

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
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

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 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 (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 5 000 accidents du travail (AT) ont été constatés, pour un volume de 65 400 journées indemnisées. 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^{er} 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 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. [3] INSEE. [4] DASS - CAFAT - DTE.

VOIR AUSSI

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

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 désintoxication, 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

www.dass.gouv.nc

www.isee.nc

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.

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

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

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
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

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 FCFP, soit 330 000 FCFP 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 FCFP 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 FCFP 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 FCFP à leur santé, soit une dépense mensuelle moyenne de 4 000 FCFP 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