicile pour accompagner la dépendance : auxiliaire de vie, IDE libérale c. renforcer le repérage des personnes âgées avec la géolocalisation et réinstaurer les vigiles de santé en tribu d. besoin d'un circuit court dédié au sénior à l'hôpital e. développer l'IDE gérontologie sur la côte Ouest ainsi que le travailleur social sur Koné f. besoin de structures alternatives à l'hébergement comme l'accueil de jour, des séjours de répit g. repenser la maison de retraite à l'océanienne avec jardins, animaux h. définir des normes d'aménagement du domicile pour la dépendance i. mettre en place une HAD pour la fin de vie **Classement de la satisfaction des soins des patients (par ordre décroissant)** **1. Accueil** **2. Informations** **3. Nursing** **4. Soins techniques** **5. Soins relationnels** **5 patients sur 5 souhaitent rentrer chez eux à domicile**
Coopération	1. Pas de transmission d'informations entre acteurs, ni de suivi des préconisations en cas de sortie à domicile ou de transfert entre établissement comme par exemple entre le CHT vers le CHN. *« Surtout on a besoin d'avoir l'info en amont pour s'organiser On est au courant en amont une fois sur 100 »*

Coopération	*« Patients étant infectés (Bactérie Hautement Résistante) nous arrivent sans que nous soyons prévenus »* 2. Pas de rencontre entre professionnels et manque de confiance *« Besoin d'une vision territoriale et de mettre les acteurs, les politiques en accord avec cela… ll faut que la réflexion sorte des hôpitaux jusqu'aux dispensaires »* *« Il faudrait un chef d'orchestre de la filière. Un facilitateur du parcours de soins du patient, en rassemblant autour d'une table les différents acteurs »* 3. Manque un outil commun de partage d'informations **Proposition des audités** a. création d'un guichet unique ou d'un réseau gérontologique en province Nord b. mettre en place une IDE en gérontologie sur côte Ouest *« IDE en gérontologie : acteur clé de la coordination »* c. besoin de conciliation médicamenteuse d. besoin d'un dossier médical partagé
Ressources humaines	1. Manque de formation des professionnels et structures d'accueil : fin de vie, syndromes gériatriques (chutes, démences…), bienveillance 2. Problématique des conditions de travail des auxiliaires de vie notamment leur précarité 3. Besoin de compétences en gériatrie : médecin gériatre, IDE en gérontologie 4. Epuisement et turn-over des professionnels dans les CMS 5. Surcharge de travail des travailleurs sociaux **Propositions des audités** a. besoin d'une HAD pour sécuriser et accompagner les professionnels du domicile dans la fin de vie b. besoin de créer un réseau c. valoriser le rôle des AVS dans l'accompagnement des PA d. recruter des professionnels de santé locuteurs pour pallier le barrage de la langue

Transport	1. Pas de transports en commun ni de transports adaptés 2. Refus des ententes préalables de la CAFAT 3. Problématique des dessertes de bus Nord-Sud et non Est-Ouest 4. Pas de transports en commun pour les usagers en vue d'accéder au CHN 5. Couverture incomplète du réseau téléphonique sur la zone 6. Peu d'aidants ont des véhicules *« A Nouméa, il y a une liste avec société de transports d'astreinte. Ici il n'y a pas de liste On passe notre temps à appeler les sociétés d'ambulance A chaque sortie, les IDE appellent les sociétés d'ambulance »*
Habitat	1. Difficultés pour les services de secours d'accéder dans les tribus pour les urgences 2. Manque d'anticipation des besoins d'aménagement de l'habitat 3. Bailleur social TEASOA en cessation progressive d'activité 4. Conditions d'habitat sommaires parfois sans eau **Propositions des audités** a. identifier les personnes âgées isolées b. besoin d'une épicerie sociale
Aidants et familles	**AIDANTS** 1. Epuisement des aidants par manque de soutien ou de cohésion familiale 2. Difficulté pour les aidants de coupler activité professionnelle et garde : ne peuvent parfois pas travailler 3. Gestion difficile pour les aidants des patients Alzheimer avec troubles du comportement 4. Retentissement sur la santé des aidants 5. Besoin de formation des aidants : dépendance, maladies, mobilisation des patients **FAMILLES** 6. Manque de reconnaissance et de considération des familles envers les professionnels notamment les auxiliaires de vie 7. Difficulté pour les professionnels de repérer la personne référente au sein de la famille 8. Conflits familiaux lors des retours à domicile ou lors du besoin de financement des Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD)

Aidants et familles	9. Fin de vie assurée par les familles **BESOINS** 10. d'un Hospitel 11. de parler de la fin de vie 12. de reconnaissance du statut de l'aidant 13. d'accompagner les familles dans l'introduction des personnes extérieures **Propositions des audités** a. organiser des réunions familiales pour désamorcer des problématiques b. formation des aidants c. soutien psychologique des aidants d. accompagner et renforcer la cohésion familiale : levier contre épuisement
Tradition et représentation du vieillissement	**REPRESENTATION DU VIEILLISSEMENT** 1. Difficulté pour les personnes âgées d'accepter les personnes extérieures 2. Pudeur des familles dans les soins corporels 3. Difficulté pour les familles de s'opposer au refus ou choix de la personne âgée 4. Utilisation en premier lieu de la médecine traditionnelle 5. Culpabilité des familles quand institutionnalisation 6. La mort est un sujet tabou **BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE** a. Mettre en place des activités pour les personnes âgées et renouer les liens au sein des tribus b. Favoriser le lien transgénérationnel, la transmission de savoirs c. Prévoir des transports adaptés pour les personnes à mobilité réduite d. Créer des espaces pour libérer la parole e. Avoir des conditions de vie décente et une bonne hygiène de vie f. Prévoir de l'aide aux aidants et des solutions de répit g. Vieillir et mourir chez soi

Droit et insécurité	1. Problématique de la spoliation des personnes âgées 2. Obligation alimentaire non appliquée pour le financement des Etablissements Accueillant des Personnes Agées Dépendantes (EAPAD) 3. Violence intrafamiliale et insécurité des personnes âgées 4. Manque de coordination avec le parquet du procureur 5. Besoin d'informer les usagers sur les droits, les mesures de protection judiciaire **Propositions des audités** a. limiter la spoliation : - mettre en place des enquêtrices sociales - campagne d'information sur les droits, les méfaits des procurations b. appliquer l'obligation alimentaire dans le financement des EAPAD

2.2.2.2 Données qualitatives de la zone rurale Nord

CATEGORIE	Synthèse zone rurale Nord [170]
Information	1. Méconnaissance des dispositifs d'aide et de l'offre de soins par les usagers 2. Manque d'information sur les maladies, droits de la personne, fin de vie 3. Manque d'orientation des familles par méconnaissance des professionnels 4. Manque de signalétique au CHT pour mieux orienter les usagers 5. Manque de connaissance des systèmes d'appel en cas d'urgence par les usagers **Propositions des audités** a. besoin d'un portail d'informations b. besoin d'une écoute avec une équipe qui puisse se déplacer en tribu c. plus-value de l'IDE en gérontologie qui informe, oriente les usagers et professionnels
Financement	1. Contraintes budgétaires provinciales 2. Multiplicité des institutions, des financeurs et des acteurs 3. Complexité des démarches administratives 4. Longs délais dans la mise en place des aides et l'entrée en structure 5. Beaucoup de rupture de droits des usagers : Peu de permanences des acteurs institutionnels en province Nord, saturation des travailleurs sociaux dans l'accompagnement des démarches *« 50% permanences des assistantes sociales sont en lien avec des problématiques de rupture de droit pour les patients »* 6. Besoin de définir les critères d'entrée en EAPAD **Propositions des audités** a. faciliter l'ouverture des familles d'accueil en tribu en allégeant la réglementation b. besoin d'une plate-forme unique entre plusieurs institutions pour permettre aux professionnels de

[170] Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de citations recensées par thématique et les phrases en italique aux citations relevées par les enquêteurs lors des entretiens et consultations plénières.

Financement	limiter les ruptures de droits et d'anticiper ces situations grâce à l'information c. besoin d'une politique communale spécifique pour les personnes âgées
Parcours d'accompagnement	**OFFRE DE SOINS** 1. Disparité dans l'offre de soins sur la zone : CMS de Kaala-Gomen sans médecin depuis 2016 2. Le CMS est bien identifié par les usagers 3. Présence d'une IDE en gérontologie côte Est 4. Offre médico-sociale sur la côte ouest : 3 familles d'accueil, 1 SIVM, 1 EAPAD 5. Pas de visite à domicile des dentistes 6. Visites à domicile des CMS selon l'effectif en poste 7. Manque de personnels à domicile pour accompagner la dépendance et favoriser les sorties d'hospitalisation : manque d'auxiliaires de vie la nuit, IDE libéraux. 8. Manque de prise en charge globale et spécifique des personnes âgées aux urgences et dans les services de soins (11) sauf au CHS et à l'hôpital de Poindimié 9. Manque d'infrastructure mortuaire : morgue et places dans cimetière **DOMICILE** 10. Difficulté d'accès aux soins pour personnes âgées isolées et à domicile avec un retard dans l'accès aux soins 11. **Carence des IDE libérales et problématique des nursings ou fins de vie au domicile** : nursing rapide *« Il n'y a pas de passage des IDE sur la zone alors qu'il y a un conventionnement. Les soins de fin de vie ne sont pas assurés »* 12. Difficulté d'assurer des soins de fin de vie à domicile : manque de matériel, disponibilité des IDE, défaut gestion de la douleur, 13. En cas d'urgence, sollicitation des pompiers par usagers plutôt que le 15 14. Manque de repérage de la fragilité (4) 15. Soins de fins de vie à l'hôpital de Poindimié par carence IDE libéraux 16. Circuit du matériel non formalisé avec problématique acheminement, maintenance (8)

Parcours d'accompagnement	**HOPITAL** 17. Refus ou crainte des séniors d'aller à l'hôpital (6) 18. Discrimination liée à l'âge pour accéder à l'hospitalisation (4) 19. Long délai d'attente aux urgences (8) 20. Difficulté pour les professionnels de mobiliser les personnes âgées à l'hôpital (10) 21. Manque de préparation et d'anticipation de la sortie de l'hôpital *« On a du mal à avoir un interlocuteur désigné en ville. A tel point, que je n'essaie plus et vais demander à l'IDE de gérontologie, qui est une pièce maitresse du dispositif ainsi que l'assistante sociale de l'hôpital. Je ne vois pas comment me passer d'elles » (2)* 22. Sorties ralenties par manque de structures d'aval (8) : SSR et EAPAD 23. Manque d'ergothérapeute à l'hôpital de Poindimié *« La moitié des patients SSR ne devraient pas être hospitalisés. Ils sont là car c'est compliqué de rentrer chez eux ou bien d'aller en famille d'accueil »* *« Un patient qui est là depuis 1,5 an à l'hôpital suite à la fermeture de la maison de retraite »* 24. Difficultés pour les usagers d'avoir des informations médicales sur la personne âgée et vice-versa avec les soignants sur le mode vie de la personne âgée *« Des aides-soignantes extraordinaires qui maternent les patients comme nulle part ailleurs. Je n'ai jamais vu cette qualité de prise en charge ailleurs : jamais un escarre n'est apparu sur un patient à Poindimié »* **PATIENTS** 25. Identification de patients complexes : Alzheimer, isolés, en fin de vie, poly pathologiques, patients dépendants, troubles psycho-comportementaux, soins nursings non réalisés à domicile, les problématiques sociales 26. Barrière linguistique = frein dans la communication et PEC (7) **Propositions des audités** a. besoin de structures alternatives : accueillants familiaux côte Est, accueil de jour, EAPAD, résidences séniors dans les villages (16)

Parcours d'accompagnement	b. besoin d'éducation thérapeutique auprès des familles et la personne âgée pour accepter la dépendance, explication du traitement, implication des familles (10) c. besoin de séjour de répit (7) d. promouvoir des visites à domicile préventives en tribu e. prévoir un hôpital de jour gériatrique pour explorer les personnes âgées f. besoin d'une HAD pour fin de vie g. Valoriser l'IDE de Gérontologie comme relai d'information et de coordination avec les équipes soignantes h. Valoriser les soignants de l'hôpital de Poindimié pour former les familles à la manutention i. Besoin d'un rééquilibrage en matière d'EAPAD entre les 2 côtes Est-Ouest **Patients interrogés** 8 /8 des patients interrogés comptent sur l'équipe hospitalière pour les aider à préparer la sortie 8/ 8 des patients interrogés avaient été adressés à l'hôpital de Poindimié via les urgences de l'établissement
Coopération	1. Manque de transmission d'informations médicales entre établissements 2. Défaut de liens et de conventions entre les établissements de santé et les institutions (CAFAT, DPASS NC…) 3. Manque de confiance entre les professionnels de la Province Nord et Province Sud 4. Pas de lien ville-hôpital, ni de communication entre les professionnels *« Les médecins libéraux ne nous préviennent jamais lorsqu'il y a un problème au domicile. Ce sont les auxiliaires de vie ou les familles qui nous alertent ».* 5. Crainte des professionnels qu'il y ait des modifications de l'offre de soins sur Koumac avec l'ouverture de PSN à Koné **Propositions des audités** a. mettre en place un dossier médical partagé b. mettre en place un réseau de santé : harmoniser les pratiques, espaces de rencontre pour les professionnels c. promouvoir la télémédecine d. mettre en place une convention entre les établissements pour faciliter le parcours du patient âgé e. mettre en place des compétences gériatriques en province Nord : vacations de gériatrie, IDE de

Coopération	gérontologie pérenne sur l'ensemble de la province Nord f. besoin de spécialistes sur Koné g. promouvoir la coordination par IDE en gérontologie *« 1e facteur de complexité dans la prise en charge hospitalière des professionnels : Manque d'info coordonnée et/ou de DMP (4)*
Ressources humaines	1. Besoin de formation des professionnels : fin de vie, syndromes gériatriques, urgences personnes âgées 2. Manque d'outils gériatriques pour les professionnels 3. Conditions de travail précaires pour les AVS avec glissement de tâches *« Les auxiliaires de vie font les toilettes. Elles les font de toute façon sans formation alors autant les aider et les former pour cela »* 4. Challenge des soignants dans la prise en charge des troubles psycho-comportementaux et la préservation autonomie 5. Besoin des professionnels de travailler en pluridisciplinarité 6. Turn-over des professionnels : surcharge de travail *« Besoin d'être transparent sur les conditions de travail des professionnels. On leur vend du rêve pour qu'ils viennent travailler en brousse et ils sont déçus »* 7. Problème des incivilités dans les CMS 8. Besoin d'une politique RH pour faire face aux difficultés des professionnels : polyvalence des professionnels de terrain 9. Besoin de renforcer le réseau associatif **Propositions des audités** a. les soignants du CHN pourraient former les aidants au nursing b. développer des actions de prévention tournées vers les personnes âgées et pas uniquement sur le diabète c. besoin que les professionnels s'adaptent au contexte de vie local d. promouvoir les associations sportives e. levier de l'animateur communal f. mission d'intérêt général (MIG) finance des formations carrières sanitaires et sociales
Transport	1. Manque de transport public et coût des navettes privées (11) *« Il y en a suffisamment d'ambulances. Il y a des navettes mais elles ne sont pas en règle. Il manque des navettes qui devraient passer dans les tribus à heure fixe 3 fois dans la semaine. Cela ne se fait plus depuis qu'il y a RAIL. Dans les années 90, il existait ces navettes »*

Transport	2. Distances trop longues pour des RDV ou examens (10) avec un trafic aérien peu fiable et onéreux 3. Manque de transport PMR (8) 4. Refus des ententes préalables de la CAFAT (6) 5. Manque de professionnalisme des ambulanciers (6) *« Ne sont pas à l'heure, ils se trompent de malades, ils ne préviennent pas : la famille attend, ils arrivent à minuit de Nouméa...sans prévenir »* *« Souvent les patients disent que les ambulanciers roulent trop vite Les patients reviennent ici très fatigués. L'ambulancier met la clim le conducteur a chaud et le patient a froid, il a la nausée…il ne mange plus après un retour de Nouméa ou même de Koné »*
Habitat	1. Précarité des logements : sans eau, pas de chauffe-eau, pas de sanitaire (8) 2. Isolement géographique avec un manque de réseau téléphonique 3. Pauvreté des personnes âgées 4. Logements non adaptés à la dépendance (3) 5. Bailleur social TEASOA en cessation
Aidants et familles	**AIDANTS** 1. Difficulté d'accepter pour les aidants la dépendance, l'entrée en EAPAD, la fin de vie (14) 2. Devoir et sacrifice de l'aidant désigné d'office (11) 3. Retentissement sur la vie de l'aidant avec épuisement : moral, santé, sommeil, relations conjugales, isolement social 4. Besoin de formation des aidants : manutention, fin de vie, matériel 5. Besoin d'accompagnement psychologique des aidants 6. Difficulté professionnelle pour les aidants : disponibilité pour les RDV, avec précarité de l'aidant 7. Problématique du statut de l'aidant : femmes non mariées coutumièrement qui sont aidantes 8. Difficulté pour les aidants d'assurer des soins du corps : toilette (8) 9. Difficultés pour les soignants de repérer l'aidant principal **FAMILLE** 10. Problématique de l'isolement familial : exode familial pour le travail, conflits familiaux (20) 11. Problématique des conflits familiaux (7) 12. Famille accompagne et se mobilise pour la fin de vie

Aidants et familles	*« Famille se débarrasse du patient. Le médecin se demande pourquoi un patient est là, alors que la famille prétendait qu'il faisait des fausses routes, surtout en fin d'année pour les fêtes »* **BESOINS** 13. Améliorer les conditions d'accueil des aidants à l'hôpital ; repas, fauteuils, horaires de visite, besoin d'Hospitel (9) 14. Besoin de séjours de répit (5) **Propositions des audités** a. Créer des espaces pour libérer la parole et mieux communiquer b. Affirmer le conseil de famille pour reconnaître les obligations communautaires c. Organiser des réunions de famille avec les professionnels pour optimiser la prise en charge des personnes âgées d. Besoin de flexibilité des employeurs e. Evaluer en province Nord les besoins des aidants
Tradition et représentation du vieillissement	**REPRESENTATION DU VIEILLISSEMENT ET TRADITIONS** 1. Non-dits, tabou de la mort : parler de la mort c'est la provoquer (16) 2. Poids traditionnel pour les aidants avec besoin d'une exemplarité coutumière (11) 3. Disparité dans la désignation de l'aidant selon les familles 4. Conception négative de l'EAPAD et sentiment des familles d'abandonner leurs aînés (11) 5. Difficulté pour les aidants d'assurer des soins corporels par pudeur avec besoin de maintenir la dignité (10) 6. Peur de l'hôpital pour les personnes âgées (8) **BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE** a. Entouré des siens b. Conditions de vie décentes c. Bonne hygiène de vie d. Rester à domicile **Propositions des audités** : e. Changer de regard sur les vieux : espaces de paroles et de soutien avec des médiateurs pour libérer la parole (20) f. Favoriser le lien trans-générationnel (13) g. Besoin de séjour de répit, accueil de jour, animations en tribu (20) h. Garantir une offre de soins de proximité i. Prendre en compte la médecine traditionnelle (6)

	« Il ne manque pas grand-chose pour que cette phrase « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » se suffise à elle-même Il manque un peu de famille, de transport ou d'accès aux soins ou en tribu »
Droit et insécurité	1. Beaucoup de spoliation et des cas de maltraitance dans les tribus (11) 2. Difficultés de mettre en place des mesures de protection judiciaire (7) 3. Manque de connaissance du droit coutumier par les professionnels (5) 4. Insécurité et violence dans les villages (8) 5. Problématique du maintien de la conduite automobile des PA **Proposition des audités** a. Solliciter l'obligation alimentaire pour financer l'entrée en EAPAD

2.3 Portrait de la province des Îles Loyauté

2.3.1 Données quantitatives de la province des îles Loyauté[171]

Nature des données recueillies	Zone Loyauté
DEMOGRAPHIE ET SITUATION en 2014 [172]	
Nombre total d'habitants de la Province Iles Loyauté	18297
Nombre et % de 60 ans en Province Iles Loyauté	2308 = 12,6 % de la population
Evolution des plus de 60 ans depuis 40 ans pour la zone de vie	2,2
Espérance de vie	74 ans
Indice de vieillissement	22
Nombre de retraités, pré-retraite ou retirés des affaires	1272 soit 85 %

[171] ISEE, *Recensement 2014* et CAFAT, *Statistiques Bien Vieillir volet santé 2018.*
[172] Id.

Nombre et % de plus de 65 ans en situation d'emploi	37 soit 3 %
Nombre et % bénéficiaires du minimum vieillesse	1119 soit 48,5 %
Nombre des plus de 60 ans à l'aide médicale A-B-C (année 2018)	1 191
Nombre et % de plus de 60 ans à l'aide médicale B-C (année 2017)	862= 48 % des bénéficiaires du RUAMM
Nombre et % des plus de 60 ans vivant seules	277 soit 12%
Nombre de personnes de + 70 ans vivant en tribu	889 soit 100%
LOGEMENT/ EQUIPEMENTS[173]	
Population de 60 ans et plus résidant en maison et appartement	2118 soit 91 %
Sans eau courante à l'intérieur du logement	468 soit 20%
Électricité hors réseau général	63 soit 3%
Non équipés de réfrigérateur	216 soit 9%
- Non équipés de lave-linge	653 soit 28%
- Non équipés de téléphone mobile	195 soit 8%
Ménages de plus de 60 ans équipés de voiture	48 %

Nature des informations recueillies	**Données Province Iles Loyauté**
ACCES A L'OFFRE DE SANTÉ ET MEDICOSOCIALE en 2019 [174], [175], [176], [177]	
Dispensaire secondaire – nom des communes	2 à Maré, 2 à Lifou, 1 à Ouvéa
Nombre de lits MCO installés en dispensaires	46 lits de médecine et 6 lits d'obstétrique (16 à Lifou, 24 à Maré, 14 à Ouvéa)
Centres médicaux secondaires	5
Médecins généralistes	2 à Lifou
Pharmaciens (hors pharmacie à usage interne)	4

[173] ISEE, *op.cit.*
[174] CAFAT, *op. cit.*
[175] DASSNC, *Situation sanitaire 2017*.
[176] Liste des établissements médico-sociaux au 1er mars 2019
[177] https://service-public.nc/

Infirmiers libéraux	7 (5 à Lifou et 2 à Maré)
Centres d'incendies et de secours	3
Services d'accueil des urgences	5 CMS assurant les urgences
Lits et places MCO, SSR, SLD, gériatrie, psychiatrie adultes installés	0
Accueil de jour (places autorisées)	0
Accueillants familiaux	0
Lits autorisés accueillants familiaux	0
Vacations de médecin en gérontologie	12 vacations par an : 3 Lifou/3 Maré et 3 Ouvéa
IDE gérontologique	0
Foyer logement	0
Lits en Foyers logements	0
EAPAD autorisés et installés	0
Lits autorisés et installés en EAPAD	0
Centres funéraires	0

2.3.2 Données qualitatives de la zone Loyauté

CATEGORIE	Synthèse zone Loyauté[178]
Information	1. Manque d'informations des professionnels et usagers sur les dispositifs d'aide (4) 2. Manque d'informations sur les pathologies et la fin de vie (3) **Proposition des audités** a. Nécessité d'un guichet unique *« Réaliser un spot télé sur Alzheimer en langue Nengoné et traduit aussi en Français pour informer les familles sur la maladie d'Alzheimer »*
Financement	1. Service habitat fermé. Problématique du foncier et du logement aidé (14) 2. Long délais d'attente pour obtenir des aides et du matériel avec besoin d'un dispositif d'urgence (4)

[178] Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre de citations recensées par thématique et les phrases en italique aux citations relevées par les enquêteurs lors des entretiens et consultations plénières.

Financement	3. Complexité des démarches liées à la multiplicité des acteurs et financeurs : CHD, CAFAT, Province (2) 4. Besoin de simplifier les démarches d'aide médicale devant les ruptures de droit (3) 5. Besoin d'un bureau pour les réquisitions au CHT (3) 6. Besoin d'un professionnel ou écrivain public pour aider dans les démarches administratives auprès des usagers : travailleurs sociaux très aidants en province des îles Loyauté 7. Besoin que les personnes à l'aides médicale A accèdent à des soins infirmiers à domicile : SIAD uniquement sur Lifou et pas aux autres îles Loyauté (1) *« C'est un parcours du combattant pour aller chercher la vie »*
Parcours d'accompagnement	**OFFRE DE SOINS** 1. Bon maillage sur Lifou d'offre de soins avec des libéraux médecins, IDE et Kinés, CMS bien identifiés, 2 SSIAD, 2 SESSAD, 2 pharmacies (20) 2. Une association d'auxiliaires de vie, APAHL dynamique sur les 3 iles (7) 3. Déséquilibre dans l'offre de soins avec Maré avec offre de soins réduite : pas de libéraux, pas de SIAD uniquement les CMS et une seule pharmacie sur l'ile (2) 4. Aucune famille d'accueil pour personnes âgées dans les iles (1) 5. CCAS sur Maré et Lifou (2) 6. Manque de professionnels de santé a. Médecin dans les CMS pour le suivi des patients avec une disparité dans les visites à domicile : grève des usagers, suivi médical des usagers sur Nouméa (13) b. IDE libéral sur Maré (8) c. D'aide-soignant au CMS de La Roche (4) d. Kiné libéral sur Maré et de temps Kiné sur Lifou (8) e. Psychologue avec besoin de soutien psycho sur la fin de vie (3) f. D'AVS les weekends (6) *« On fait revenir tous les deux jours au dispensaire un papi pour des escarres…et des pansements chroniques par manque d'IDE libérale »* 7. Besoin de renforcer les soins à domicile surtout sur Maré : IDE et Kiné avec rééquilibrage sur le SIAD (5) 8. Besoin de portage de repas ou de gamelles sur Maré (2) 9. Manque d'infrastructure mortuaire sur Lifou et Maré avec problématique du transport des corps (3) *« Grève l'an dernier au CMS de Chépénéhé pour avoir des médecins »*

Parcours d'accompagnement	**DOMICILE** 10. Formaliser le circuit du matériel médicalisé (13) 11. Souhait de la personne âgée de mourir chez soi (avec surcoût quand le décès se produit sur Nouméa et attente du corps) (13) 12. Défi de maintenir les PA à domicile le plus longtemps possible (7) 13. Manque de formation des soignants sur la douleur et fin de vie (6) 14. Manque de préparation de la sortie avec besoin d'anticiper sur les iles loyauté (5) 15. Manque de communication entre les aidants et les professionnels : les aidants préfèrent l'hospitalisation en CMS car plus de proximité avec les soignants (5) 16. Par défaut de libéraux, des fins de vie sont assurées en CMS (4) 17. Barrage de la langue = frein dans la PEC et compréhension (3) 18. Défaut de communication et de confiance des aidants envers les médecins (2) 19. Manque de repérage des PA fragiles et des PA sans couverture sociale (2) *« On sait comment est la famille, on peut faire de ce fait du bon boulot. Ici c'est facile, c'est tout petit »* **HOPITAL** 20. Manque de connaissance des usagers des systèmes d'appel en cas d'urgence : 15 ou 18 ou CMS (2) 21. Longue attente aux urgences surajoutées à l'attente des EVASAN avec sentiment de manque de confiance des médecins régulateurs avec les médecins provinciaux (9) 22. Sentiment de manque d'humanisme et de dignité dans la prise en charge spécifique de la personne âgée au CHT, en raison du manque de circuit dédié : les aidants ont le sentiment que les professionnels ne considèrent pas toujours les personnes âgées (11) *« Les aidants changent les personnes âgées dans le couloir des urgences »* 23. Coordination des CMS pour favoriser la sortie d'hospitalisation pendant 24/48h en vue d'assurer le matériel, que les libéraux sont prévenus et visite à domicile du travailleur social (6) *« Aujourd'hui on passe par le dispensaire pour le retour à domicile à Maré »*

Parcours d'accompagnement	24. Alimentation hospitalière non adaptée aux habitudes culturelles et à la spécificité de la personne âgée (3) *« Sortie le vendredi après-midi du Médipôle (pas de possibilité d'avoir du matériel le weekend à Lifou) »* *« Hospitalisation aurait pu être évitée s'il y avait une IDE libérale sur Maré »* **Initiatives locales** *« Education pour le diabète : on a remis en route il y a 3 ans des repas en tribu avec la diététicienne. Réapprendre à cuisiner différemment, donner d'autres recettes… Après avoir mangé ensemble, on répond à leurs questions sur le diabète ou d'autres sujets »* (CMS de Maré) **Propositions des audités** a. besoin d'Hospitel (3) b. besoin d'accueil de jour et de structures de répit (12) c. besoin de maison de retraite pour la grande dépendance car dernier recours pour les familles (9) d. besoin d'HAD et de formation des professionnels pour la fin de vie (2) e. besoin d'éducation thérapeutique pour expliquer lentement, en langue les maladies (2) f. identification des patients complexes : démences, poly pathologies, AVC, maladies cardio-vasculaires (21) *« Il serait bien qu'il y ait une continuité entre l'hôpital et le domicile via un réseau »* **Les patients ont donné une note de 6,5/10 aux informations transmises par les professionnels de santé concernant leur maladie** **Les professionnels interrogés considèrent « *la situation de dépendance impliquant de faire intervenir plusieurs acteurs* » comme le facteur n°1 de complexité**
Coopération	1. Manque de compte rendu de sortie et post opératoire alors que les services disent que les CR sont adressés rapidement (14) *« On les a tous les jours besoin de rappeler quelqu'un pour avoir des comptes rendus de Nouméa…je connais toutes les secrétaires du Médipôle »* 2. Manque de confiance et de communication entre les médecins provinciaux et hospitaliers : besoin de communication orale et bienveillante, de revoir la procédure d'EVASAN en urgence (12)

Coopération	3. Bonne collaboration entre les travailleurs sociaux hospitaliers et provinciaux (3) 4. Bonne coopération entre les professionnels de proximité libéraux et provinciaux et la famille notamment durant les weekends pour assurer les soins de nursing du SIAD à Lifou (6) 5. Méconnaissance des professionnels hospitaliers de l'offre de soins ambulatoire et vice-versa (3) **Propositions des audités** a. Besoin de constituer un réseau gériatrique à partir du CHS Albert Bousquet en vue de soutenir les professionnels et structurer la sortie (8) b. mettre en place des outils gériatriques, un suivi des patients avec un carnet de liaison entre IDE/SIAD/APAHL (8) c. développer la télémédecine pour des avis spécialisés (1) d. cahier de liaison commun : le "Carnet du maintien au domicile" avec des informations sur le transit, les RV, la marche, la nuit, l'alimentation, les numéros de téléphone des professionnels de santé… *« C'est le point positif de la consultation plénière du projet Bien Vieillir : j'aimerais mettre en place des carnets de liaisons au domicile. J'ai commandé des cahiers que j'attends »* (CMS de Maré)
Ressources humaines	1. Besoin de formation des aidants et professionnels sur la gériatrie, relation soignant/soigné, maladie d'Alzheimer, fin de vie (9) 2. Précarité des emplois d'auxiliaires de vie avec glissement de tâches vers des nursings, toilettes sur la natte (11) 3. Besoin de SIAD sur Maré ou d'HAD car difficile de gérer les fins de vie et de gérer les nursing lourds (11) 4. Peu d'outils gériatriques pour aider les professionnels et de matériels adaptés (6) 5. Turn-over des professionnels (5) *« Depuis 2006, j'ai connu une centaine de médecins qui sont passés au dispensaire. Il faudrait que la province oblige le médecin à rester 1 an »* *« Les professionnels bougent trop… au dispensaire les patients en ont assez »*

Ressources humaines	*« Les patients sont ouverts aux gens qui sont là depuis longtemps. Ils ne se confient pas à quelqu'un qui est de passage 6 mois au dispensaire »* 6. Besoin de former davantage de personnels dans les services à la personne avec difficulté de remplacement des auxiliaires de vie (7) *« Tous les ans, il y a 12 à 13 stagiaires formés pour l'aide à domicile Tous les ans, ils partent à Nouméa car il n'y a pas de structure pour travailler ici à Lifou »* *« Je n'ai même pas de charriot à roulettes pour les draps, couvertures, produits de toilette »* 7. Barrage linguistique des professionnels = frein dans la PEC (2) 8. Difficultés de trouver des porteurs de projets sur les iles en autoentreprise (3) : transport adapté… 9. Bon soutien de l'église : écoute, lien, aide aux fins de vie (8) 10. Associations dynamiques (APAD, APHAL) avec besoin de professionnaliser les équipes (15) **Proposition des audités** a. Renforcer les visites à domicile des IDE avec des fiches, afin d'organiser le suivi des patients
Transport	1. Manque de transports en commun bon marché avec tarif préférentiel seniors (16) 2. Manque de transports adaptés pour personne à mobilité réduite (PMR) (12) 3. Manque de professionnalisation des ambulanciers (5) 4. Difficulté des familles à amener les personnes âgées au dispensaire par manque de véhicule (2) 5. Surcoût pour les aidants lorsqu'ils accompagnent une personne sur Nouméa pour des soins : voiture location, gratuité du bateau mais pas de l'avion (5) **Initiative** a. Mise à disposition de car de ramassage par la mairie de Maré pour le repas des séniors **Propositions des audités** a. Développer l'auto-entreprenariat b. mettre en place un parcours pédestre sur Lifou (1)
Habitat	1. Demandes d'aménagement des logements en attente et pas de priorisation donnée aux demandes pour les personnes à mobilité réduite (11)

	2. Besoin d'adapter les logements sous avis ergothérapeute (6) 3. Manque de sanitaires dans les maisons avec obligation des soignants de faire des toilettes au lit (5) 4. Manque d'eau sur certaines zones (3) 5. Isolement géographique des personnes âgées complique la PEC : besoin de repérage et géolocalisation des personnes âgées (4) 6. Pauvreté de certaines personnes âgées avec peu de nourriture (3) 7. Définir un cahier des charges plus précis sur l'adaptation des logements : réviser les prestations qui doivent être versées aux entreprises et non aux familles, contrôler davantage les logements pour personnes à mobilité réduite (4)
Aidants et familles	**AIDANTS** 1. Epuisement, lassitude des aidants, refuge dans la prière (10) 2. Variabilité de la désignation de l'aidant par le cœur mas aussi par devoir selon les familles et traditions (7) *« A été désigné d'office. C'est le seul qui ne travaillait pas »* 3. Retentissement sur la santé de l'aidant (2) 4. Retentissement sur la disponibilité des aidants pour accompagner aux rendez-vous médicaux (4) 5. Retentissement psycho-social : cessation d'activité professionnelle, culpabilité des aidants d'institutionnaliser (8) 6. Besoin d'information et de formation des aidants sur les maladies, gestion budget, besoin de la PA, postures, dispositifs d'aide (21) 7. Manque de communication et de confiance entre les aidants et les médecins : écoute des aidants, explication des ordonnances… (5) **FAMILLE** 8. Soutien familial pendant les vacances scolaires, les RDV sur Nouméa (6) 9. Effritement de la solidarité familiale par exode du travail, émancipation de la femme, activité professionnelle des jeunes (5) 10. Présence et soutien de la famille lors des fins de vie avec fatalisme (5) 11. Epuisement et demande des familles d'institutionnaliser (10 demandes/an) mais forte culpabilité, crainte du regard des autres : besoin de maison de retraite pour grande dépendance (5)

Aidants et familles	12. Beaucoup de personnes âgées isolées familialement ou sentiment de non-bientraitance des familles : famille insultante, PA enfermée, personnes âgées malheureuses (6) 13. Souhait des personnes âgées de rester à domicile avec une organisation familiale à pérenniser (2) 14. Mobilisation des familles durant l'hospitalisation au CMS (7) *« Le centre médico-social de Lifou permet aux familles de rester dormir, les aidants font la toilette, les aidants donnent à manger. C'est une grande aide pour les personnes âgées »* 15. Difficulté pour les professionnels de santé de trouver la bonne personne ressource (2) **BESOINS** 16. Plus-value des aidants suivis par des gériatres : mieux éduqués (2) 17. Besoin de structures de répit avec accueil de jour et accueil de nuit (7) *« Besoin de trouver des personnes relais au domicile pour les aidants afin d'éviter l'épuisement »* 18. Besoin de soutien psychologique (5)
Tradition et représentation du vieillissement	**REPRESENTATION DU VIEILLISSEMENT ET TRADITIONS** 1. Difficulté pour la PA de faire entrer une personne extérieure à domicile notamment pour les soins avec besoin d'un aval de la famille ou coutumier (12) *« Impliquer les coutumiers pour qu'ils se rendent compte des besoins des personnes âgées »* 2. Tabou de parler de la mort et aucun besoin des aidants d'anticiper (6) *« Quand les vieux commencent à parler de leurs enfants, parce qu'ils sentent que c'est la fin »* *« Il y a des signes en fonction des clans : dans mon clan, quand une igname meurt cela signifie que quelqu'un va mourir. Chaque clan a ses signes : tonnerre, le vent, la pluie, le soleil… »* *« Moins j'en parle, moins j'accélère la mort »*

Tradition et représentation du vieillissement	3. La coutume définit le cadre et l'organisation des obsèques (3) 4. Concept d'institutionnalisation des ainés difficile à envisager (3) **BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE** a. Bouger et faire des activités physiques (10) b. Rester au domicile (7) c. Etre entouré des siens (5) d. Manger des produits locaux, bio (5) e. Favoriser l'intergénérationnel (5) f. Besoin de structure de répit et d'accueil de jour (5) g. Faire travailler les acteurs ensemble (3) h. Changer de regard sur les vieux avec une vision positive (3) i. Besoin de service d'aide à la personne (2) j. Ne pas souffrir et ne pas être maltraité (2) **Patient considère que le critère n° 1 du BVNC = avoir une couverture sociale et être entouré de sa famille et être soulagé de ses douleurs** **Proposition des audités** a. *« Il y a des métiers à créer avec les vieux, pour que les jeunes s'occupent des vieux »*
Droit et insécurité	1. Maltraitance vis-à-vis des vieux : enfermés, violences (9) *« Parfois, des femmes restent au dispensaire à cause des violences à la maison »* 2. Spoliation du minimum vieillesse (7) *« La plupart des gens de Lifou vivent sur la retraite des vieux »* 3. Besoin de respecter le droit des patients avec difficulté de concorder la loi Léonetti-Clayes avec la coutume (4) *« Complexe quand la famille veut s'acharner : difficile de savoir jusqu'à quand continuer ? Difficile d'accepter le choix du patient »* 4. Manque d'expert sur Lifou pour les mises sous tutelle (2) 5. Besoin d'une coordination avec le procureur pour sauvegarde de justice (1)

CHAPITRE 4

Synthèse générale

1 Données générales sur les personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie[179]

1.1 Données démographiques en 2014

La population des plus de 60 ans représentait en 2014 1 personne sur 8 (12%) en Nouvelle Calédonie (33529 personnes) avec des variations selon les Provinces : 13% de la population totale de la province Sud (26068), 12% dans les îles Loyauté (2308), 10% en province Nord (5153). 70% des plus de 60 ans vivent en Province Sud. 4395 personnes ont plus de 80 ans, en situation de présenter plus de besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne.
La population des 60 ans et plus a été multipliée par 4 en 40 ans, sur l'ensemble du territoire, et par plus de 5 en Province Sud. A Dumbéa, Paita et Mont Dore, la population des 60 ans et plus a augmenté 2 fois plus vite.
Les femmes sont plus nombreuses que les hommes (+ 1000 personnes) et leur espérance de vie est plus longue de 5 ans : 79,9 ans pour les femmes et 74,7 ans pour les hommes. L'écart est plus marqué en Province Sud. L'espérance de vie des hommes et des femmes des Iles Loyauté (74 ans) est inférieure de 4 ans à celle de la province Sud (78,1 ans) et de 3 ans à celle de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie (77,2 ans).
En projection 2030, le nombre des personnes de 60 ans serait de 34000, dont 8000 de plus de 80 ans (un doublement). Les plus de 60 ans se reconnaissent à 38% européens, 30% kanak, 30% autres communautés. A l'échelle de la Nouvelle-Calédonie les proportions sont différentes, 27% sont européens et 39% kanak.

1.2 Institutions impliquées sur le sujet

Les acteurs interagissant autour des personnes de plus de 60 ans sont nombreux et couvrent des compétences relatives à la santé et la prévention, la protection sociale, les aides sociales, l'habitat, le transport, la vie sociale.
Plusieurs acteurs interviennent sur une même compétence, avec des missions différentes : Etat, Nouvelle-Calédonie, provinces et communes. S'ajoutent des acteurs de la société civile, des associations, qui semblent venir combler les manques, ou encore réduire les dysfonctionnements dus au « millefeuille » existant.

1.3 Dimension économique du sujet

La Nouvelle-Calédonie n'a pas attendu cette étude pour se préoccuper de l'impact économique de l'avancée en âge de sa population. La direction de la formation professionnelle continue dans

[179] Les données quantitatives présentées ici n'ont pu être recueillies pour une seule et même année. Elles concernent des années différentes (2014, 2017, 2018 et 2019). C'est pourquoi elles devront être lues avec précaution. Ce premier travail devrait encourager la mise en place d'une évaluation annuelle générale et homogène de la situation des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie.

son étude de 2017 prévoie un besoin important de postes à pourvoir dans le futur dans le domaine de la santé et de l'action sociale, emplois qui représentent déjà en 2017 18% des salariés de Nouvelle-Calédonie pour le seul domaine de l'aide à la personne. Des formations initiales et continues, diplômantes et qualifiantes en santé sont proposées et des aides financières peuvent être sollicitées (Nouvelle-Calédonie, provinces, communes, …). Une information à ce sujet paraît peu visible. Engager une réflexion sur la « Silver-économie » en Nouvelle-Calédonie permettrait de mettre à jour la richesse générée par le vieillissement de sa population (en termes d'employabilité par exemple) mais aussi la richesse au sens strict du terme produite par les plus de 60 ans eux-mêmes.

1.4 Représentation du vieillissement dans la société océanienne

L'Organisation Mondiale de la Santé rapporte que la France a mis 115 ans pour s'adapter au vieillissement de sa population et que les pays émergents comme l'inde ou la Chine n'auront plus que 25 ans pour le faire[180]. Cela concerne aussi la société calédonienne, qui doit déjà et devra s'adapter à des changements sociaux accélérés, un bouleversement des représentations traditionnelles que ce soit dans le monde kanak mais aussi dans les autres communautés. Cela nous invite à réfléchir à cet enjeu de société qu'est le vieillissement dans une société pluriculturelle. Une réflexion anthropologique de la représentation du vieillissement dans les sociétés océaniennes permettrait de proposer des solutions innovantes en milieu tribal ainsi que des axes de prise en charge adaptés à la personne âgée quelle que soit sa communauté d'appartenance.

1.5 Ressources des plus de 60 ans

90% des plus de 60 ans sont retraités, 5% encore en activité et 83% perçoivent une pension de retraite. 1 personne sur 8 bénéficie du minimum vieillesse pour vivre (4498 personnes). En province Sud, 7 % des personnes âgées de 60 ans en bénéficient (1717 bénéficiaires) contre 32 % en province Nord (1662 bénéficiaires) et 48 % en province des îles Loyauté (1119 bénéficiaires).
La protection sociale est composée d'un régime obligatoire (CAFAT et CLR) pour les salariés, et d'un dispositif d'aide sociale pour les autres et les personnes à faible revenu. En 2017, 14 % des + de 60 ans (6745 personnes) bénéficient de l'aide médicale en Nouvelle-Calédonie.

1.6 Environnement familial

La moitié des personnes de plus de 60 ans sont célibataires, divorcées, ou veuves. Mais 1 personne sur 6 de plus de 60 ans vit seule (16%) et 1 sur 4 après 80 ans (22%). Dans les Îles Loyauté toutes les personnes de plus de 70 ans vivent en tribu ou à proximité. En Province Nord

[180] Organisation Mondiale de la Santé, *Vieillissement et santé*, février 2018.

ce sont 64% soit 1359 personnes de plus 70 ans qui vivent au sein des tribus et 2,9% soit 327 personnes de plus de 70 ans en Province Sud.

1.7 Logement

En province Sud, 2% (383 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 2% (615 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement, 2 % (498 personnes) s'éclairent hors du réseau général.
En province Nord, 2 % (183 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 9 % (485 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement, 8 % (398 personnes) s'éclairent hors du réseau général.
En province Iles Loyauté, 8 % (190 personnes) vivent dans une case mélanésienne ou cabane, 20 % (468 personnes) n'ont pas l'eau courante dans le logement, 3 % (63 personnes) s'éclairent hors du réseau général.
Le lien entre le type d'habitat, l'accès à l'eau courante et au réseau électrique, avec le niveau d'équipements sanitaires et électroménagers doit bien sûr être fait.
Ceci concerne les 3 provinces, avec des contextes certainement différents selon qui s'agit de case mélanésienne (habitat culturel) ou de cabane (habitat précaire).
Ce sujet n'est pas anodin lorsqu'il s'agira de définir des modalités de prise en soin à domicile de personnes avec des dépendances qui exigent des équipements pour assurer des conditions d'hygiène de base (toilette, traitement du linge …).
La direction du logement de la Province Sud a établi en 2019 un état des lieux des personnes de plus 60 ans demandeurs de logements sociaux. Depuis 2016, sur les 1179 logements attribués aux personnes de plus de 60 ans, 672 personnes soit 57% d'entre elles vivent seules avec une précarisation puisque 84% d'entre elles perçoivent au mieux le SMG (salaire minimum garanti).

1.8 La question des transports pour les plus de 60 ans

3 ménages sur 4 de plus de 60 ans possèdent au moins une voiture en Nouvelle-Calédonie. Les personnes de plus de 60 ans vivant en milieu urbain sont les mieux équipées en véhicule personnel en 2014. Les Îles sont rattachées à la Grande Terre par des vols réguliers et des liaisons maritimes à un rythme hebdomadaire, ainsi qu'à partir de la Province Nord. Une aide financière est réservée aux ressortissants des Îles. H24 et 365 jours par an des évacuations sanitaires par air sont possibles en direction de Nouméa. Un réseau d'autocar inter urbain couvre le territoire avec des départs quotidiens. Mais les trajets sont longs en durée. Le grand Nouméa dispose d'une offre importante. Taxis et navettes privées complètent l'offre. Des entreprises de transports sanitaires terrestres sont contrôlées par la DASSNC.

1.9 Le parcours de soin des plus de 60 ans

L'offre de soins primaires en 2018

- L'offre libérale : 652 médecins sont présents sur le territoire, 50% salariés et 50% libéraux – 90% d'entre eux exercent en province Sud. La densité est de 117/100000, à comparer à 140 en métropole. Le déficit en spécialistes est à noter. Ils sont installés en Province Sud. Un déficit en infirmières et kinésithérapeutes est observé. Les professionnels de santé sont soumis à un conventionnement avec CAFAT pour s'installer en libéral afin que leurs actes soient pris en charge par les caisses.
- Les centres médico-sociaux avec pour certains des lits d'observation, un modèle d'offre remarquable, sont administrés et gérés par les Provinces. Ils assurent les soins primaires et certains disposent de lits d'hospitalisation à vocation multiple. Les professionnels de santé ont des statuts de salariés. En province Sud on compte : 10 CMS, 2 centres spécialisés et 5 centres médicaux secondaire, en province Nord : 15 CMS, 2 centres spécialisés et 2 centres médicaux secondaires et en province des Iles Loyauté : 5 CMS et 16 centres médicaux secondaires. Pour la Nouvelle Calédonie, c'est 50 structures de proximité. Cependant, l'offre de chaque CMS n'a pas été identifiée à l'occasion de cette étude. C'est une lacune importante dans cette étude.
- S'ajoutent des structures parapubliques en lien avec des mutuelles, mutuelle du Nickel, mutuelle des fonctionnaires, un CMS de la CAFAT. Elles accueillent des professionnels de santé.

Les urgences et la permanence des soins en 2019

- Le centre hospitalier territorial Gaston-Bourret est le siège du service d'aide médicale urgente (SAMU), doté de l'unique centre de réception et de régulation des appels (centre 15). Il couvre toute la Nouvelle-Calédonie.
- Le CHT dispose également du seul service de SMUR de Nouvelle-Calédonie avec une antenne au CHN (pôle sanitaire de Koné).
- Le CHT et le CHN disposent d'un service d'accueil des urgences 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Un service d'accueil des urgences est positionné sur les 3 sites du CHN : Koné, Koumac et Poindimié.
- La clinique Kuindo-Magnin assure les urgences 7 jours sur 7 mais uniquement de 7 heures à 23 heures.
- 24 centres médico-sociaux de « Brousse » sont chargés de répondre aux besoins de la population dans le domaine des urgences médicales. Des astreintes sont assurées 24 h sur 24.

L'offre hospitalière MCO public et privée en 2018

- 810 lits et places de MCO au CHT, au CHN du Nord (Koné, Koumac et Poindimié) et à la Clinique Kuindo-Magnin ;
- 148 lits et places de SSR au CHN du Nord (Koumac et Poindimié), au centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet, au centre de soins de suite et réadaptation (CSSR) de Koutio, et à la clinique Kuindo-Magnin ;
- 194 lits et places de psychiatrie (adulte et infanto-juvénile) au CHS à Nouméa.

Focus sur l'offre gériatrique de Nouvelle-Calédonie en 2019
- 57 lits de Long Séjour dont une unité de 15 lits Alzheimer fermée, 20 lits de SSR au CHS Albert Bousquet ;
- 14 lits en unité de court séjour gériatrique centre hospitalier territorial Gaston-Bourret ;
- Des consultations mémoires et gériatriques au centre de gérontologie clinique du CHS Albert Bousquet ;
- Consultations gériatriques avancées : 12 missions annuelles en Province sud (Bourail, Ile des Pins et La Foa), 9 missions sur les 3 Iles loyauté et aucune dans le Nord ;
- Création d'un réseau soins de palliatifs en 2015.

Il est difficile de comparer le taux d'équipement en lits et places de la Nouvelle-Calédonie à celui de la métropole, dans la mesure où n'existe pas sur le territoire d'alternative à l'hospitalisation comme par exemple l'hospitalisation à domicile.

L'offre médico-sociale en 2019
- L'accompagnement à domicile est assuré par 26 services, 21 positionnés au sud, 5 au nord, et 2 dans les iles.
- 43 places d'accueil de jour installées dans 5 structures situées exclusivement en province Sud.
- L'offre d'hébergement en établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (787 lits autorisés) est proche de celle en métropole, mais concentrée au Sud avec quelques lits au Nord (40 lits) et aucun dans les Îles. 135 lits d'accueillants familiaux et 224 places en foyers-logements viennent compléter cette offre.
- Une infirmière gérontologique exerce sur des communes de la côte Est (500 personnes bénéficiaires en un an sur 5 communes).
- Un guichet unique d'information existe, installé par le pôle gérontologique situé à Koutio.
- Des sites internet des établissements et de la CAFAT fournissent des informations.

1.10 Santé des personnes âgées de 60 ans et plus

La prévention en 2019
- Le programme Do Kamo prévoit la promotion de l'activité physique, mais nécessite d'être encouragé.
- 58% des plus de 60 ans sont diabétiques et des actions de prévention secondaire et tertiaire existent. Un recul de 25% de l'obésité permettrait de stabiliser ce chiffre.

La santé (données de 2014 et 2017)
- Quelque 45% des personnes de plus de 60 ans sont considérées en longue maladie en 2017.
- 3 pathologies concernent majoritairement les plus de 60 ans : HTA, diabète, tumeurs. En 2017, 8000 personnes de plus de 60 ans sont prises en charge pour un diabète en 2017.
- Les cancers les plus fréquents en 2017 chez les hommes et femmes de plus de 60 ans sont les cancers des bronches et poumons. Viennent ensuite les cancers de la prostate chez les hommes et du sein chez les femmes.
- 45% des insuffisants rénaux de Nouvelle-Calédonie ont plus de 65 ans en 2017.
- Des situations de démences ont doublé en 7 ans : 540 en 2010 versus 913 en 2017.

- Les deux tiers des causes de décès des plus de 60 ans sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire pour l'année 2014.

La consommation de soins en 2017

- L'avancée en âge n'est pas associée à une augmentation du nombre de visite chez le médecin généraliste mais à l'inverse les soins de nursing augmentent avec l'âge : après 80 ans, une personne sur deux en bénéficie et seulement 1 sur 10 avant 70 ans.
- 1 patient sur 3 hospitalisé au sein des trois établissements hospitaliers référents de Nouvelle-Calédonie a plus de 60 ans.
- 1 évacuation sanitaire sur 4 concerne les personnes de plus de 60 ans alors qu'environ 1 personne sur 8 dans la population générale a plus de 60 ans en 2017.
- 92 % des EVASAN concernent les maladies de l'appareil circulatoire et la radiothérapie en 2017.

Le handicap et la dépendance des plus de 60 ans en 2017 et 2018

- Sur les 3476 dossiers médicaux de la base de données de la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance (CRHD) 4 diagnostics médicaux principaux sont responsables de près de la moitié des causes de dépendance : 538 personnes sont atteintes de démence et/ou maladie d'Alzheimer (15 %), 434 ont eu un accident vasculaire cérébral (12,5%), 426 souffrent d'arthrose (12,3%) et 205 de diabète (5,9%).
- Sur les 3165 personnes entrant dans le régime handicap et dépendance, 1967 sont reconnues dépendantes (62 %) et 1198 handicapées (38 %).
- En 2018, 576 majeurs protégés de plus de 60 ans sont sous mesure de protection judiciaire principalement sous tutelle.

2 Résultats de l'enquête qualitative auprès des populations : patients âges hospitalisés, aidants familiaux, professionnels et membres de la société civile

2.1 Information

Constat

Les aidants et les professionnels manquent d'information sur les dispositifs d'aide en vue de mieux orienter les patients. Les professionnels ne se connaissent pas entre eux, ni les missions de chacun. Ils ont des difficultés pour repérer les personnes aidantes ou référents au sein des familles. Les aidants manquent d'information sur les maladies liées au vieillissement (Alzheimer, syndromes gériatriques, fin de vie…) ainsi que sur les systèmes d'appel en cas d'urgence. La langue vernaculaire est un frein dans la communication avec les soignants et dans la prise en charge des soins.

Propositions des audités

- Mettre en place un guichet unique ou plate-forme d'informations avec un numéro unique permettant d'informer et d'orienter les populations

- Assurer des relais de proximité d'information via les dispensaires en vue de faire circuler l'information et permettre une écoute en tribu
- Prévoir une IDE en gérontologie sur la côte Ouest qui informe, oriente les usagers et professionnels, sur le modèle actuel de ce qui se fait sur la côte Est

2.2 Financement et démarches administratives

Constat

Dans un contexte économique contraint, la gouvernance et le financement partagé de la santé est vécu comme complexe. La multiplicité des acteurs impliqués et la complexité des démarches administratives rendent l'accès aux soins et à l'aide sociale difficile : manque d'anticipation des usagers et de leur famille, ruptures de droit, personnes ressources manquantes, conditions d'entrée en EAPAD incomprises, inadéquation entre les plans d'accompagnement personnalisé proposés et leur mise en pratique, difficultés ou incapacité des usagers à payer leur reste à charge ou financer la maison de retraite. L'absence de dispositif d'aide sociale en urgence ne vient pas pallier à la lenteur de l'obtention des aides sociales.
Spécificités provinciales : Peu de permanence des acteurs institutionnels en province Nord, Service habitat fermé en province Iles Loyauté, Besoin que les personnes à l'aide médicale A accèdent à des soins infirmiers à domicile sur Iles comme c'est le cas à Lifou.

Propositions des audités

- Création d'un fond unique avec un seul financeur / Diminution du reste à charge pour les patients et rendre obligatoire la couverture sociale complémentaire / Besoin d'une plate-forme unique entre plusieurs institutions pour permettre aux professionnels de limiter les ruptures de droits et d'anticiper ces situations grâce à l'information / Règlementation du forfait soins avec des ergothérapeutes en EAPAD
- Harmonisation des prestations et grilles de reconnaissance entre le Handicap et la dépendance / Contrôle accru des EAPAD et des prestataires de services / Faciliter l'ouverture des familles d'accueil en tribu en allégeant la réglementation
- Mise en place d'un réseau d'informations pour les professionnels, avec un dispositif d'accompagnement spécifique des patients complexes / Création d'une maison de la personne âgée avec besoin d'un guichet unique plus large que le pôle gérontologique avec plusieurs partenaires comme CAFAT, CHD/ Besoin de politique publique tournée vers la personne âgée avec financement dédié / Besoin d'accompagnement de professionnels ou écrivains publics pour faciliter les démarches/ Promouvoir un guide explicatif des plans d'aide destinées aux personnes âgées
- Besoin de repérer et identifier la personne ressource ou aidante

2.3 Parcours d'accompagnement

Constat

Sur le grand Nouméa, l'offre de soins est satisfaisante avec une permanence des soins, un bon maillage entre acteurs, des soins gériatriques : pôle gérontologique, court séjour gériatrique au CHT et centre de gérontologie clinique du CHS. En dehors du grand Nouméa, on constate une disparité dans l'offre de soins essentiellement en provinces Nord et Iles. Certains dispensaires sont fermés ou fonctionnent sans médecin. La couverture de professionnels libéraux est pauvre sur les iles de Maré, la côte Est. Au contraire, Lifou présente un bon maillage de professionnels avec une innovation comme des soins infirmiers à domicile émanant des dispensaires. Au domicile, on constate un manque de visites des médecins, un manque de professionnels pouvant accompagner la dépendance et les soins de nursing, un nombre insuffisant d'infirmiers libéraux et d'auxiliaires de vie. On note une omniprésence des structures d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes sur le grand Nouméa et une émergence sur la côte Ouest. Il n'existe aucune structure sur la côte Est et les iles Loyauté.

Les audités s'accordent à penser que le défi à relever est de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile et respecter leur souhait de mourir chez eux. Les professionnels soulignent leur besoin d'outils gériatriques, et de formation permettant de prévenir la dépendance et de repérer la fragilité. Plusieurs causes sont identifiées dans les retards d'accès aux soins : isolement géographique et/ou familial, couvertures sociales provinciales excluant des prises en charge hors de leur province d'origine (cas des ressortissants aide médicale de la Province des Iles ayant recours à des soins en Province Sud). A domicile l'accompagnement des fins de vie est complexe nécessitant une expertise avec la mise en place d'un réseau de professionnels formés.

On constate aussi des hospitalisations tardives en raison du manque de conscience des patients de leur état de santé, du refus ou de leur crainte d'aller à l'hôpital, une méconnaissance de l'organisation de la permanence des soins en cas d'urgence. Les médecins adresseurs ressentent un manque de confiance des médecins régulateurs avec un sentiment de discrimination lorsque leurs patients sont très âgés. Ils déplorent l'absence de circuit dédié pour la personne âgée accueillie aux urgences du CHT et les aidants ressentent un manque d'humanisme et de dignité. Les audités rapportent au cours d'hospitalisation au CHT des personnes âgées non levées et une alimentation peu adaptée. La communication et l'obtention d'informations médicales semblent difficiles pour les familles et les professionnels en difficulté pour repérer la personne de confiance au sein des familles. Les sorties d'hospitalisation sont mal préparées et anticipées en raison d'un circuit du matériel médicalisé non formalisé, de difficultés d'acheminement des traitements ou d'aménagement du domicile en cas de dépendance et de familles non mobilisées et préparées.

Selon les audités, les sorties sont ralenties par le manque de lits d'aval de soins de suite et de réadaptation et par ricochet des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

L'offre médico-sociale de structures alternatives à l'hébergement fait défaut. Il manque des foyers-logements ou résidence sénior pour limiter l'isolement et l'insécurité, des accueillants familiaux, de l'accueil de jour et de nuit, des lits dédiés à l'urgence sociale. Les professionnels rapportent que la prise en charge des soins en EAPAD en raison des escarres de la grande dépendance nécessiterait de réviser le forfait soin.

Les patients considérés complexes sont ceux atteints de maladies neuro-dégénératives, de troubles du comportement, l'isolement et les problématiques sociales aggravant cette complexité. La chute est un signal d'alerte de la complexité. La barrière de la langue est un frein dans la prise en charge et dans la relation d'aide.

Propositions des audités

- Former et accompagner les professionnels (pathologies du vieillissement, fin de vie)
- Renforcer le maillage des professionnels à domicile pour accompagner la dépendance avec des infirmiers libéraux, les auxiliaires de vie, visite à domicile des médecins et dentistes
- Repérer les personnes âgées fragiles et complexes en réinstaurant les vigiles de santé, créer un hôpital de jour diagnostic
- Garantir des soins complexes à domicile avec une structure type hospitalisation à domicile et un service soins infirmiers à domicile sur le grand Nouméa/ une organisation des soins dentaires pour les personnes âgées
- Développer une prise en charge spécifique pour les personnes âgées avec un circuit court à l'hôpital
- Assurer des vacations gériatriques en Province nord et davantage en Province Sud comme Thio
- Développer l'IDE gérontologie comme une infirmière de pratique avancée sur la côte ouest
- Faire accepter la dépendance aux patients et familles à travers information et éducation thérapeutique adaptée à la vie océanienne
- Améliorer les conditions d'accueil des aidants avec la création d'un hospitel, une meilleure signalétique
- Rééquilibrer les établissements accueillants des personnes âgées dépendantes et accueillants familiaux entre les 2 côtes Est et Ouest, ainsi qu'aux iles loyauté
- Repenser la maison de retraite à l'océanienne : architecture, animaux, jardins…
- Créer un pool commun d'agents pour les remplacements des agents en EAPAD
- Développer des structures alternatives en vue de répondre au besoin de répit : accueil de jour, séjours de répit adapté au mode de vie tribal
- Développer des résidences sénior dans les villages pour rapprocher les personnes des offres de services

2.4 Coopération

Constat

Les acteurs recommandent la création d'un réseau de santé gériatrique territorial, ainsi que l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées. Le manque de coordination entre acteurs est amplifié par l'absence d'outils informatisés dédiés. La méconnaissance des acteurs entre eux est décrite comme une des premières causes de ce manque de coopération. Certaines missions gagneraient à être clarifiées, comme celles du médecin coordonnateur en EAPAD, du service de court séjour gériatrique du CHT Gaston Bourret et de l'Instance de Coordination Gérontologique.

Le peu de liens ville-hôpital et la méconnaissance des professionnels hospitaliers de l'offre de soins ambulatoire et vice versa vient s'ajouter aux difficultés à obtenir des comptes rendus opératoires ou d'hospitalisation.

Propositions des audités

- Mettre en place un réseau de santé gériatrique territorial / une plate-forme d'information ou un interlocuteur hospitalier pour répondre aux professionnels libéraux / Faciliter les rencontres et échanges de pratiques / Besoin d'un outil commun type Dossier Médical Partagé, logiciel interfacé, dossier radiologique commun, messagerie sécurisée/ Développer la télémédecine pour des avis spécialisés
- Développer IDE expertes gériatriques pour le repérage fragilité et prise en charge des personnes âgées / Développer les Infirmières de pratiques avancées en gériatrie/ Mettre en place des compétences gériatriques en province Nord : vacations de gériatrie, IDE de gérontologie pérenne sur l'ensemble de la province Nord
- Valoriser le Carnet vert actuel, qui est très utile / Mettre en place une convention entre les établissements pour faciliter parcours patient âgé / revoir la procédure d'EVASAN en urgence/ mettre en place un cahier de liaison commun : le "Carnet du maintien au domicile" (informations sur le transit, la marche, la nuit, l'alimentation, les numéros de téléphone des professionnels de santé, les RV médicaux…)

2.5 Ressources humaines et milieu associatif

Constat

Les professionnels hospitaliers et libéraux ont besoin de formation en gériatrie (syndrome gériatrique, chute, démence, fin de vie, hygiène bucco-dentaire, approche culturelle de la maladie …) et déplorent l'absence d'outils gériatriques et de prévention des maladies. Le turn-over et la difficulté à trouver des personnels qualifiés sont des facteurs d'épuisement pour ceux qui sont en poste et nuisent à la qualité et la continuité des soins. L'absence de service de soins infirmiers à domicile (SIAD) ou d'hospitalisation à domicile rend complexe la prise en charge de nursing lourds ou de fins de vie par les professionnels libéraux.

Le potentiel humain et la bienveillance des soignants océaniens sont évoqués comme une force et une spécificité de la Nouvelle-Calédonie, malgré les conditions de travail difficiles notamment pour les auxiliaires de vie (précarité, glissement de tâches avec nursing…).

Le milieu associatif est dynamique et un réel appui aux professionnels de santé mais nécessitait d'être renforcé (soutien des religieux pour les fins de vie et reconnaissance des activités sportives proposées aux séniors).

Propositions des audités
- Mettre en place des outils d'évaluation gériatrique et de repérage de la fragilité
- Besoin d'une HAD, SIAD pour accompagner les fins de vie et les nursings lourds au domicile et d'un réseau gériatrique territorial pour faciliter la coordination des soins et le suivi des patients âgés au domicile
- Revalorisation des grilles salariales public/privé pour faciliter le recrutement des aides-soignants sur le territoire
- Validation des acquis de l'expérience pour les aidants / auxiliaires de vie

2.6 Transports et infrastructures

Constat
Les audités considèrent que le service des ambulances sur l'ensemble du territoire n'est pas satisfaisant : manque de compétence, de conformité aux règles de sécurité, désorganisation et absence de coordination avec les professionnels, retards et erreurs fréquents. Le coût des transports sanitaires est jugé trop élevé et les refus de prise en charge par la CAFAT nombreux. Les transport PMR manquent et ne sont pas adaptés aux personnes obèses. D'une manière générale les transports en commun sont estimés trop rares, l'offre privée couteuse ainsi que les transports aériens. Peu d'aidants disposent par ailleurs d'une voiture. Les RV médicaux sur Nouméa dans ce contexte sont complexes pour les patients du Nord ou des Iles Loyauté.
L'accessibilité des cabinets et centres de soins n'est pas possible pour les personnes âgées à mobilité réduite. Le réseau téléphonique ne couvre pas l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie et le réseau routier est de mauvaise qualité.

Propositions des audités
- Organiser une offre de transports intermédiaires entre taxis et ambulances et des navettes allant en tribu 3 fois dans la semaine et à heure fixe
- Disposer pour chaque province de la liste des sociétés de transports d'astreinte
- Tarif préférentiel senior pour les transports en commun

2.7 Habitat

Constat
L'habitat des patients lorsqu'il est isolé géographique des centres urbains est considéré comme un facteur de perte de chance (pas de repérage géographique des personnes âgées et/ou difficultés d'accès pour les services de secours). Certaines personnes âgées vivent dans des conditions précaires : squat, manque d'eau, de sanitaires, pas de nourriture, pas de mobilier…
L'adaptation du logement à la dépendance reste complexe par manque d'anticipation des besoins d'aménagement de l'habitat, d'avis ergothérapeute.

Il a été signalé des difficultés d'accès au logement social, des délais d'obtention longs, l'absence de priorité donnée aux personnes âgées à mobilité réduite et aux ressortissants des Iles. Les critères d'attribution des aides à l'aménagement de l'habitat sont peu compris et les délais d'obtention considérés comme très longs.

Propositions des audités
- Recenser les personnes dépendantes vivant dans les squats
- Définir un cahier des charges plus précis sur l'adaptation des logements
- Recourir aux services d'ergothérapeute pour l'adaptation des logements

2.8 Aidants et familles

Constat
Les aidants audités ainsi que les professionnels rapportent un réel épuisement des aidants par manque d'information, de disponibilité professionnelle et de cohésion familiale. Cet épuisement retentit sur la santé des aidants, leur vie socio-professionnelle, leur vie conjugale et favorise l'isolement social. Certains aidants sont contraints de cesser leur activité professionnelle ou quitter leurs proches, pour garder leur parent âgé. Les aidants ont besoin de souffler soit en s'exprimant soit en faisant garder la personne âgée par la famille ou dans des structures de répit. Ces aidants invisibles ont besoin d'être reconnus socialement et financièrement. Ce sont souvent les femmes qui sont impactées.
Dans la société kanake, le devoir et le sacrifice de l'aidant, désigné d'office, est rapporté dans toutes les zones consultées, ainsi que la difficulté de réaliser des soins d'hygiène par pudeur et respect. Les aidants ont des difficultés pour gérer les troubles du comportement et accepter la dépendance. Une entrée en maison de retraite comme accompagner la fin de vie sont des concepts tabous pour les aidants comme les familles.
La famille est le pilier du maintien de la personne âgée à domicile avec une organisation familiale solidaire et une proximité géographique des enfants. Les solidarités s'effritent avec un exode lié au travail, l'émancipation de la femme, les conflits familiaux. Les conflits souvent latents sont exacerbés lors de l'accompagnement de la personne âgée dépendante : financement avec obligation alimentaire, entrée en structure... Certaines familles acceptent difficilement les personnes étrangères comme une auxiliaire de vie. Ainsi des personnes âgées se sentent isolées et non bien traitées. Les fins de vie sont assurées dans la société kanake à domicile par la famille avec une certaine dévotion.

Propositions des audités
- Reconnaitre le statut de l'aidant : rémunération, VAE, disponibilité avec l'employeur…
- Accompagner psychologiquement aidants et familles dans l'acceptation de l'aide extérieure des professionnels
- Ouvrir des espaces de parole notamment pour les fins de vie
- Besoin de structure de répit pour les aidants avec de l'accueil de jour et de nuit
- Besoin de former les aidants aux maladies, dépendance, mobilisation…
- Repenser la notion de personne référente et de confiance dans la société kanake
- Création d'un réseau d'aidants

- Organiser des réunions familiales par des professionnels afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées

2.9 Traditions et représentation du vieillissement

Constat

La médecine traditionnelle est souvent le premier recours au soin. Les personnes âgées craignent d'aller à l'hôpital. Les personnes âgées ont des difficultés pour accepter des personnes extérieures comme les infirmiers. Parfois cette désignation est imposée coutumièrement. Ce qui suscite de la part des aidants une attente de reconnaissance de leur activité tout comme une exemplarité des chefs coutumiers en ce domaine. Les personnes âgées ne souhaitent pas être une charge pour leur descendance. La maison de retraite ne correspond pas aux attentes de la population kanake pour accueillir des personnes âgées dépendantes. Ils ont un sentiment de culpabilité, d'abandon et une difficulté à accepter les regards et remarques du clan. La mort est un sujet tabou : « parler de la mort, c'est la provoquer ».

La représentation du « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » doit changer selon les audités : vieillir et mourir chez soi, être entouré des siens, accéder facilement aux soins, bouger et manger des produits bio, favoriser les activités transgénérationnelles et de transmission de savoirs…

Propositions des audités

- Changer le regard sur les vieux, rendre positive et valoriser l'image du vieillissement
- Sensibiliser les professionnels de santé à la médecine traditionnelle

2.10 Droit et insécurité

Constat

La méconnaissance du choix de la personne âgée et de la personne de confiance, l'absence de directives anticipées, nuisent au respect des choix de la personne âgée. La spoliation des ressources des personnes âgées par l'entourage est souvent dénoncée par les audités, ainsi que la violence intrafamiliale et l'insécurité dans laquelle vivent certaine d'entre elles. Les professionnels des centres médico-sociaux sont aussi victimes de cette insécurité.

Une meilleure coordination avec le parquet du procureur, des mesures de protection judiciaire plus simples ou rapides en cas de signalement, une montée en compétences des associations tutélaires, faciliteraient la protection des personnes âgées vulnérables. Le droit coutumier peut parfois freiner ces mesures de protection judiciaire.

Propositions des audités

Mettre en place une obligation alimentaire, y compris pour le financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Données quantitatives du rapport « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » par province et pour l'ensemble du territoire

DEMOGRAPHIE ET SITUATION en 2014 [181]	PROVINCE SUD	PROVINCE NORD	PROVINCE DES ILES	NC
Nombre total d'habitants	199 983 habitants	50 487 habitants	18 297 habitants	268 767 habitants
Nombre et % des plus de 60 ans	**26 068** soit 13 % de population	**5 153** soit 10,2 % de la population	**2 308** soit 12,6 % de la population	**33 529** soit 12,4% de la population
Indice de vieillissement	29	20	22	27
Espérance de vie	78.1	75.7	74	77.2
Prévisions pour 2030 + 60 ans	NR	NR	NR	34 000 de + 60 ans 8 000 de + 80 ans
Nombre et % de retraités, pré-retraite ou retirés des affaires chez les personnes > 65 ans	16 573 soit 91% des 18 213 pers	3027 soit 87 % des 3 464 pers	1272 soit 85 % des 1 504 pers	20872 soit 90% des 23 171 pers
Personnes de plus de 65 ans en situation d'emploi	1 023 soit 6 % des 18 213 pers	144 soit 4 % des 3 464 pers	37 soit 3 % des 1 504 pers	1204 soit 5% des 23 171 pers
Bénéficiaires du minimum vieillesse des plus de 60 ans	1 717 soit 6,6%	1 662 soit 32 %	1 119 soit 48,5 %	4 498 soit 13%
Nombre des > 60 ans Aide médicale A-B et C [182]	*4 109 personnes*	*3 424 personnes*	*1 191 personnes*	*Cumul estimé à 8 724*
Bénéficiaires du RUAMM de> 60 ans Aide médicale B et C [183]	*3 946*	*1 912*	*862*	*Cumul estimé à 6 720*
Nombre de personnes de + 60 ans vivant seules	4 980 soit 19,1%	869 soit 16,8%	277 soit 12%	6 385 soit 19%
Nombre de personnes de + 70 ans vivant en tribu	327 soit 2,9% des 11 076 pers	1 359 soit 64% des 2 104 pers	889 soit 100% des 889 pers	2575 soit 17,6% des 14 560 pers

[181] ISEE, *Recensement 2014* et Statistiques Séniors fournies par ISEE du 18.03.19
[182] Données des 3 provinces 2018.
[183] CAFAT, *Statistiques Bien Vieillir volet santé 2018.*

LOGEMENT/ EQUIPEMENTS en 2014	PROVINCE SUD	PROVINCE NORD	PROVINCE DES ILES	NC
Populations des > 60 ans domiciliés au sein de leur résidence principale	25 467	5 124	2 308	32 899
Populations des > 60 ans résidents en maison	17 721 soit 69,6%	4 924 soit 96,1%	2 118 soit 91,7%	24 763 soit 73,9%
Populations des > 60 ans résidents en appartement	7 256 soit 28,5%	92 soit 1,8%	0 soit 0%	7 348 soit 21,9%
Populations des > 60 ans sans eau courante à l'intérieur du logement	615 soit 2,4%	485 soit 9,4%	468 soit 20,3%	1 568 soit 4,7%
Populations des > 60 ans avec électricité hors réseau général	498 soit 1,9%	398 soit 7,7%	63 soit 2,7%	959 soit 2,9%
Populations des > 60 ans non équipés de réfrigérateur	441 soit 1,7%	433 soit 8,4%	216 soit 9,3%	1 090 soit 3,3%
Populations des > 60 ans non équipés de téléphone mobile	1938 soit 7,6%	723 soit 14,1%	195 soit 8,4%	3595 soit 10,9%
Populations des > 60 ans équipés d'ordinateur	16053 soit 63%	1833 soit 35,7%	668 soit 28,9%	18554 soit 56%
Populations des > 60 ans équipés d'un accès internet	14 498 soit 56,9%	1 041 soit 20,3%	277 soit 12%	15 816 soit 48,1%
Populations des > 60 ans possédant au moins une voiture	20 881 soit 82%	2947 soit 57,5%	1 117 soit 48,4%	24 945 soit 75,8%
Non équipé d'une baignoire ou douche	159 soit 0,6%	313 soit 6,1%	300 soit 12,9%	772 soit 2,3%
Non équipé d'un WC	157 soit 0,6%	469 soit 9,1%	545 soit 23,6%	1 138 soit 3,4%

ACCES A L'OFFRE DE SANTÉ ET MEDICOSOCIALE en 2019[184], [185], [186], [187]	PROVINCE SUD	PROVINCE NORD	PROVINCE DES ILES	NC
Centre médicaux sociaux	10	15	5	30
Nombre de lits de MCO installés en dispensaires	16	2	46 lits de médecine et 6 lits d'obstétrique (16 à Lifou, 24 à Maré, 14 à Ouvéa)	70
Médecins généralistes	128	10	2	140
Pharmaciens (hors pharmacies à usage interne)	50	14	4	68
Infirmiers libéraux (conventions)	183	25	7	215
Sociétés d'ambulances	21	28	5	54
Services d'accueil des urgences : nombre	2	3	0	5
Centres d'incendies et de secours	9	14	3	26
Lits et places MCO, SSR, SLD, Gériatrie, Psychiatrie adultes installés	731 MCO 120 SSR 0 SLD 57 gériatrie CHS 14 lits CHT 169 psychiatrie adultes	79 MCO 28 SSR 0 SLD 0 gériatrie 0 psychiatrie	0	810 MCO 148 SSR 0 SLD 57 gériatrie longue durée 14 gériatrie court séjour 169 psychiatrie adultes

[184] CAFAT répartition au 31 décembre 2018
[185] Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, *Situation sanitaire 2017*
[186] Liste des établissements médico-sociaux au 1er mars 2019
[187] https://service-public.nc/

IDE Gérontologie	0	1	0	1
Missions médicales gériatriques	12	0	12	24
Accueil de jour : nombre de places autorisées	56	7	0	63
Accueillants familiaux	26	3	0	29
Lits autorisés accueillants familiaux	122	13	0	135
Foyer logement	4	0	0	4
Lits en Foyers logements	244 dont 80 non autorisés	0	0	244 dont 80 non autorisés
EAPAD autorisés et installés	16 autorisées (11 installées et 5 à venir)	2 autorisées (1 installée et 1 à venir)	0	18 autorisées dont 12 installées
Lits autorisés et installés en EAPAD	767 autorisées (458 installées + 289 à venir)	78 autorisés (20 lits installés et 58 à venir)	0	845 lits autorisés dont 478 installés
Centres funéraires	6	3	0	9

CHAPITRE 5

Pistes de réflexions du cabinet MJF

Des problématiques identifiées, des pistes de réflexions

A la suite de la demande de l'équipe projet, les éléments suivants constituent une contribution de ma part aux pistes de réflexions, qui a vocation à compléter à travers un regard peut-être plus « distancié » (note d'étonnement) les éléments livrés par l'équipe opérationnelle. A la simple analyse des données quantitatives, trois problématiques paraissent se dégager, qui permettent de mettre en lumière des pistes de réflexion pour « *Bien vieillir en Nouvelle Calédonie* ».

Il s'agit du croisement de six données quantitatives :

- l'évolution démographique et la santé des personnes de 60 ans et plus.
- les solutions de maintien au domicile des personnes âgées dépendantes, l'adaptation du logement et la coordination entre les professionnels.
- la situation sociale des aidants familiaux et le nécessaire renforcement de compétences sur le terrain.

- **La première problématique : *l'évolution démographique des plus de 60 ans et le vieillissement en meilleure santé***

L'accroissement du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, et 80 ans et plus à échéance 2030, est en tant que tel un sujet de préoccupation pour les pouvoirs publics qui doivent se préparer à cette **évolution démographique**. Les besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne augmenteront. S'y préparer obligera à vérifier la pertinence de l'offre en place, Province par Province et rechercher les meilleures manières d'offrir des conditions d'accompagnement dignes, aux personnes âgées dépendantes et à leurs aidants familiaux.

La dimension démographique ne peut être abordée seule. La santé des personnes de 60 ans et plus devra être au centre des préoccupations
L'état de santé actuel des personnes de 60 ans et plus, est déjà aujourd'hui préoccupante, puisque presque la moitié sont reconnus en Longue Maladie, et 3 pathologies sont concernées. Un accroissement important du nombre de personnes qui auront besoin de traiter des pathologies lourdes comme le diabète, l'HTA et les tumeurs est certain dans les 10 prochaines années.

Une première piste de réflexion apparaît de manière évidente.

Les causes de la médiocre santé des personnes de 60 ans et plus sont à identifier. Par exemple, la fréquence de diabète de type 2 est à mettre en lien avec les habitudes alimentaires de la population et à l'observation de surpoids, y compris dans la population plus jeune. Des actions de prévention sont déjà engagées, en particulier en Province Sud. Elles doivent surement être renforcées. Une prise de conscience devra se développer à l'échelle du Territoire. Le sujet est complexe puisqu'il touche les habitudes de vie, les coutumes, les traditions, mais aussi les coûts des denrées alimentaires.

Il ne suffira pas de diffuser des informations du type « *manger 5 fruits et légumes* ». L'accès à une alimentaire saine et équilibrée interroge aussi les moyens économiques de la population.

Concernant le public âgé, certainement encore plus ancré dans des habitudes alimentaires, des actions spécifiques doivent être recherchées, imaginées. 11 L'alimentation de la personne âgée est un sujet complexe, combinant santé bucco-dentaire, adaptation des textures, appétence des mets, etc…

- **La deuxième problématique : au moment de la survenue des dépendances, vers quelle priorité s'engager pour assurer une prise en charge adaptée et digne ?**

Le grand Nouméa s'est doté de structures d'hébergement alternatives au domicile en nombre. En Province Nord comme dans les Iles Loyauté, **l'alternative au domicile personnel n'existe pas**, ou seulement via des accueillants familiaux en Province Nord, ou encore en quittant sa tribu pour un EHPAD de Nouméa.

Faut-il imaginer d'autres formes de réponse ? Certainement oui, au regard du cout financier de la construction de structures de type EHPAD ou Foyer logement qui couvrirait le Territoire de la Nouvelle Calédonie.

En métropole, **le maintien au domicile** avec les aides nécessaires, est une option prise depuis de nombreuses années, et qui a pour conséquence de retarder le déplacement des personnes dépendantes vers des structures d'hébergement collectives.

Quelles pistes explorer en Nouvelle Calédonie, avec son habitat dispersé, et le regroupement de la population en tribu, ou la solidarité familiale s'exprime ? Comment s'appuyer sur l'offre existante, les CMS, et les structures sanitaires gériatriques ?

Des solutions originales sont donc à trouver.

- La question du l**ogement est centrale si l'option prise est de favoriser le maintien au domicile.**

Elle doit être abordée et des solutions recherchées pour que l'ensemble des logements occupés par les personnes âgées soit adapté, le jour où la dépendance interviendra. Cet enjeu est général à la Nouvelle Calédonie. Il est le même en Métropole, qui s'en préoccupe depuis ces dernières années par différents dispositifs de conseil et d'aides financières. Mais une particularité aujourd'hui : dans les trois Provinces, 1600 personnes sont concernées par l'absence d'eau courante à l'intérieur du logement, 959 par une source d'éclairage hors réseau électrique. La situation semble différente selon qu'il s'agit des habitats mélanésiens au sein de tribu, ou d'un habitat précaire.
L'habitat mélanésien sans confort se situe essentiellement dans les communes des Iles Loyauté et en Province Nord.
L'état des sols et les accès inadaptés conduisent les personnes âgées à un isolement social. En tribu, la dépendance peut se conjuguer avec le déclin du statut social, à partir du moment où la personne âgée ne peut plus se rendre à la maison commune de la tribu.

Les habitants de ces logements ne peuvent, par conséquent, pas recevoir les aides qui conviennent sans installation sanitaire minimum et sans la possibilité d'installer des équipements adaptés.

La recherche de **solutions adaptées et originales** est à engager, en **impliquant la population locale** très attachée au respect des règles coutumières et certainement en capacité d'imaginer une forme d'habitat adapté à l'état de leurs ainés. Est-ce envisageable d'imaginer d'accompagner les tribus dans la recherche d'un habitat adapté à la dépendance de manière à favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions au sein de la tribu ? Le manque d'équipements électriques dans un habitat dispersé, repérés par l'ISEE, peut être traité avec les nouvelles technologies, le solaire par exemple.
Cela me fait penser au constat fait dans le Haut Jura il y a un peu moins de 30 ans. Des personnes âgées vivaient dans des fermes isolées avec un confort médiocre. Les communes se mobilisent pour la construction en leur sein de « *cantou* », lieux de vie d'une capacité de 18 places gérés par une maitresse de maison et l'intervention des professionnels libéraux pour les soins. Aujourd'hui 6 *cantous* sont installés dans la montagne et 3 en ville4.

- Favoriser le maintien au domicile, passe par **le renforcement d'une offre de santé de proximité**, **coordonnée**

L'**offre de santé de proximité** est remarquable en Nouvelle Calédonie. L'engagement des gouvernements provinciaux dans le financement et la gestion des centres médico-sociaux est une vraie réponse aux besoins de santé de la population.
L'installation des **Centres Médico-sociaux** constitue **un atout majeur** dans les Zones de vie. Ils sont l'armature d'un maillage très solide en matière d'offre, même si la démographie médicale est en berne. Ils sont considérés par les professionnels comme **des lieux d'information** (cf : les résultats des entretiens).

Ils pourraient devenir des **lieux pluri services** encore plus larges qu'ils ne le sont : lieu d'informations renforcé, de conseils (démarches administratives), de formation, ... Ils pourraient devenir des « **centres de coordination** » des professionnels de santé du secteur, impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Ils pourraient aussi impulser des initiatives locales et aider la population locale à s'emparer des sujets pour « Bien vieillir… ». La première des actions seraient d'identifier précisément l'offre de chaque C.M.S (compétence des professionnels, horaires d'ouverture, …), ce qui n'a pas été réalisé dans l'étude.

- **Coordonner l'offre sanitaire existante et la renforcer dans les secteurs non pourvus**

L'offre sanitaire en Nouvelle Calédonie est notable, mais sa répartition est en défaveur de la Province Nord et des Iles Loyauté. Le nouvel hôpital à Koné devrait améliorer l'offre au nord.

« *L'offre hospitalière gériatrique est essentiellement concentrée sur le grand Nouméa avec le Centre de Gérontologique Clinique (CGC), centre de référence et depuis fin 2018, l'ouverture au Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret (CHT) ou Médipôle une unité de court séjour gériatrique. Avec le service de court séjour du CHT et les services d'aval du Centre Hospitalier Territorial Spécialisé Albert Bousquet (CHS), les professionnels devront s'articuler pour faire fonctionner la filière gériatrique, améliorer le parcours des patients notamment par la possibilité d'admission directe dans les services hospitaliers sans passage par les services d'urgence.* »5

Une des lacunes identifiées est l'insuffisante coordination entre les différents intervenants du parcours de soin suivi par les personnes âgées. Ce constat est établi par les personnes qui se sont exprimées pendant les entretiens, mais est prévisible au regard du nombre de partenaires et d'institutions qui interviennent. Si la coordination est gage de la qualité des prises en soin pour l'ensemble de la population, elle est une obligation pour espérer apporter une réponse optimale aux personnes âgées dépendantes.

L'installation d'un réseau gériatrique, à l'échelle du territoire, à partir des structures existantes est un enjeu. Les Centre médico-sociaux peuvent être des espaces relais pour la population comme pour les professionnels.

L'infirmière gérontologique assure principalement des consultations de suivi et gère des problématiques en lien avec des difficultés sociales, la perte d'autonomie ou des signalements. Le lien paraît tout trouvé avec les professionnels qui interviennent au domicile.

- **La troisième problématique : l'isolement des aidants familiaux et l'insuffisance de compétences professionnelles sur le terrain**

« *En Nouvelle-Calédonie, il n'existe ni service d'hospitalisation à domicile (HAD), ni aide-soignant à domicile, ni équipe Alzheimer spécialisée, ni hôpital de jour gériatrique, ni service de soins infirmiers sauf le dispositif provincial uniquement pour les bénéficiaires de l'aide médicale A sur Lifou* »6.

Développer, renforcer le maintien à domicile ou toute forme de prise en charge de proximité passe par la présence de professionnels formés.

En Nouvelle-Calédonie, un atout est la **mobilisation familiale** exprimée par les aidants qui ont répondus à l'invitation.

Ce sont des femmes, la plupart du temps de plus de 40 ans, et pour 1/4 d'entre elles, avec un emploi à temps partiel.

Prendre en compte leur expérience personnelle, les **former pour les qualifier** peut-être une solution pour se préparer à la situation future, avec le doublement des personnes âgées dépendantes. Ceci pourrait se combiner avec une politique de formation des auxiliaires de vie sociales. Des actions dans ce sens sont déjà engagées en Province Sud.

Des **soutiens psychologiques, des formations relatives à la prise en charge** des personnes dépendantes permettraient de **rompre l'isolement et la précarité de ces personnes**.

Bibliographie

1. Adélé, Y. (Avril 2019) Etablissement Les jardins d'Eleusis *« La santé bucco-dentaire à l'EHPAD Les jardins d'Eleusis Acte 1 et 2 »*
2. Albert-Dunais, V. *De la médecine traditionnelle à la bioéthique*, colloque Université de la Nouvelle-Calédonie, mai 2014.
3. Arcan, Bernard, La construction culturelle de la vieillesse, in Anthropologie et Sociétés, vol. 6, n°3 1982, université Laval, Québec, pp. 7-23
4. Bedon, P. *Etude des patients à durée de séjour élevée CHT Gaston Bourret »*, maternité de la Nouvelle-Calédonie, contrôle médical du Régime Universel d'Assurance Maladie, février 2010.
5. Belec, M. Darbon, D. *Présentation de l'offre hospitalière actuelle de la Nouvelle-Calédonie Projections au regard des projets de modernisation en cours de mise en œuvre,* DASSNC, 2011.
6. Belec, M. *Note relative à la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la personne âgée gériatrique et de la personne handicapée en Nouvelle-Calédonie*, DASSNC, 2016.
7. Benoit, J. Denis, T. 18 % des adultes en situation d'illettrisme*, in Synthèse n° 29*, ISEE, Nouméa, 2012.
8. Bourquin, M. – Aquino, JP., *Les innovations numériques et technologiques en gérontologie*, rapport Fédération Hospitalière de France, Silver Economie, juin 2019.
9. Broustet, D., Le maintien à domicile : solutions privilégiée des personnes âgées, *in synthèse n° 30*, ICG et ISEE, novembre 2013.
10. Broustet, D. *Projections de population pour la Nouvelle-Calédonie à l'horizon 2030 : une évolution entre croissance et vieillissement*, ISEE Nouvelle-Calédonie, 2018.
11. Butler, Robert, Why Survive ? Being Old in America, Harper and Row, 1975, 512 p.
12. Calmette, P,. – Rey, JL,. *Analyses et recommandations de la mission d'appui-conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé*, rapport IGAS, Paris, juin 2018.
13. Centre communal d'action sociale de Nouméa, *Guide de l'aidant,* 2019.
14. Chauvin, C,. Gay, J-C,. *Le DVD des communes - Atlas numérique*, IRD, éditions Collection Atlas, 2012.
15. Conseil du Handicap et de la Dépendance, *Bilan des actions en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes*, 2017.
16. Compas, *Diagnostic territorial. Les quartiers de Nouméa Analyse des besoins sociaux*, 2016.
17. Coutel, C. *« 6 thèmes, 29 propositions de France Alzheimer et Maladies apparentées en Nouvelle-Calédonie »*, France Alzheimer, 2017.
18. Dorothy Ayers Counts et David R., Counts, Aging and ils transformations, Moving toward Death in Pacific Societies,University Press of America, 1985, 336 p.
19. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCP) *"Ageing in Asia and the Pacific"* https://mipaa.unescapsdd.org/files/documents/SDD%20Ageing%20Fact%20Sheet%20Overview.pdf
20. Ouvrage collectif, *La santé en Nouvelle-Calédonie : 101 mots pour comprendre*, CDPNC, Nouméa, 2017, 251 p.
21. Fédération Hospitalière de France, *Communiqué de presse 20 Juin 2019,* Filière Silver Economie.
22. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *Do Kamo Etre épanoui - Plan de santé calédonien 2018-2028 »*, 2018.
23. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *arrêté nº2015-2235/GNC du 20 octobre 2015 relatif à la création d'une certification professionnelle de la Nouvelle-Calédonie »*

24. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *annexe à la délibération N°196 du 15 décembre 2016 fixant la planification de l'offre de soins hospitaliers publics et privés de la Nouvelle Calédonie 2017-2022.*
25. Hadj, L., 53000 personnes sous le seuil de pauvreté *in Synthèse n° 23,* Instance de Coordination Gérontologique et Institut de la Statistique et des Etudes Economiques de la Nouvelle-Calédonie, Nouméa, janvier 2012.
26. Handicap International, direction des opérations et des ressources techniques, *Guide Méthodologique Comment réaliser une étude quantitative, qualitative ?,* avril 2017.
27. Haut-Commissariat de la République de Nouvelle-Calédonie. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, *Nouvelle-Calédonie 2025 : Schéma d'aménagement et de développement de la Nouvelle-Calédonie,* 2013.
28. Haute Autorité de Santé, *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?,* juin 2013.
29. Henrard, Jean-Claude, Les multiples facettes du vieillissement, in Santé, Société et Solidarité, dossier vieillissement et dépendance, Québec, 2002, pp. 13 à 19.
30. IGAS, Société et vieillissement, juin 2011.
31. Institut National d'Etudes Démographiques Réunion, *Des défis pour la Réunion de demain,* 2011.
32. Institut pour le développement des compétences en Nouvelle-Calédonie, *Etude prospective emploi-Formation 2017 : principaux résultats*, octobre 2018.
33. Kingsley DE. (2015) *« Aging and health care costs : narrative versus reality. Poverty Public Policy* » ;7(1) : 3–21
34. Libault, D. *Concertation Grand Age et Autonomie*, Ministère des solidarités et de la Santé, 2019.
35. Mabon, S., Demaneuf, T., *Données PMSI 2017 CHT INM CHN*, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, 2019.
36. Marie, C-V., *Enquête transversale Migrations-Famille-Vieillissement dans les départements d'outre-mer*, 2015.
37. Morel, A., Veber O., *Société et* vieillissement, IGAS, juin 2011.
38. Observatoire régional de la santé de l'Océan indien, *Les personnes âgées à La Réunion*, septembre 2017.
39. ONU, AG/935, 5 octobre 1999.
40. Organisation mondiale de la santé, *Programme Vieillissement et santé : Transcender les mythes*, 1999.
41. Organisation mondiale de la santé, *Vers un consensus international sur les politiques de soins au long cours pour les personnes âgées*, 1999.
42. Organisation mondiale de la santé, *Rapport final de la commission des déterminants sociaux de santé »*, 2008
43. Organisation mondiale de la santé, *Longer Life, Healthier Life*, 2010.
44. Organisation mondiale de la santé, *Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques », 2010.*
45. Organisation mondiale de la santé, *Le vieillissement et la santé,* février 2018.
46. Raoull, H., *Accompagnement de la personne âgée par les infirmiers libéraux de Nouvelle-Calédonie*, Syndicat Infirmiers à domicile, 2018.
47. Read, J., *Evaluation de la prévalence de la fragilité sur les personnes âgées de plus de 65 ans en milieu tribal sur l'île de Lifou en Nouvelle-Calédonie*, thèse de doctorat en médecine, université du droit et de la santé,Lille 2, 2017, 113 p. et annexes.
48. Roiné, D,. Ezoe, M,. *Observatoire des communes de Nouvelle-Calédonie*, agence française de développement, 2018.

49. Rosay, H. Prise en charge des personnes âgées dans les sociétés traditionnelles, *in Etudes sur la mort*, numéro 126, 2005, 27 p.
50. Robine, JM., Cambois E., Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015, *in Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2017, pp. 294-300
51. Salomon, C. *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, PUF, Paris, mars 2000, 160 p.
52. Secours catholique, délégation de la Nouvelle-Calédonie, *« Pourquoi un guide des actions sociales Etre près de ceux qui sont loin »*, 2018.
53. Streeter, R. Coulson, C. *Quel avenir pour nos personnes âgées ?*, conseil économique et social de la Nouvelle-Calédonie, 2009.
54. Sudrie, O. *Repenser le modèle social calédonien. Mission 2 Financement de la santé, mars 2017.*
55. Tivollier, JM,. *« 5e rapport REIN NC- RESIR »*, réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie 2016.
56. Vergier, N. *Déserts médicaux : comment les définir, comment les mesurer ?*, direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,mai 2017.
57. Wamytan, I. Fornes, JC., *La prise en charge des personnes âgées dans les Iles Loyauté*, direction provinciale de l'action communautaire et de l'action sanitaire de la Province Îles Loyauté et centre hospitalier spécialisé A. Bousquet, février 2014.
58. https://www.ass.nc
59. https://www.cafat.nc
60. https://www.cht.nc
61. https://www.dass.nc
62. https://www.gouv.nc
63. https://www.isee.nc
64. https://www.service-public.nc
65. *https://*www.pole-gerontologique.nc
66. htwww.kedia.nc
67. https://www.air-caledonie.nc/
68. https://www.air-loyaute.nc
69. http://rai.nc/horaires-et-tarifs
70. http://www.carsud.nc/
71. www.karuiabus.nc
72. https://www.betico.nc
73. https://dittt.gouv.nc/transport-des-personnes
74. https://pickme.nc
75. https://leguide.nc/services-utiles/transports/bus-navette

Annexe 1. Méthodologie de l’enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

Annexe 1

Méthodologie de l'enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

Annexe 1. Méthodologie de l’enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

Contenu

1 Objectif du projet 264
1.1. Eléments de contexte 264
1.1.1. Eléments de contexte qualitatifs 264
1.1.2. Eléments de contexte quantitatifs 265
2 Résultats attendus 266
3 Méthodologie 266
3.1. Phase A : consultations plénières auprès des professionnels et de la société civile et des aidants, 300 participants, 150 heures de réunion 268
3.1.1. 12 consultations dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie auprès des professionnels et des membres de la société civile. 268
3.1.2. 12 consultations plénières dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord) 111 aidants 271
3.2. PHASE B Interviews auprès des professionnels et des patients des établissements de santé participants, 171 participants, 200 heures d'entretien 272
3.2.1. Méthode initialement prévue pour la sélection des professionnels et des patients des établissements de santé 272
3.2.2. Méthode retenue pour la sélection des professionnels et des patients des établissements de santé : Saturation des données 275
3.3. Analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies 279
3.3.1. Le but recherché dans le traitement des données 279
3.3.2. Méthode construite pour traiter les données 280
3.3.3. Une catégorisation pour trier et synthétiser les données 282
3.3.4. Méthode de traitement 283
3.3.5. Analyse des données quantitatives 284
4 Réflexion éthique 285
5 Conclusion 287
6 Annexes 287
DOCUMENT 1. Fiche renseignement Consultations PLENIERES PROFESSIONNELS, société civile 287
DOCUMENT 2. Fiche renseignement-Consultations plénières pour les aidants 289
DOCUMENT 3. Questionnaire professionnels de santé 295
DOCUMENT 4. Questionnaire patient hospitalisé ou accueilli en établissement de santé 298
DOCUMENT 5. Demande de participation a l'enquete (exemplaire enquêteur) 304
DOCUMENT 6. Demande de participation a l'enquete (exemplaire patient) 305
DOCUMENT 7. Membres des comités stratégique, technique et des groupes de travail de la mission : « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » 306

Annexe 1. Méthodologie de l’enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

1 Objectif du projet

Développer une cartographie du parcours de soins et du parcours de vie[188] des personnes de plus de 60 ans ainsi que les coopérations entre acteurs concernés afin d'identifier les leviers d'amélioration et la démarche stratégique à mettre en œuvre

1.1. Eléments de contexte

1.1.1. Eléments de contexte qualitatifs

Conformément à la délibération n° 196 du 15 décembre 2016 relative au taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières pour l'exercice 2017, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie conclut avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, permettant de mettre en œuvre les schémas d'organisation sanitaire.

C'est pourquoi, la structuration de filières de soins comme la filière gériatrique avec la mise en place d'un court séjour gériatrique au médipôle, l'ouverture du pôle sanitaire de Koné, incite le CHS Albert Bouquet à exporter son expertise et son savoir-faire.

Cette réflexion inscrite dans un contexte économique contraint implique coopérations et mutualisations : « *D'ici 2019, le congrès de la Nouvelle Calédonie sera aussi amené à se prononcer pour accompagner de manière juridique et/ou financière les projets communs aux trois hôpitaux publics* »[189].

La mission d'appui conseil au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie recommande dans son rapport de l'Inspection générale des affaires sociales : « *l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales […] est d'intervenir de plus en plus en ambulatoire et de recourir de moins en moins à l'hospitalisation. […] Cette situation oblige à redéfinir, dans les meilleurs délais, la carte sanitaire de la Nouvelle Calédonie afin de fixer les objectifs d'évolution de l'offre de santé, et pas seulement de soins, en tenant compte des nombreux paramètres qui vont intervenir : évolution des besoins des populations (prévention, promotion et éducation en santé), construction des parcours de soins et travail de plus en plus interdisciplinaire, évolution des pratiques vers l'ambulatoire, nouveaux services de l'e.santé, concurrence entre opérateurs etc.* »[190]

Ainsi pour l'année 2018 en collaboration avec le membre du gouvernement en charge de la protection sociale et le membre du gouvernement en charge de la santé, les conseils d'administration des trois établissements de santé (CHS, CHT et CHN), ont nommé l'équipe projet « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » pour concrétiser les missions suivantes :

Parcours de soins, parcours de santé, Parcours de vie, Lexique des parcours d'A à Z (Agences régionales de santé Janvier 2016) : « Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie. Ils se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement ».

[189] Annexe à la délibération N°196 du 15 décembre 2016 fixant la planification de l'offre de soins hospitaliers publics et privés de la Nouvelle Calédonie 2017-2022

[190] Rapport IGAS juin 2018

- élaborer un diagnostic partagé, reflet du travail déjà engagé par tous les acteurs de santé territoriaux auprès des patients du territoire, qu'il puisse aussi faire connaitre les initiatives dont les équipes sont capables pour améliorer la qualité des soins et faire émerger des propositions innovantes pour la santé des Néo-calédoniens ;
- dresser un état des lieux, issu des entretiens individuels et collectifs réalisés auprès des professionnels de santé, de la société civile, des patients et des aidants de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie ;
- proposer un plan d'actions sur lequel les membres du gouvernement s'appuieront pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale relative aux personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie, impliquer tous les acteurs concernés et pour finir faciliter les coopérations et mutualisations, ce qui est indispensable aujourd'hui au regard des difficultés auxquelles le RUAMM est confronté.

1.1.2. Eléments de contexte quantitatifs

Etat des lieux de la population néo-calédonienne[191] :

La Nouvelle-Calédonie compte 268.767 habitants.
Le territoire est découpé en trois provinces qui comptabilisent chacune :

- 74 % de la population totale pour la province Sud,
- 21 % pour la province Nord
- 7 % pour la province Iles.

Actuellement 1 Néo-calédonien sur 8 a plus de 60 ans (12,5 % de la population totale).
Ces 33529 Néo-calédoniens de plus de 60 ans se répartissent entre les trois provinces de la Nouvelle-Calédonie :

- 78 % en province Sud (26068 personnes)
- 15 % en province Nord (5153 personnes)
- 7 % pour la provinces Iles (2308 personnes).

L'offre d'accueil en établissements pour personnes âgées en Nouvelle-Calédonie est de 805 places autorisées en EAPAD au 1er mars 2019[192].

Cette offre est essentiellement concentrée sur la zone Nouméa/Grand Nouméa :

- 747 places en Province Sud,
- 78 places en Province Nord,
- 0 places en Province Iles Loyauté.

Projections
1 Néo-calédonien sur 5 aura plus de 60 ans en 2030
Un triplement des plus de 80 ans d'ici 20 ans

[191] Recensement de la population 2014 INSEE - ISEE Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle Calédonie
[192] Places autorisées Etablissements médico-sociaux au 1er mars 2019 (Direction des Affaires Sanitaires et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (DASS-NC)

2 Résultats attendus

1) Etat des lieux des coopérations existantes
2) Etat des lieux des coopérations souhaitées
3) Identification des ressources mobilisables
4) Identification des points de ruptures dans le parcours de soins des personnes de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie
5) Schéma du parcours de soins des personnes de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie en tenant compte des spécificités culturelles
6) Plan d'actions permettant de faciliter le parcours de soins (structuration d'un réseau gériatrique, guichet unique…)

3 Méthodologie

Cette enquête est une enquête qualitative et non quantitative.

Elle est construite en deux phases et 4 groupes de population :

Phase A

- 12 consultations plénières dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord) auprès de professionnels et de membres de la société civile ;
- 12 consultations plénières dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord) auprès d'aidants.

Phase B

- Interviews auprès de professionnels d'établissements de santé ;
- Interviews auprès des patients d'établissements de santé.

Les informations recueillies lors de ces quatre populations feront l'objet d'un état des lieux du « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » sous forme d'un rapport présentant la situation des personnes de plus de 60 ans sur le territoire et d'une note de synthèse, auxquels une analyse quantitative des données recueillies auprès des institutions de la Nouvelle-Calédonie sera associée.

Cet état des lieux sera présenté à un comité élargi : membres du gouvernement, comité stratégique, comité technique, établissements participants, etc à la fin du mois d'avril 2019.

L'ambition de ce projet est de présenter des recommandations permettant de définir :

- Une politique territoriale de la personne de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie
- Une stratégie territoriale des coopérations pour la Nouvelle-Calédonie en accord avec tous les acteurs du sanitaire, social, médico-social et familial

Les consultations plénières ont été réalisées par l'équipe projet : Pascale de Greslan et Valérie Albert-Dunais. Les entretiens semi-directifs auprès des professionnels ont été conduits par Pascale de Greslan, le docteur Valérie Albert-Dunais a quant à elle interrogé les patients.

Un dossier a été déposé au conseil consultatif d'éthique avant le commencement de l'étude. Thibaut Demaneuf, bio-statisticien et épidémiologiste pour Do Kamo[193], est le référent méthodologie de cette enquête et Tatiana Izidoro, psychologue gérontologue du CHS le référent éthique.
Une déclaration simplifiée auprès de la CNIL a été déposée.

La conception et l'élaboration de ce projet ont été réalisées en concertation avec les membres des comités stratégiques et techniques[194] ainsi que l'équipe Do Kamo : Pierre Wélépa, coordonnateur et Phillipe Bedon, économiste de la santé.
Quatre groupes de travail se sont réunis pour nous aider dans la conception et l'élaboration des Interviews, la préparation Consultations plénières, l'organisation des réunions avec les aidants et les données de santé. Ont participé à ces réunions **:**

- directeur des soins d'un établissement de santé public ;
- médecin gériatre ;
- représentant des infirmiers libéraux, des directeurs des établissements recevant des personnes âgées de Nouvelle-Calédonie, des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie, des médecins coordonnateurs d'établissement recevant des personnes âgées de Nouvelle-Calédonie, d'un des bailleurs sociaux ;
- coordonnateur d'un réseau de santé de Nouvelle-Calédonie ;
- épidémiologiste d'un réseau de santé de Nouvelle-Calédonie ;
- psychologue gérontologue d'établissement de santé spécialisé en gériatrie ;
- psychologue clinicienne intervenant au sein des groupes de paroles destinés aux aidants ;
- formateur, consultant auprès de professionnels de santé ;
- chef de service du centre communale d'action sociale.

Le protocole de l'enquête a été validé par la FHF, qui a également émis des recommandations, prises en compte par l'équipe projet avant l'administration des questionnaires et le démarrage des consultations plénières. La FHF a également contribué au suivi et à l'analyse des données recueillies dans les phases A et B en apportant un soutien méthodologique. L'AFD a soutenu cette initiative en finançant la relecture et la consolidation des données qualitatives par l'intermédiaire d'un expert de la SPH Conseil (filiale de la FHF).

Dans un premier temps, nous présenterons la méthode utilisée lors de la phase A :

- **consultations plénières auprès des professionnels et de la société civile et aux aidants** (paragraphe 1, page 5 à 10) ;

Puis nous présenterons celle retenue pour la phase B :

- **entretiens semi-directifs auprès des professionnels et patients des établissements de santé** (paragraphe 2, page 11 à 18).

Nous avions initialement choisi une méthode par échantillonnage de population, mais en raison du temps imparti pour cette enquête et de la capacité des établissements à fournir dans ces délais les informations utiles à la sélection des personnes interrogées, nous avons opté pour une méthode par

[193] DO KAMO : Rapport d'orientation sur les pistes potentielles de réforme du système de santé calédonien. (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie)

[194] Annexe : Document 7, Membres des comités stratégique, technique et des groupes de travail

saturation des données. Afin d'illustrer le cheminement de notre réflexion méthodologique nous avons conservé les premiers éléments scientifiques de la méthode par échantillonnage de population, mais la méthode retenue au final sera celle de la saturation des données.

3.1. Phase A : consultations plénières auprès des professionnels et de la société civile et des aidants, 300 participants, 150 heures de réunion

3.1.1. 12 consultations dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie auprès des professionnels et des membres de la société civile.

- **190 professionnels et membres de la société civile recensés**

- Professionnels de santé :
  - Provinciaux, libéraux, hospitaliers
  - Médecin, IDE, kiné, orthophoniste
- EAPAD et accueillants familiaux
- Services d'aides à la personne
- Religieux
- Coutumiers
- Collectivités :
  - Elus
  - Directions et services techniques : province, commune, hospitalier
  - Formation : IFPSS, ETFPA, etc.
  - Bailleurs sociaux : SIC, TEASOA, FSH, etc.
- Associations :
  - Associations de femmes
  - Associations de patients

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat, ce qui pourrait biaiser les résultats obtenus dans les consultations plénières. Afin de limiter cet écueil, les problématiques mises en évidence dans les 11 communes seront évaluées en fonction de leur fréquence et classer par ordre d'importance relativement à cette fréquence.

- **Résultats attendus :**

- Situations complexes au domicile et définition
- Moments de ruptures dans le parcours des personnes > 60 ans
- Connaissances des expériences positives d'ores et déjà mises en œuvre par les professionnels pour les faire connaitre, les valoriser et les dupliquer
- Coopérations entre les acteurs de santé
  - Etat des lieux des coopérations existantes
  - Etat des lieux des coopérations souhaitées
  - Outils de communication et coopérations
- Vision des professionnels sur le vieillissement et son accompagnement

- **Où ont été réalisées ces rencontres ?**

12 réunions ont été organisées dans 11 communes sélectionnées de la Nouvelle-Calédonie (CF Plan ci-dessous). Elles ont été sélectionnées par les membres du comité stratégique et de pilotage[195] (50 personnes en tout) afin d'avoir une vision globale et territoriale (tribus, capitale, iles…) et illustrer cette problématique du parcours de soins des personnes > 60 ans et de l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire et la quasi-totalité des aires coutumières :

- Province Nord : Koné, Kaala-Gomen, Touho, Houaïlou
- Province Sud : Nouméa Sud, Nouméa Nord, Mont-Dore, Bourail, Ile des Pins, Thio
- Province iles : Lifou, Maré

- **Comment ont été sélectionnés les participants ?**

Ils ont été invités à participer à une réunion plénière dans leur commune via une information réalisée par les CCAS ou les communes elles-mêmes (message d'information via les magazines locaux ou par tout autre support laissé au libre choix des mairies ou CCAS…).

Ces participants ont pu être invités directement par les professionnels des mairies ou des centres d'action sociale.

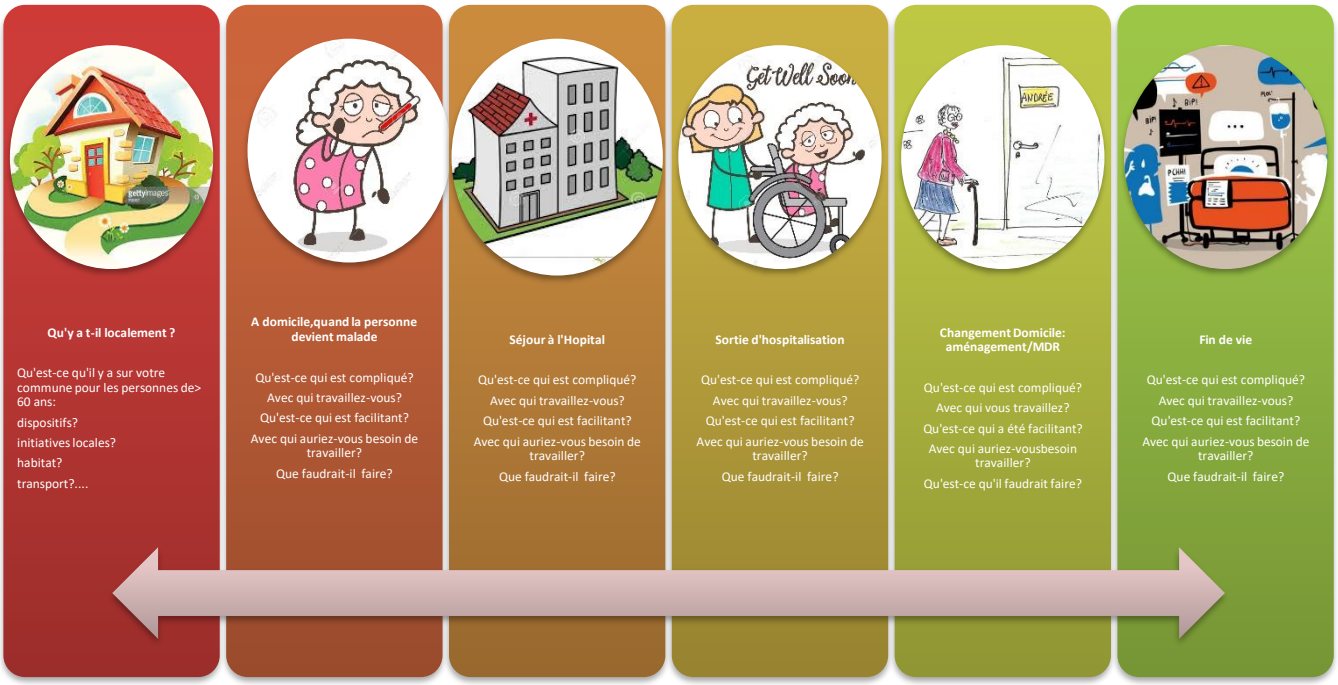
[195] Annexe Document 7, Réunion du comité stratégique du 24 juillet 2018et du Comité technique du 31 juillet 2018

- **Organisation des consultations plénières ?**

12 réunions de travail, 20 sous-groupes.

Le nombre de participants étant dans certaines communes très important, nous avons séparé les groupes en deux sous-groupes, afin de recueillir au mieux les témoignages et avons totalisé 20 réunions.

- Accueil des participants ;
- Présentation du projet « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » (15 minutes) en séances plénière ;
- Répartition des participants en deux sous-groupes (1h30 à 2 heures en moyenne) :
  - recueil des problématiques et besoins des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes de plus de 60 ans dans leur milieu de vie et selon le parcours de soins par les deux membres de l'équipe projet (prise de notes manuscrites),
  - recueil des initiatives de terrain réussies et favorisant le parcours de soins des personnes de plus de 60 ans,
  - interrogation sur la vision du vieillissement en Nouvelle-Calédonie,
  - schéma utilisé lors des réunions pour illustrer le parcours de soins des personnes de plus de 60 ans et structurer les discussions :



- restitution en plénière des informations recueillies par l'équipe projet dans les deux groupes (30 minutes),
- conclusion (15 minutes),

- remplissage d'un questionnaire [196]destiné à avoir une photographie anonyme des participants, laissé à leur libre choix et qui nous permettra de définir leur profil sur la base des données quantitatives (30 minutes).

166 participants sur les 200 présents ont accepté de renseigner le questionnaire.

Lors de l'analyse les problématiques mises en évidence dans les 11 communes seront évaluées en fonction de leur fréquence et classer par ordre d'importance en fonction de cette fréquence.

- **Phase TEST**

Une phase test a été réalisée dans la commune du Mont-Dore. La méthodologie a été réajustée par l'équipe projet en fonction des résultats obtenu lors de cette première consultation, afin d'être déployée dans les communes restantes, soit 11 consultations plénières.

- **Calendrier :** 18 septembre 2018 au 23 octobre 2018.

3.1.2. 12 consultations plénières dans 11 communes de Nouvelle-Calédonie (dont Nouméa Sud et Nouméa Nord) 111 aidants

- **111 aidants ont participé**

Définition retenue pour le terme « aidant » : toute personne s'occupant bénévolement de quelqu'un, qu'il ait un lien de parenté ou non avec la personne aidée (parent, ami, voisin…).

- **Résultats attendus**

  - Moments de ruptures dans le parcours d'accompagnement de l'aidant
  - Problématiques des aidants
  - Besoins et suggestions des aidants
  - Vision du Bien Vieillir et du bien vieillir en Nouvelle-Calédonie des aidants

- **Où ont eu lieu ces rencontres ?**

12 réunions de travail, 16 sous-groupes

12 réunions ont été organisées dans 11 communes sélectionnées de la Nouvelle-Calédonie (CF Plan ci-dessous). Elles ont été sélectionnées par les membres du comité stratégique et de pilotage[197] (50 personnes en tout) afin d'avoir une vision globale et territoriale (tribus, capitale, iles…) et illustrer cette problématique du parcours de soins des personnes > 60 ans et de l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire et la quasi-totalité des aires coutumières :

  - Province Nord : Koné, Kaala-Gomen, Touho, Houaïlou
  - Province Sud : Nouméa Sud, Nouméa Nord, Mont-Dore, Bourail, Ile des Pins, Thio
  - Province iles : Lifou, Maré

[196] « Fiche de renseignements anonyme Personnes présentes lors des consultations plénières pour les professionnels et les membres de la société civile », annexé en fin de document
[197] Réunion du comité stratégique du 24 juillet 2018 et du Comité technique du 31 juillet 2018

- **Par qui ont été sélectionnés les participants ?**

Ils ont été invités à participer à une réunion plénière dans leur commune via une information réalisée par les CCAS ou les communes elles-mêmes (message d'information via les magazines locaux ou par tout autre support laissé au libre choix des mairies ou CCAS, etc.).

Ces participants ont pu être invités directement par les professionnels des mairies ou des centres d'action sociale.

- **Comment ont été organisées ces rencontres avec les aidants ?**

12 réunions de travail, 16 sous-groupes

Sur le même principe que celles des professionnels et de la société civile :

- Consultations publiques sous forme de table ronde
- Organisation de groupes de travail par thématiques ciblées en liant avec le parcours de soins des personnes > 60 ans

Remplissage d'un questionnaire [198]destiné à avoir une photographie anonyme des participants, laissé à leur libre choix et qui nous permettra de définir leur profil sur la base des données quantitatives (30 minutes)

La totalité des aidants ont accepté de renseigner le questionnaire : 110 personnes

Lors de l'analyse les problématiques mises en évidence dans les 11 communes seront évaluées en fonction de leur fréquence et classer par ordre d'importance en fonction de cette fréquence.

- **Phase TEST**

Une phase test a été réalisée dans la commune du Mont-Dore. La méthodologie a été réajustée par l'équipe projet et le groupe de travail sur les aidants après cette première consultation, afin d'être déployée dans les communes restantes, soit 11 consultations plénières.

Calendrier : 18 septembre 2018 au 23 octobre 2018.

3.2. PHASE B Interviews auprès des professionnels et des patients des établissements de santé participants, 171 participants, 200 heures d'entretien

3.2.1. Méthode initialement prévue pour la sélection des professionnels et des patients des établissements de santé

- **Quelles devaient être les personnes interrogées ?**

- Pour les patients, ceux de plus de 60 ans hospitalisés le jour de la venue de l'enquêteur et sélectionnés de manière aléatoire dans l'établissement

[198] Annexe, Document 1 « Fiche de renseignements anonyme Personnes présentes lors de la consultation plénière pour les aidants », annexé en fin de document page 23

- Pour les professionnels et patients des établissements de santé impliqués dans la prise en charge des personnes > 60 ans :
  - Pour chaque service sélectionné :
    - Médecin
    - IDE
    - Cadre de santé
    - Aide-soignante

- Un représentant de chacun des autres professionnels travaillant dans les services sélectionnés

Une liste de tous les professionnels (autres que médecins, IDE, Cadre de santé et aide-soignante) intervenant dans les services sélectionnés a été demandée auprès des directions des établissements. Un professionnel de chacune de ces catégories qui aident aux actes essentielles de la vie des personnes âgées devait être interrogé.

- **Résultats attendus ?**

- Patients et situations complexes : définitions
- Coopérations
  - Etat des lieux des coopérations existantes
  - Etat des lieux des coopérations souhaitées
  - Outils de communication et coopérations
  - Stratégies de coopérations territoriales
- Formation en gérontologie
- Vision des professionnels sur le vieillissement et son accompagnement

- **Où devaient être réalisées les interviews ?**

- Dans tous les établissements de santé de la Nouvelle-Calédonie : tous les établissements de santé sanitaires du territoire sont interrogés
  - Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet
  - Centre hospitalier territorial Gaston Bourret
  - Centre hospitalier du Nord
  - Centre de soins de suite et réadaptation
  - Clinique Kuindo-Magnin
  - Centre de radiothérapie Nouvelle-Calédonie

- Etablissements accueillants des personnes âgées (EAPAD)

La totalité de ces établissements est située sur la province Sud.

La sélection du nombre d'établissements inclus dans cette étude se fera sur la base de deux critères prédéfinis :

- Critères socio-économiques des patients accueillis, sur la base du CSP des patients accueillis. Un établissement dont les patients ont un CSP de niveau moyen, un de niveau élevé (sources : SAOMS de la province Sud) :
- Localisation des établissements, en fonction de la proximité avec la ville.

En conjuguant ces deux critères, on obtient :

- L'EAPAD ayant le plus d'autofinancement : La Cordelyne à Dumbéa
- L'EAPAD ayant le moins d'autofinancement : Gaëtan Brini à Nouméa
- L'EAPAD le plus éloigné de Nouméa : La Broussarde à Bourail

- Cellule de coordination du parcours (ICG) : Instance de coordination gérontologique

- Centres médico-sociaux
  - Province Sud : Bourail, seul dispensaire où il y a des lits de SSR
  - Province des Iles : Dispensaire de Laroche à Maré, où il y a des lits d'hospitalisation

- **Quels services devaient être sélectionnés au sein des établissements ?**

- CHT- INM- CHN
  - 3 services où la fréquence d'hospitalisation de personnes âgées est la plus importante (base des données PMSI : Requête auprès du DIM ou des services administratifs)
  - + le service des urgences pour le CHT
  - + Service médical post-médical pour le CHT

- CHS
  - Les 3 unités du centre de gérontologie clinique
  - 1 service de psychiatrie générale

- CSSR-CRNC
  - CSSR : 2 services où la fréquence d'hospitalisation de personnes âgées est la plus importante (base des données PMSI : Requête auprès du DIM du CHT pour les services)
  - CRNC : 1 service de radiothérapie où la fréquence d'hospitalisation de personnes âgées est la plus importante

- EAPAD, Centres médico-sociaux

N'ayant pas de services distincts les professionnels concernés de ces établissements seront interrogés

- **Sélection des professionnels et des patients au sein des services :**

Les professionnels interrogés dans les services devaient être sélectionnés de manière aléatoire par l'enquêteur en utilisant une table de nombre au hasard. (Cela pourra être fait en présence du chef de service, si souhaité).

- **Proposition complémentaire :**

Récupérer les conventions des établissements pour faire un état des lieux des partenariats existants avec les autres établissements de santé (une évaluation des écarts entre les coopérations mises en place par les acteurs du terrain et celles structurées par les établissements eux-mêmes sera envisagée)

- **Comment devaient être réalisées les interviews ?**

Interviews semi-directifs en tête à tête

- **Questionnaires qualitatifs + données quantitatives**

- **Phase Test (semaine du 03 au 07 octobre 2018)**

Deux professionnels de santé : un cadre de santé et une aide-soignante

- **Calendrier :** 24 octobre 2018 à la fin de l'année 2018

3.2.2. Méthode retenue pour la sélection des professionnels et des patients des établissements de santé : Saturation des données

- **Méthodologie utilisée**

Les investigateurs ont été confrontés à deux problématiques durant la mise en œuvre de cette phase A :

- Difficultés à obtenir les informations relatives aux données de santé au sein des établissements de santé en vue de sélectionner les professionnels des établissements de santé et des patients,
- Limite de temps imparti pour la mission,
- Présentation au Comité Consultatif d'Ethique de l'étude repoussée au 29 novembre 2018.

Il a été décidé par les investigateurs de changer la méthodologie de l'enquête qualitative et de d'utiliser la **méthode par saturation des données[199].** L'affinage de la méthode a permis de passer d'une méthode dite de « cohorte » à une méthode de « panel ».

L'intérêt de cette méthode répond précisément à cette problématique de manque de temps tout en conservant un haut niveau de pertinence dans le recueil des données.

Dans cette méthode ne sera pas calculé un échantillon de la population, mais les participants seront sélectionnés à partir de critères particuliers définis au préalable.

Les interviews seront réalisées auprès des participants selon les critères définis en fonction de leur « profil ». Chaque personne interrogée aura donc un profil particulier. L'objectif de ce mode de recueil de données sera d'arriver à une saturation de l'information. Ainsi saturation sera atteinte quand aucune nouvelle information ne sera obtenue lors de nouveau entretien.

[199] « Guide Méthodologique Comment réaliser une étude quantitative, qualitative ? Direction des opérations et des ressources techniques (Handicap International) » Avril 2017

Il est important de noter que la quantité d'entretiens n'est pas un facteur de réussite. On privilégiera une sélection des individus réfléchie et une analyse rigoureuse des données.

Pour cela, les enquêteurs se sont assuré périodiquement que les réponses aux questions posées ne devenaient pas redondantes. A ce moment précis, il est acquis que l'ajout d'interviews supplémentaires de professionnels ou des patients ne modifie plus les résultats obtenus. A cette étape, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour valider la saturation des données.

Les enquêteurs ont interrogé pour commencer les professionnels des services hospitaliers, dont la fréquence des personnes âgées de plus de 60 ans est la plus importante.

Il sera proposé aux professionnels d'enregistrer l'interview, afin de consolider l'analyse en cas de doute quant à l'interprétation des données.

- **Critères de sélection des participants :**

Il est intéressant de noter que les patients qui ont été interrogés sont originaires de l'ensemble des aires coutumières de la Nouvelle-Calédonie, soit les 8 aires coutumières.

Les critères de sélection des professionnels et des patients retenus ont été les suivants :

Annexe 1. Méthodologie de l'enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

CRITERES PATIENTS INTERROGES	
1Sexe	Femme
	Homme
2 Age	60 à 64 ans
	65 à 69 ans
	70 à 74 ans
	75 à 79 ans
	80 à 84 ans
	85 à 89 ans
	90 à 94 ans
	95 et plus
3 Nursing	Besoin d'aide à la toilette
	Fait sa toilette seul(e)
4 Niveau socio-culturel	Niveau 1
	Niveau 2
	Niveau 3
	Niveau 4
	Niveau 5
5 Couverture sociale	Aide médicale A
	Autre
6 Lieux de résidence	Nouméa /Grand Nouméa
	Iles
	Intérieur
	Autre
7 Etablissement	1. Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet (CHS) - Nouville
	2. Centre hospitalier territorial Gaston Bourret (CHT) - Nouméa
	3. Clinique Ile Nou-Magnin (INM) – Nouville
	4. Centre de soins de suite et réadaptation (CSSR) - Nouméa
	5. Centre de radiothérapie NC (CRNC) – Nouméa
	6. Instance de coordination gérontologique –(ICG) – Dumbéa
	7. Maison de retraite : Gaëtan Brini - Le Mont-Dore
	8. Maison de retraite : Cordilyne – Dumbéa
	9. Dispensaire de Bourail
	10. Maison de retraite : La Broussarde- Bourail
	11. Centre hospitalier du Nord (CHN) - Poindimié
	12. Centre hospitalier du Nord (CHN) - Koumac
	13. Centre hospitalier du Nord (CHN) – Koné
	14. Dispensaire de Laroche à Maré

CRITERES SELECTION DES PROFESSIONNELS INTERROGES	
1.Profession	Cadre de santé
	Médecin
	Infirmière
	Aide-soignante
	Psychologue
	Assistante de service social (ASS)
	Ergothérapeute
	Diététicien
	Dentiste
	Orthophoniste
	Kinésithérapeute
	Pharmacien
	Psychomotricien
	APA (Activités physiques adaptées et santé)
	Psychomotrocien
	Neuropsychologue
	Direction
	Secrétaire
2.Age	moins de 30 ans
	30 à 39 ans
	40 à 49 ans
	50 à 59 ans
	plus de 60 ans
3. Ancienneté dans le service	<1an
	1 à 5 ans
	5 à 10 ans
	Plus de 10 ans
4. Etablissements	1. Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet (CHS) - Nouville
	2. Centre hospitalier territorial Gaston Bourret (CHT) - Nouméa
	3. Clinique Ile Nou-Magnin (INM) – Nouville
	4. Centre de soins de suite et réadaptation (CSSR) - Nouméa
	5. Centre de radiothérapie NC (CRNC) – Nouméa
	6. Instance de coordination gérontologique –(ICG) – Dumbéa
	7. Maison de retraite : Gaëtan Brini - Le Mont-Dore
	8. Maison de retraite : Cordilyne – Dumbéa
	9. CMS de Bourail
	10. Maison de retraite : La Broussarde- Bourail
	11. Centre hospitalier du Nord (CHN) - Poindimié
	12. Centre hospitalier du Nord (CHN) - Koumac
	13. Centre hospitalier du Nord (CHN) – Koné
	14.CMS de Laroche à Maré
	15. Cabinet libéral

- **Questionnaires Patients[200] et professionnels[201] qualitatifs + données quantitatives**

[200] Annexe, Document 4 « Questionnaire Personnes de plus de 60 ans hospitalisées dans les établissements de santé »
[201] Annexe, Document 3 « Questionnaire Professionnels des établissements de santé »

72 professionnels ont été interrogés par Pascale de Greslan.

99 patients ont été interrogés par le docteur Valérie Albert-Dunais.

- **Niveau de saturation de l'enquête :**

Une première vérification de la saturation des données a été réalisée sur la base des 41 premiers entretiens. Ce travail a permis d'obtenir sur l'ensemble des questions posées une première estimation du niveau de saturation générale de l'enquête :

- Saturation globale = 50,00 %
- Saturation partielle = 32,35 %
- Pas de saturation = 14,71 %
- Une question a été retravaillée = 2,94 %

Une deuxième vérification de la saturation a été réalisée après le 58ème entretien, qui a permis de constater que la saturation totale était quasiment atteinte ou en passe de l'être :

- Saturation globale = 66,67 %
- Saturation partielle = 33,33 %
- Pas de saturation = 0 %

Il a été décidé que d'autres entretiens seraient conduits pour obtenir cette saturation totale. Le choix s'est porté sur la sélection de professionnels, qui n'avaient pas encore été interrogés : ergothérapeute, diététicien, dentiste.

Le niveau de saturation totale a été obtenu après le 62ème entretien.

3.3. Analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies

3.3.1. Le but recherché dans le traitement des données

Le volume de données collectées dans le cadre de l'enquête « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie » est très important.

L'objectif de l'analyse de ces données est d'établir un ETAT DES LIEUX de la manière dont les personnes âgées sont accompagnées et prises en charge sur l'ensemble du Territoire de la Nouvelle-Calédonie, c'est-à-dire quelles sont :

- Les ressources existantes, leurs limites, et les capacités (conditions) d'adaptation pour faire face à l'accroissement de la démographie des plus de 60 ans,

- Les ressources manquantes,

- Valoriser les initiatives observées sur le territoire pour améliorer la prise en charge des personnes de plus de 60 ans.

L'état des lieux doit permettre de faire émerger des pistes et des propositions d'actions pour adapter l'offre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées (aides dans les aides à la vie quotidienne

et les soins) et aider à identifier et comprendre l'origine des freins qui empêchent pour le moment d'aller vers une organisation de l'offre de santé adaptée aux personnes âgées.

3.3.2. Méthode construite pour traiter les données

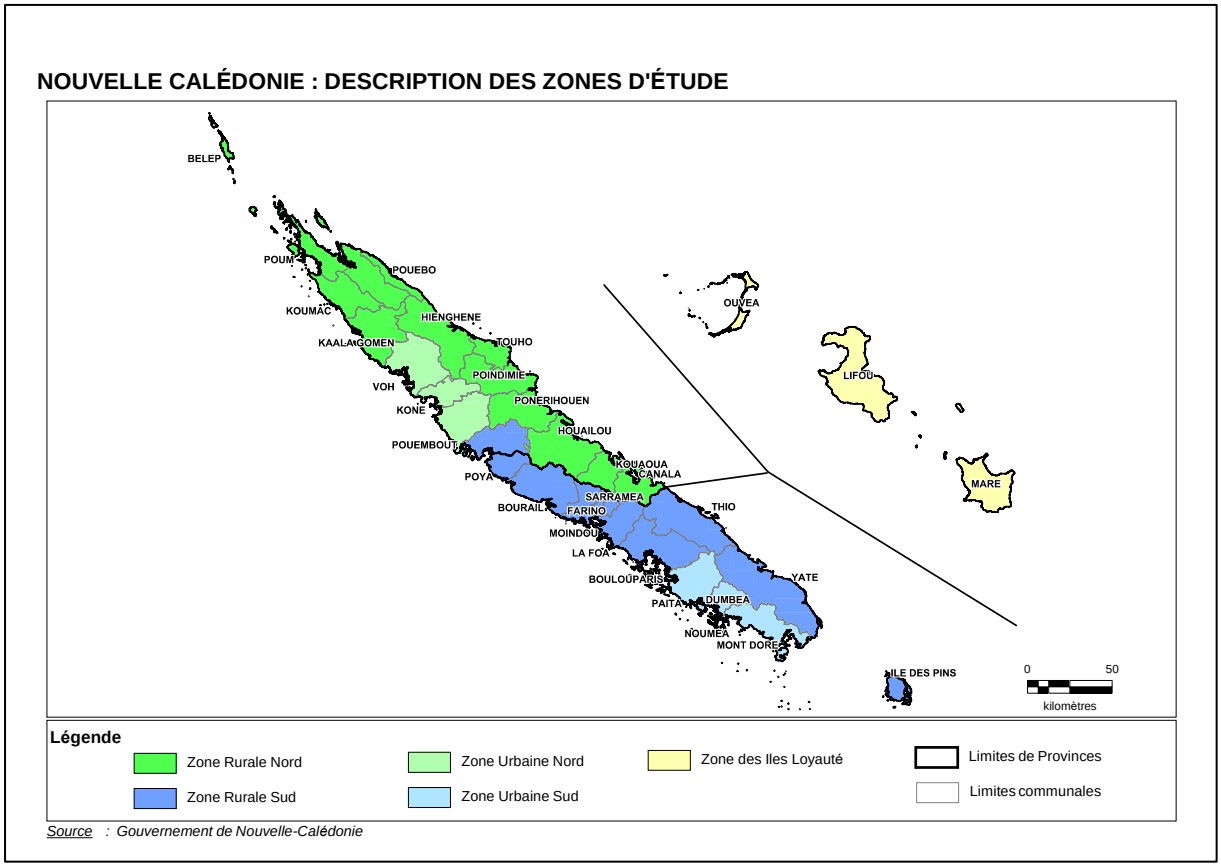
Un découpage du Territoire de la Nouvelle Calédonie en **ZONE DE VIE** est réalisé. Il permet d'établir une cartographie de la Nouvelle-Calédonie.
Le traitement et l'analyse des données collectées dans les 4 types d'entretiens sont réalisés pour chaque zone de vie (CF tableau page suivante).

Des points communs aux différentes zones de vie apparaissent ainsi que des spécificités.

Le découpage retenu s'appuie sur l'organisation provinciale de la Nouvelle Calédonie : Province du Nord, du Sud et des Iles Loyautés, les modes de financement de la santé étant différents d'une province à l'autre.

<table>
<tr><th rowspan="2">ZONES DE VIE</th><th>PHASE A</th><th colspan="2">PHASE B</th></tr>
<tr><th>Lieu des consultations plénières :
- société civile/ professionnels
- aidants</th><th>Lieu d'exercice des professionnels interrogés</th><th>Lieu d'hospitalisation des patients interrogés</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Zone Loyauté</td><td>Lifou</td><td rowspan="2">Centre médico-social de Tadine (Maré)
Centre médico-sociale de Laroche(Maré)</td><td rowspan="2">Centre médico-social de La Roche
(Maré)</td></tr>
<tr><td>Maré</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Zone rurale Nord</td><td>Kaala-Gomen</td><td colspan="2">Centre Hospitalier Nord (Koumac)</td></tr>
<tr><td>Touho</td><td colspan="2" rowspan="2">Centre Hospitalier Nord (Poindimié)</td></tr>
<tr><td>Houaïlou</td></tr>
<tr><td>Zone urbaine Nord</td><td>Koné</td><td colspan="2">Pôle sanitaire du Nord Koné</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Zone rurale Sud</td><td>Bourail</td><td colspan="2" rowspan="3">Centre médico-social de Bourail
Etablissement accueillant des personnes âgées dépendantes (EAPAD) La Broussarde(Bourail)</td></tr>
<tr><td>Thio</td></tr>
<tr><td>Ile des pins</td></tr>
<tr><td rowspan="8">Zone urbaine Sud</td><td rowspan="8">Nouméa Sud
Nouméa Nord
Mont-Dore</td><td colspan="2">Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet</td></tr>
<tr><td colspan="2">Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret</td></tr>
<tr><td colspan="2">Clinique Kuindo Magnin</td></tr>
<tr><td colspan="2">Centre Soins de Suite et Réadaptation (CSSR) de Koutio</td></tr>
<tr><td colspan="2">Centre radiothérapie de Nouvelle-Calédonie (CRNC)</td></tr>
<tr><td colspan="2">EAPAD Cordyline (Dumbéa)</td></tr>
<tr><td colspan="2">EAPAD Gaëtan .Brini (Mont-Dore)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Instance coordination gérontologique (ICG)</td></tr>
</table>

Nouvelle-Calédonie : description des zones de vie



Il est à noter qu'une seule commune de la Zone urbaine Nord (Koné) a été auditée par l'équipe projet Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie, alors que plusieurs communes ont été auditées pour toute les autres zones de vie.

3.3.3. Une catégorisation pour trier et synthétiser les données

Cette catégorisation a été établie pour répondre aux objectifs visés : une photographie des parcours de soin actuels. Elle s'intéresse aussi à ce qui fait le quotidien des personnes âgées, des aidants et des professionnels installés et de la société civile.

L'utilisation de cette catégorisation est testée sur une Zone de vie choisie. En parallèle, sur cette même Zone de vie, un « portrait de Zone de vie » est établi, reprenant les données quantitatives et descriptives disponibles.

Ce test permettra de **valider et/ou ajuster les catégories définies** (CF tableau ci-après).

CATÉGORISATION POUR EXTRAIRE
1) **Accès à l'information relative aux besoins d'accompagnement** (aides et soins**) des Personnes âgées**, pour le soutien à l'autonomie et l'accompagnement dans la dépendance
2) Complexité des Démarches administratives, pour le financement et la constitution des demandes d'aides, des demandes d'auxiliaires de vie quotidienne et des dossiers d'admission dans les établissements d'aval, politiques publiques
3) **Parcours d'accompagnement de la personne âgée en soutien à l'autonomie et entrée dans la dépendance** : entrée et sortie dans le parcours d'accompagnement
4) **Coopérations** ville - hôpital, coopération sanitaire et MS entre les Professionnels
5) Ressources humaines
6) **Transports** et infrastructures
7) **Habitat**
8) Famille, aidants
9) Représentation du **vieillissement : Traditions**, modes de vie, valeurs morales, poids coutumier, propositions
10) **Insécurité, justice, violence, Droit de la personne**

3.3.4. Méthode de traitement

Après validation des catégories, le traitement des zones de vie va permettre :

- La synthèse **des données recueillies ;**
- L'émergence de thèmes, de problématiques récurrentes, et de propositions ou idées pour faire évoluer l'offre ;
- De recueillir des Verbatim illustrant de façon pertinente le propos ;
- Le descriptif objectif de la zone de vie.

Méthode de traitement utilisé :

- Lecture et utilisation de la catégorisation en numérotant chacune des données collectées par zone de vie ;
- Regroupement des données collectées par catégorie et chacun des groupes interrogés pour chacune des zones de vie ;

- Trie et synthèse par catégorie – Réduction de l'information à l'essentiel ;
- Analyse de manière croisée.

« *La synthèse doit réduire le volume de données de façon forte, mais sans appauvrir le propos » (MJF Conseil)*

Comme cela a été fait pour la phase test et désormais pour chaque zone de vie, un **portrait de zone de vie** est composé sur la base des données quantitatives recueillies par l'équipe projet :

- Carte précise de la zone de vie, avec les infrastructures routières, qui la situe dans la Nouvelle-Calédonie ;
- Informations ISEE relatives à la population de la zone de vie ;
- Transports, ambulances ;
- Offre de santé : les établissements, la localisation des professionnels libéraux, les assistantes sociales, etc ;
- Informations relatives à la protection sociales en Nouvelle-Calédonie et spécifiquement à la province de la zone de vie ;
- Informations santé si possible.

A partir de la synthèse et du portrait de chacune des zones de vie, il s'agit désormais de dissocier ce qui est de l'ordre du constat, ou des idées, des projets, des pistes à retenir pour les quatre groupes de personnes interrogées (CF tableau ci-après Plan pour la synthèse) :

CATEGORIES	
1	Information
2	Financement, Démarches administratives
3	Parcours d'accompagnement des personnes âgées (aides et soins)
4	Coopération ville – hôpital et entre les professionnels
5	Ressources Humaines
6	Transports
7	Habitat
8	Familles et aidants
9	Traditions et Représentation du vieillissement
10	Insécurité, droit de la personne

3.3.5. Analyse des données quantitatives

Conjointement à l'analyse des données qualitatives, une analyse des données quantitatives relative à la population des plus de 60 ans sur le territoire est réalisée sur la base des éléments fournis par les institutions et établissements de santé de la Nouvelle-Calédonie :

- Bailleurs sociaux ;
- CAFAT (Caisse des allocations familiales et des accidents du travail de Nouvelle-Calédonie) ;
- DASS NC (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie) ;
- ASS NC (Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie) ;
- Etablissements de santé publics et privés de Nouvelle-Calédonie ;

- EAPAD (Etablissement accueillant Personnes Agées Dépendantes) ;
- ISEE (Institut de la Statistique et des Etudes Economiques) ;
- Provinces (Directions provinciales actions sanitaires et sociales) ;
- Réseaux de santé ;
- Tribunal.

Ces éléments permettent d'alimenter les portraits de chacune des zones de vie et de réaliser une photographie de la population des plus de 60 ans du territoire.

- ***Indicateurs retenus sur la base des données PMSI des établissements de santé MCO de Nouvelle-Calédonie, concernant la POPULATION > 60 ans de Nouvelle-Calédonie (> 60 ans / 60 à 69 ans / 70 à 79 ans/ 80 ans et plus)***

Avec le soutien de l'équipe Do Kamo, un travail de définition des indicateurs d'évaluation de l'état de santé de cette population des plus de 60 ans est réalisé.

Une première photographie sera réalisée à partir des données PMSI, qui auront pu être récupérées auprès des établissements MCO du territoire (CHT Gaston Bourret, Pole Sanitaire du Nord et de la clinique Kuindo-Magnin) pour l'année 2017.

- Estimation du % de la population ayant eu un contact avec le système hospitalier ;
- File active ou nombre de patients hospitalisés en établissements MCO ;
- Nombre d'entrées par les urgences pour les plus de 60 ans, qu'elles aient abouti à un retour à domicile, une hospitalisation ou un transfert ;
- % des patients hospitalisés de plus de 60 ans après un passage aux urgences ;
- Temps d'attente aux urgences ;
- Nombre de séjours en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour ;
- Durée moyenne de séjour ;
- IP-DMS (Indice de performance de la durée moyenne de séjour = nombre de journées réalisées sur le nombre de journées théoriques en fonction de chaque GHM) ;
- Mode de sortie (domicile, hospitalisation, transfert, décès) ;
- Durée moyenne de séjour en fonction de la destination des patients.

Ces indicateurs viendront en appui à l'évaluation des politiques publiques d'accompagnement du Grand-âge qui pourraient être mises en place à l'issue de la présentation du rapport « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie ».

4 Réflexion éthique

Le protocole a été présenté devant le Comité Consultatif d'Ethique (CCE) de Nouvelle-Calédonie le 29/11/2018 qui l'a validé et émis des recommandations, qui ont été intégrées à l'étude.

Une réunion de travail avait été organisée en amont de cette présentation, afin d'apporter des réponses aux questions de nature éthique, que l'enquête pourrait soulever (solutions proposées ci-après) :

Objectif de la réunion : Lister toutes les questions de nature éthique qui peuvent se poser dans le cadre de l'enquête auprès des patients interrogés		
Questions posées : - S'assurer que le patient a bien compris l'objectif de l'étude Bien vieillir (pourquoi l'étude) - S'assurer que le patient a été informé de manière éclairée - S'assurer que les résultats restent anonymes - S'assurer que le patient est libre de participer à l'enquête - S'assurer qu'il n'y aura aucun changement dans la prise en charge du patient qui refuse de participer	Réponses : - Document présentation de l' étude aux patients - Document de demande de consentement - Questionnaires anonymes - Questionnement de la part du médecin enquêteur, expert en gériatrie - Information dans le document de demande de consentement	Décisions : - Document : « PRESENTATION DE L'ENQUETE BIEN VIEILLIR AUX PATIENTS» - Document : « DEMANDE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ENQUETE BIEN VIEILLIR» • exemplaire patient • exemplaire enquêteur - Déclaration CNIL du 03 octobre 2018

Un document de présentation de l'étude a été remis avant chaque entretien. Deux exemplaires de demande de consentement ont été signés par le patient et l'enquêteur. Un exemplaire a été conservé par chacun d'entre eux.[202]
Lors des entretiens, il a été demandé aux patients, quels étaient :

- leur expérience de l'organisation des soins en Nouvelle-Calédonie,
- leur avis sur l'organisation des acteurs de santé en charge de leur parcours de soins,
- leur avis sur cette question essentielle du bien vieillir en Nouvelle-Calédonie.

Le recueil des informations aura pour objectif d'illustrer au plus juste les besoins de la personne âgée en structure/hospitalisée, tout en gardant l'anonymat des propos recueillis. La mise en évidence des conditions du Bien vieillir dans la dignité sera recherchée.

Suite aux suggestions du CCE, une information sur les résultats de l'enquête sera disponible sur le site :
https://www.cht.nc/espace-communication/journal-interne-cht/
afin que les patients interrogés puissent avoir accès aux résultats de l'enquête, si ils le souhaitent.

En cas de difficulté de compréhension de la langue, et cela nous a été demandé par les membres du CCE, il a été proposé aux patients interrogés de se faire assister d'un membre de leur famille ou d'un traducteur afin de permettre une reformulation des questions. Ceci a été nécessaire à plusieurs reprises.

[202] Annexe, Documents 5 et 6 : Consentement de participation à l'enquête « bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

5 Conclusion

L'analyse des données issues de cette enquête sera réalisée avec le soutien méthodologique de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et le soutien financier de l'Agence Française de Développement (AFD).
Les résultats de cette étude ainsi que les principaux axes retenus et les mesures d'accompagnement seront présentées lors du premier trimestre de l'année 2020 à un comité élargi santé (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Institutionnels, Professionnels de santé, Membres des comités technique et stratégique du projet Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie).

La réussite de la construction d'une politique du grand âge et de l'autonomie en Nouvelle-Calédonie ne peut s'envisager sans ce travail collégial et concerté. C'est pourquoi l'élaboration de ces recommandations sera organisée dans un deuxième temps après la rédaction du rapport d'analyse et de la note de synthèse du Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie de manière plus collégiale tout en s'inscrivant dans la démarche Do Kamo[203].

L'ambition de ce projet est de définir une politique territoriale de la personne de plus de 60 ans en Nouvelle-Calédonie, ainsi qu'une stratégie territoriale des coopérations pour la Nouvelle-Calédonie en accord avec tous les acteurs du sanitaire, social, médico-social et familial.

6 Annexes

- **DOCUMENT 1. Fiche renseignement Consultations PLENIERES PROFESSIONNELS, société civile**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANONYME

PERSONNES PRESENTES LORS DE LA CONSULTATION PLENIERE

POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES MEMBRES DE LA SOCIETE CIVILE

1) Age ?

2) Sexe ?

- ☐ **Femme**
- ☐ **Homme**

3) Dans quelle commune habitez-vous ?

4) Quel est votre niveau d'études ?

[203] DO KAMO : Rapport d'orientation sur les pistes potentielles de réforme du système de santé calédonien. (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie)

- ☐ **Pas de scolarisation**
- ☐ **Primaire**
- ☐ **Secondaire : de la 6ème à la 3ème**
- ☐ **Secondaire : après la 3ème**
- ☐ **Supérieur, au-delà du baccalauréat**

5) **Quelle est votre situation principale actuellement :**
   - ☐ **Emploi**
   - ☐ **Etudes**
   - ☐ **Recherche d'emploi**
   - ☐ **Retraité, pré-retraité, retiré des affaires**
   - ☐ **Femme ou homme au foyer**
   - ☐ **Autre situation, si oui laquelle ?**

6) **Si vous travaillez, travaillez-vous dans le secteur de la santé ?**
   - ☐ **Si oui, depuis combien de temps ?**
     - ☐ **< 1 an**
     - ☐ **De 1 à 5 ans**
     - ☐ **De 5 ans à 10 ans**
     - ☐ **> 10 ans**
     - ☐ **Non**
     - ☐

7) **Quelle est votre profession principale ?**

8) **Où travaillez-vous ? (Établissement, nom ou raison sociale)**

9) **Savez-vous où vous adresser pour toutes les démarches médico-sociales concernant les personnes de plus de 60 ans ?**
   a. **Si oui, précisez ?**

10) **Pourquoi cette question du Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie vous intéresse-t-elle ?**

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR BIEN VOULU PARTICIPER A CE QUESTIONNAIRE ET D'AVOIR PRIS LE TEMPS D'Y REPONDRE

- **DOCUMENT 2. Fiche renseignement-Consultations plénières pour les aidants**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANONYME

PERSONNES PRESENTES LORS DE LA CONSULTATION PLENIERE POUR LES AIDANTS

1) **Age ?**

2) **Sexe ?**
   - ☐ **Femme**
   - ☐ **Homme**

3) **Quelle est votre situation maritale ?**
   - ☐ **Célibataire**
   - ☐ **Marié(e)**
   - ☐ **Veuf, Veuve**
   - ☐ **Divorcé(e) ou Séparé(e)**

4) **Travaillez-vous ?**
   - ☐ **Si oui**
     - ☐ **A temps partiel**
     - ☐ **A temps plein**
   - ☐ **Si non, quelle est votre situation :**
     - ☐ **Retraité**
     - ☐ **Autre : préciser**

5) **Avez-vous des enfants à charge ?**
   - ☐ **Oui**
   - ☐ **Non**

6) **Quel est votre lien de parenté avec personne aidée ?**

7) **Depuis combien de temps vous en occupez-vous ?**
   - ☐ **< 1 an**
   - ☐ **De 1 à 5 ans**
   - ☐ **De 5 ans à 10 ans**
   - ☐ **> 10 ans**

8) Dans quelle commune habitez-vous ?

9) Résidez-vous avec la personne aidée ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

10) Sinon, à quelle distance habitez-vous de la personne aidée ?

- ☐ **< 1 kilomètre**
- ☐ **Entre 1 et 5 kilomètres**
- ☐ **Entre 6 et 10 kilomètres**
- ☐ **Plus de 10 kilomètres**

11) Si vous n'habitez pas avec elle, à quelle fréquence la voyez-vous :

- ☐ **Plusieurs fois par jour**
- ☐ **1 fois par jour**
- ☐ **1 fois tous les 2 jours**
- ☐ **Autre : Précisez**

12) Quel type d'aide apportez-vous en tant qu'aidant ?			
		Oui	**Non**
Aides non financières	**Pour les tâches administratives (Remplir des formulaires, Régler des questions juridiques ou financières…)**	☐	☐
	Pour les tâches ménagères (Ménage, Petits travaux, Jardinage, Courses…)	☐	☐
	Pour les soins personnels (S'habiller, Se laver, Manger, Donner des médicaments…)	☐	☐
	Pour les déplacements : aide aux transports	☐	☐
	Soutien moral	☐	☐
Aides financières		☐	☐
Autres	**Précisez :** …… …… …… …… …… …… …… …… ……		

13) Quel est le type de dépendances de la personne aidée :

- ☐ **Atteinte des capacités motrices (troubles de la marche, équilibre, déplacement, etc.)**
- ☐ **Atteinte cognitive (langage, mémoire, raisonnement, orientation, etc.)**
- ☐ **Capacités fonctionnelles de la vie quotidienne (habillage, toilette, prise des repas, prise des médicaments, continence, etc.)**

14) Est-ce que des professionnels interviennent auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
1. MEDECIN	**Consultation au domicile**	☐	☐
	Consultation au cabinet médical	☐	☐
	Fréquence des visites. Précisez	…… …… …… …… ……	

14) Est-ce que des professionnels interviennent auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
2. INFIRMIERE	**Consultation au domicile**	☐	☐
	Consultation au cabinet du professionnel	☐	☐
	Fréquence des visites. Précisez	…… …… …… …… ……	

14) Est-ce que des professionnels interviennent auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
3. ORTHPHONISTE	**Consultation au domicile**	□	□
	Consultation au cabinet du professionnel	□	□
	Fréquence des visites. Précisez	…… …… …… …… ……	

14) Est-ce que des professionnels interviennent auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
4. KINESITHERAPEUTE	**Consultation au domicile**	□	□
	Consultation au cabinet du professionnel	□	□
	Fréquence des visites. Précisez	…… …… …… …… ……	

14) Est-ce que des professionnels interviennent auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
5. AIDE A DOMICILE	**Consultation au domicile**	□	□

	Fréquence des visites. Précisez	…… ……..…… …… ……..……

14) Est-ce qu'un autre professionnel intervient auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
6. LEQUEL ? …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	**Consultation au domicile**	☐	☐
	Consultation au cabinet du professionnel	☐	☐
	Fréquence des visites. Précisez	…… ……..…… …… ……..…… ……	

14) Est-ce qu'un professionnel intervient auprès de la personne aidée ?			
		oui	**non**
7. LEQUEL ? …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……	**Consultation à domicile**	☐	☐
	Consultation au cabinet du professionnel	☐	☐
	Fréquence des visites. Précisez	…… ……..…… …… ……..…… …… …… …… ……	

- **Dans le cas où aucun professionnel n'intervient auprès de la personne aidée, expliquez pourquoi ?**

16) **Savez-vous où vous adresser pour toutes les démarches médico-sociales concernant les personnes de plus de 60 ans ?**
   - **Non**
   - **Si oui, précisez ?**

17) **Connaissez-vous des solutions de répit en Nouvelle-Calédonie :**
   - **Non, je n'en connais pas**
   - **Si oui, lesquelles ?**

18) **Faites-vous appel à ces solutions de répit ?**
   - **Si oui, lesquelles ?**

19) **Si non, pourquoi ? Avez-vous un relais familial pour vous aider ?**
   - **Si oui, lequel ?**
   - **Si non, pourquoi ?**

20) **Souhaiteriez-vous pouvoir « souffler » ? Si oui, comment et où ?**

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR BIEN VOULU PARTICIPER A CE QUESTIONNAIRE ET D'AVOIR PRIS LE TEMPS D'Y REPONDRE

- **DOCUMENT 3. Questionnaire professionnels de santé**

QUESTIONNAIRE

PROFESSIONNELS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PHASE A. GROUPE 1. Interviews auprès des professionnels dans les établissements de santé participants (CHS, CHN, CHT, CSSR, INM, CRNC, EAPAD, ICG, DISPENSAIRES ?)

Profil des personnes interrogées

- **Quelle est votre profession ?**
- **Dans quel service travaillez-vous ?**
- **Quelle est votre ancienneté sur le territoire ?**
- **Quelle est votre ancienneté dans la fonction ?**
- **Quelle est votre ancienneté dans ce service ?**
- **Quelle est votre expérience en gérontologie ? Laquelle ?**
- **Quel est votre statut :**
  - **Fonctionnaire**
  - **CDD**
  - **CDI**
  - **Autre**

Complexité : patient complexe et parcours de soins

- **Parmi les personnes > 60 ans que vous prenez en charge, quels sont ceux que vous qualifieriez de « complexes » ou « compliquées » ?**
  - **Pathologie**
  - **Poly pathologies**
  - **Pratiques de santé inadaptées**
  - **Situation de dépendance impliquant de faire intervenir plusieurs acteurs**
  - **Problèmes sociaux**
  - **Autre**
- **Pourriez-vous nous citer les trois principales pathologies des personnes de plus de 60 ans, que vous pensez être les plus complexes à prendre en charge ?**

Les différents moments dans le parcours de soins d'une personne > 60 ans

- **Avez-vous identifié ce qui est complexe pour les personnes avant leur arrivée dans votre établissement ?**
  - **Non**
  - **Oui, quoi ?**
- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous dans la prise en charge de ces personnes quand elles viennent de leur domicile et arrivent dans votre établissement ?**

- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous dans la prise en charge de ces personnes au moment de leur présence dans votre établissement ?**
- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous dans la prise en charge de ces personnes au moment de leur transfert de votre service vers un autre service de votre établissement ?**
- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous dans la prise en charge de ces personnes en cas de transfert vers un autre établissement ?**
- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous au moment de retour de ces personnes à leur domicile ?**
- **Qu'est-ce qui est complexe pour vous au moment de la fin de vie ?**
- **Quel est pour vous le moment le plus complexe dans le parcours de soins des personnes de plus de 60 ans ?**
- **Arrive-t-il que des personnes de plus de 60 ans sont hospitalisées de manière inadéquate dans votre service ?**
  - **Non**
  - **Oui, dans quels cas ?**

Coopérations

- **Avec quels acteurs de santé ou personnes concernées travailliez-vous généralement lorsque vous prenez en charge des personnes > 60 ans ?**
  - **Dans votre établissement ?**
  - **A l'extérieur de votre établissement ?**
- **Avec quels acteurs de santé ou personnes concernées auriez-vous besoin de travailler ou de travailler lorsque vous prenez en charge des personnes > 60 ans ?**
  - **Dans votre établissement ?**
  - **A l'extérieur de votre établissement ?**
- **Qui s'occupe d'organiser les sorties des personnes de plus de 60 ans au sein de votre service ?**
- **Y-at-il quelqu'un au sein de votre établissement qui s'occupe de la coordination avec les acteurs de santé extérieurs ?**
- **Que pensez-vous de l'organisation des transports nécessaires à la prise en charge des personnes > 60 ans ?**
- **Qu'attendez-vous du service de court séjour gériatrique du CHT Gaston Bourret ?**
- **Que pensez-vous de la création d'un réseau de santé territorial destiné aux personnes > 60 ans ?**
- **Quels seraient vos attentes et besoins vis-à-vis d'un tel réseau ?**
- **Qu'avez-vous mis en place pour faciliter le parcours de soins des personnes > 60 ans et quoi ? (Innovation, expérimentations réussies, coordination, outils…)**
- **De quoi auriez-vous pour faciliter le parcours de soins des personnes > 60 ans ?**

Information

- **Est-ce que les informations transmises lors de l'admission des personnes > 60 ans dans votre service sont utiles à la continuité des soins ?**
  - **Oui**
  - **Si non pourquoi ?**

- **Si vous avez besoin d'information sur ces personnes, parvenez-vous à la trouver durant le séjour ?**
  - **Oui**
  - **Non**
- **Parvenez-vous à transmettre dans les 48 heures un compte-rendu de sortie d'hospitalisation ? (Pour les établissements hospitaliers)**
- **De quoi auriez-vous besoin pour faciliter la communication avec les autres acteurs de santé ?**

Evaluation des pratiques

- **Vous sentez-vous suffisamment formé pour prendre en charge les personnes > 60 ans ?**
  - **Oui**
  - **Si non, de quoi auriez-vous besoin ?**
- **Modifiez-vous votre prise en charge en fonction de l'âge des personnes > 60 ans ?**
  - **Non**
  - **Si oui, quelles modifications faites-vous ?**
- **Y-a-t-il d'autres facteurs que l'âge, qui vous font modifier votre prise en charge des personnes de plus de 60 ans ?**
- **Faites-vous des réunions de synthèse multidisciplinaires dans votre service ?**
  - **Oui**
  - **Non**
- **Avez-vous des outils spécifiques pour prendre en charge les personnes > 60 ans ? Lesquels ?**
- **Durant les cinq dernières années, qu'avez-vous fait au sein de votre service ou établissement comme actions de prévention pour les personnes > 60 ans ?**
- **Sur quoi vous vous basez pour dire qu'un patient risque de devenir complexe ?**

Bien vieillir

- **Qu'est-ce que signifie pour vous « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » ?**
- **Quelles seraient vos suggestions pour bien vieillir en Nouvelle-Calédonie ?**

- **DOCUMENT 4. Questionnaire patient hospitalisé ou accueilli en établissement de santé**

QUESTIONNAIRE

PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS HOSPITALISEES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PHASE A. GROUPE 2. Interviews auprès des personnes >60 ans accueillies dans un établissement de santé qui n'est pas son lieu de résidence (CHS, CHN, CHT, CSSR, INM, CRNC, CENTRES MEDICO-SOCIAUX).

Profil personnes > 60 ans

1) **Qui est la personne interrogée ? (Patient ou personne de confiance, famille, aidants si le patient ne peut répondre)**

2) **Quel est votre âge ?**

3) **Quel est votre sexe ?**
   - ☐ **Femme**
   - ☐ **Homme**

4) **Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?**
   - ☐ **Niveau 1 : Bac + 5**
   - ☐ **Niveau 2 : Bac + 3 ou 4**
   - ☐ **Niveau 3 : Bac + 2**
   - ☐ **Niveau 4 : Bac**
   - ☐ **Niveau 5 : CAP / BEP**
   - ☐ **Niveau 5 bis : BEPC**
   - ☐ **Niveau sans diplôme**

5) **Quel est votre dernier emploi au moment de la retraite ?**

6) **Exercez-vous encore une activité professionnelle rémunérée ?**
   - ☐ **Oui**
   - ☐ **Non**

7) **Sinon, Percevez-vous :**
   - ☐ **Le minimum vieillesse**
   - ☐ **Un complément retraite (préciser la fourchette) ?**
   - ☐ **Une retraite**

8) Etes-vous couvert par la CAFAT ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

9) Avez-vous une aide médicale ?

- ☐ **A**
- ☐ **B**

10) Quelle est votre province de résidence ?

- ☐ **Province Sud**
- ☐ **Province Nord**
- ☐ **Province des Iles**

11) Dans quelle commune habitez-vous ?

12) Ou habitez-vous ?

- ☐ **Dans votre domicile**
- ☐ **Dans une famille d'accueil**
- ☐ **Dans une résidence pour personnes âgées**
- ☐ **Dans une maison de retraite**

13) Votre habitation est-elle

- ☐ **Accessible**
- ☐ **Eloignée**
- ☐ **Isolée**
- ☐ **Difficile d'accès**

14) Vivez-vous seul ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non, avec qui et quel est votre lien d'attachement ?**

15) Quelle est la personne qui s'occupe de vous ?

Avant et pendant le séjour dans l'établissement de santé

16) Pouvez-vous définir la durée de trajet entre ici et votre domicile ?

17) D'où êtes-vous venu :

- ☐ **Directement de votre domicile ou du lieu où vous vivez ?**
- ☐ **D'un autre hôpital ? Lequel ?**
- ☐ **D'un autre service de l'établissement où nous sommes ? Lequel ?**

- ☐ **Autres**

18) Qui vous a adressé dans cet établissement ?

- ☐ **Vous-même**
- ☐ **Quelqu'un de votre famille**
- ☐ **Médecin traitant**
- ☐ **Autre**

19) Etes-vous passé par un service d'urgences avant votre arrivée ici ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

20) Est-ce que cette hospitalisation était prévue ? programmée ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **NSP**

21) Racontez-moi comment c'est passé votre admission ?

22) Définissez le nombre d'étapes avant votre arrivée ici depuis votre domicile ?

23) Y-a-t-il des choses, qui auraient pu être plus facilitantes (plus faciles) avant votre arrivée ici ? Lesquelles ?

24) Sur une échelle de 1 à 10 quelle note donneriez-vous à l'accueil qui vous a été fait ? (1 étant l'expérience la pire et 10 la plus agréable)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

25) Sur une échelle de 1 à 10 quelle note donneriez-vous aux soins que vous avez reçus ? (1 étant l'expérience la pire et 10 la plus agréable)

- ☐ **Soins techniques (médicaments, gestes, perfusion …)**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

- ☐ **Soins relationnels (confiance, rapidité à venir…)**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

- ☐ **Nursing (toilette, habillage, repas…)**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

26) Sur une échelle de 1 à 10 quelle note donneriez-vous aux informations qui vous ont été données concernant votre santé ? (1 étant l'expérience la pire et 10 la plus agréable)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

La sortie de l'établissement et le retour vers le domicile

27) **Avez-vous une idée approximative de votre date de sortie ?**
- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**

28) **Comment comptez-vous sortir ? Où ? et chez qui ?**

29) **Est-ce que votre sortie vous préoccupe ?**
- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **NSP**

30) **Est-ce que l'équipe vous aide à préparer votre sortie ?**

31) **En quoi on vous aide pour la sortie :**
- ☐ **Adapter votre habitat : travaux aménagement, eau, électricité ?...**
- ☐ **Mettre en place des soins dont vous aurez besoin au domicile ?**
  - **Lesquels ?**

- ☐ **Un accompagnement par un membre de votre entourage ?**
- ☐ **Des démarches sociales ?**

32) **Savez-vous qui va s'occuper de vous à la sortie et vous prendre en charge ?**
- ☐ **Votre famille**
- ☐ **Professionnels de santé ?**
  - **Lesquels ?**

- ☐ **Autres**

33) **Savez-vous si ces personnes qui vont s'occuper de vous à domicile ont été informées de votre sortie ?**
- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **NSP**

34) **Avez-vous l'impression que les professionnels s'accordent entre eux, communiquent entre eux pour que ce soit plus simple pour votre santé ?**
- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **NSP**

35) Pensez-vous que cette hospitalisation aurait pu être évitée ?

- ☐ **Oui**
- ☐ **Non**
- ☐ **NSP**

36) Y a-t-il un moment dans votre parcours de santé qui a été compliqué pour vous ? Pourquoi ?

Votre santé et le bien vieillir

37) Comment qualifieriez-vous votre santé :

- ☐ **Très bonne**
- ☐ **Bonne,**
- ☐ **Moyenne**
- ☐ **Mauvaise**
- ☐ **Plutôt mauvaise**
- ☐ **Très mauvaise**

37) Savez-vous comment obtenir des informations concernant :

- ☐ **Les démarches de santé**
- ☐ **Démarches administratives**
- ☐ **Démarches sociales**

38) Sur une échelle de 1 à 10, pourriez-vous m'estimer l'importance des critères de bien être ou de bien vieillir ?

- ☐ **Avoir une couverture sociale**
- ☐ **Avoir une sécurité financière**
- ☐ **Accéder facilement à des soins : médecins, kinés, infirmiers…**
- ☐ **Etre soulagé de ses douleurs**
- ☐ **Garder le moral**
- ☐ **Garder sa mémoire et sa lucidité**
- ☐ **Choisir ses propres activités**
- ☐ **Avoir un large éventail d'activités**
- ☐ **Gérer soi-même son budget**
- ☐ **Se déplacer librement**
- ☐ **Choisir son lieu de vie**
- ☐ **Etre entouré par ses proches ou sa famille**
- ☐ **Anticiper ou prévoir son vieillissement**

Annexe 1. Méthodologie de l’enquête réalisée dans le cadre de la mission « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »

- **DOCUMENT 5. Demande de participation a l'enquête (exemplaire enquêteur)**

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ENQUETE

« BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE »

Exemplaire à conserver par l'enquêteur

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur

Prénom…… Nom……..

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation à cette enquête « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie », et avoir eu un délai de réflexion avant de donner mon accord pour y participer.

J'accepte un enregistrement audio-phonique de l'entretien. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi « informatique et liberté ». Les résultats obtenus à l'issue du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais rien ne pourra révéler mon identité.

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une mission, réalisée par Pascale de Greslan (chargée de mission) et Dr Valérie Albert-Dunais (Gériatre), afin d'obtenir un diagnostic du Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie.

Une information sur les résultats de l'enquête sera disponible sur le site :

https://www.cht.nc/espace-communication/journal-interne-cht/

J'accepte que ces données anonymes soient utilisées dans le cadre d'études futures :

oui ☐ non ☐

Fait en double exemplaires à ……

Signature Patient — Signature Enquêteur

Le …… — Le……

Valérie Albert-Dunais Gériatre
Téléphone : (+687) 24 61 14
v.albert-dunais@chs.nc

Pascale de Greslan Chargée de mission
Téléphone : (+687) 24 36 36 Poste 35 61
p.degreslan@chs.nc

- **DOCUMENT 6. Demande de participation a l'enquête (exemplaire patient)**

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ENQUETE

« BIEN VIEILLIR EN NOUVELLE-CALEDONIE »

Exemplaire à conserver par le patient

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur

Prénom…… Nom……

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation à cette enquête « Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie », et avoir eu un délai de réflexion avant de donner mon accord pour y participer.

Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et resteront confidentielles. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi « informatique et liberté ». Les résultats obtenus à l'issue du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais rien ne pourra révéler mon identité.

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une mission, réalisée par Pascale de Greslan (chargée de mission) et Dr Valérie Albert-Dunais (Gériatre), afin d'obtenir un diagnostic du Bien Vieillir en Nouvelle-Calédonie.

Une information sur les résultats de l'enquête sera disponible sur le site :

https://www.cht.nc/espace-communication/journal-interne-cht/

J'accepte que ces données anonymes soient utilisées dans le cadre d'études futures :

oui ☐ non ☐

Fait en double exemplaires à ……

Signature Patient — Signature Enquêteur

Le …… — Le……

Valérie Albert-Dunais Gériatre
Téléphone : (+687) 24 61 14
v.albert-dunais@chs.nc

Pascale de Greslan Chargée de mission
Téléphone : (+687) 24 36 36 Poste 35 61
p.degreslan@chs.nc

- **DOCUMENT 7. Membres des comités stratégique, technique et des groupes de travail de la mission : « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie »**

Membres du Comité stratégique

- Membre du Gouvernement en charge de la santé
- Membre du Gouvernement en charge de la protection sociale
- Membre du Gouvernement en charge du logement
- Président du Sénat coutumier ou son représentant
- Président de l'assemblée des 3 Provinces ou leurs représentants
- Président du Conseil économique social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie (CESE)
- Présidents des deux associations des maires
- Président de la CAFAT (Caisse des allocations familiales et des accidents du travail de Nouvelle-Calédonie)
- Directeur de la DASS NC (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie)
- Directeur de l'ASS NC (Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie)
- Directeurs des Caisses de retraite
- Présidents des Mutuelles: Commerce, Nickel, Fonctionnaire et GIPL (Patentés et libéraux)
- Présidents des Conseils d'Administration des Etablissements de santé
- Directeurs des établissements de santé participants
- Présidents de CME des établissements de santé participants
- Chefs de service de gériatrie (CHS Albert Bousquet et CHT Gaston Bourret)
- Président de l'Instance de Coordination Gérontologique (ICG)
- Professionnels libéraux : Fédération des professionnels libéraux de santé (FPLS) et U2P(Union des entreprises de proximité de Nouvelle-Calédonie)
- MEDEF (Mouvement des Entreprises de France pour la Nouvelle-Calédonie)
- CPME (Confédération des petites et moyennes entreprises pour la Nouvelle-Calédonie)
- Juge des tutelles
- Deux représentants des cultes
- Président du Comité Consultatif d'Ethique territorial (CCE)

2

Membres du Comité Technique

- Equipe projet
- Pour les établissements de santé participants : le directeur ou son représentant, le référent médical, le directeur des soins
- Président de l'ICG ou son représentant (Instance de Coordination Gérontologique)
- Représentant du sénat coutumier
- Directeur ou son représentant des DPASS Nord, DPASS Province Sud et DACAS (Divisions santé des trois provinces de Nouvelle-Calédonie)
- Représentant de la CAFAT (Caisse des allocations familiales et des accidents du travail de Nouvelle-Calédonie)
- Représentant de la DASS (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie)
- Représentant de l'ASS NC (Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie)
- Représentants des deux associations de maires
- Représentants du CESE (Conseil Economique, Social et Environnemental de la Nouvelle-Calédonie)
- Directeurs des Mutuelles : Nickel, Commerce, Fonctionnaires, Patentés et libéraux
- Représentants des caisses de retraite
- Représentant de chaque profession de santé désigné par les organismes représentatifs de ces professions : médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers à domicile, dentistes, diététiciens
- Fédération des établissements accueillants des personnes âgées (FEAPA)
- Réseaux: oncologie NC, soins palliatifs, Insuffisance rénale, Prévention Diabète
- GIP Handicap et Dépendance (Gouvernement Nouvelle-Calédonie)
- Représentant des associations concernées
- Intersyndicale des retraités
- Directeur de la Direction formation professionnelle continue de Nouvelle Calédonie (DFPC)
- Directeur de l'IPFSS (Institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie)
- Directeur de la Direction de la jeunesse et des sports de Nouvelle Calédonie (DJS)
- Président de la Société calédonienne de santé publique de Nouvelle Calédonie
- Président de la Société de gériatrie et gérontologie de la région pacifique francophone
- Représentant des associations de gestion des tutelles : ACSMS et AGTNC
- Bailleurs sociaux

3

Membres des Groupes de travail
DONNEES DE SANTE

– Réunions de travail : 28 Aout 2018, 03 octobre 2018, 16 novembre 2018, 20 mars 2019, 30 avril 2019

- ASS-NC : Biologiste, Tony FRUGIER
- ASS-NC : Statisticienne, Elodie MAGNAT
- ASS NC : Médecin santé publique, Dominique MEGRAOUA
- CAFAT : Chef service Pole analyse dépenses de santé et gestion du risque, Sophie PETIT
- DASS-NC Marion ARBES, Médecin inspecteur
- DASS-NC : Médecin inspecteur , Michel BELEC
- DASS –NC : Marielle HARDJOSALIKOEN Service protection sociale
- DASS-NC : Médecin inspecteur , Sylvain LERASLE
- DASS NC : DIM, Sébastien MABON
- Do-Kamo : Coordonnateur , Pierre WELEPA
- Do-Kamo : Biostatisticien, Thibaut DEMANEUF
- Do-Kamo : Département information médicale, Sébastien MABON
- Directeur division Santé Province Nord (DASSPS) : Jean-Claude ATHEA,
- Directeur Division Santé Province Sud (DPASS) : François WAIA
- DASS –NC : Responsable Formation, Carole PERRAUDEAU
- ISEE (Institut de la Statistique et des Etudes Economiques) : Directrice, Véronique DAUDIN
- ISEE (Institut de la Statistique et des Etudes Economiques) : Adjointe au chef du service Conjoncture et Diffusion, Claire ALUZE
- Province Sud Nouvelle-Calédonie : Directeur division santé, François WAIA
- SIAD (Syndicat Infirmiers à domicile) : Anne LECALLONEC
- Syndicat Dentistes : Thierry RODRIGUE

Groupe de travail
ORGANISATION DES CONSULTATIONS PLENIERES

– **Réunion préparatoire Consultations plénières : 16 Aout 2018**

- Directrice , CCAS (Centre Action Communale et Sociale) de Mont-Dore BEGAUD Dominique
- Coordonnatrice ICG (Instance Coordination Gérontologique)LECORDIER Isabelle
- Assistante sociale ICG (Instance Coordination Gérontologique) MAZE Justine
- Chargé de mission GIP Handicap et dépendance, Gouvernement de Nouvelle-Calédonie :LABAU Alexis
- Syndicat Infirmiers à domicile (SIAD) LEBEE Claudie
- Directrice DROETTO Martine, APAHK ((Association des personnes âgées et handicapées Kunié, ile des pins-Province Sud)
- Coordonnateur DROETTO Marc, UPASS (Association des personnes âgées et handicapées Kunié, ile des pins-Province Sud)
- Directeur DOMBROWSKY Thierry, GIP Handicap, Gouvernement de Nouvelle-Calédonie
- Coordonnatrice NEPAMOINDOU Solange, UPASS Thio (Unité Provinciale d'Action Sanitaire et Sociale-Province Sud)
- Coordonnatrice DUSART Julie, UPASS Thio (Unité Provinciale d'Action Sanitaire et Sociale- Province Sud)
- (Province Sud)
- Médecin santé publique DE FREMICOURT Isabelle, DACAS (Direction Action Communautaire et Action Sociale - Province Iles)
- Présidente de la commission des femmes, RWALEWENE Jeannette, CESE (Conseil économique et social de la Nouvelle-Calédonie)
- Directrice animation MICHEL Mireille CCAS (Centre Action Communale et Sociale) Nouméa

5

Membre Groupe de travail
CONCEPTION ET ELABORATION INTERVIEWS

– **Réunion élaboration 14 aout 2018 + Travail et relectures Interview en ligne :**

- Epidémiologiste RESIR (Réseau Insuffisance rénale NC) BAROUX Noémie
- Responsable Pole Sénior SIC (Société Immobilière Calédonienne) BURETTE Séverine
- Coordonnatrice RESIR (Réseau Insuffisance rénale NC) CAILLABA Cécile
- Syndicat chirurgiens dentiste COLLOT Christian
- Directeur des soins CHS (Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet) DANIGO Géraldine
- Syndicat Infirmiers à domicile FAVREAU Laure
- Président Fédération Etablissements accueillant personnes âgées (FEAPA) LETELLIER Philippe
- Directrice animation CCAS (Centre Action Communale et Sociale) de Nouméa MICHEL Mireille
- Médecin coordonnateur EAPAD (Etablissement accueillant Personnes Agées Dépendantes) TOGA Nicolas

6

Annexe 2. Remerciements de l’équipe opérationnelle dite « équipe projet »

Annexe 2

Remerciements de l'équipe opérationnelle dite « équipe projet »

Annexe 2. Remerciements de l’équipe opérationnelle dite « équipe projet »

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans le soutien et la participation des très nombreuses personnes auditées, qui ont bien voulu nous accorder de leur temps et se rendre disponibles pour cette enquête : patients, aidants, professionnels de santé et membres de la société civile. Nous avons recueilli leurs confidences et préoccupations ainsi que leurs propositions et recommandations. Elles témoignent que ce sujet du « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » concerne chacun d'entre nous.

- Merci aux patients hospitalisés dans les établissements de santé, résidents des établissements accueillants des personnes âgées dépendantes ainsi que leurs aidants, qui ont bien voulu nous aider à formaliser ce que peut être le parcours de soins et le parcours de vie des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie;
- Merci aux membres de la société civile et aux coutumiers, bénévoles et aux professionnels qui ont participé aux tables rondes parfois pendant des demi-journées entières afin de nous expliquer comment nos ainés se soignent, sont accompagnés et comment ils vivent la maladie ;
- Merci aux mairies, aux centres communaux d'action sociale qui ont répondu à notre appel pour l'organisation des consultations plénières,
- Merci aux personnes ressources qui se sont mobilisées en vue d'organiser les consultations plénières,
- Merci aux équipes médicales et paramédicales du centre de gérontologie clinique pour leur confiance dans le projet ainsi que leur disponibilité,
- Merci aux institutions de la Nouvelle-Calédonie pour leur aide précieuse dans le recueil des données quantitatives relatives aux personnes de plus de 60 ans sur le territoire : les équipes de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS-NC), de l'agence sanitaire et sociale (ASS NC), de l'institut de la statistique et des études économiques (ISEE), de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), les directions provinciales des affaires sanitaires et sociales de la province Sud (DASS-PS),de la province Nord (DPASS) et DACAS de la province des îles Loyauté, de la direction provinciale Sud du logement, de la sécurité civile et gestion des risques, de l'observatoire de la prévention routière, des établissements de santé publics et privés... Avec ces données, nous avons tenté de réaliser une photographie de l'état de santé des personnes de plus de 60 ans de Nouvelle-Calédonie ;
- Merci à Pierre Wélépa et à l'ensemble de l'équipe Do Kamo qui ont largement contribué à la conception et la réussite de ce projet ;
- Merci à Ambre Eono de l'Agence française pour le développement (AFD) pour son soutien et ses recommandations ;
- Merci à la fédération hospitalière de France (FHF) et à MJF Conseil pour son expertise méthodologique en études qualitatives, qui nous a permis de classer la masse d'informations recueillies auprès des 448 personnes interrogées dans le cadre de cette enquête ;
- Merci à Guilaine Lombardet pour ses recherches bibliographiques, son aide précieuse, sa connaissance si fine de la Nouvelle-Calédonie et sa contribution à l'écriture ce rapport ;
- Merci à Clara Lombardet d'avoir si bien illustré graphiquement le « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » ;

- Merci à Florence Esposito de nous avoir fait partager son expérience et sa connaissance des personnes âgées de Nouvelle-Calédonie et aider dans l'organisation des entretiens avec les professionnels interrogés ;
- Merci à Kefsia Garnier pour sa patience et son efficacité, ses corrections orthographiques et son travail de mise en page ;
- Merci aux membres des comités stratégique et technique représentant l'ensemble des institutions de la Nouvelle-Calédonie : gouvernement, provinces, conseil économique et environnemental (CESE), DASS NC, ASS NC, associations de maires, CAFAT, caisses de retraite, mutuelles, instance de coordination gérontologique (ICG), fédération des professionnels libéraux de santé (FPLS) et U2P (Union des entreprises de proximité de Nouvelle-Calédonie), mouvement des entreprises de France pour la Nouvelle-Calédonie (MEDEF), confédération des petites et moyennes entreprises pour la Nouvelle-Calédonie (CPME), juge des tutelles et représentants des cultes, comité consultatif d'éthique territorial (CCE) ; fédération des établissements accueillants des personnes âgées (FEAPA), réseaux oncologie NC, soins palliatifs, insuffisance rénale et prévention diabète, GIP handicap et dépendance, représentants des associations concernées, intersyndicale des retraités, direction formation professionnelle continue de Nouvelle Calédonie (DFPC), institut de formation des professions sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (IFPSS), direction de la jeunesse et des sports de Nouvelle Calédonie(DJS), société calédonienne de santé publique de Nouvelle Calédonie, bailleurs sociaux de Nouvelle-Calédonie ;
- Merci aux personnes ayant donné de leur temps et de leur expertise au sein des groupes de travail : Claire Aluze, Jean-Claude Athéa, Marion Arbes, Noémie Baroux, Dominique Begaud, Michel Belec, Séverine Burette, Cécile Caillaba, Christian Collot, Géraldine Danigo, Véronique Daudin, Thierry Dombrowski, Marc Droetto, Martine Droetto, Julie Dusart, Isabelle de Frémicourt, Laure Favreau, Tony Frugier, Marielle Hardjosalikoen, , Frédéric Hibelot, Alexis Labau, Claudie Lebee, Anne Lecallonec, Isabelle Lecordier, Sylvain Lerasle, Philippe Letellier, Sébastien Mabon, Elodie Magnat, Justine Mazé, Dominique Mégraoua, Mireille Michel, Solange Népamoindou, Carole Perraudeau, Sophie Petit, Thierry Rodrigue, Jeannette Waléwène, Nicolas Toga, Florence Vivant, Cécilia Wahéo, François Waïa;
- Merci à Jacqueline Bernut, présidente des conseils d'administration des centres hospitaliers Albert Bousquet et Gaston Bourret, Philippe Palombo, directeur du centre hospitalier Albert Bousquet, Dominique Cheveau directeur du centre hospitalier Gaston Bourret et Joachim Tutugoro, directeur du centre hospitalier du Nord de nous avoir accordé leur confiance et de nous avoir confié la réalisation de cette étude;
- Merci à Valentine Eurisouké, membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge de la santé, Christopher Gygès, membre du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge de la protection sociale, de la famille, de la solidarité et du handicap de nous avoir confié cette mission et permis de réaliser cet état des lieux du « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie » ;

Nous nous excusons auprès de ceux que cette liste (déjà très longue) a rendu involontairement anonymes. Elle témoigne de cette volonté générale de contribuer au « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie ».

Annexe 2. Remerciements de l’équipe opérationnelle dite « équipe projet »