

# 5-SANTÉ

En 2015, 1 400 cas de maladie ont fait l'objet d'une **déclaration obligatoire** (hors cancer). Malgré une sous-déclaration probable, le nombre de maladies déclarées en 2015 est particulièrement bas (3 200 cas déclarés en moyenne entre 2004 et 2014). Les épidémies de dengue, contribuent à faire exploser le nombre de maladies déclarées certaines années.

En 2015, près de la moitié des déclarations porte sur des **IST** (690 cas). 190 déclarations portent sur des maladies transmises par le moustique (dengue, zika, chikungunya), 150 concernent le rhumatisme articulaire aigu (un des thèmes prioritaires de prévention) et 110 concernent à part égale la tuberculose et la leptospirose. 18 nouveaux cas de séropositivité au VIH ont été enregistrés en 2015, ce qui porte à 456 le nombre de cas cumulés depuis la mise en place de la réglementation en avril 1986.

En 2013, le cancer est l'une des principales causes de déclaration. Les cancers les plus fréquents touchent alors le sein, les bronches-poumons, la prostate, le colon-rectum, les lymphomes non hodgkiniens et la thyroïde. En 2015, 7 800 personnes étaient prises en charge au titre de la **longue maladie** pour ce type d'affection, soit 2 fois plus qu'il y a 10 ans.

Toutes pathologies confondues, les prises en charge au titre de la longue maladie ont explosé en dix ans (+90 %). En 2015, un calédonien sur 6 (47 200 personnes) est ainsi pris en charge, sachant qu'une même personne peut être prise en charge pour plusieurs affections. Les **maladies cardio-vasculaires** concernent 38 % des prises en charge et le diabète 18 %. Les prises en charge du diabète ont plus que triplé sur la décennie. D'après l'**ASS-NC** et son **Baromètre Santé 2015**, 68 % des 18 à 60 ans sont en excès de poids, dont 38 % sont obèses. Les psychoses représentent 4 100 prises en charge en 2015, soit 1,5 % de la population totale. Au cours de l'enquête Baromètre santé, 9 % des 18-60 ans étaient en épisode dépressif majeur.

102 cas de **maladies professionnelles** ont été reconnus en 2015 (1,3 pour 1 000 salariés). Les affections périarticulaires restent la principale pathologie reconnue, avec 74 % des cas en 2014.

En 2014, le **taux d'IVG** est de 19,79 pour 1 000 conceptions.

► **Déclaration obligatoire.** La délibération n°423 du 26 novembre 2008 et l'arrêté n°2009-1273/GNC du 17 mars 2009 précisent la liste des 40 maladies qui doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire de données individuelles. Ces maladies nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale, ou font l'objet d'une surveillance nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

► **IST.** Infections sexuellement transmissibles.

► **Longue maladie.** Les affections classées dans le Régime des Longues Maladies du régime de couverture sociale de la CAFAT (voir 10.3) nécessitent une prise en charge particulière. La loi du pays n°2001-016 du 11 janvier 2002, modifiée le 8 juin 2006, a introduit le protocole de soins personnalisés. Seuls les actes inscrits au protocole et validés par le contrôle médical ouvrent droit au remboursement en "longue maladie".

► **Maladies cardio-vasculaires.** Elles comprennent l'hypertension artérielle, la cardiopathie coronarienne et l'artériopathie.

► **Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS-NC).** (Voir 5.3). Elle a conduit en 2015 une enquête dénommée Baromètre santé adultes 2015, sur la santé des Calédoniens de 18 à 60 ans.

► **Maladies professionnelles.** Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans le tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. Peuvent également être reconnues d'origine professionnelle, après avis du Comité Territorial de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CTRMP) :

- une maladie telle que désignée dans le tableau lorsqu'une ou plusieurs des conditions prévues (délai de prise en charge, durée d'exposition ou liste limitative des travaux) ne sont pas remplies et qu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime ;
- une maladie caractérisée, non désignée dans le tableau, lorsqu'elle est essentiellement et directement causée par le travail de la victime et qu'elle entraîne le décès ou une incapacité permanente partielle d'au moins 25 %.

► **Taux d'IVG.** Nombre d'IVG rapporté au nombre total de conceptions (enfants nés vivants + enfants nés morts + IVG).

**SOURCES** [1] DASS. [2] CAFAT. [3] DTE.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2015, DASS : [www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

Baromètre santé adultes 2015, ASSNC, 2016 : [www.ass.nc](http://www.ass.nc)

Tableau des maladies professionnelles en Nouvelle-Calédonie, longues maladies : [www.cafat.nc](http://www.cafat.nc)

Délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire : [www.juridoc.gouv.nc](http://www.juridoc.gouv.nc)

## Évolution des nouveaux cas de maladies déclarées\* [1]

	2011	2012	2013	2014	2015
Amibiase	-	-	-	-	-
Autres maladies vénériennes	3	2	-	nd	-
Cancers (hors peau, sauf mélanomes)	891	864	853	nd	nd
Candidose uro-génitale	7	7	-	-	2
Chikungunya	33	-	31	41	24
Condylome acuminé	1	6	-	13	1
Coqueluche	2	6	3	9	-
Dengue	15	718	10 522	310	26
Diphthérie	-	6	-	-	-
Encéphalite	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	2	1	-	-	-
Hépatite virale B	6	5	16	8	11
Hépatite virale C	1	-	-	1	6
Herpès génital	12	2	3	nd	1
Infections à mycoplasmes	3	3	-	-	1
Infections génitales à chlamydiae	319	492	662	515	499
Infections gonococciques	141	152	175	179	232
Lèpre	10	5	8	1	8
Leptospirose	138	75	70	20	56
Listériose	1	-	1	2	-
Méningite à méningocoques	10	5	8	9	1
Paludisme autochtone et importé	5	2	2	-	-
Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies	86	nd	nd	nd	150
Rougeole	-	-	-	-	1
SIDA - Syndromes dus au VIH	18	26	15	20	18
Syphilis	49	66	145	100	133
Tétanos	-	-	-	-	-
Toxi-infection alimentaire collective (nombre de foyers)	28	13	17	27	15
Trichomonase uro-génitale	27	20	3	nd	29
Tuberculose et primo-infections	77	49	46	30	56
Vibrio vulnificus	1	2	-	1	1
Zika	-	-	18	1395	137
<b>Total</b>	<b>1 886</b>	<b>2 527</b>	<b>12 598</b>	<b>2 681</b>	<b>1 408</b>

\* Maladies à déclaration obligatoire

Unité : nombre

## Évolution des prises en charge longue maladie CAFAT [1 et 2]

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Affections prises en charge (a)</b>	<b>60 970</b>	<b>64 208</b>	<b>68 185</b>	<b>71 906</b>	<b>74 674</b>
dont : diabète	10 678	11 188	11 728	12 480	13 000
insuffisance rénale	1 045	1 102	1 181	1 310	1 475
insuffisance respiratoire	6 178	6 603	7 068	7 658	7 972
maladies cardio-vasculaires	25 781	26 469	27 434	28 385	28 820
psychoses	3 927	4 078	4 215	3 915	4 080
tumeurs malignes	5 765	6 190	6 687	7 416	7 816
autres	7 596	8 578	9 872	10 742	11 511
<b>Personnes prises en charges au titre de la longue maladie</b>	<b>37 938</b>	<b>40 205</b>	<b>42 938</b>	<b>45 310</b>	<b>47 217</b>

(a) Une même personne peut avoir plusieurs affections prises en charge.

Unité : nombre

## Évolution des maladies professionnelles [1 à 3]

	2011	2012	2013	2014	2015
Maladies reconnues	94	103	81	103	102
Journées indemnisées	2 146	3 320	nd	nd	nd
Maladie professionnelle pour 1 000 salariés	1,2	1,3	1,1	1,4	1,3

Unités : nombre, ‰

## Évolution des IVG [1]

	2010	2011	2012	2013	2014
IVG	1 563	1 710	1 680	1 641	1 465
Taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (a)	23,6	23,9	22,9	21,9	18,6

(a) Femmes de 15 à 49 ans.

Unités : nombre, ‰

Avec 1 465 décès en 2015, toutes causes confondues, le **taux brut de mortalité** est de 5,4 pour 1 000 habitants. Il atteint 6,5 ‰ chez les hommes, contre seulement 4,8 ‰ chez les femmes. Le taux de mortalité n'a cessé de diminuer depuis le début des années 1960. Avec la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie a le taux de mortalité le plus bas des îles du Pacifique. Ce taux, très influencé par la structure par âge de la population, est très inférieur à celui de la Métropole (9 ‰ en 2015).

Les quatre premières **causes de décès** sont les tumeurs (29 %), les maladies cardiovasculaires (22 %), les causes externes de morbidité et de mortalité (13 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (8 %). Chez les hommes, les décès par tumeurs constituent la première cause de décès (240 cas), suivie par les maladies de l'appareil circulatoire (187 cas) et les causes externes de morbidité et de mortalité (136 cas). Chez les femmes, on trouve en première cause les tumeurs (183 cas), puis les maladies cardiovasculaires (141 cas). Depuis 1986, 61 décès sont dus au SIDA.

Les accidents de la circulation sont à l'origine de 27 % des **morts violentes** et représentent 3 % de l'ensemble des décès en 2015. 80 % de ces décès concernaient des hommes. Les accidents de la circulation restent une préoccupation extrêmement forte des autorités en Nouvelle-Calédonie, qui multiplient les campagnes de sensibilisation, les contrôles (alcoolémie ou vitesse), et les **mesures réglementaires**. Ces actions contribuent progressivement à faire diminuer le nombre d'accidents corporels (357 accidents avec dommages corporels en 2015, contre 530/an en moyenne sur les dix dernières années). Pour autant le nombre de personnes tuées sur les routes, lui, ne faiblit pas. En 2015, l'**indice de gravité** est de 14,0, largement supérieur à la moyenne 2005-2014 qui était de 11,4 (6,1 en Métropole en 2015). Ce taux est largement plus élevé hors zone urbaine (33,3) qu'en zone urbaine (2,2). 9 des 50 victimes tuées sur la route en 2015, étaient des piétons, 3 d'entre elles des conducteurs de 2 roues et les 38 autres victimes, des conducteurs de véhicules à moteur 4 roues. Deuxième cause de mort violente, les suicides (37 cas, soit 20 % de ce type de décès en 2015), qui concernent à 78 % des hommes.

En 2015, 3 823 sinistres sont indemnisés (accidents du travail, trajets et maladies professionnelles), avec 208 600 journées indemnisées au titre des arrêts de travail indemnisés. Cinq décès sont intervenus dans ce cadre en 2015.

► **Taux de mortalité.** C'est le rapport entre le nombre annuel de décès et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, multiplié par 1 000 habitants.

► **Causes de décès.** La délibération n°99/CP du 13 mars 1991 du Congrès du Territoire a rendu obligatoire, à partir du 1<sup>er</sup> mai 1991, le modèle standardisé du certificat médical de décès, qui porte des renseignements sur les causes de décès. L'analyse de ces causes porte sur la cause initiale, c'est-à-dire celle mentionnée par le médecin comme étant à l'origine de l'enchaînement pathologique ayant abouti au décès. Les causes sont réparties en 17 groupes.

► **Mort violente.** Elle peut survenir de trois façons :

- l'intervention d'un élément physique ou chimique, extérieur à l'individu, soudain et brutal. Il s'agit alors de l'accident (travail, circulation, vie privée).
- l'intervention d'une ou plusieurs autres personnes, de manière volontaire ou non, mettant ainsi en cause l'ordre public et permettant la qualification pénale de délit ou de crime. Il s'agit par exemple des homicides.
- le suicide : l'action vulnérante a été générée par l'individu lui-même.

► **Mesures réglementaires.** Diverses mesures éducatives, préventives ou répressives ont été prises pour tenter de limiter le nombre de victimes sur les routes : ceinture de sécurité obligatoire à l'avant (2001) et à l'arrière (2005), interdiction du téléphone au volant (2005), rehausseur obligatoire pour les enfants (2006), rétention du permis de conduire en cas d'état d'ébriété, de grand excès de vitesse ou de consommation de stupéfiant (2006), interdiction de transporter des passagers dans les bennes (2007). Parallèlement, des aides sont mises en place depuis 2006 par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie pour favoriser l'accès au permis de conduire de catégorie B pour des populations cibles.

► **Indice de gravité.** Il représente le nombre de personnes tuées ou mortellement blessées pour 100 accidents corporels.

**SOURCES** [1] DASS. [2] Gendarmerie Nationale, Police Nationale, DITTT. [3] INSEE. [4] CAFAT.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle Calédonie – 2014, DASS, 2015 : [www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)  
Bilans accidentologiques, DITTT : [www.dittt.gouv.nc](http://www.dittt.gouv.nc)

# 5.2 ACCIDENTS ET DÉCÈS

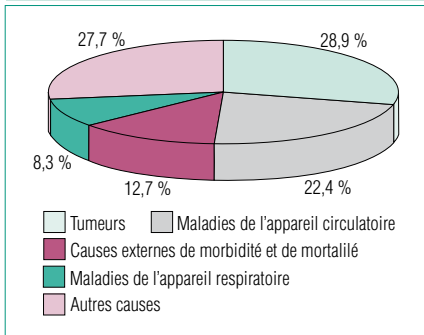
## Évolution des causes médicales de décès\* [1]

N° groupe CIM 10	2011	2012	2013	2014	2015
I Maladies infectieuses et parasitaires	62	59	51	52	43
II Tumeurs	406	421	393	405	423
III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	4	3	2	5
IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	28	17	17	38	19
V Troubles mentaux et du comportement	13	12	16	12	8
VI Maladies du système nerveux	27	21	25	36	27
VII Maladies de l'œil et de ses annexes	///	-	-	-	0
VIII Maladies de l'oreille et de l'hypophyse mastoïde	///	-	-	-	0
IX Maladies de l'appareil circulatoire	264	299	302	282	328
X Maladies de l'appareil respiratoire	121	111	124	147	121
XI Maladies de l'appareil digestif	43	39	57	52	50
XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	8	3	5	9	8
XIII Maladies ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif	2	2	3	3	6
XIV Maladies des organes génito-urinaires	26	27	28	25	30
XV Grossesses, accouchements et puerpéralité	2	2	-	-	0
XVI Certaines affections, dont l'origine se situe dans la période périnatale	6	11	8	5	15
XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3	4	-	1	5
XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	135	129	163	143	191
XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	///	-	-	-	-
XX Causes externes de morbidité et de mortalité	173	161	179	192	186
dont : accident de la circulation	61	55	36	67	50
suicide	34	36	43	40	37
accident du travail	3	3	8	4	5
XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	///	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>1 320</b>	<b>1 322</b>	<b>1 374</b>	<b>1 404</b>	<b>1 465</b>

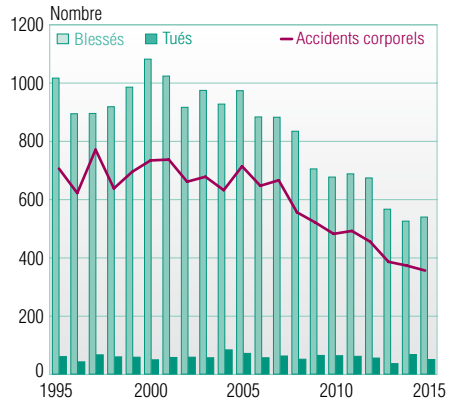
\* Le certificat médical de santé a été standardisé et rendu obligatoire (Déf. N°99/CP du 13 mars 1991) à partir du 1<sup>er</sup> mai 1991.

Unité : nombre

## Principales causes de décès en 2015 [1]



## Évolution des accidents de la route [1 et 2]



## Évolution des accidents du travail [4]

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Accidents du travail</b>					
Accidents du travail (AT)	4 760	4 294	4 072	4 130	4 146
Journées indemnisées	65 441	73 361	nd	nd	nd
Durée moyenne d'incapacité (journées)	29,8	28,1	nd	nd	nd
Accidents du travail pour 100 salariés	6,2	5,4	5,4	5,4	5,4
<b>Accidents du trajet</b>					
Accidents du trajet	235	256	238	254	251
Journées indemnisées	3 650	6 737	nd	nd	nd
Accidents du trajet pour 100 salariés	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Unités : nombre, %

## Accidents de la circulation routière [2 et 3]

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Accidents corporels</b>	<b>493</b>	<b>456</b>	<b>387</b>	<b>374</b>	<b>357</b>
dont : intervenus dans Nouméa	314	263	230	217	222
intervenus hors Nouméa	179	193	157	157	135
Accidents pour 1 000 habitants	1,9	1,8	1,5	1,4	1,3
<b>Blessés</b>	<b>686</b>	<b>672</b>	<b>565</b>	<b>524</b>	<b>538</b>
dont : hospitalisés	303	335	273	248	231
<b>Tués</b>	<b>61</b>	<b>55</b>	<b>36</b>	<b>67</b>	<b>50</b>
<b>Part dans les décès</b>	<b>4,6</b>	<b>4,2</b>	<b>2,6</b>	<b>4,8</b>	<b>3,4</b>
Tués pour 100 000 habitants	24,0	21,3	13,7	24,9	18,2
Tués pour 100 000 habitants en France métropolitaine	6,3	5,8	5,1	5,3	5,3

Unité : nombre

En 2015, 23 millions de litres de boissons alcoolisées ont été consommés, soit l'équivalent de 1,95 millions de litres d'alcool pur contenu. La quantité d'alcool consommée poursuit sa croissance. Rapportée à la population, la consommation d'alcool correspond à 9,8 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus en 2014. L'alcool reste en Nouvelle-Calédonie un problème de santé publique majeur avec des conséquences à la fois sanitaires (pathologies et traumatologie) et sociales (accidents, violences, etc.). Il est impliqué de manière élevée dans la morbidité et la mortalité de la population, qu'elle soit accidentelle ou non. Selon le Baromètre santé 2015 de l'Agence sanitaire et sociale (ASSNC), la prévalence de la consommation d'alcool est de 59 % en 2015. Parmi ceux qui déclarent boire, 60 % ne boivent que le week-end, mais consomment toutefois des quantités relativement importantes en une journée. Depuis 2001, l'ASSNC coordonne et anime un dispositif de prévention du risque alcool et assure une action de prévention et de soins sur l'ensemble du territoire, notamment via son centre d'addictologie créé en 2006. En parallèle, plusieurs dispositions légales ont été adoptées.

En 2015, 4 510 personnes ont été placées en cure de dégrisement, suite à une ivresse publique et manifeste en zone urbaine. 94 % des rétentions de permis de conduire concernent une conduite sous l'empire d'un état alcoolique et 1 % une conduite sous l'empire de stupéfiants.

Le plan addictions concerne également le tabagisme, le cannabis et la consommation de kava. Après avoir diminué entre 1990 et le début des années 2000, la consommation de tabac est depuis globalement stable, malgré les différentes dispositions légales prises pour lutter contre le tabagisme. En 2015, 42 % des calédoniens déclarent fumer quotidiennement, en moyenne 11,5 g de tabac par jour. En Métropole, le tabagisme quotidien ne concerne plus que 29 % des individus.

Les efforts des effectifs de gendarmerie en matière de lutte contre le cannabis se traduisent par une forte chute des volumes saisis (principalement des plants), passant de 5,4 tonnes en 2010 à 231 kg en 2014. Rapportées à la population, ces saisies indiquent qu'une économie liée au trafic de cannabis existe.

La consommation de kava s'intensifie. En 2015, 268 tonnes de racines de kava ont été importées, soit près de 12 % de plus qu'il y a cinq ans. En 2015, la prévalence de la consommation actuelle de kava est de 9 %.

► **Litres d'alcool pur (LAP).** Cette unité permet d'additionner des produits de types différents, en ne comptabilisant que l'alcool pur contenu pour suivre la variation dans le temps de la consommation. Pour permettre ce calcul, il est supposé que la bière a en moyenne un degré d'alcool égal à 5 %, le vin à 12 % et les alcools forts à 40 %.

► **Agence Sanitaire et Sociale (ASSNC).** Établissement public de la Nouvelle-Calédonie créé en 2001 pour permettre l'allocation directe d'une partie de la taxe sur les alcools et tabac au financement des structures hospitalières. A partir de 2006, ses missions se sont développées vers la promotion de la santé et la prévention, notamment dans les domaines suivants : addictologie, diabète, rhumatisme articulaire aigu, pathologies liées aux surcharges, cancers féminins, IST/VIH/Sida, hygiène bucco-dentaire, tuberculose, baromètre santé. L'ASSNC, coordonne depuis 2005, le programme de prévention et de soins en matière d'addictions. Un second plan, le plan ISA, vise à faire reculer la consommation d'alcool, de tabac et autres drogues, et de modifier les représentations et normes sociales.

► **Prévalence.** Il s'agit d'un outil de mesure statistique médicale. La prévalence d'une maladie particulière représente ainsi le nombre de personnes atteintes par cette maladie à un instant donné, rapporté à la population totale.

► **Dispositions légales.** Concernant l'alcool il s'agit notamment de l'instauration de la rétention du permis de conduire ; l'abaissement du taux d'alcoolémie toléré au volant (0,5g/l) ; la réglementation de la vente d'alcool le week-end et les jours fériés ; l'augmentation du montant des taxes ; l'interdiction de la vente aux mineurs et de la publicité pour les boissons alcoolisées ; du renforcement des contrôles d'alcoolémie ainsi que des usages et trafics de cannabis ; du développement des injonctions thérapeutiques etc. D'autres dispositions concernent la lutte contre le tabagisme : augmentations des prix du tabac, dont une dernière sensible au dernier trimestre 2015 ; interdiction de fumer dans les lieux publics ; aide au sevrage tabagique etc.

**SOURCES** [1] DRDNC. [2] DASS. [3] DSE. [4] DITTT. [5] ISEE.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2014, DASS, 2015 : [www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

Baromètre Santé Nouvelle-Calédonie 2015, ASS-NC, 2017 : [www.ass.nc](http://www.ass.nc)

Délibération n°42 du 21 décembre 2009 portant modification de la structure des prix du tabac et augmentation du taux de la taxe sur les alcools et tabacs en faveur du secteur sanitaire / Arrêté n°2015-1893/GNC du 22 septembre 2015 relatif à la modification des prix de vente en gros et au détail des tabacs, cigares et cigarettes : [www.juridoc.gouv.nc](http://www.juridoc.gouv.nc)

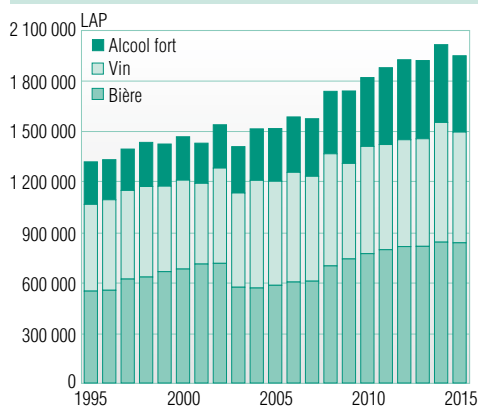
Plan ISA (Informer Sensibiliser Agir) : [www.ass.nc](http://www.ass.nc)

## Évolution de la consommation d'alcool [1 et 2]

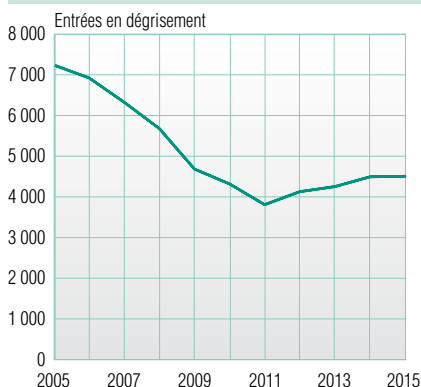
	2011	2012	2013	2014	2015
Bière	794 194	812 864	814 398	839 376	835 386
Vin	626 837	636 732	641 115	713 382	659 949
Alcool fort	457 904	476 792	466 025	463 391	454 837
<b>Total</b>	<b>1 878 935</b>	<b>1 926 387</b>	<b>1 921 538</b>	<b>2 016 150</b>	<b>1 950 172</b>
Consommation par habitant de 15 ans et +	9,9	nd	9,8	9,8	nd

Unité : Litre d'Alcool Pur (LAP)

## Évolution de la consommation d'alcool [1 et 2]



## Évolution des ivresses publiques et manifestes [2]



## Évolution de la consommation de tabac [1 à 3]

	2011	2012	2013	2014	2015
Cigarettes (kg)	268 111	296 584	299 420	297 052	281 541
Autres tabacs (kg)	96 880	104 204	102 926	102 228	103 662
Consommation tous tabacs (kg)	364 991	400 788	402 346	399 280	385 203
Consommation quotidienne par personne de 15 ans et + (nombre de cigarettes) (a)	5,2	5,7	5,6	5,3	nd
Recettes encaissées par la Régie Locale des Tabacs	10 582	11 964	12 075	12 143	13 164

(a) 1 cigarette = 1 gramme de tabac (convention Seita)

Unité : million de F.CFP, sauf indication contraire

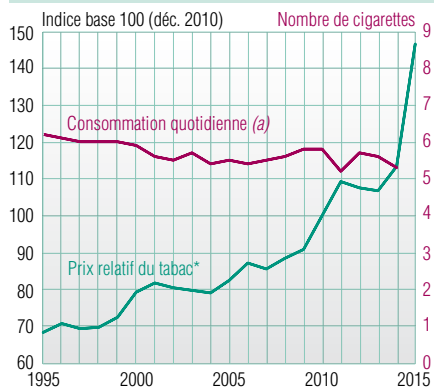
## Évolution des rétentions de permis de conduire [4]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Rétentions de permis de conduire (a)	1 131	942	nd	995	999	1121
dont : alcool ou stupéfiants	992	909	nd	959	962	1070
Part (%)	87,7	96,5	nd	96,4	96,3	95,5

(a) Les rétentions administratives ont commencé en décembre 2006

Unités : nombre, %

## Évolution de la consommation et du prix relatif du tabac\* [1, 2, 3, 5]



\* Il est égal au prix nominal du tabac divisé par l'indice général des prix. Une évolution positive de la courbe indique que le prix du tabac s'accroît plus rapidement que le "coût de la vie" en général.

(a) Par personne de 15 ans et +.



La Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de santé et d'hygiène publiques. Les provinces peuvent adapter et appliquer la réglementation à leur territoire. La Direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS) met en œuvre les différentes politiques du secteur de la santé, tandis que l'Agence Sanitaire et Sociale intervient dans le financement des structures hospitalières et en matière de prévention et de promotion de la santé.

L'organisation des soins est répartie entre les structures de santé de compétence provinciale, le secteur libéral et le secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé. Les soins de santé primaire et les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et vaccination des enfants, sont assurés par les centres médico-sociaux (CMS) et le secteur libéral. Des spécificités existent selon les provinces : le secteur libéral est ainsi très développé sur les communes du Grand Nouméa, alors qu'en provinces Nord et îles Loyauté, ces soins sont essentiellement assurés par les CMS. Par ailleurs, certains CMS sont équipés de lits physiques polyvalents pour répondre aux spécificités géographiques du territoire. Le centre hospitalier du Nord (CHN) assure une activité d'hospitalisation de proximité pour les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique et comporte une capacité de moyen séjour polyvalent sur Poindimié. Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont dispensés par deux cliniques privées et le Centre hospitalier territorial (CHT), situés à Nouméa. Ils occasionnent des transferts de patients du Nord, des Îles et du Sud, par voie terrestre ou aérienne. En cas de besoin, les malades sont évacués en Australie ou en Métropole pour des soins ne pouvant être assurés sur place.

Le Centre hospitalier spécialisé (CHS) est le seul établissement d'accueil et de traitement des personnes atteintes de troubles psychiques. C'est aussi la seule structure hospitalière de gériatrie. Progressivement, des schémas d'organisation sanitaire organisent l'activité hospitalière en filière.

Une modernisation de l'outil hospitalier est également à l'œuvre, avec plusieurs projets structurants : le Médipôle en 2017 ; l'hôpital de Koné ; et le regroupement de plusieurs cliniques privées à Nouville (Nouméa).

► Agence Sanitaire et Sociale. Voir 5.3.

► Structures de santé de compétence provinciale. Elles comprennent 27 circonscriptions médico-sociales ou centres médico-sociaux, 23 centres médicaux secondaires ou infirmières et 4 centres spécialisés. Les circonscriptions ou centres médico-sociaux (CMS) assurent notamment les activités liées à la mère et à l'enfant, la médecine de soins, les évacuations sanitaires vers les centres hospitaliers, la prévention et l'éducation sanitaire. Certains CMS assurent aussi des hospitalisations, une activité de radiologie ou dentaire et accueillent des vacations décentralisées de spécialistes.

► Centre Hospitalier du Nord (CHN). Établissement public de la Nouvelle-Calédonie, constitué de deux établissements qui disposent chacun d'un service d'urgence, de radiologie, de soins intensifs, de médecine et de maternité et d'un laboratoire de biologie médicale : l'hôpital P. Thavaoianon à Koumac regroupe le plateau technique et dispose en outre d'un service de chirurgie ; l'hôpital D. Nebayes à Poindimié dispose en outre d'une unité de moyen séjour. L'offre de soins est complétée par des vacations de spécialistes du CHT Gaston Bourret ou du secteur libéral. Voir 5.5.

► Centre Hospitalier Territorial (CHT). Établissement public de la Nouvelle-Calédonie, constitué de quatre établissements : l'hôpital Gaston Bourret regroupe la majeure partie du plateau technique et les services de médecine et chirurgie ; l'hôpital de Magenta constitue le pôle mère-enfant (services de maternité, obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie) et dispose d'un centre d'hémodialyse ; le centre médical du Col de la Pirogue accueille les insuffisants respiratoires et les patients en convalescence et participe au dépistage de la tuberculose ; le centre Raoul Follereau est spécialisé dans le traitement de la lèpre. Voir 5.5.

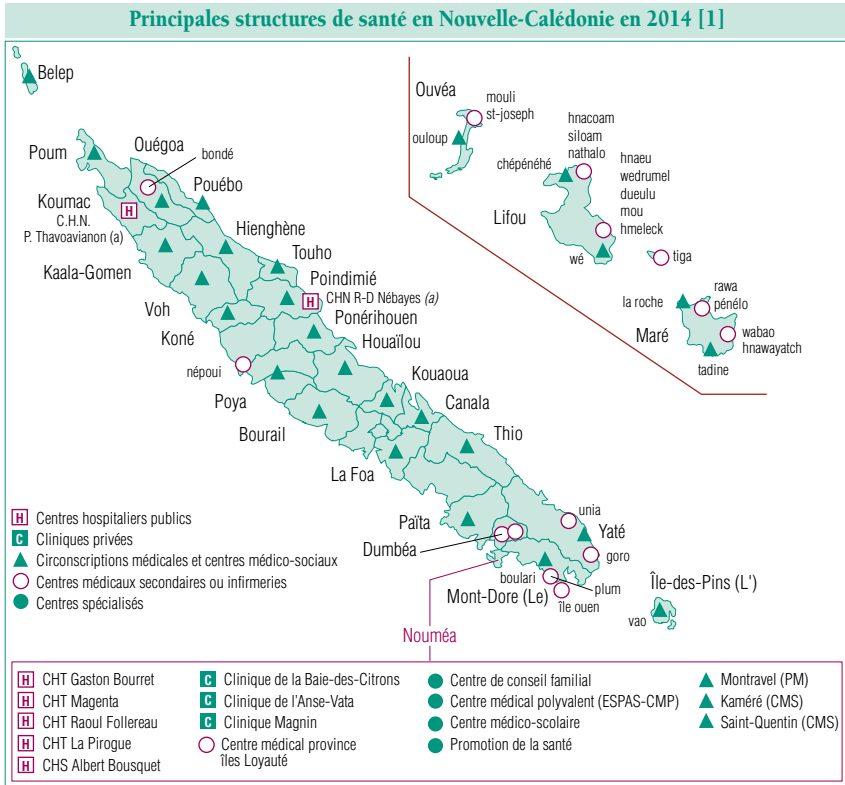
► Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert Bousquet. Établissement public de la Nouvelle-Calédonie, composé de trois grands services : la psychiatrie générale, la pédopsychiatrie et la gériatrie.

► Schéma d'organisation sanitaire. Il détermine le rôle de chacun des acteurs au sein d'une filière de soins gradués et formalise les relations de collaboration entre ces différents niveaux de soins. Plusieurs schémas d'organisation ont été adoptés (accueil/traitement des urgences, traitement de l'insuffisance rénale chronique, prélèvement/greffe d'organes, santé mentale, périnatalité).

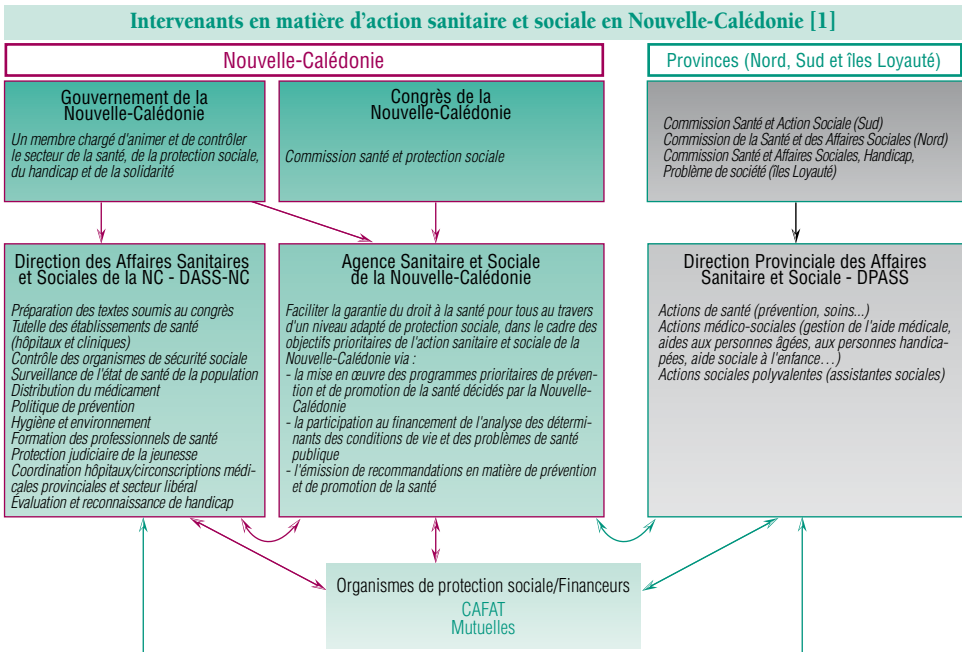
SOURCE [1] DASS.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2014, DASS, 2015 : [www.dass.nc](http://www.dass.nc)



(a) Les CHN de Koumac et Poindimi disposent d'une antenne médico-psychologique rattachée au CHS Albert Bousquet.





# 5-SANTÉ

En 2014, l'offre de soins hospitaliers compte 1 067 lits installés, dont 66 % concernent la MCO. Rapporté à la population, l'équipement hospitalier actuellement installé est largement inférieur à celui de la métropole. La réalité géographique du territoire explique l'éloignement des structures hospitalières pour certaines populations.

Globalement, le nombre d'entrées totales dans un service hospitalier de court séjour augmente de 31% entre 2005 et 2013. Cette forte croissance résulte essentiellement du développement de l'hospitalisation de jour (+138 %), tandis que les hospitalisations complètes affichent une progression bien moindre (+7 %). En 2013, les hospitalisations complètes représentent deux tiers des entrées totales dans le court séjour. L'augmentation du nombre global d'entrées concerne légèrement plus le secteur privé (+32 %) que le secteur public (+31 %), notamment du fait de la saturation des lits du CHT. En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est 4,4 jours entre 2008 et 2013. Elle est plus courte dans le public que dans le privé. Tout établissement confondu, le taux d'occupation moyen est 79 % sur cette même période. Parallèlement, 1 700 EVASAN ont eu lieu en 2015. 570 médecins étaient en activité en 2014, soit une densité de 212 médecins pour 100 000 habitants. Les disparités sont grandes entre les provinces, notamment du fait de la concentration des structures de soins sur Nouméa. Elles concernent aussi les autres professionnels de santé.

A compter de 2017, le dispositif hospitalier va connaître un énorme changement, avec notamment :

- Le regroupement sur le Médipôle, de l'ensemble des activités du CHT actuellement éclatées sur quatre sites, de l'Institut Pasteur, d'un centre de radiothérapie et d'un établissement de soins de suite et de réadaptation. Le Médipôle entre en activité en début d'année 2017.
- Le projet de réorganisation de l'offre hospitalière en province Nord, qui repose sur la création d'un nouvel hôpital MCO à Koné, doté d'un SMUR et d'un scanner, et sur le redéploiement des sites hospitaliers existants de Koumac et Poindimié vers des activités de moyen séjour. Les travaux ont débuté en 2015 et sont encore en cours.
- Le regroupement sur un site unique, des établissements hospitaliers privés de Nouméa et le développement en son sein, d'une activité de prise en charge des urgences. L'ouverture de la nouvelle clinique Ile Nou-Magnin est prévue en 2018.

▶ MCO. Médecine, chirurgie, obstétrique.

▶ CHT. Voir 5.4.

▶ EVASAN. Lorsque le diagnostic et/ou le traitement d'une maladie ne sont pas réalisables en Nouvelle-Calédonie, soit par manque d'infrastructure matérielle soit par absence de praticien spécialisé, il est procédé à des évacuations sanitaires (EVASAN), hors du territoire principalement vers l'Australie (dans 80 % des cas) ou vers la Métropole. Elles concernent principalement des tumeurs (39 % des cas) ou des maladies de l'appareil circulatoire (26 %). Ces dernières années, l'installation sur le territoire d'un nouveau plateau technique IRM, les modifications du protocole de traitement des cancers de la thyroïde et la mise en place de la coronarographie au CHT, ont permis de réduire le nombre d'EVASAN.

▶ Libéral. Globalement le nombre de médecins en exercice a progressé de 18 % en cinq ans. Toutefois, la progression est plus forte pour les médecins salariés (+33 %) que pour les médecins libéraux (+3 %) dont le nombre est contrôlé au travers du gel des conventionnements avec les organismes de protection sociale.

▶ SMUR. Service mobile d'urgence et de réanimation.

SOURCE [1] DASS.

## VOIR AUSSI

Agence Sanitaire et Sociale : [www.ass.nc](http://www.ass.nc)

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2014 : [www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

Délibération n°171 du 25 janvier 2001 modifiée relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

Délibération n°429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

Schéma d'organisation des soins en périnatalité : Délibération N°71/CP du 12 février 2009 et arrêté n°2009-2321/GNC du 5 mai 2009.

# 5.5 PERSONNEL ET ÉQUIPEMENTS

## Répartition par statut et province des professionnels de santé en 2014 [1]

	Province îles Loyauté	Province Nord	Province Sud	Nouvelle-Calédonie	% de libéraux	Densité (a)	
						Nouvelle-Calédonie	Métropole (d)
Infirmiers	57	165	1 279	1 501	13	558	972
Médecins (b)	18	69	482	569	47	212	337
Généralistes	18	53	218	289	50	108	155
Spécialistes	-	16	264	280	45	104	181
Pharmaciens	8	23	167	198	38	74	114
Chirurgiens-Dentistes	5	17	104	126	64	47	64
Masseurs-Kinésithérapeutes	5	23	112	140	79	52	126
Sages-femmes (c)	5	20	112	137	32	194	146

(a) Nombre pour 100 000 habitants.

(b) Médecins développant une activité curative uniquement.

(c) Pour les sages-femmes, la densité se mesure par rapport au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans - population au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

(d) Au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Unité : nombre

## Évolution de la capacité d'hospitalisation\* [1]

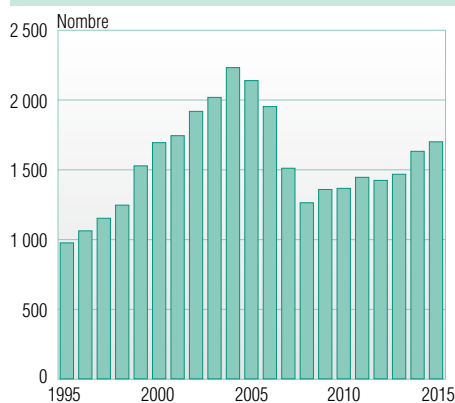
	2010	2011	2012	2013	2014
Activités MCO (a)	712	714	714	701	708
Médecine	339	339	339	320	319
Chirurgie	245	245	245	251	259
Obstétrique	88	90	90	91	91
Soins critiques	40	40	40	39	39
Psychiatrie	194	194	194	194	194
Hospitalisation complète	111	111	111	111	111
Hospitalisation de jour	83	83	83	83	83
Moyen séjour	103	88	88	83	98
Long séjour	75	75	75	67	67

\* Treize CMS assurent aussi des hospitalisations et se répartissent 78 lits supplémentaires polyvalents de proximité.

Unité : nombre de lits installés

(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique - hospitalisation complète + hospitalisation de jour.

## Évolution des Evasan hors de Nouvelle-Calédonie [1]



## Capacité d'hospitalisation complète par type d'activité et par province en 2014\* [1]

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins critiques	Psychiatrie	Moyen Séjour	Long Séjour	Total
Province Nord	31	13	9	-	-	14	-	67
Public	31	13	9	-	-	28	-	81
CHN Koumac	17	13	9	-	-	-	-	39
CHN Poindimié	14	-	-	-	-	28	-	42
Province Sud	264	200	80	39	111	69	67	830
Privé	50	67	33	-	-	-	-	150
Cliniques	50	67	33	-	-	-	-	150
Public	214	133	47	39	111	70	67	681
CHT Gaston Bourret	214	133	47	39	-	50	13	496
CHS	-	-	-	-	111	20	54	185
Nouvelle-Calédonie	295	213	89	39	111	83	67	897

\* Hors hospitalisation de jour, soit 53 lits en MCO et 83 lits en psychiatrie

NB : Treize CMS assurent aussi des hospitalisations et se répartissent 78 lits supplémentaires polyvalents de proximité.

Unité : nombre de lits installés

## Évolution des hospitalisations complètes par secteur dans le court séjour [1]

	2009	2010	2011	2012	2013
Entrées	38 914	43 587	42 221	40 896	43 104
Secteur public	28 439	33 220	26 027	30 080	31 491
Secteur privé	10 475	10 367	16 194	10 816	11 613
Taux d'hospitalisation pour 100 habitants (a)	15,9	17,5	16,8	16,0	16,7
Taux d'occupation	75,5	74,3	76,0	77,1	79,0
Secteur public	81,1	80,1	82,3	80,7	82,5
Secteur privé	60,0	57,2	59,0	66,5	68,0

(a) Nombre d'entrées totales (nbre de séjours hospitaliers) rapporté à la population totale estimée au milieu de l'année considérée.

Unités : nombre, %

# 5-SANTÉ

Le coût de la santé s'appréhende au travers de la **consommation médicale totale** et de la **dépense courante de santé**. En 2012, la dépense courante de santé s'élève à 91,9 milliards de FCFP, soit 359 000 FCFP par habitant. Elle représente 10,5 % du PIB. En dix ans, les dépenses de santé ont doublé. Après avoir enregistré un taux de progression annuel moyen supérieur à 7 % dans la décennie 2000-2010, le taux s'est infléchi depuis 2011 pour passer sous les 6 %. L'infléchissement s'est confirmé en 2012. Le plan de maîtrise de dépenses de santé voté fin 2011 par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie explique en partie cette moindre progression. Toutefois, la dépense courante de santé continue de progresser dans des proportions encore importantes (5,7 % en 2012).

La consommation médicale totale représente 90 % de cette dépense, soit 323 000 FCFP par habitant. C'est moins qu'en métropole (342 000 FCFP/hab) du fait d'une population plus jeune (moins consommatrice de soins) et d'une offre de soins encore limitée dans certaines zones de l'archipel (hors du grand Nouméa).

En 2012, la **consommation de soins et de biens médicaux** (hors part des ménages) s'élève à 75,1 milliards de FCFP. Sa progression ralentit depuis 2011. Les dépenses hospitalières représentent 38 % de la consommation de soins et biens médicaux marchands. Leur évolution est encadrée par un taux directeur fixé par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Les dépenses en soins ambulatoires augmentent avec un nombre de bénéficiaires de soins plus important, plutôt qu'à cause d'une augmentation de la dépense par bénéficiaire. Elles sont fortement dépendantes de l'évolution du nombre de personnes prises en charge au titre de la **longue maladie**, impliquées à hauteur de 82 % dans les dépenses pharmaceutiques. Toutefois, des efforts importants de maîtrise des dépenses de santé sont consentis depuis 2011 (gel des revalorisations tarifaires des actes des professionnels, baisse du prix des médicaments, développement de la consommation de médicaments génériques...). Le coût des **EVASAN** continue de progresser : les évacués sont plus nombreux et le coût moyen par évacués tend à s'accroître.

A la suite des Assises de la santé organisées en 2015, début 2016, le Congrès a adopté à l'unanimité le plan de santé calédonien "Do Kamo", qui fixe les orientations stratégiques pour les dix prochaines années. La maîtrise des dépenses, est l'un des objectifs phares de ce plan.

► **Consommation médicale totale.** C'est la valeur des biens et services médicaux utilisés en Nouvelle-Calédonie pour la satisfaction directe des besoins individuels de santé. Elle comprend la **consommation de soins et de biens médicaux** et les dépenses des services de médecine préventive.

La **consommation de soins et de biens médicaux** recouvre des postes de dépenses tels que l'hospitalisation, les soins ambulatoires, les évacuations sanitaires, les honoraires des médecins et le coût des prescriptions (auxiliaires médicaux, pharmacie, analyses, prothèses, transports sanitaires) auxquels s'ajoutent les soins dentaires. On distingue la **consommation de soins** (qui comprend l'ensemble des soins hospitaliers et ambulatoires délivrés par les hôpitaux, les professionnels libéraux, les structures de **circonscription médicales** et les centres de soins des provinces et des organismes de protection sociale) et la **consommation de médicaments et autres biens médicaux** (optique, orthopédie...).

Les dépenses relevant de la médecine préventive individuelle correspondent aux dépenses liées aux vaccinations, dépistages et surveillance médicale, ainsi qu'à la médecine du travail.

► **Dépense courante de santé (ou dépenses de santé).**

Elle correspond à l'effort consacré au titre de la santé, au cours d'une année, par l'ensemble des personnes et institutions en Nouvelle-Calédonie. On l'obtient donc en sommant les dépenses engagées au cours d'une année par l'ensemble des financeurs du système de santé : la **CAFAT**, les provinces et la Nouvelle-Calédonie au titre de l'**aide médicale**, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) et les ménages eux-mêmes. Elle s'obtient en ajoutant à la **consommation médicale totale**, les indemnités journalières, la recherche, la formation des personnels de santé et les frais de gestion du système de santé et les campagnes de prévention collective (campagnes d'information et d'éducation à la santé).

► **Circonscriptions médicales.** Voir 5.4.

► **CAFAT / Aide médicale / AMG / RUAMM.** Voir 10.3.

► **Longue maladie.** Voir 5.1.

► **EVASAN.** Voir 5.5.

**SOURCE** [1] DASS. [2] ISEE.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2014 : [www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

Convention médicale 2006

[www.cafat.nc](http://www.cafat.nc)

# 5.6 DÉPENSES DE SANTÉ

## Évolution de la dépense courante de santé [1]

	2008	2009	2010	2011	2012
Consommation médicale totale	62 349	69 662	75 363	78 752	82 613
Indemnités journalières, dépenses en gestion, formation	6 514	7 094	6 823	8 239	9 301
<b>Dépense courante de santé</b>	<b>68 862</b>	<b>76 755</b>	<b>82 186</b>	<b>86 991</b>	<b>91 914</b>

Unité : million de F.CFP

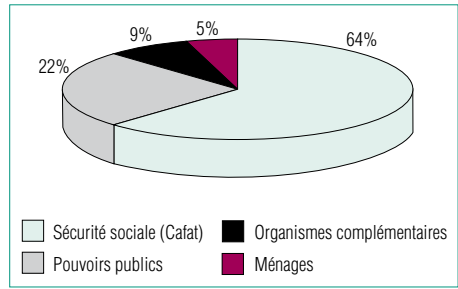
## Évolution de la part de la dépense courante de santé dans le PIB [1 et 2]

	Dépense	Part
2000	39 062	8,8
2005	58 597	9,8
2010	82 186	12,1
2011	86 991	9,8
2012 e	91 914	10,5

(e) Sur la base du PIB estimé.

Unités : million de F.CFP, %

## Part des différents financeurs en 2012 [1]



## Évolution de la consommation de soins et biens médicaux (hors part des ménages) [1]

	2008	2009	2010	2011	2012
Soins en établissements (hospitaliers ou médico-sociaux)	22 618	23 912	25 788	26 383	28 286
Soins ambulatoires	14 792	17 145	18 570	19 738	21 210
Prescriptions (médicaments, transports et autres biens médicaux)	11 545	11 947	12 441	13 459	12 250
Evasan et soins hors territoire	3 988	4 718	5 612	6 766	7 468
Soins non marchands	5 152	5 148	5 527	5 687	5 900
<b>Total</b>	<b>58 095</b>	<b>62 870</b>	<b>67 938</b>	<b>72 033</b>	<b>75 114</b>

Unité : million de F.CFP

## Évolution de la consommation médicale par habitant [1]

