

Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale, de même que celles dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique, font l'objet d'une **déclaration obligatoire**. L'arrêté n°2009-1273/GNC du 17 mars 2009, liste 40 maladies qui doivent faire l'objet d'une telle déclaration.

En 2010, 990 cas ont été déclarés (hors cancer). La DASS-NC observe une sous-déclaration probable du secteur libéral. Pour autant, le nombre de maladies déclarées en 2010 est particulièrement bas pour la décennie (3 000 cas déclarés en moyenne entre 2000 et 2010). Les épidémies de dengue, en 2009 et 2003 notamment, contribuent à faire exploser le nombre de maladies déclarées certaines années. En 2010, les déclarations portent principalement sur les infections sexuellement transmissibles (580 nouveaux cas), le rhumatisme articulaire aigu, qui fait partie des thèmes prioritaires de prévention (120 nouveaux cas en 2010 pour 2 040 patients dans la file active), la dengue (120 cas), la tuberculose (60) et la leptospirose (40). Quatorze nouveaux cas de séropositivité au VIH ont été enregistrés en 2010, ce qui porte à 358 le nombre de cas cumulés depuis la mise en place de la réglementation en avril 1986.

Fin 2010, 2 530 personnes étaient prises en charge dans l'une des cinq structures qui assurent le traitement à domicile des insuffisants respiratoires et 440 personnes étaient traitées pour insuffisance rénale chronique.

En 2008, les cancers les plus fréquents touchent la prostate (21%), le sein (12%), les bronches-poumons (11%), le colon-rectum (8%) et la glande thyroïde (6%).

Au titre de la **longue maladie**, les **maladies cardio-vasculaires** concernent 43% des prises en charge et le diabète 17%. En dix ans, le nombre d'affections et de personnes prises en charge a triplé.

85 cas de **maladies professionnelles** ont été reconnus en 2010, représentant près de 3 000 journées de travail perdues. Les affections périarticulaires restent la principale pathologie reconnue, avec 81% des cas. Viennent ensuite les affections provoquées par les poussières d'amiante. Les maladies professionnelles touchent principalement les secteurs de l'industrie et du commerce (56% des cas reconnus en 2010).

En 2009, le taux d'IVG est de 26,2 pour 100 conceptions (enfants nés vivants + enfants nés morts + IVG).

► **Déclaration obligatoire.** Elle est définie par la délibération n°423 du 26 novembre 2008. La liste des maladies devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire de données individuelles a été mise à jour pour y inclure de nouvelles maladies faisant l'objet d'une déclaration en métropole, tout en conservant la déclaration des maladies spécifiques à la Nouvelle-Calédonie. Le dispositif de déclaration, désormais nommé notification peut, selon les maladies et leur risque épidémique se dérouler en 2 étapes :

- le signalement sans délai de toute maladie justifiant d'une intervention urgente à l'échelon local, national et international,
- la notification des cas au moyen d'une fiche spécifique pour toutes les maladies.

► **Longue maladie.** Les affections classées dans le Régime des Longues Maladies du régime de couverture sociale de la CAFAT (voir 11.6) 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.** Dans les affections classées "longues maladies" par la CAFAT, les maladies cardio-vasculaires représentent 43% des 60 000 affections prises en charge en 2010, dont 12 300 cas d'hypertension artérielle, 5 220 cas de cardiopathie et 38 000 cas d'artériopathie.

► **Maladies professionnelles.** Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un 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%.

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

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2010, DASS, 2011  
Baromètre Santé Nouvelle-Calédonie 2010, ASSNC, 2011  
[www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)  
[www.ass.nc](http://www.ass.nc)

Maladies à déclaration obligatoire : Délibération n°423 du 26 novembre 2008 relative aux maladies à déclaration obligatoire : JONC n°8262 du 04/12/2008 et Arrêté n°2009-1273/GNC du 17 mars 2009 : JONC n°8303 du 26/03/2009  
Tableau des maladies professionnelles en Nouvelle-Calédonie : [www.cafat.nc](http://www.cafat.nc)

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

	2006	2007	2008	2009	2010
Ambiasie	1	1	-	-	1
Autres maladies vénériennes	50	60	72	86	13
Cancer	661	703	746	nd	nd
Candidose uro-génitale	30	75	64	47	24
Condylome acuminé	12	22	28	25	30
Coqueluche	4	1	-	1	3
Dengue	48	48	1 179	8 410	122
Diphthérie	-	-	-	-	1
Encéphalite	-	-	-	-	-
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	-	1	-	-	-
Hépatite virale B	9	31	102	33	5
Hépatite virale C	-	2	-	2	-
Herpès génital	3	10	8	7	5
Infections à mycoplasmes	134	219	184	160	104
Infections génitales à chlamydiae	96	148	191	202	150
Infections gonococciques	58	82	90	77	68
Lèpre	7	2	6	7	8
Leptospirose	65	53	157	162	42
Listériose	3	2	1	2	2
Méningite à méningocoques	7	13	9	8	8
Paludisme autochtone et importé	-	-	2	-	10
Rhumatisme articulaire aigu et cardiopathies	80	296	136	190	122
Rougeole	1	-	-	-	-
SIDA - Syndromes dus au VIH	10	21	15	13	14
Syphilis	21	38	36	46	38
Tétanos	-	-	-	-	-
Toxi-infection alimentaire collective (nombre de foyers)	10	8	6	9	11
Trichomonase uro-génitale	98	206	118	153	147
Tuberculose et primo-infections	90	67	80	83	59
<b>Total</b>	<b>1 498</b>	<b>2 109</b>	<b>3 230</b>	<b>9 723</b>	<b>987</b>

\* Maladies à déclaration obligatoire.

Unité : nombre

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

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Affections prises en charge (a)</b>	<b>42 071</b>	<b>44 339</b>	<b>48 526</b>	<b>54 163</b>	<b>59 784</b>
dont : diabète	7 411	7 822	8 712	9 509	10 392
insuffisance rénale	836	969	1 090	1 198	1 250
insuffisance respiratoire	3 388	3 642	4 316	5 148	5 963
maladies cardio-vasculaires	19 194	20 180	21 878	23 832	25 691
psychoses	3 911	4 004	3 991	4 386	4 878
tumeurs malignes	3 886	3 932	4 488	5 127	5 740
autres	3 445	3 790	4 051	4 963	5 870
<b>Personnes prises en charges au titre de la longue maladie</b>	<b>28 045</b>	<b>28 949</b>	<b>30 824</b>	<b>34 223</b>	<b>37 651</b>

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

Unité : nombre

## Évolution des maladies professionnelles [1 à 3]

	2006	2007	2008	2009	2010
Maladies reconnues	63	89	94	94	85
Journées indemnisées	526	2 182	2 286	2 428	2 996
Maladie professionnelle pour 1 000 salariés	1,0	1,3	1,4	1,3	1,2

Unité : nombre

## Évolution des IVG [1]

	2006	2007	2008	2009
IVG	1 427	1 322	1 445	1 479
Taux d'IVG pour 100 conceptions	25,1	24,2	26,4	26,2

Unités : nombre, %

Avec 1 200 décès en 2010, toutes causes confondues, le **taux de mortalité** est de 4,8 pour 1 000 habitants. Il atteint 5,5‰ chez les hommes, contre seulement 4,0‰ 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 (8,45‰ en 2006).

Les quatre premières **causes de décès** sont les tumeurs (30%), les maladies cardiovasculaires (23%), les lésions traumatiques et empoisonnements (16%) et les maladies de l'appareil respiratoire (6%). Chez les hommes, les tumeurs constituent la première cause de décès (210 cas) suivie par les maladies de l'appareil circulatoire (155 cas) et les lésions traumatiques et empoisonnements (145 cas). Chez les femmes, on trouve en première cause, les tumeurs (150 cas) puis les maladies cardiovasculaires (115 cas). Depuis 1986, 60 décès sont dus au SIDA.

Les accidents de la circulation sont à l'origine d'un tiers des **morts violentes** et représentent 5,3% de l'ensemble des décès en 2010. 81% de ces décès concernaient des hommes. Les **accidents de la circulation** restent une préoccupation extrêmement forte des autorités en Nouvelle-Calédonie, qui multiplie 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 (483 accidents avec dommages corporels en 2010, contre 640 par an en moyenne sur les dix dernières années). Pour autant le nombre de personnes tuées sur les routes, lui, ne faiblit pas. En 2010, l'indice de gravité est de treize, largement supérieur à la moyenne 2000-2009 qui était de dix (six en métropole sur la période juillet 2009 – juin 2010). Ce taux est largement plus élevé hors zone urbaine (35) qu'en zone urbaine (trois). Deux des 63 décès dus aux accidents de la route en 2010, étaient des accidents de trajets (domicile – travail ou retour).

Deuxième cause de mort violente, les suicides (45 cas, soit 23% de ce type de décès en 2010). 80% sont des hommes.

En 2010, près de 5 000 accidents du travail (AT) ont été constatés, pour un volume de 65 400 journées indemniées. Le nombre moyen d'AT pour 100 salariés (6,8 en 2010) a tendance à diminuer depuis l'année 2000. Six décès sont intervenus dans ce cadre en 2010.

► **Taux de mortalité.** Voir 4.6.

► **Causes de décès.** La délibération n°99/CP du 13 mars 1991 du congrès 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.

► **Accidents de la circulation.** 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 stupéfiants (2006), interdiction de transporter des passagers dans les benches (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. [3] INSEE. [4] DASS - CAFAT - DTE.

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle Calédonie – 2010, DASS, 2011

[www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

[www.dittt.gouv.nc](http://www.dittt.gouv.nc)

[www.juridoc.gouv.nc](http://www.juridoc.gouv.nc)

## 5.2 ACCIDENTS ET DÉCÈS

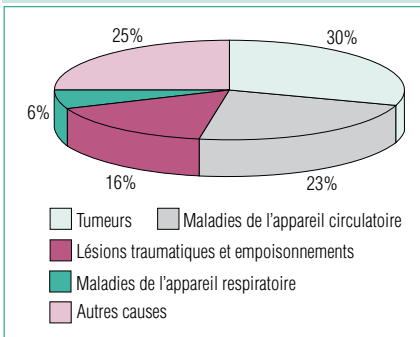
### Évolution des causes médicales de décès\* [1]

N° groupe CIM 9	2006	2007	2008	2009	2010
I Maladies infectieuses et parasitaires	37	35	48	45	46
II Tumeurs	312	328	327	328	356
III Maladies endocriniennes, de la nutrition ou du métabolisme et troubles immunitaires	28	24	24	32	13
IV Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	4	5	6	7	3
V Troubles mentaux	4	8	15	8	9
VI Maladies du système nerveux et organes des sens	18	19	25	37	27
VII Maladies de l'appareil circulatoire	299	292	293	299	271
VIII Maladies de l'appareil respiratoire	85	123	83	116	74
IX Maladies de l'appareil digestif	39	39	40	35	45
X Maladies des organes génito-urinaires	28	24	23	26	17
XI Complications de grossesses, accouchements et suites de couches	-	2	-	1	1
XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	8	9	5	12	5
XIII Maladies ostéo-articulaires, muscles, tissu conjonctif	2	-	4	3	3
XIV Anomalies congénitales	3	5	3	4	-
XV Certaines affections, dont l'origine se situe dans la période périnatale	13	14	11	6	10
XVI Symptômes, signes et états morbides mal définis	89	100	108	117	117
XVII Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	144	181	157	184	193
dont : accident de la circulation	56	62	51	64	63
suicide	28	45	39	35	45
accident du travail	9	4	9	4	6
<b>Total</b>	<b>1 113</b>	<b>1 208</b>	<b>1 172</b>	<b>1 260</b>	<b>1 190</b>

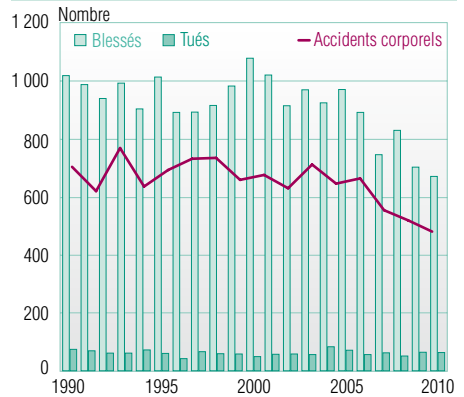
\* Le certificat médical de santé a été standardisé et rendu obligatoire (Dél. N°99/CP du 13 mars 1991) à partir du 1<sup>er</sup> mai 1991.

Unité : nombre

### Principales causes de décès en 2010 [1]



### Évolution des accidents de la route en Nouvelle-Calédonie [1 et 2]



### Accidents de la circulation routière [1 à 3]

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Accidents corporels</b>	<b>649</b>	<b>667</b>	<b>557</b>	<b>522</b>	<b>483</b>
dont : intervenus dans Nouméa	468	516	413	366	332
intervenus hors Nouméa	181	151	144	156	151
Accidents pour 1 000 habitants	2,7	2,8	2,3	2,1	1,9
<b>Blessés</b>	<b>892</b>	<b>746</b>	<b>830</b>	<b>703</b>	<b>671</b>
dont : hospitalisés	331	279	311	279	296
<b>Tués</b>	<b>56</b>	<b>62</b>	<b>51</b>	<b>64</b>	<b>63</b>
<b>Part dans les décès</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>	<b>4,3</b>	<b>5,1</b>	<b>5,3</b>
Tués pour 100 000 habitants	23,5	25,6	20,7	26,1	25,2
Tués pour 100 000 habitants en France métropolitaine	7,7	7,3	6,7	nd	nd

Unité : nombre

### Évolution des accidents du travail [4]

	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Accidents du travail</b>					
Accidents du travail (AT)	4 816	4 934	4 985	4 433	4 986
Journées indemnisées	54 846	56 485	59 216	67 373	65 367
Accidents du travail pour 100 salariés	7,5	7,4	7,2	6,3	6,8
<b>Accidents du trajets</b>					
Accidents du trajets	250	278	277	258	290
Journées indemnisées	5 046	4 575	3 802	4 699	5 110
Accidents du travail pour 100 salariés	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Unité : nombre

En 2010, 22 millions de litres de boissons alcoolisées ont été consommés, soit l'équivalent de 1,82 million de litres d'alcool pur contenu. La quantité d'alcool consommée poursuit sa croissance, en dépit de la baisse observée en 2003, qui coïncidait avec la mise en place de l'interdiction de vente de bière fraîche chez les détaillants. Rapportée à la population, la consommation annuelle d'alcool correspond à dix litres d'alcool pur par habitant de quinze ans et plus.

L'alcool reste ici un problème de santé publique majeur avec des conséquences à la fois sanitaires (pathologies et traumatologie) mais surtout sociales (accidents, violences intrafamiliales, rixes, suicides, délits divers...). Il est impliqué de manière élevée dans la morbidité et la mortalité de la population. Les enquêtes réalisées ces dernières années montrent un rajeunissement des premières consommations, une fréquence des épisodes d'alcoolisation massive, en particulier en fin de semaine et lors des fêtes et une mauvaise connaissance des seuils de consommation à moindre risque. Depuis 2001, l'Agence Sanitaire et Sociale coordonne et anime un dispositif de prévention du risque alcool et assure une action de prévention et de soins sur l'ensemble du territoire, via notamment son centre d'addictologie créé en 2006. En parallèle, plusieurs dispositions légales ont été adoptées.

En 2010, 4 320 personnes ont été placées en cure de dégrisement, suite à une ivresse publique et manifeste en zone urbaine. 88% des rétentions de permis de conduire concernent une conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants.

D'autre part en 2010, la consommation de tabac est évaluée à 5,98 grammes par jour par adulte de quinze ans et plus. Après avoir diminué entre 1990 et 2002, la consommation de tabac était restée globalement stable. Elle repart à la hausse depuis deux ans, malgré les différentes dispositions légales prises pour lutter contre le tabagisme.

Dans un contexte où la consommation de cannabis est banalisée chez les jeunes, les saisies (principalement des plants) ont atteint un niveau record en 2010 (5,4 tonnes). Rapportées à la population, ces saisies indiquent qu'une économie liée au trafic de cannabis existe.

La consommation de kava s'intensifie. En 2010, 240 tonnes de racines de kava ont été importées, soit près de 50% de plus qu'il y a dix ans. Initialement plus marquée dans la zone urbaine, elle s'étend désormais en brousse.

► **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 (ASS-NC).** 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. À 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'ASS-NC, coordonne depuis 2005, le programme de prévention et de soins en matière d'addictions. Un second plan addictions vient d'être élaboré, en lien avec tous les acteurs concernés, pour couvrir la période 2010 - 2015.

► **Alcool.** Concernant l'alcool, les dispositions légales portent notamment sur l'instauration de la rétention du permis de conduire ; l'abaissement du taux d'alcoolémie toléré au volant (0,5 g/l) ; la réglementation de la vente d'alcool le week-end ; l'augmentation du montant des taxes ; l'interdiction de la vente aux mineurs et de la publicité pour les boissons alcoolisées ; le renforcement des contrôles d'alcoolémie ainsi que des usages et trafics de cannabis ; le développement des injonctions thérapeutiques etc.

► **Tabac.** D'autres dispositions concernent la lutte contre le tabagisme : augmentations des prix du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics, aide au sevrage tabagique etc.

► **Kava.** Boisson initialement utilisée par certains peuples océaniques pour des usages traditionnels. Un nouveau mode de consommation du kava est apparu depuis les années 1980, avec l'augmentation constante du nombre de nakamals. Consommé de manière abusive ou associé à d'autres substances, le kava peut poser des problèmes sanitaires, sociaux ou d'ordre public.

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

## VOIR AUSSI

*Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2010*, DASS, 2011

*Baromètre Santé Nouvelle-Calédonie 2010*, ASSNC, 2011

*Situation sociale et comportements de santé chez les jeunes*, INSERM 2008

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

[www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

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

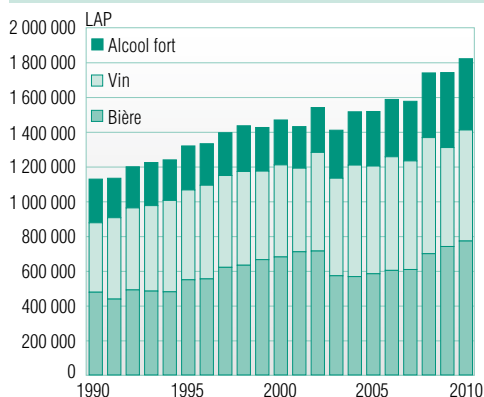
[www.jonc.gouv.nc](http://www.jonc.gouv.nc) : Lp n°2001-014 du 13 décembre 2001 instituant une taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social / Délibération n°140/CP du 26 mars 2004 relative à la lutte contre le tabagisme / Délibération n°79 du 15 juin 2005 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme / Délibération n°198 du 22 août 2006 relative à l'instauration de la rétention du permis de conduire / Délibération n°368 du 14 février 2008 relative à l'aide au sevrage tabagique / 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.

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

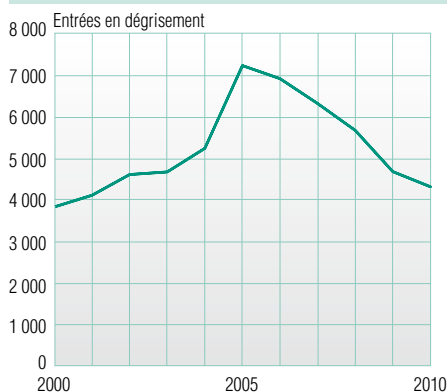
	2006	2007	2008	2009	2010
Bière	601 628	606 801	697 716	739 176	770 642
Vin	653 949	625 008	668 215	569 419	639 149
Alcool fort	330 019	343 033	372 233	431 597	410 068
<b>Total</b>	<b>1 585 597</b>	<b>1 574 843</b>	<b>1 738 164</b>	<b>1 740 192</b>	<b>1 819 859</b>
Consommation par habitant de + de 15 ans	9,2	8,9	9,8	9,5	9,6

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]

	2006	2007	2008	2009	2010
Cigarettes (kg)	252 367	260 195	273 981	290 544	297 228
Autres tabacs (kg)	82 983	89 084	89 618	94 030	102 465
Consommation tous tabacs (kg)	335 350	349 279	363 599	384 574	399 693
Consommation quotidienne par personne de 15 ans et + (nombre de cigarettes) (a)	5,4	5,6	5,3	5,9	6,0
Recettes encaissées par la Régie Locale des Tabacs	6 868	7 266	7 443	8 679	10 371

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

Unités : kilogramme, cigarette, million de FCFP

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

	2006	2007	2008	2009	2010
Rétentions de permis de conduire (a)	60	1048	988	1045	1131
dont : alcool ou stupéfiants	56	945	927	953	992
Part (%)	93,3	90,2	93,8	91,2	87,7

(a) Les rétentions administratives ont commencé en décembre 2006

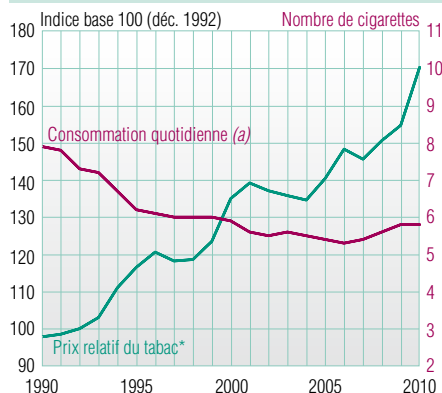
Unité : nombre

## Dépense mensuelle moyenne d'un ménage en alcool, tabac et kava et part des ménages concernés, par province, en 2008 [5]

	Dépense	Ménages
Province îles Loyauté	4 730	62,5
Province Nord	7 600	73,5
Province Sud	11 400	78,1
<b>Nouvelle-Calédonie</b>	<b>10 280</b>	<b>76,2</b>

Unités : F.CFP, %

## Évolution de la consommation et du prix relatif du tabac\* [1, 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 plus de 15 ans.

Depuis 1990, chaque province dispose d'une direction chargée de mettre en œuvre sa politique en matière de santé, d'hygiène publique, d'actions et d'aides sociales et d'**aide médicale gratuite**. Au niveau territorial, la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS) est notamment chargée de la planification, de la coordination de certains programmes, de l'élaboration de la réglementation et du contrôle des établissements de santé, des organismes de sécurité sociale et de la chaîne de distribution des médicaments. 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, 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, les particularités géographiques du pays ont contraint les collectivités provinciales à équiper certains CMS de lits physiques polyvalents.

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 Loyauté et du Sud, par voie terrestre ou aérienne, en fonction de l'état du malade et du degré d'urgence à le prendre en charge. 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.

En cas de besoin, les malades sont évacués en Australie ou en Métropole pour des soins ne pouvant être assurés sur place.

- ▶ **Aide médicale gratuite.** Voir 11.6.
- ▶ **ASS-NC.** Voir 5.3.

▶ **Structures de santé de compétence provinciale.** Elles comprennent 26 circonscriptions médico-sociales ou centres médico-sociaux, 24 centres médicaux secondaires ou infirmeries et sept centres spécialisés. Les **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. Thavoavianon 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.

▶ **Centre Hospitalier Territorial (CHT)** de Nouvelle-Calédonie. 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.

▶ **Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Albert Bousquet.** Établissement public de la Nouvelle-Calédonie, composé de trois grands services : la psychiatrie générale, la pédo-psychiatrie 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. Le schéma d'organisation des soins en périnatalité est arrêté. Ceux concernant l'accueil et le traitement des urgences, et le traitement de l'insuffisance rénale chronique sont en cours de finalisation.

**SOURCE** [1] DASS.

## VOIR AUSSI

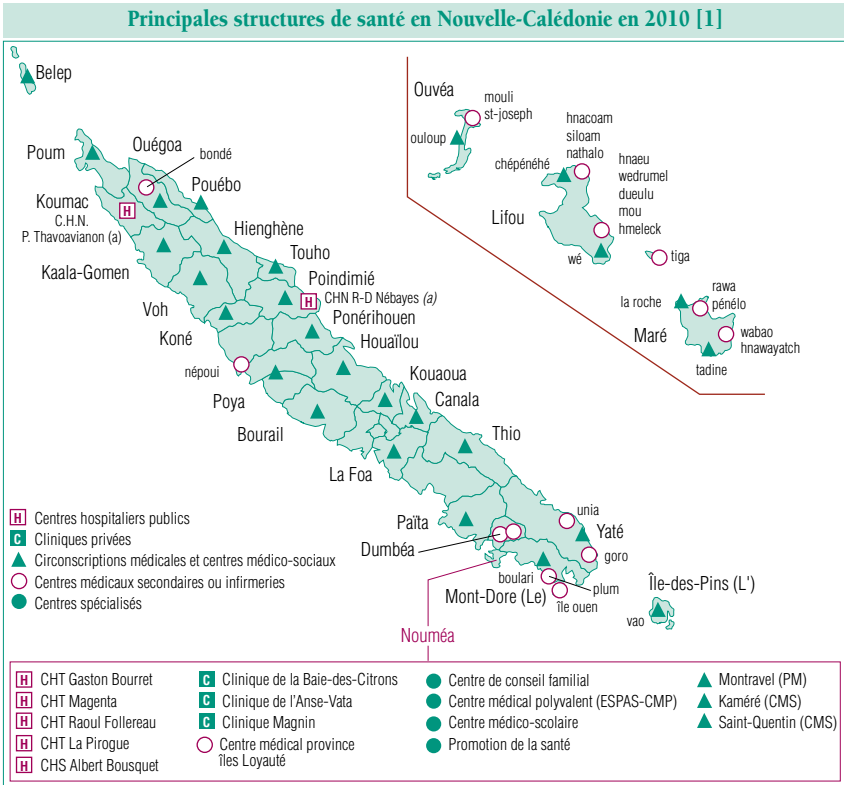
[www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)  
[www.ass.nc](http://www.ass.nc)

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2010, DASS, 2011

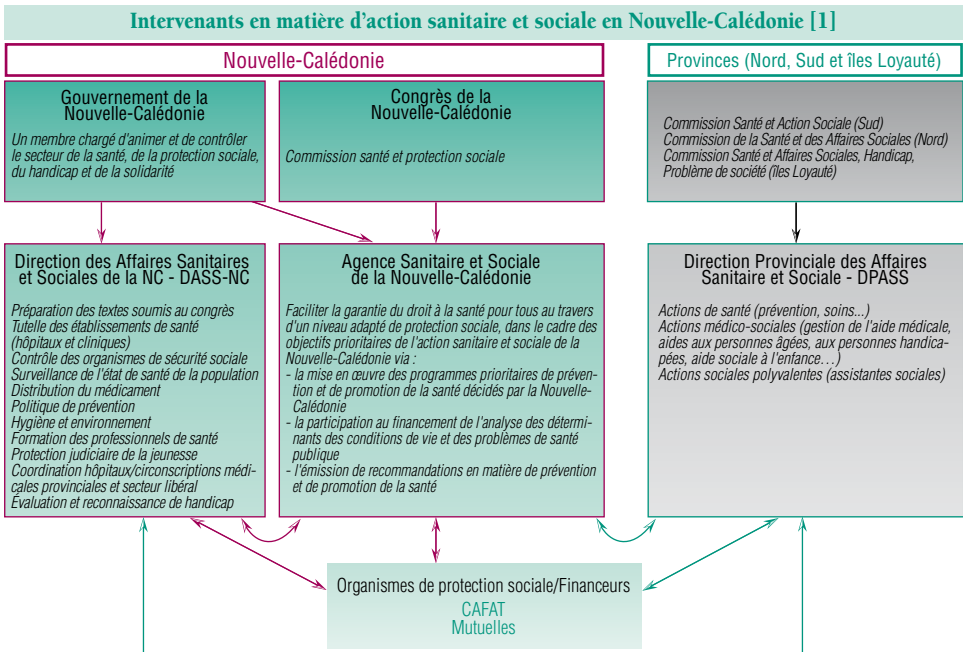
Délibération n°171 du 25 janvier 2001 modifiée relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie

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



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





# 5-SANTÉ

L'offre de soins hospitaliers compte en 2010, 1 100 lits installés, dont 70% 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 17% entre 2005 et 2009. Toutefois, dans le détail, cette évolution est marquée par un léger recul des hospitalisations complètes (-3%) à la faveur du développement de l'hospitalisation de jour (+106% sur la période). En 2009, l'hospitalisation de jour représente un tiers des entrées totales dans le court séjour, contre seulement 19% quatre ans plus tôt. L'augmentation du nombre global d'entrées concerne davantage le secteur privé (+33%) que le secteur public (+9%), notamment du fait de la saturation des lits du CHT.

En hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour est de 4,5 jours entre 2005 et 2009. Elle est plus courte dans le secteur privé que dans le public. Tout établissement confondu, le taux d'occupation moyen est de 76% sur cette même période. Il atteint 84% au CHT.

Dans les années à venir, le dispositif hospitalier va connaître de profondes évolutions, avec notamment :

- Le projet de regroupement sur un **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 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 du redéploiement des sites hospitaliers existants de Koumac et Poindimié vers des activités de moyen séjour.
- Le regroupement sur un site unique, des établissements hospitaliers privés et le développement en son sein, d'une activité de prise en charge des urgences.

En 2010, 1 360 **Evasan** ont eu lieu.

558 médecins étaient en activité en 2010 dont 54% exerçaient en **libéral**, soit une densité de 223 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.

► **Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).**

► **Médipôle.** Doté d'une capacité de 645 lits, sa mise en service est prévue pour 2016. La construction doit commencer en 2012 sur un site de 31 hectares, situé à Dumbéa sur Mer.

► **Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).**

► **Evasan.** Des évacuations sanitaires ont lieu vers le Centre Hospitalier Territorial (CHT) de Nouméa pour permettre aux malades de recevoir des soins appropriés à leur état de santé. 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 (47% des cas) ou des maladies de l'appareil circulatoire (25%).

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 12% en cinq ans. Toutefois, La progression est plus forte pour les médecins salariés que pour les médecins libéraux dont le nombre est contrôlé au travers du gel des conventions avec les organismes de protection sociale.

**SOURCE [1] DASS.**

## VOIR AUSSI

[www.dass.gouv.nc](http://www.dass.gouv.nc)

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

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2010, DASS, 2011

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 2010 [1]

	Province îles Loyauté	Province Nord	Province Sud	Nouvelle- Calédonie	% de libéraux	Densité (a)	
						Nouvelle- Calédonie	Métropole (b)
Infirmiers	52	132	1 092	1 276	12	509,8	780,0
Médecins	18	56	484	558	46	223	312,0
Généralistes	18	46	212	276	48	110,3	145,5
Spécialistes	-	10	272	282	44	112,7	153,0
Pharmaciens	9	31	150	190	45	75,9	118,0
Chirurgiens-Dentistes	5	17	96	118	67	47,1	65,0
Masseurs-Kinésithérapeutes	4	15	96	115	82	45,9	105,0
Sages-femmes (c)	6	11	66	83	14	127,8	125,0

(a) Nombre pour 100 000 habitants.

(b) Au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

(c) Pour les sages femmes, la densité se mesure par rapport au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans - population au 01/01/2008.

Unité : nombre

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

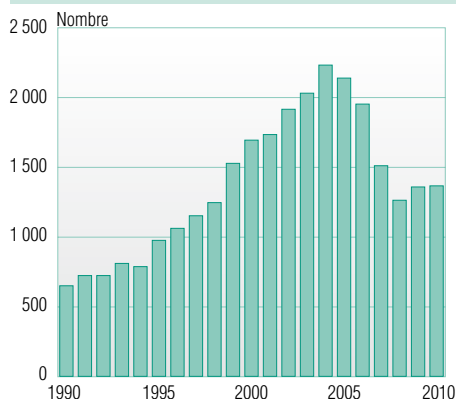
	2006	2007	2008	2009	2010
Activités MCO (a)	680	701	710	671	712
Médecine	302	314	323	314	339
Chirurgie	216	221	231	219	245
Obstétrique	105	105	100	86	88
Soins critiques	57	61	56	52	40
Psychiatrie	187	187	194	nd	194
Hospitalisation complète	108	108	111	nd	111
Hospitalisation de jour	79	79	83	nd	83
Moyen séjour	68	68	74	nd	88
Long séjour	81	81	76	nd	75

\* Sept CMS assurent aussi des hospitalisations et se répartissent 42 lits supplémentaires polyvalents de proximité.

Unité : nombre de lits installés

(a) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

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



## Capacité d'hospitalisation par type d'activité et par province en 2010\* [1]

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Soins critiques	Psychiatrie	Moyen Séjour	Long Séjour	Total
Province Nord	36	13	9	-	-	14	-	72
Public	36	13	9	-	-	14	-	72
CHN Koumac	20	13	9	-	-	-	-	42
CHN Poindimié	16	-	-	-	-	14	-	30
Province Sud	303	232	79	40	194	74	75	997
Privé	77	93	30	-	-	-	-	200
Clinique Magnin	21	50	19	-	-	-	-	90
Clinique Baie des Citrons	56	43	11	-	-	-	-	110
Public	226	139	49	40	194	74	75	797
CHT Gaston Bourret	226	139	49	40	-	54	18	526
CHS	-	-	-	-	194	20	57	271
Nouvelle-Calédonie	339	245	88	40	194	88	75	1 069

\* Sept CMS assurent aussi des hospitalisations et se répartissent 42 lits supplémentaires polyvalents de proximité.

Unité : nombre de lits installés

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

	2006	2007	2008	2009	2010
Entrées	40 278	42 948	41 728	39 324	38 914
Secteur public	28 657	30 594	29 470	27 822	28 439
Secteur privé	11 621	12 354	12 258	11 502	10 475
Taux d'hospitalisation pour 100 habitants (a)	17,3	18,2	17,5	16,2	15,9
Journées d'hospitalisation (b)	183 412	179 571	186 339	174 230	177 607
Secteur public	143 735	42 146	40 030	36 109	34 915
Secteur privé	39 677	137 425	146 309	138 121	142 692

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

(b) Le jour de sortie n'est pas comptabilisé, sauf en cas de décès.

Unités : nombre, %

Le coût de la santé s'appréhende au travers de la **consommation médicale totale** et de la **dépense courante de santé**. En 2010, la dépense courante de santé s'élève à 82,2 milliards de F.CFP, soit 330 000 F.CFP par habitant. Elle représente 10,2% du PIB estimé pour 2009. En cinq ans, les dépenses de santé ont progressé de 40%. La consommation médicale totale représente 92% de cette dépense globale, soit 300 000 F.CFP par habitant.

La consommation de soins et de biens médicaux (hors part des ménages), en progression annuelle moyenne de 7,5% depuis 2006, atteint 68,3 milliards de F.CFP en 2010. L'évolution des dépenses hospitalières est encadrée par un taux directeur fixé par le congrès de la Nouvelle-Calédonie. Après avoir maintenu une évolution modérée de ce taux jusqu'en 2009, le congrès l'a augmenté en 2010 en prévision de l'ouverture du futur hôpital. Les dépenses en soins ambulatoires augmentent principalement du fait d'un nombre de bénéficiaires de soins plus important, plutôt que d'une augmentation de la dépense par bénéficiaire, sauf en ce qui concerne le transport sanitaire, dont les tarifs ont été revalorisés en 2009. Le développement de la consommation de médicaments génériques a permis de ralentir la progression des dépenses pharmaceutiques. Celles-ci représentent toutefois 15% de l'ensemble des dépenses de santé. 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. Alors que leur nombre est resté globalement stable, le coût des **Evasan** progressent, en partie du fait de l'envolée du cours du dollar qui renchérit le coût des Evasan vers l'Australie.

Les dépenses de santé sont principalement prises en charge par la CAFAT (62%) et par les pouvoirs publics (25%), qui interviennent notamment pour la couverture médicale des plus démunis (**AMG**) et la prévention. Le reste à charge des ménages représente 4,5% de la dépense de santé. En 2008, ils ont consacré 3,2 milliards de F.CFP à leur santé, soit une dépense mensuelle moyenne de 4 000 F.CFP par ménage. La convention médicale signée en 2006 visait notamment la mise en œuvre d'une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé. Excédentaire depuis, le régime d'assurance maladie (**RUAMM**) redevient déficitaire en 2010 et impose l'adoption d'un nouveau plan global de maîtrise des dépenses de santé.

► **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 (voir 5.4) 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 de santé.** C'est la somme des dépenses engagées au cours d'une année au titre de la santé par l'ensemble des financeurs de ce système : la CAFAT (voir 11.6), 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).

► **Longue maladie.** Voir 5.1.

► **Evasan.** Voir 5.5.

► **AMG.** Voir 11.6.

► **RUAMM.** Voir 11.6.

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

## VOIR AUSSI

Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie – 2010, DASS, 2011  
www.dass.gouv.nc

Arrêté n°2006-3139/GNC du 17 août 2006 portant approbation de la convention médicale conclue entre les médecins libéraux de Nouvelle-Calédonie et les organismes de protection sociale.  
www.cafat.nc

# 5.6 DÉPENSES DE SANTÉ

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

	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation médicale totale	55 887	60 406	62 289	69 662	75 363
Indemnités journalières, dépenses en gestion, formation	5 364	5 832	6 312	7 094	6 823
<b>Dépense courante de santé</b>	<b>61 251</b>	<b>66 238</b>	<b>68 602</b>	<b>76 755</b>	<b>82 186</b>

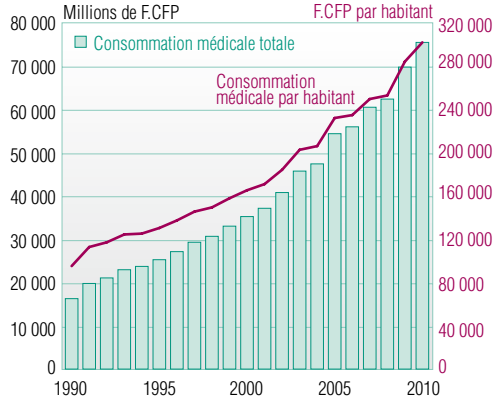
Unité : million de F.CFP

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

	Dépense	Part
2005	58 597	9,8
2006	61 251	9,2
2007	66 238	8,6
2008	68 602	9,3
2009 p	76 755	10,2

Unités : million de F.CFP, %

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



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

	2006	2007	2008	2009	2010
Soins en établissements (hospitaliers ou médico-sociaux)	20 426	21 535	22 618	23 912	25 788
Soins ambulatoires	12 174	13 703	14 792	17 145	18 570
Prescriptions (médicaments, transports et autres biens médicaux)	9 652	10 758	11 545	11 947	12 801
Evasan et soins hors territoire	4 477	4 261	3 988	4 718	5 612
Soins non marchands	4 470	4 728	5 152	5 148	5 527
<b>Total</b>	<b>51 200</b>	<b>54 986</b>	<b>58 095</b>	<b>62 870</b>	<b>68 298</b>

Unité : million de F.CFP

## Dépense de santé mensuelle moyenne d'un ménage et part des ménages concernés, par province, en 2008 [2]

	Dépense	Ménages
Province Iles Loyauté	640	62,7
Province Nord	1 400	70,7
Province Sud	4 860	84,9
<b>Nouvelle-Calédonie</b>	<b>3 980</b>	<b>80,9</b>

Unités : F.CFP, %

## Part des différents financeurs en 2010 [1]

