

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2020

2020 TOU3 3040

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thomas GALINDO

Le 18 septembre 2020

**LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN PROVINCE NORD DE LA
NOUVELLE-CALEDONIE : EPIDEMIOLOGIE ET ORGANISATION**

Directeur de thèse : Dr Olivier HAMEL

JURY

Président :

1^{er} assesseur :

2^{ème} assesseur :

3^{ème} assesseur :

Pr Olivier HAMEL

Dr Jean CHAMPION

Dr Jean-Noël VERGNES

Dr Matthieu MINTY



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONJOT

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)

M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)

M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +

M. Jean-Philippe LODTER +

M. Gérard PALOUDIER

M. Michel SIXOU

M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY

Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, Mme Christine MARCHAL, M. Maxime ROTENBERG

Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL

Maître de Conférences : M. VERGNES Jean-Noël

Assistant : M. Julien ROSENZWEIG

Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme FOURNIER Géromine, M. Fabien BERLIOZ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL

Assistants : Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN

Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,
M. Jérôme SALEFRANQUE

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme. Cécile BLANC
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : Mme Pauline PECQUEUR, M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE
M. Dorian BONNAFOUS, Mme. Manon SAUCOURT
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Victor EMONET-DENAND, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION,
Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN
Adjoints d'Enseignement : M. Antoine GALIBOURG, M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE,
M. Laurent GINESTE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude
COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO
DEVEZA

FONCTIONS-DYSFONCTIONS , IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONQOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCEILL, M. Damien OSTROWSKI, M. Julien DELRIEU
Adjoints d'Enseignement : M. Yasin AHMED, Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET

Mise à jour pour le 02 mars 2020

À notre Président et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Olivier HAMEL

- Professeur des Universités ;
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires ;
- Chef de Service - Service d'Odontologie du CHU de Toulouse ;
- Docteur en Chirurgie Dentaire ;
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire » ;
- Docteur en Ethique Médicale et Biologique de l'Université Paris Descartes ;
- Habilitation à Diriger des Recherches ;
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence du Jury de cette thèse. Je tenais à vous remercier pour la grande disponibilité dont vous avez fait preuve pendant toutes ces années, pour votre écoute et pour votre soutien durant l'élaboration de ce projet. Veuillez trouver, par la réalisation de ce travail, l'expression de notre plus haute considération et de notre profond respect.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean CHAMPION

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie ;
- Docteur en Chirurgie Dentaire ;
- Docteur d'Etat en Odontologie ;
- DU Implantologie de la Faculté de Chirurgie dentaire de Marseille ;
- Diplôme d'Implantologie Clinique de l'Institut Brånemark – Göteborg (Suède) ;
- Vice-Président du Conseil National des Universités (section : 58) ;
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier ;
- Colonel de réserve citoyenne du service de santé des armées (CDC-RC).

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité et vos conseils durant toutes ces années. Je vous remercie aussi pour votre accueil au sein de votre cabinet ainsi que pour vos qualités humaines.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés durant ces années.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Noël VERGNES

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie ;
- Docteur en Épidémiologie ;
- Docteur en Chirurgie Dentaire ;
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada ;
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales ;
- Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique ;
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier ;
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique.

Nous sommes très honorés de votre présence dans le jury de notre thèse. Je vous remercie pour votre implication et dévouement envers vos étudiants. Vous nous avez transmis, au travers de vos enseignements et encadrements, votre passion pour ce métier. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Matthieu MINTY

- Assistant Hospitalo-Universitaire et praticien Hospitalier ;
- Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie-Dentaire ;
- Master 1 de Biologie de la Santé en « Anthropologie » et « Physiopathologie des infections » ;
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier ;
- Diplôme Inter-Universitaire MBDS : Médecine Bucco-Dentaire du Sport ;
- Certificat d'étude supérieure d'Odontologie Conservatrice – Endodontie -
Biomatériaux

Vous avez spontanément accepté de faire partie du jury de cette thèse et je vous en remercie infiniment. Nous vous sommes reconnaissants pour la pédagogie, gentillesse et implication dont vous avez fait preuve durant les vacations cliniques.

Soyez assuré de notre profond respect et de notre sympathie.

Remerciements

Je dédie ce travail,

À mes parents qui ont toujours été présents pour moi et m'ont toujours soutenu dans tous mes projets. Je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime tant !

J'en profite pour te souhaiter un joyeux anniversaire papa pour tes 63 ans. Tu es un véritable pilier pour la famille et un exemple à suivre. Merci de t'être battu pour tes enfants durant toutes ces années. « Fais le bien car seul le bien est juste ». Et à toi maman, la femme de ma vie. Tu resteras toujours dans mon cœur et celui de la famille. Merci de toujours guider nos pas et de veiller sur nous depuis là-haut. Tu me manques !

À toi ma belle qui partage ma vie depuis plus de 4 ans maintenant. Merci d'avoir été là et de m'avoir soutenu durant tous ces moments pas toujours simples de la vie. J'ai beaucoup de chance de t'avoir rencontré. Je t'aime tellement ma relectrice d'amour !

À ma famille en Nouvelle-Calédonie comme en Métropole qui ont toujours cru en moi et qui m'ont toujours soutenu durant mes études. Particulièrement à **tantine Daniella** qui a toujours été présente et pris soins de nous, ainsi que **mes petits frères** qui malgré la distance ont toujours été présents. Je vous aime !

À la famille Sio et mamie Mel pour m'avoir accueilli comme un fils sur Toulouse.

À Ugo pour l'élaboration de ce projet et pour avoir rendu la fin des études sur Toulouse plus Locale. Merci encore frérot.

À mon binôme. Merci pour ces années de rires et ces bons moments de clinique. Je croise les doigts pour l'internat !

À mes potos Jordan, Florian, André, Cindy pour tous ces moments passés ensemble et pour votre amitié infaillible.

À Mme Valentine EURISOUKE pour le temps qu'elle nous a accordé et sa grande gentillesse.

Au Docteur Daniel KIRSCH pour son implication dans cette thèse. Merci d'avoir toujours trouvé le temps de répondre à mes nombreuses interrogations.

Aux praticiens de la province Nord sans qui ce travail n'aurait pas eu de sens. Je vous remercie de vous être rendus disponibles et d'avoir partagé avec nous.

À tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.

Sommaire

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	12
LA POPULATION NEO-CALEDONIENNE EN PROVINCE NORD	14
1. La Nouvelle-Calédonie : Une île en développement :.....	14
1.1. Situation géographique et socio-économique de la Nouvelle-Calédonie :	14
1.2. Situation démographique de la Nouvelle-Calédonie :.....	18
2. La santé générale en province Nord :	24
2.1. Alimentation et mode de vie :.....	24
2.2. Dépendances :	27
2.3. Maladies systémiques en Nouvelle-Calédonie et en province Nord :	31
3. La santé bucco-dentaire en province Nord :	37
3.1. Les maladies parodontales :.....	39
3.2. La maladie carieuse :.....	40
3.3. Malocclusion et malposition dentaire :	45
3.4. Prévention des pathologies bucco-dentaires en Province Nord :	45
3.5. Recueil des constats des praticiens de la province Nord :.....	48
ORGANISATION DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN PROVINCE NORD ..	53
1. Le système de santé en Nouvelle-Calédonie	53
1.1. Rôle de la DASS-NC et ASS	54
1.2. Rôle et organisation de la CAFAT	55
1.3. La province Nord : acteur de santé	57
1.4. Les mutuelles de santé	59
2. Les différentes structures de santé en province Nord	61
2.1. Les structures publiques de soin : Acteurs fondamentaux et leurs rôles	61
2.2. Les structures privées de soin : entre inexistence et nécessité.....	64
2.3. Des partenaires du Nord basés en province Sud	67
3. Les limites du système de santé actuel et les perspectives d'évolution	70
CONCLUSION	75
ANNEXES	76
Annexe 1 : Questionnaire semi-directif :.....	76
BIBLIOGRAPHIE	77

Avant-propos

Originaire de Nouvelle-Calédonie, il me tenait à cœur d'analyser le système de santé de mon île et plus particulièrement de la Province Nord, ayant passé la plus grande partie de mon enfance et de mon adolescence dans le village de Koné à 270 km de la capitale.

La province Nord m'a permis de me former dans le domaine de la santé, au métier que je souhaitais exercer, celui de chirurgien-dentiste, et m'a également soutenu tout le long de mon parcours scolaire en Nouvelle-Calédonie puis en métropole.

Cette thèse d'exercice en Chirurgie dentaire axée sur la région du Nord de la Nouvelle-Calédonie est ainsi apparue comme une évidence lorsque s'est posée la question du retour sur le territoire pour pouvoir exercer et représente l'aboutissement d'un travail de longue haleine.

Le sujet étant centré sur une région précise, très peu d'études médicales y ont été menées et en termes de santé bucco-dentaire, il s'agit de l'une des premières thèses en la matière.

La première difficulté rencontrée a été de recueillir des données et des témoignages calédoniens tout en étant en métropole pour finaliser mon cursus. Il a ainsi fallu s'organiser pour valider les semestres et dégager du temps pour rentrer au pays afin de récolter les dernières informations manquantes.

La seconde difficulté, rencontrée une fois sur place, fut l'organisation des différentes rencontres sachant que nous n'étions sur le territoire qu'une vingtaine de jours en période de fêtes de fin d'année et de vacances scolaires.

Malgré ces différentes contraintes, les institutions et professionnels de santé ont pris le temps de nous rencontrer et de répondre à toutes nos interrogations.

Aussi, cette thèse n'a pas pour ambition de révolutionner le système de santé calédonien mais constitue, je l'espère, un premier pas vers d'autres travaux plus poussés qui permettront de faire connaître notre culture, la prise en compte de cette dernière dans la relation de soin et d'améliorer le plan de santé calédonien actuel. Son but est par conséquent, de mettre en avant et faire connaître mon île et les difficultés que rencontrent les calédoniens à se faire soigner d'un point de vue économique, structurel et culturel.

“Nous sommes des hommes ayant une culture, et cette culture il faut la montrer. Si on ne la montre pas, on pense que l'on n'existe pas.” Jean-Marie TJIBAOU, Discours lors du Festival Mélanésia 2000, 1975.

C'est donc humblement et avec un grand respect que je présente ce travail.

Introduction

La Nouvelle-Calédonie, ancienne colonie française, actuellement collectivité d'Outre-mer se situe à 18 000 km de la France et représente un véritable point stratégique dans le pacifique. Elle possède notamment une biodiversité importante avec plusieurs espèces endémiques et des ressources naturelles comme le nickel dont elle tire une partie de sa richesse.

Depuis les accords de Matignon en 1988, l'île se divise en 3 provinces :

- La province Sud qui compte 14 communes dont la capitale Nouméa ;
- La province Nord constituée de 17 communes ;
- Et la province des Îles loyautés qui ne compte que 3 communes.

Cet ancien territoire d'outre-mer est devenu au fil des différentes revendications une Collectivité d'Outre-mer à statut particulier, "*sui generis*". Elle dispose ainsi d'un statut unique en France instauré par l'accord de Nouméa de 1998 qui confère à la Calédonie la possibilité d'acquérir des compétences jusque-là contrôlées par l'Etat français. Ces accords ont ainsi été mis en place afin que l'île accède à une plus grande autonomie voire à la "pleine souveraineté". Parmi les différentes compétences octroyées désormais au territoire, la Nouvelle-Calédonie dispose aujourd'hui d'une large autonomie en matière de santé et de protection sociale.

La province Sud, dans laquelle se situe le chef-lieu Nouméa, seule grande ville du territoire, compte le plus d'habitants et le plus d'infrastructures notamment dans les domaines administratifs, politiques et économiques. Dans le secteur de la santé, elle regroupe à elle seule le plus grand hôpital de l'île et un établissement privé réunissant les trois anciennes cliniques privées du territoire. Quant à la province Nord et la province des îles, elles comptabilisent un quart de la population totale. Les infrastructures de santé y sont moins développées et l'accès aux soins est plus compliqué.

Aussi, la Nouvelle Calédonie n'échappe pas au constat émis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son "Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003"(1) qui précise que plus de la moitié de la population mondiale est touchée par les affections bucco-dentaires comme la carie et les maladies parodontales. De plus, il est aujourd'hui avéré qu'il existe un lien clairement établi entre l'état de santé général et la santé bucco-dentaire.

Or, ces affections de la cavité buccale représentent toujours un problème de santé publique majeur pour le territoire. Ceci est d'autant plus vrai pour la province Nord et la province des Îles qui disposent notamment d'un indice CAO (Dents cariées, absentes, obturées) chez les enfants de 12 ans, beaucoup plus élevé que l'objectif fixé par l'OMS en 2010 qui est d'atteindre un indice CAO inférieur ou égal à 1.

Ainsi, nous nous intéresserons plus particulièrement à la province Nord, province la plus étendue en termes de superficie et la plus en proie au changement, la construction du nouveau centre hospitalier du Nord (CHN) s'achevant tout juste.

Nous nous demanderons de quelle manière cette province s'organise pour offrir une qualité de soin à sa population en termes de santé bucco-dentaire.

L'objectif de ce travail est d'établir dans un premier temps l'état des lieux de la santé bucco-dentaire en Nouvelle-Calédonie et plus précisément en Province Nord. Nous étudierons dans un second temps, son organisation et ses limites afin d'établir les axes d'amélioration qui seront mis en place via le projet DO KAMO et ceux qui pourraient être établis en complément.

La population néo-calédonienne en province Nord

1. La Nouvelle-Calédonie : Une île en développement :

1.1. Situation géographique et socio-économique de la Nouvelle-Calédonie :

1.1.1. Un « pays insulaire » :

Localisée en Océanie, la Nouvelle-Calédonie se situe dans le Sud de l’océan Pacifique. Cette dernière tire son nom de l’explorateur qui l’a découverte le 4 septembre 1774. En effet, James Cook l’a ainsi nommée “New Caledonia” en référence à sa ressemblance avec l’Ecosse britannique anciennement appelée “Caledonia”.

Cet archipel devient une colonie française en 1853 et va être utilisé comme colonie pénitentiaire de 1864 à 1931.(2)

Cette acquisition de la Nouvelle-Calédonie par la France de Napoléon III permet ainsi à l’Empire d’accentuer sa présence dans le Pacifique.

La Nouvelle-Calédonie, située ainsi à près de 18 000 km de la France métropolitaine, fait partie de l’un des trois territoires français du Pacifique Sud avec la Polynésie Française et Wallis-et-Futuna.

Elle est constituée de la Grande Terre, l’île principale qui s’étend sur près de 400 km de long sur 50 à 70 km de large. La Grande Terre est de loin la plus grande île de l’archipel.



Figure 1: La Nouvelle-Calédonie, situation et reliefs. Source : IEOM, 2008

Elle est bordée au Nord par les Îles Bélep, au Sud par l'île des Pins et à l'Est par les îles Loyautés : Maré, Lifou, Tiga et Ouvéa. Elle est ceinturée par une barrière de corail et dispose de plusieurs groupes d'îlots et de récifs. L'île principale est parcourue par une chaîne de montagnes sur toute sa longueur dont le point culminant est le Mont Panié situé à 1629 mètres d'altitude.

Au total, l'archipel ne compte pas moins de 18 575 km² de superficie et s'organise depuis les accords de Matignon de 1988 en trois provinces quasi-autonomes : la province Sud, la province Nord et la province des îles Loyautés.

Anciennement territoire d'Outre-Mer, la Nouvelle-Calédonie dispose depuis les accords de Nouméa en 1998 d'un statut particulier différent des collectivités d'Outre-Mer (COM) et des pays et territoires d'Outre-Mer (PTOM).

Elle accède ainsi le 5 mai 1998 à un statut "sui generis" qui se traduit par une révision constitutionnelle. Le statut de la Nouvelle-Calédonie fait alors l'objet du Titre XIII de la Constitution qui établit notamment les modalités de transfert de compétences de l'Etat aux institutions de l'île et leurs règles d'organisation et de fonctionnement.(3)

Le but de ces accords est d'accompagner la Nouvelle-Calédonie afin que cette dernière se prononce sur son indépendance par le biais notamment de référendums.

En 1999, la loi organique vient compléter les accords de Nouméa en reconnaissant la spécificité de ce territoire d'Outre-mer et en mettant en place certaines particularités liées aux populations insulaires (citoyenneté, régime électoral, emploi et statut civil coutumier...).(4)

Ces différentes législations font suite à de multiples revendications et confrontations politiques marquées tragiquement par les "Évènements" qui débutent en 1984 et qui atteignent leur paroxysme en mai 1988 avec la prise d'otages d'Ouvéa. En 1987, un référendum d'autodétermination est toutefois mis en place mais est boycotté par les indépendantistes ce qui se solde par un maintien de la Nouvelle-Calédonie dans la France à 98.30% des votes.

La signature des accords de Matignon en juin 1988 par les deux camps, loyalistes et indépendantistes, marque la fin de cette opposition et initie les prémices d'un "destin commun".

Les référendums d'autodétermination ainsi introduits par les accords de Matignon et repoussés par les accords de Nouméa, ont lieu en 2018. Les résultats du scrutin marquent une majorité contre l'indépendance de la Nouvelle-Calédonie soit 56.67% des votes. Deux prochains référendums sont à prévoir selon la Constitution, dont l'un aura lieu en septembre 2020 qui provoque déjà une certaine instabilité à la fois politique et économique au sein du pays.

1.1.2. Une croissance économique en déclin :

Selon un communiqué de 2019 de l'institut d'émission d'Outre-Mer (IEOM) (banque centrale chargée de l'émission de la monnaie fiduciaire du franc CFP dans les collectivités d'Outre-Mer du Pacifique: 1 EUR = 119,33 F.CFP), la Nouvelle-Calédonie a connu, suite au dernier référendum d'autodétermination de 2018, une

“économie à marée basse” dont le déclin était principalement lié aux incertitudes institutionnelles.(5)

Le paysage économique de la Nouvelle-Calédonie s’est également vu bouleversé par l’arrivée de deux usines de transformation de nickel. En effet, après Doniambo, usine installée en plein cœur de Nouméa depuis 1912, l’usine de “Goro Nickel” vient s’ajouter en 2010 en province sud. Quatre ans plus tard, c’est l’usine de “Koniambo” qui voit le jour en province Nord. L’installation de ces complexes métallurgiques positionne ainsi la Nouvelle-Calédonie sur le marché mondial des matières premières. Selon les estimations, l’île possède à elle seule plus de 25% des réserves mondiales de nickel.(6)

Cependant, l’économie de la collectivité reste tout de même très dépendante des cours de ce métal qui ont été divisés par deux entre 2011 (22 000 USD la tonne) et 2016 (8 000 USD la tonne). Aujourd’hui, ce chiffre fluctue aux alentours des 12 000 USD la tonne.(7)

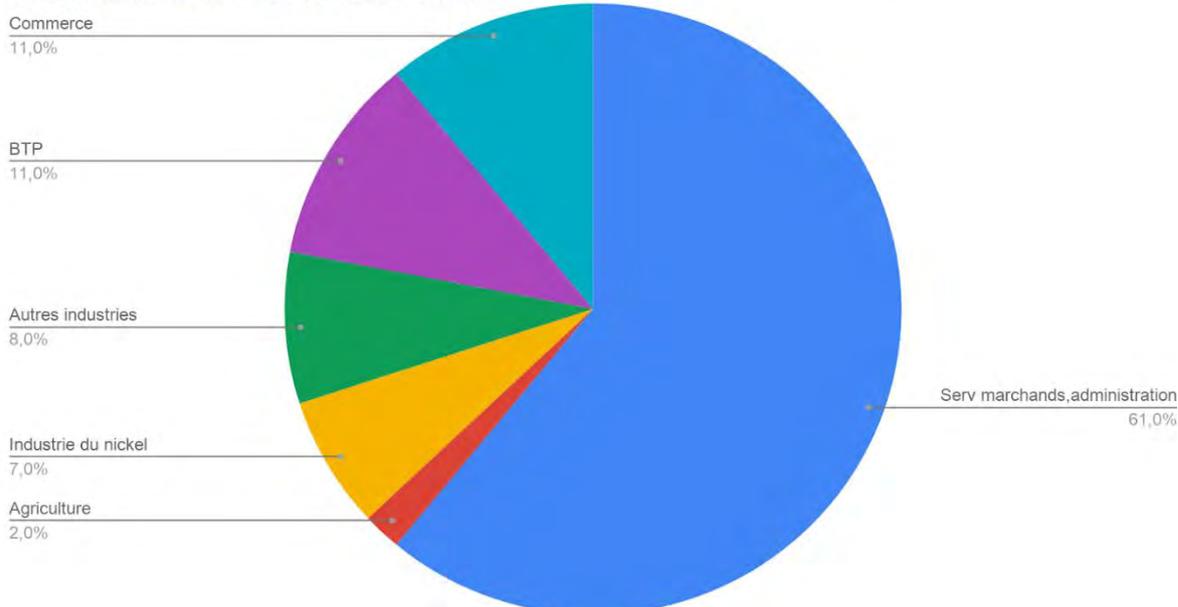
L’arrivée sur le marché des pays producteurs à bas coût a également fragilisé l’industrie minière du territoire. Ainsi, le groupe VALE exploitant le site de Goro Nickel a annoncé en décembre 2019 vouloir céder 95% de ses parts, cette usine jugée comme “non essentielle” à l’activité du groupe.(8)

De par la volatilité du cours du nickel et le contexte politique, l’économie de Nouvelle Calédonie s’est trouvée ainsi ralentie. Cette dernière a pu toutefois, compter sur les transferts financiers de l’Etat ainsi que sur le secteur des services marchands et de l’administration dont elle tire près de 60% de son Produit intérieur brut (PIB : indicateur économique permettant de mesurer la production de richesses d’un pays) pour rééquilibrer la balance.(9)

Son PIB ayant atteint en 2018 la barre des 1028 milliards de francs CFP (soit 8,7 milliards d’euros) et son Indicateur de Développement Humain (IDH) de 0.79 en 2010, la placent dans la catégorie des pays développés.

Repartition du PIB de la Nouvelle-Calédonie en 2018

PIB: 1028 milliard de Francs CFP (8,7 milliard d’euros)



Graphique 1 : Répartition du PIB de la Nouvelle-Calédonie en 2018. Source : IEOM, Rapport annuel 2018

En comparaison, la France, à la même époque, atteint la 14^e place mondiale avec un IDH de 0.88.

Cet indice, compris entre 0 et 1 permet d'apprécier le niveau de développement d'un pays en tenant compte à la fois du PIB mais aussi de la santé, du niveau d'éducation et du niveau de vie des habitants.

Malgré ce statut de pays développé, la répartition des richesses en Nouvelle-Calédonie est inégale. En effet, un calédonien sur quatre vit sous le seuil de pauvreté et 20% des ménages perçoivent un peu plus de la moitié du total des revenus déclarés par le territoire.

En 2008, la Nouvelle-Calédonie obtient un coefficient de GINI égale à 0,42 (0,29 en métropole)(10). Cet indicateur détermine la répartition des revenus d'un pays en décernant un score compris entre 0 et 1. Elle vaut 0 lorsqu'il y a une distribution des richesses parfaitement égalitaire.

Ainsi ce score le rapproche plus de ceux qui prévalent dans les pays émergents, voire certains pays pauvres que ceux des pays développés.

En plus de ces inégalités profondément marquées en Nouvelle-Calédonie, l'île affiche des prix particulièrement élevés, la positionnant parmi les pays les plus chers au monde.(11)

En comparaison, l'écart de prix moyen entre la Nouvelle-Calédonie et la Métropole est estimé à 33% en 2015 selon l'indice de Fischer (moyenne géométrique des deux écarts, tenant compte de l'adaptation des habitudes de consommation des ménages lors d'un changement de territoire).

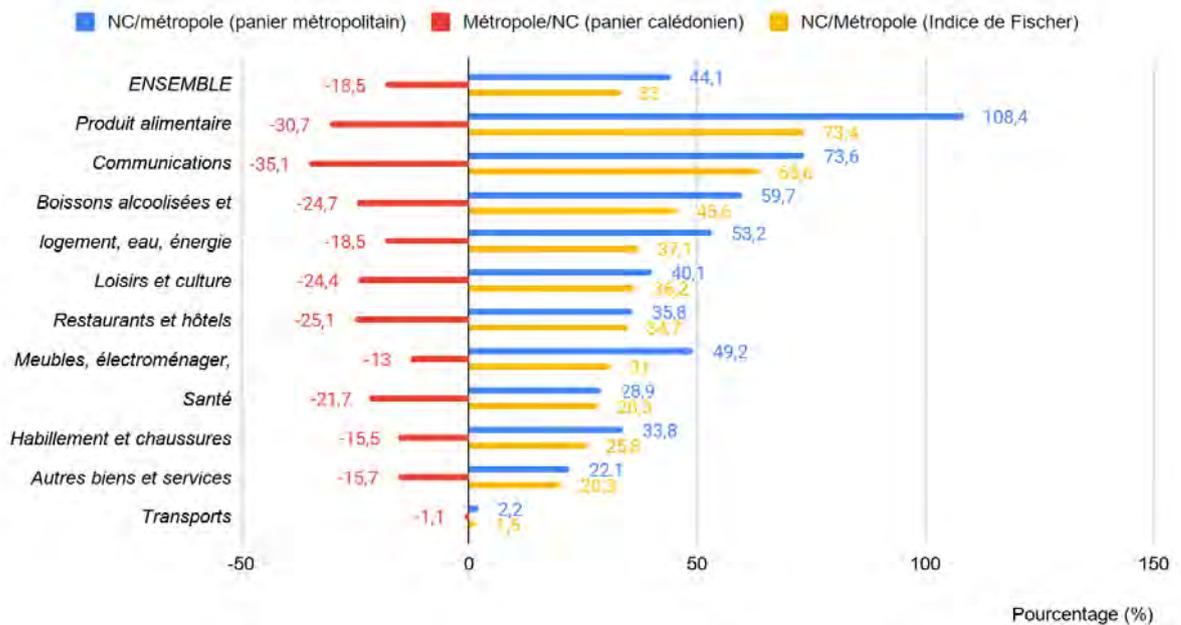
Un ménage métropolitain qui conserve ses habitudes de consommation en Nouvelle-Calédonie par exemple, verra ses dépenses augmenter de 44%. Réciproquement, en prenant comme référence le panier de consommation d'un ménage calédonien, les prix en métropole se retrouveront diminués de 18,5% à ceux en Nouvelle-Calédonie.

A noter que l'écart de prix est particulièrement accentué pour les produits alimentaires, soit 73% plus cher qu'en France métropolitaine.(12)

Ainsi, pour "lutter contre la vie chère" en Nouvelle-Calédonie, plusieurs normes ont été adoptées comme la mise en place de la Taxe générale sur la consommation (TGC), le contrôle des marges, le bouclier qualité-prix, la mise en place d'outils permettant d'encourager la concurrence entre les enseignes...

Toutes ces mesures ont été approuvées par les institutions locales afin de préserver le pouvoir d'achat des consommateurs calédoniens. (13)

Les écarts de prix entre la Nouvelle-Calédonie et la métropole en 2015

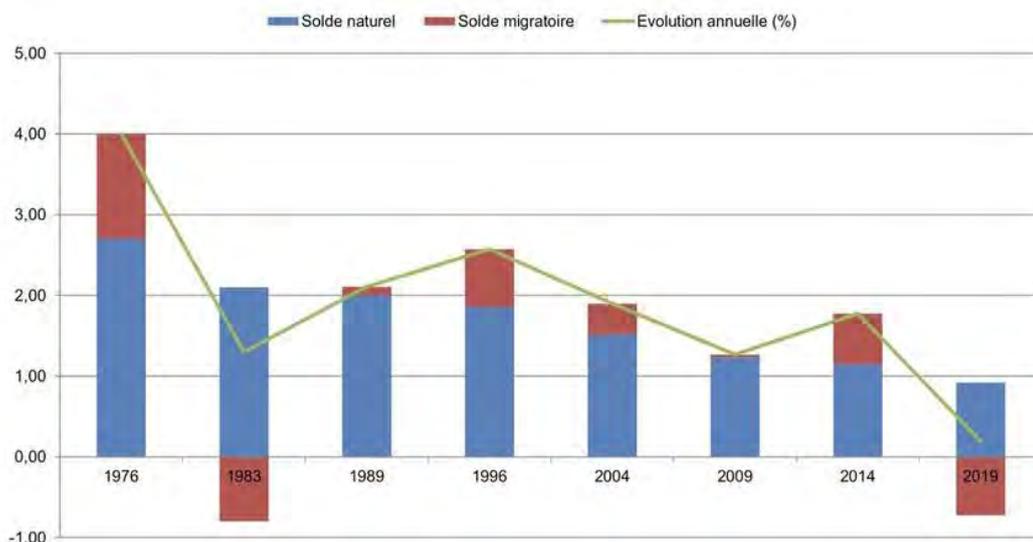


Graphique 2 : Les écarts de prix entre la Nouvelle-Calédonie et la Métropole en 2015. Source : IEOM, Rapport annuel 2018

1.2. Situation démographique de la Nouvelle-Calédonie :

1.2.1. Répartition dans le territoire de la population :

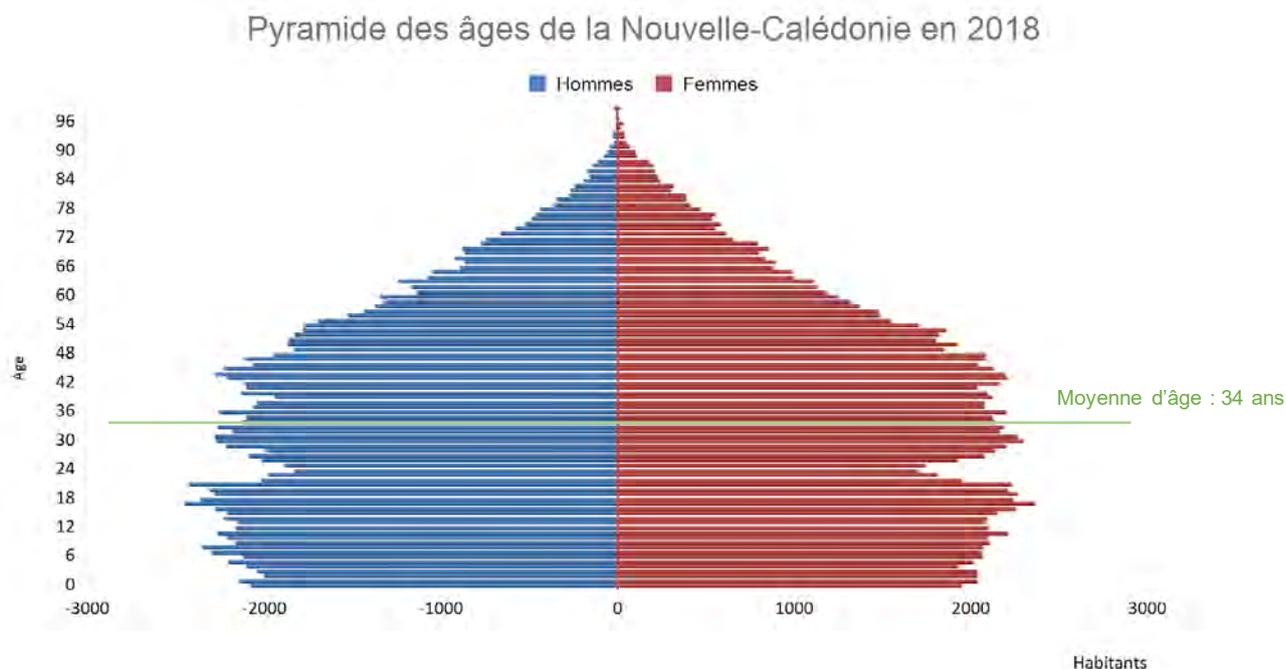
En 2019, l'archipel de la Nouvelle-Calédonie compte près de 271 407 habitants selon le recensement de l'Institut de la Statistique et des Etudes Economique (ISEE). L'île connaît ainsi ces dernières années un ralentissement de sa croissance démographique. Il s'agit là d'une conséquence du solde migratoire négatif. A l'heure actuelle, il y a ainsi plus de personnes qui quittent la Nouvelle-Calédonie pour s'installer ailleurs. Ce flux migratoire négatif reste toutefois un événement assez exceptionnel depuis le "Boom du nickel" en 1970.



Graphique 3 : Composante de la croissance démographique au cours des périodes intercensitaires. Source : ISEE, 2019

Cette population Néo-Calédonienne est notamment marquée par sa jeunesse. En effet, les jeunes de moins de 20 ans représentent près de 33% des habitants de l'île. Il est toutefois important de noter que cette population tend à vieillir puisque la moyenne d'âge est passée de 28,5 ans à 34 ans en près de 20 ans. Ceci s'explique par une espérance de vie rallongée (77,4 ans en 2016), une amélioration de la qualité des soins, un taux de natalité en baisse passant sous la barre des 15‰ en 2017 et par la baisse de la fécondité.

Ainsi, la part des personnes de plus de 60 ans a doublé, passant de 6,9% en 1989 à 13% de la population aujourd'hui. En comparaison en France métropolitaine, 27% de la population a plus de 60 ans en 2019.(14)



Graphique 4 : Pyramide des âges de la Nouvelle-Calédonie en 2018. Source : ISEE 2018

En plus d'être une population « relativement jeune », cette dernière se partage inégalement sur le territoire. Elle se répartit principalement sur les côtes et sur les grandes plaines situées sur le littoral. En effet, la "Grande Terre" est séparée en son centre par une longue chaîne de montagnes. Cette séparation naturelle divise ainsi l'île en deux, délimitant la côte Ouest et la côte Est. La côte Ouest est la zone la plus peuplée de par son accessibilité avec Nouméa, seule grande ville du territoire. Il existe par conséquent, un réel déséquilibre Est-Ouest.

De plus, l'archipel se divise en 3 provinces : La province Sud, la province Nord et la province des Îles Loyauté.

La province Sud abrite Nouméa, la principale ville portuaire de Nouvelle-Calédonie et capitale de cette dernière. La ville de Nouméa constitue un véritable foyer démographique et économique. Plus de la moitié des entreprises calédoniennes y sont installées.(15)

La population de la province Sud représente à elle seule 75 % de la population calédonienne en 2019, soit 203 144 habitants.

En province Nord a contrario, près de 49 910 habitants ont été recensés. Cette province veut tendre vers un rééquilibrage face à la province sud et mise pour cela

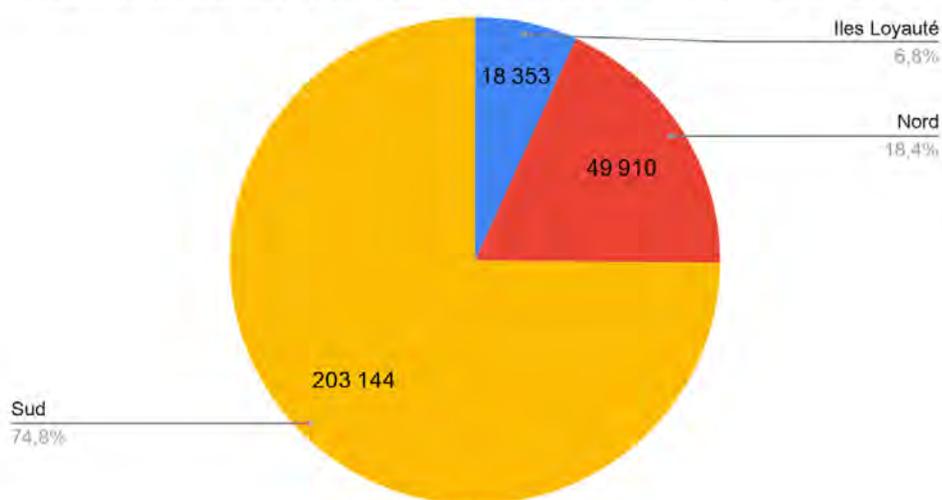
sur le développement de l'activité minière sur la zone de Voh-Koné-Pouembout (zone VKP).

Ainsi, il est important de noter qu'en plus de la disparité Est-Ouest, un réel déséquilibre de peuplement se fait ressentir entre le Nord et le Sud.

La province des Îles comptabilise, quant à elle, près de 18 353 habitants. Très isolée, sa population reste assez stable depuis les trente dernières années même si depuis peu les îles loyautés sont victimes d'exode rural vers Nouméa ou Koné pour des raisons professionnelles et scolaires.

La répartition de la population en Nouvelle-Calédonie n'est pas représentative de la croissance naturelle dans chaque province. En effet, en province Nord et en province des Îles, le nombre de naissance est plus élevé qu'en province Sud. Cependant, l'attractivité de Nouméa provoque des migrations internes en faveur du Sud de la Grande Terre et instaure ce déséquilibre de peuplement.

Répartition de la population de la Nouvelle-Calédonie en 2019



Graphique 5 : Répartition de la population de la Nouvelle-Calédonie en 2019. Source : ISEE 2019

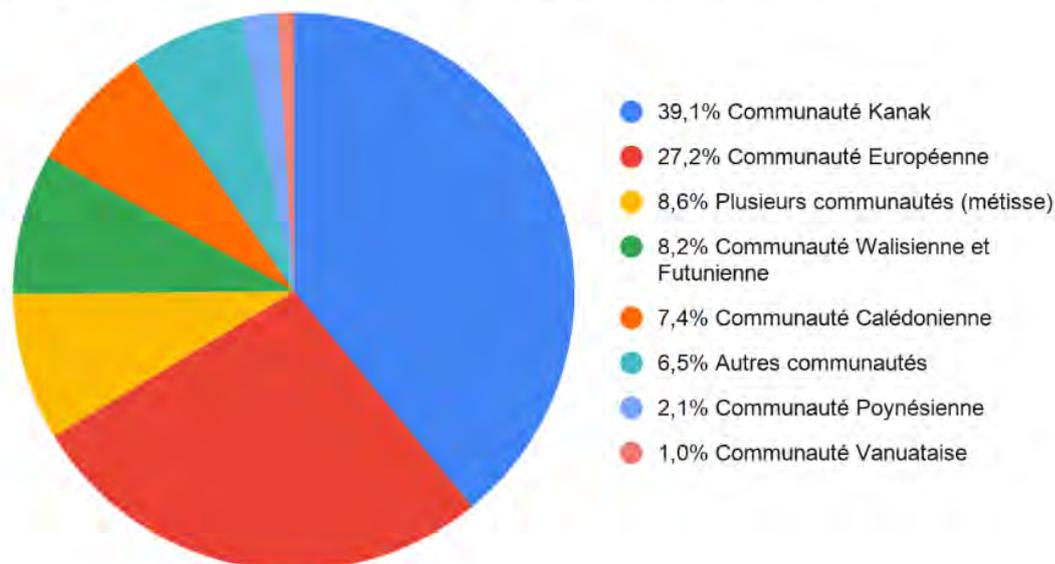
Cette population calédonienne est également reconnue pour sa diversité. Cette notion a d'ailleurs été reprise dans les accords de Nouméa sous la formule de « destin commun ». L'expression fait ainsi référence à la multitude de cultures et ethnies qui constituent l'archipel.

La communauté mélanésienne représente ainsi 39,1% de la population. La grande majorité des Kanak réside en province Sud mais représente, en proportion, une part moins importante que sur les Îles loyautés et la province Nord.

La communauté européenne (Caldoches et Métropolitains) constitue, quant à elle, 27,2% de la population. Elle demeure principalement en province Sud et représente plus de 50 % de la population de Nouméa.

Plus minoritaire sur l'ensemble du territoire mais toutes aussi importantes, d'autres communautés (Wallisienne, Polynésienne, Vanuataise, Vietnamienne...) contribuent à la culture calédonienne.

Répartition ethnique en Nouvelle-Calédonie en 2014



Graphique 6 : Répartition ethnique en Nouvelle-Calédonie en 2014. Source : ISEE 2014

Cette richesse ethnique est à l'origine d'une multitude de langues et de dialectes parlés en Nouvelle-Calédonie. Même si le français reste la langue officielle, pas moins de 28 langues et 11 dialectes locaux enrichissent le paysage linguistique du « Caillou ». Ces langues sont parlées par près de 70 000 personnes en 2014 et les plus connues sont le drehu, le nengone, le paicî, le xârâcùù...(16) Les langues importées de l'immigrations tels que le wallisien, le tahitien, le vietnamien, le mandarin, le bichelamar, etc se retrouvent aussi employées par les différentes communautés vivant sur l'archipel.

1.2.2. Focus sur la province Nord :

La province Nord est composée de 17 communes réparties sur 4 aires coutumières : Hoot Ma Whaap, Paicî-Cèmuhi, Ajië-Arhö, Xârâcùù. Elle comptabilise le plus de tribus, toutes disséminées, souvent éloignées des villes, parfois même difficiles d'accès lors d'intempéries et pas toujours équipées d'infrastructures de base comme l'électricité ou l'eau courante.

A l'heure actuelle, la province Nord compte ainsi près de 49 900 habitants répartis sur 9 583 km², ce qui en fait la province la moins dense du territoire avec 5,2 habitants par kilomètre carré.

Concernant les ethnies les plus présentes en province Nord, la communauté Kanak prédomine avec déjà plus de 70% de la population en 2014.

Communautés	Européenne	Kanak	Autres	Population en 2014 (ISEE-NC)
Province Sud	66 678 hab 33,3%	52 189 hab 26,1%	63 616 hab 31,8%	199 983 hab
Province Nord	6 076 hab 12,0%	35 578 hab 70,5%	8 833 hab 17,5%	50 487 hab
Province des Iles	445 hab 2,4%	17 191 hab 94,0%	661 hab 3,6%	18 297 hab
Nouvelle-Calédonie	73 199 hab 27,2%	104 958 hab 39,1%	73 110 hab 27,2%	268 767 hab

Tableau 1 : Répartition de la population de la Nouvelle-Calédonie par province en nombre d'habitant selon leur communauté en 2014. Source : ISEE 2014

Son taux de natalité tout comme celui des deux autres provinces, n'a pas cessé de chuter depuis 1985 passant de 34,6‰ à 14,5‰ en 2018. Néanmoins ce score reste plus élevé en comparaison avec la France métropolitaine qui affiche un taux de natalité de 11,2‰.(17)

Pour ce qui est du taux de mortalité en province Nord, le pourcentage reste le plus élevé de tout le territoire. En moyenne il y a 6 décès pour 1000 habitants. En métropole, ce taux est de 8,8‰.

Concernant la répartition d'hommes et de femmes dans cette province, celle-ci est assez égalitaire.

Toutefois, il est à souligner qu'à partir de 70 ans, la proportion de femme est plus importante que celle observée pour les hommes. Ceci s'explique principalement par une espérance de vie féminine plus importante s'établissant à 80 ans contre 75 ans pour le sexe masculin.(17)

De plus, la part des personnes de plus de 60 ans a doublé, passant de 6,8% en 1996 à 10% de la population en 2014. Ce phénomène s'observe également à l'échelle de toute la collectivité.

	Population	Taux d'accroissement	Naissances vivantes	Taux de natalité	Indice de fécondité	Taux de Mortalité infantile	Nombre de décès	Taux brut de mortalité	Esperance de vie à la naissance Homme/Femme
Nouvelle-Calédonie	282 200	9	4 059	14,5	1,9	4,9	1 529	5,7	75,1 / 80,1
Province Sud	209 737	10,5	2 944	14,1	2	4,1	1 255	5,2	75,3 / 80,6
Province Nord	53 252	9,3	823	15,5	2,2	6	226	6,3	71,9 / 80
Province des Iles Loyautés	19 211	10	278	14,7	2,4	7,2	48	7,2	70,1 / 78,3
France Métropolitaine	67 186 600	3,9	767 000	11,2	1,9	3,9	603 000	9	79,5 / 85,4

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de la Nouvelle-Calédonie, de ses trois provinces ainsi que de la France métropolitaine. Source : ISEE (population au 1^{er} janv 2018)

Parmi cette population, 2,9% sont reconnues en situation de handicap. Il s'agit quasiment de la même proportion de personnes handicapées qu'en province sud (2.5%) même si les infrastructures en province nord se font plus rares.(18)

	Province Nord	Province Sud	Province des Iles
Population totale (ISEE 2014)	50 487	199 983	18 297
Personnes reconnues en situation de handicap	1 473	5 023	648
Proportion de personnes reconnue en situation de handicap	2,9%	2,5%	3,5%

Tableau 3 : Répartition par province des personnes reconnues en situation de handicap en 2015. Source : ISEE 2014, Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie 2016 (19)

Ce manque d'infrastructures se fait également ressentir de manière générale sur tous les secteurs d'activité en province nord.

Ainsi, seuls les secteurs primaires et secondaires sont réellement ancrés dans cette province avec l'agriculture, la pêche, l'aquaculture et le nickel. La province Nord essaie ces dernières années de rééquilibrer la balance face au Sud en développant petit à petit le secteur tertiaire notamment par le biais du tourisme.

Selon les estimations de 2014, une personne sur deux contribue à l'activité économique de la province. Cette population s'est d'ailleurs concentrée ces dernières années autour des communes de Koné et Pouembout avec le développement de la zone VKP.(20)

Le secteur de la santé essaie également de se développer afin de proposer à la population calédonienne de manière générale un service de soin adapté à ses besoins. Des besoins assez propres à la collectivité qui ne cessent d'évoluer de jours en jours.

2. La santé générale en province Nord :

2.1. Alimentation et mode de vie :

Aujourd'hui, les maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires et le diabète représentent une menace importante pour la santé de manière générale. Ces quatre maladies sont les premières causes de mortalité dans le monde. Elles représentent 60% des décès à l'échelle mondiale. Dans la majorité des cas, ces maladies sont favorisées par une mauvaise alimentation, la sédentarité, le tabagisme et la consommation abusive d'alcool.(21)

Etudier ces facteurs de risques communs permet ainsi d'appréhender au mieux l'état de santé d'un pays et d'organiser des programmes de lutte contre ces maladies.

La Nouvelle-Calédonie n'échappe pas à ce constat puisque près de 50 000 personnes sont suivies en 2018 pour ce type de maladies.

Le facteur de risque le plus important sur l'île reste notamment la mauvaise alimentation des calédoniens. Il a été observé que plus d'un tiers de sa population est en situation d'obésité ou de surpoids.

L'obésité et le surpoids sont définis comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » d'après l'OMS. Ils peuvent se caractériser par l'indice de masse corporelle (IMC) qui donne une indication de l'état pondéral d'un individu.

$$IMC = \frac{\text{Poids (Kg)}}{\text{Taille}^2 (m)}$$

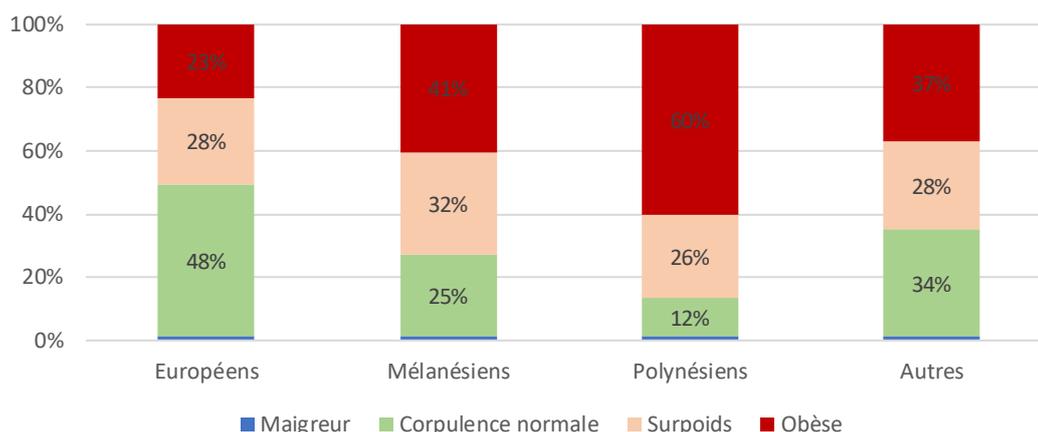
Selon son résultat, une personne est :

- En insuffisance pondérale pour un IMC inférieure à 18,5 ;
- En poids normal pour un IMC entre 18,5 et 25 ;
- En surpoids pour un IMC entre 25 et 30 ;
- En obésité pour un IMC supérieur à 30.

L'indice de masse corporelle moyenne sur l'île est de 28,8 ce qui indique que la population calédonienne est en surcharge pondérale quel que soit l'âge, le genre ou la province d'origine. Néanmoins, les polynésiens sont particulièrement touchés par le surpoids et l'obésité, suivi des mélanésiens, des autres communautés et enfin des européens. Au total, le statut pondéral des adultes est assez préoccupant puisque 67,3% des habitants de l'île sont en excès de poids. Dans le Nord plus particulièrement, 29,7% de la population est en surpoids et 36,8% en situation d'obésité. (22)

En métropole, d'après l'enquête ObÉpi de 2012, 47,3% de la population adulte est en surcharge pondérale, avec 15% d'obésité.(23)

Répartition des tranches d'IMC chez les adultes par communauté d'appartenance en 2015



Graphique 7 : Répartition des tranches d'IMC chez les adultes par communauté d'appartenance en 2015. Source : Baromètre santé ASS-NC 2015

Chez les jeunes Calédoniens, le constat est d'autant plus alarmant puisque selon l'enquête de l'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) :

- **18,6%** des enfants sont en surcharge pondérale à **6 ans** (8% sont obèses)
- **29,5%** des enfants sont en surcharge pondérale à **9 ans** (11% sont obèses)
- **42,7%** des enfants sont en surcharge pondérale à **12 ans** (20% sont obèses)

Ces données sont préoccupantes puisqu'il a été démontré que près de 40% à 60% des enfants obèses à 8 ans le restent à l'âge adulte.

Cette prévalence d'obésité et de surpoids élevé peut s'expliquer par le changement rapide du mode de vie sur l'île associé à la mondialisation.

En effet, l'Océanie est l'une des régions du monde avec les taux d'obésité et de diabète les plus élevés. L'île de Nauru illustre parfaitement l'effet néfaste du mode de vie occidental sur la population océanienne du fait d'une modernisation rapide. Aujourd'hui, c'est près de 40% de la population nauruane qui est atteinte du diabète de type 2. A contrario, dans les zones rurales de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, préservées de cette société de consommation, le taux de prévalence du diabète est pratiquement inexistant.(24)

L'occidentalisation de la Nouvelle-Calédonie a ainsi modifié le mode de vie et la façon de consommer de la population locale. Durant des années, l'alimentation de base sur le territoire se composait principalement de tubercules (igname et taro) et de produits issus de la chasse et de la pêche. Ce type d'alimentation était en adéquation avec le mode de vie assez physique qu'avait les calédoniens de l'époque.

Aujourd'hui, la population calédonienne a conservé cette alimentation riche mais consomme en plus des produits manufacturés, souvent trop salés et sucrés.

Ainsi, la consommation moyenne de fruits et légumes reste insuffisante et plus d'un calédonien sur quatre consomme des boissons sucrées quotidiennement. Un jeune sur cinq (de 18 à 24 ans) déclare boire davantage de boissons sucrées que d'eau dans une même journée. De plus, les pâtes et le riz font partie des aliments les plus

consommés sur le territoire. Plus de 95% des Calédoniens en mangent chaque semaine et 63% en consomment tous les jours.(17)

Ce problème de surpoids est également aggravé par certaines pratiques des industries agroalimentaires. En effet en 2011, une enquête menée en Outre-Mer a démontré que certains produits laitiers et sodas produits et/ou distribués dans les collectivités françaises avaient une teneur en sucre plus importante que dans l'Hexagone (pour des marques et références identiques).

En Nouvelle-Calédonie ces écarts de concentration en sucre avec la Métropole sont réels et constituent un véritable problème en termes de santé publique. Une teneur plus élevée en sucre est relevée dans quasiment toutes les boissons sucrées de marques identiques. Ce taux s'avère notamment très important pour les boissons « Fanta Orange » (+34,7% par rapport à Paris) ou encore « Sprite » (+31,2% par rapport à Paris). Les sodas locaux comme le « Oro » ou le « Tulem », marques populaires calédoniennes, sont nettement plus sucrés que les sodas internationaux. Comparé au Pepsi (la boisson la plus sucrée de Métropole), le « Tulem Orange », soda local, contient 18,0% de sucre en plus.(25) (26)

	Paris : Sucres totaux (g/100ml)	Nouvelle Calédonie : Sucres totaux (g/100ml)	Ecart taux de sucres avec la même référence Hexagone	Ecart taux de sucres avec Pepsi/Riq'lès de l'Hexagone	
Pepsi (Soda le plus sucré de Métropole)	11,390				+60,0%
Riq'lès (soda le moins sucré de Métropole)	7,120			-60,0%	
Tulem Orange (Soda local)		13,436		+18,0%	+88,7%
Fanta Orange	9,446	12,720	+34,7%	+11,7%	+78,7%
Coca-Cola	10,898	11,189	+2,7%	-1,8%	+57,2%
Orangina	10,360	10,915	+5,4%	-4,2%	+53,3%
Sprite	8,250	10,826	+31,2%	-5,0%	+52,1%
Oro (Soda local)		10,313		-9,5%	+44,9%
Schweppes	8,920	8,993	+0,8%	-21,0%	+26,3%

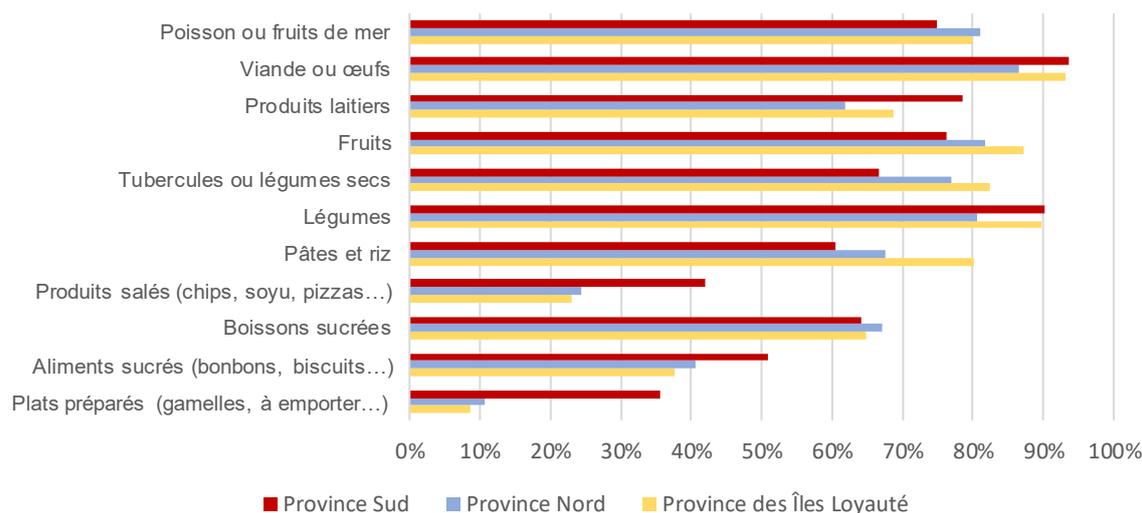
Tableau 4 : Ecart en sucres des sodas prélevés en Nouvelle-Calédonie par rapport aux références prélevées dans l'Hexagone. Source : Rapport 2011 (25)

Ce surpoids peut toutefois être contrebalancé par une activité physique régulière. Sur le territoire, cette dernière est bien intégrée dans le quotidien de la population. En effet, alors que L'OMS préconise de pratiquer une activité physique modérée d'au moins 150 minutes ou intense de 75 minutes, huit Calédoniens sur dix indiquent consacrer deux fois plus de temps à ces dernières. Seul 3% de la population adulte néo-calédonienne avoue avoir une activité sédentaire.

Une activité physique insuffisante par rapport à une alimentation trop riche expose ainsi la population à un risque de diabète et d'obésité plus élevé.

Par ailleurs, le « génotype de Neel » peut également expliquer de manière héréditaire l'explosion du diabète et de l'obésité chez les peuples qui ont longtemps conservé un mode de vie traditionnel. Ce « génotype d'économie » favorise ainsi le stockage de graisses pour la « survie » de l'espèce.(27)

Habitude de consommation par semaine en fonction de la province de résidence en 2015



Graphique 8 : Habitude de consommation par semaine en fonction de la province de résidence. Source : Baromètre santé ASS-NC 2015

Plusieurs actions ont été menées pour faire face à ces problèmes de surcharge pondérale. L'ASS-NC a notamment élaboré le programme « Mange mieux, bouge plus » en 2008 et préconise ainsi une alimentation saine et une activité physique régulière. Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a également élaboré un projet de loi en décembre 2019 pour l'entrée en vigueur d'une taxe sur les produits sucrés afin d'inciter la population à changer ses habitudes alimentaires. Les bénéfices de cette taxe permettront de subventionner les futurs programmes de prévention de l'ASS-NC et participeront au financement des comptes sociaux. (28)

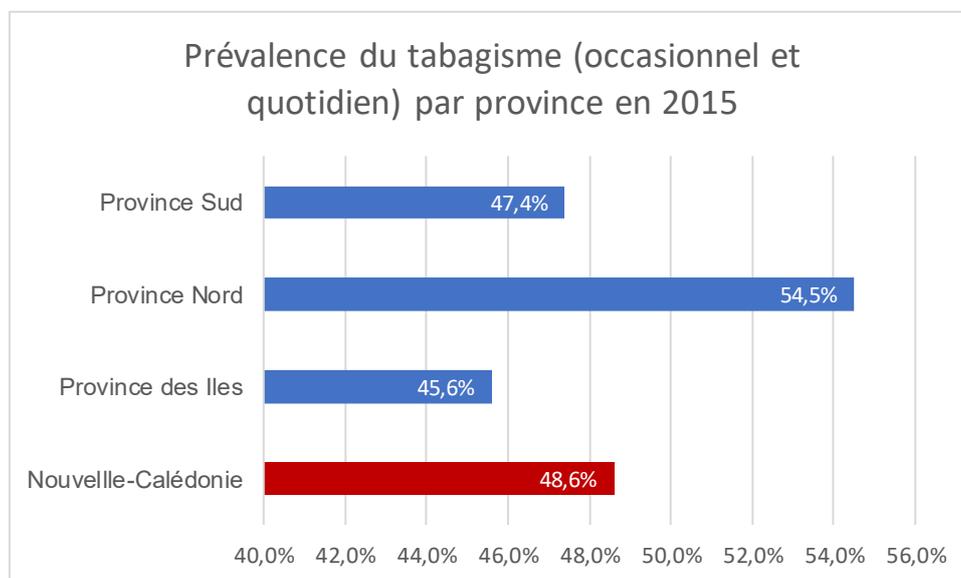
Ces habitudes alimentaires représentent l'un des facteurs de risques les plus importants en Nouvelle-Calédonie dans l'apparition de maladies systémiques. L'addiction au sel et au sucre s'apparente ainsi à une certaine forme de dépendance au même titre que le tabac et l'alcool.

2.2. Dépendances :

Un autre facteur de risques important en Nouvelle-Calédonie est le tabagisme. En effet, la consommation de tabac représente un fléau pour notre société. Cette drogue touche plus d'un milliard d'individus sur la planète et tue plus de 8 millions de personnes chaque année. Parmi ces personnes, 80% vivent dans des pays à faible revenu.

Le tabagisme représente également pour la Nouvelle-Calédonie un véritable problème de société et de santé publique.(29) En 2018, près de 219 000 personnes ont déclaré avoir déjà fumé soit plus de 77% de la population calédonienne.(17) Selon les données de l'ASS-NC de 2015, 42,5% des calédoniens fument quotidiennement et consomment en moyenne 11,5 cigarettes par jours. En France métropolitaine, la prévalence du tabagisme est beaucoup moins marquée puisqu'en 2017, 27 % des français fumaient quotidiennement du tabac.(30)

Cette surconsommation touche particulièrement les plus jeunes, résidant souvent en province Nord et en province des Îles loyauté. Ces dernières années, une diminution importante de la consommation de tabac est toutefois à noter. Cette baisse s'explique par l'augmentation des prix du tabac et par la mise en place d'actions de prévention et de sensibilisation dans toute la collectivité.(31)



Graphique 9 : Prévalence du tabagisme (occasionnellement et quotidien) par province en 2015 Source : Baromètre santé ASS-NC 2015

Le tabagisme entraîne notamment des conséquences désastreuses sur la population calédonienne en termes de morbidité et de mortalité.

En effet, les principales pathologies liées au tabac sont les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires mais surtout les tumeurs tels que les cancers des bronches/poumons, du larynx, des voies aérodigestives supérieures (VADS) et des voies urinaires. Au cours des 30 dernières années, 12,4% des décès sont attribués à la consommation de cette substance psychoactive.

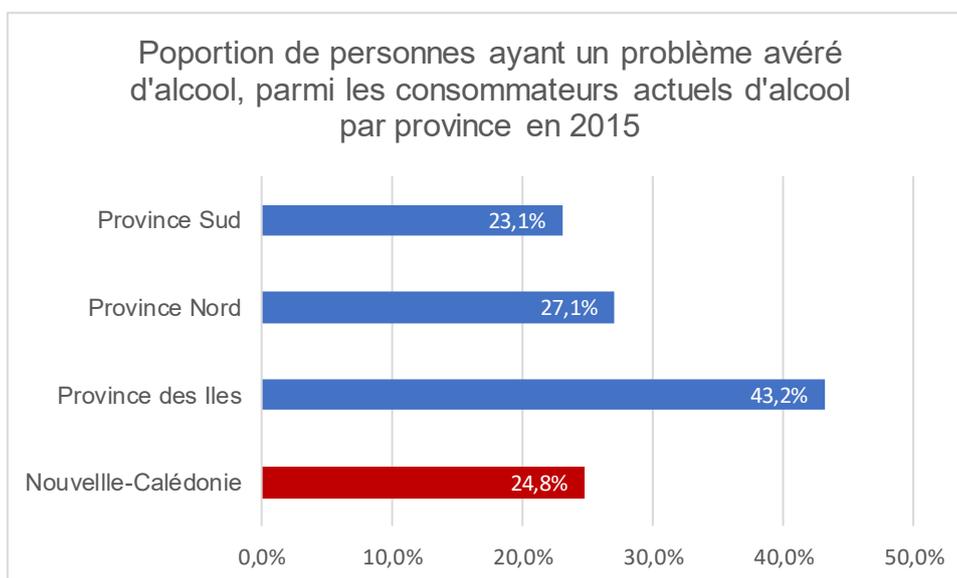
Ainsi, environ 200 fumeurs décèdent chaque année du tabagisme sur l'île.

Tout comme le tabac, l'alcool est une substance psychoactive capable d'induire une dépendance. Sa consommation est un phénomène courant, souvent associé à des événements festifs et récréatifs dans de nombreuses cultures.

Néanmoins, l'usage nocif de cette substance est un réel problème de santé publique et une source de surmortalité et surmorbidité. En effet, l'alcool est le troisième facteur de risques de décès prématurés et d'incapacités dans le monde. Il est à l'origine de plus de 200 maladies et traumatismes violents.(32)

A l'échelle mondiale, plus de 3 millions de personnes décèdent chaque année d'une consommation abusive d'alcool.

En Nouvelle-Calédonie, selon le baromètre santé de 2015, la prévalence de la consommation d'alcool est de 59% avec près de 25% de ces consommateurs qui présentent un problème d'alcoolisme avéré.(33)



Graphique 10 : Proportion de personnes ayant un problème avéré d'alcool, parmi les consommateurs actuels d'alcool par province en 2015. Source : Baromètre santé ASS-NC 2015

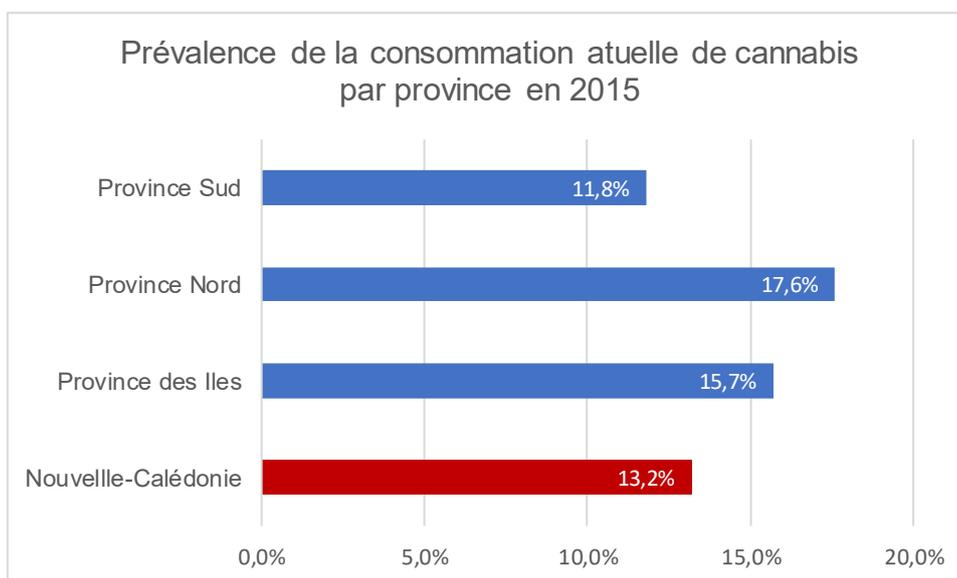
Une consommation majoritairement occasionnelle mais trop souvent excessive chez les jeunes et particulièrement marquée dans les îles loyautés.

En 2018, il est constaté une diminution importante de cette consommation d'alcool par rapport aux années précédentes. Cette baisse est associée à l'augmentation des prix mais aussi aux mesures de prévention et de sensibilisation mises en place. Depuis la loi du pays du 30 juin 2018, la vente d'alcool est réglementée et l'achat de tout type d'alcool est notamment interdit les week-ends et jours fériés.(34)

L'alcoolisme est ainsi responsable de nombreuses pathologies tels que les troubles mentaux et comportementaux, la cirrhose du foie, le cancer des VADS et maladies cardiovasculaires... L'abus d'alcool est également responsable de différents troubles à l'ordre public, d'accidents de la route et de nombreux actes violents.

Sur le territoire, les accidents de la route sont fréquents et sont quatre fois plus mortels qu'en métropole. La conduite en état d'ivresse représente 47,6% des accidents mortels et constitue avec la consommation de stupéfiants, 80% des accidents graves.(17)

Concernant ces stupéfiants, le cannabis est la drogue la plus répandue sur le territoire. Comme toute drogue illicite, sa culture, vente, possession ou consommation est proscrite. Néanmoins, il s'agit de la substance psychoactive la plus consommée, en France comme en Nouvelle-Calédonie, après l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. En 2015, 56% des calédoniens ont déclaré avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. La prévalence de la consommation quotidienne ou occasionnelle de ce stupéfiant est de l'ordre de 13%. Cette consommation est plus élevée chez la population masculine de la province Nord et des Îles Loyauté. En moyenne, un fumeur quotidien fume 4,9 joints par jour.



Graphique 11 : Prévalence de la consommation actuelle de cannabis par province en 2015
Source : Baromètre santé ASS-NC 2015

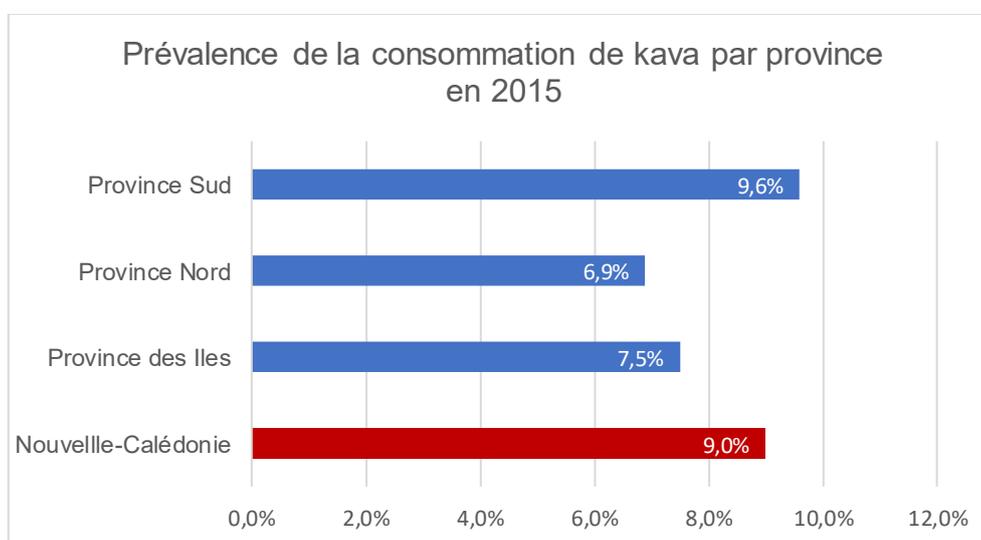
Une autre plante utilisée pour ses vertus psychoactives est la racine de Kava. Il s'agit d'une plante médicinale originaire du pacifique.

Les racines de cet arbre, après avoir été broyées, râpées ou mâchées, constituent une boisson aux propriétés anesthésiantes, myorelaxantes, stimulantes, euphorisantes, hypnotiques et anti-dépresseurs.

Dans le pacifique, sa consommation traditionnelle est souvent associée à la coutume et est réservée aux hommes. Cependant, de nos jours, cette boisson se trouve facilement dans les « Nakamals », lieux de rencontres accessibles à tous.

La consommation de kava est ainsi interdite en France mais pas en Nouvelle-Calédonie.(35)

En 2015, 47% des calédoniens ont déclaré avoir déjà consommé du kava au cours de leur vie. La prévalence de sa consommation quotidienne ou occasionnelle est de l'ordre de 9%.



Graphique 12 : Prévalence de la consommation de kava par province en 2015 Source : **Baromètre santé ASS-NC 2015**

Il existe d'autres produits addictifs consommés sur le territoire.

Cependant, la prévalence de ces produits est relativement faible puisqu'elle représente :

- 5,1% pour les solvants (poppers, eau écarlate, essence, colle...) ;
- 2,4% pour les substances hallucinogènes (LSD, ecstasys, GHB, champignons...) ;
- 2,1% pour les drogues de types cocaïne (poudre ou cristallisé) ;
- 1,7% pour le biak ou feuilles de kratom ;
- 1,6% pour les amphétamines et métamphétamines ;
- 0,8% pour l'opium, l'héroïne, la morphine et ses dérivés ;
- 0,7% pour les plantes type clochettes/datura.(33)

Afin de prévenir la consommation de ces différents produits addictifs et nocifs, des actions ont été mises en place par le service de prévention en addictologie de l'ASS-NC.

Le dispositif DECLIC propose notamment une aide aux jeunes consommateurs et leur entourage afin de les accompagner, les conseiller et les aider à arrêter leur consommation. Le dispositif est basé sur Nouméa et dispose de permanences dans le Nord.

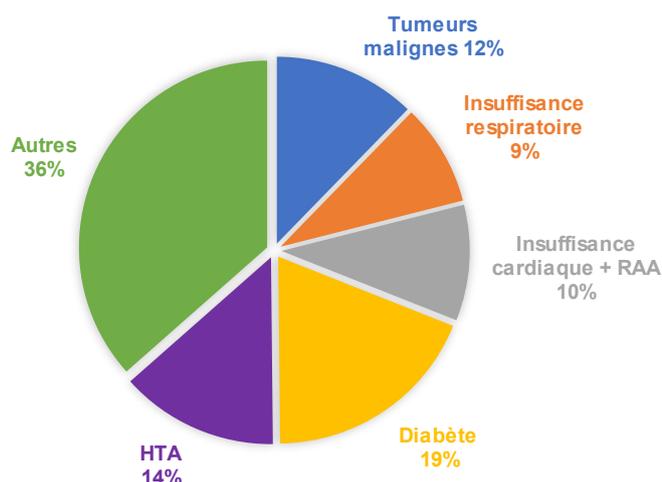
Ces mesures et institutions ont pour rôle de diminuer les conséquences de cette consommation de substances psychoactives au niveau social, économique mais également sanitaire puisqu'elles favorisent notamment l'apparition ou l'aggravation de certaines maladies.

2.3. Maladies systémiques en Nouvelle-Calédonie et en province Nord :

Comme toutes les régions du monde, la Nouvelle-Calédonie doit faire face aux problèmes de santé publique actuels. Ainsi, les maladies systémiques les plus répandues sur le territoire en 2018 sont les tumeurs, le diabète et les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde d'après L'OMS (31% de la mortalité mondiale en 2015)(36) et touchent ainsi près de 35 % de la population calédonienne. Le diabète peut également être cité puisqu'il représente 19% des pathologies longues durées sur l'archipel suivi des tumeurs malignes qui comptabilisent 12% de ces maladies.

RÉPARTITION DES PATHOLOGIES LONGUE MALADIE EN NOUVELLE-CALÉDONIE (2018)



Graphique 13 : Répartition des pathologies « longue maladie » en Nouvelle-Calédonie en 2018. Source : DASS-NC 2018

Le diabète est une maladie qui touche près de 422 millions de personnes dans le monde. Cette maladie reflète les problèmes d'obésité et de surpoids que connaissent nos sociétés modernes. Selon l'OMS, depuis 1980, le nombre de diabétique dans le monde a quadruplé et ce chiffre ne cesse d'augmenter.(37)

En France en 2015, 3,7 millions de personnes sont atteintes du diabète ce qui représente 5,4% de sa population.(38)

La Nouvelle-Calédonie n'échappe pas à cette épidémie et compte 14 577 personnes atteintes de la maladie, soit 5,0% de sa population en 2018.(17)

Il s'agit d'une maladie métabolique multifactorielle et chronique causée par une carence ou un défaut d'insuline provoquant une hyperglycémie chez les personnes atteintes. Ce taux de sucre trop élevé dans le sang entraîne ainsi des complications telles que les maladies cardiovasculaires, la néphropathie, la neuropathie, les maladies des yeux allant parfois jusqu'à la cécité etc.

Il existe 2 types de diabète à l'heure actuelle :

- Le diabète de type 1 ou insulino-dépendant : Ce diabète se manifeste chez les personnes ayant une prédisposition génétique. Les symptômes se déclarent dès l'enfance, voire dans certain cas chez le jeune adulte. Ainsi, la mise en place d'une insulinothérapie par voie sous-cutanée à vie permet de réguler la glycémie de ces personnes.
- Le diabète de type 2 ou non insulino-dépendant : Ce dernier se manifeste essentiellement chez les personnes en surpoids et sédentaires. Ce type de diabète peut évoluer à bas bruit plusieurs années et se manifester assez tardivement (40 ans en moyenne). C'est la forme de diabète qui touche le plus de personnes dans le monde. Des règles hygiéno-diététiques strictes et un traitement anti-diabétique sont nécessaires pour endiguer la maladie et ainsi réussir à contrôler la glycémie du malade.

Il existe toutefois une forme de diabète assez connu mais plutôt rare : le diabète gestationnel. Ce dernier survient chez la femme enceinte et disparaît après l'accouchement. Le risque de développer des complications lors de l'accouchement et de manifester un diabète de type 2 par la suite sont accrus chez ces femmes. Ce diabète peut être traité par la mise en place d'une alimentation équilibrée et moins sucrée et dans certains cas, par la prise d'insuline. L'objectif est, encore une fois, d'éviter l'hyperglycémie de la patiente.

En Nouvelle-Calédonie, 5% de la population est diabétique et plus de 90% des diabétiques sont touchés par le diabète de type 2. Par ailleurs, la prévalence de cette maladie est en constante augmentation avec plus de 500 nouveaux cas chaque année.(17) A l'heure actuelle, 62% des diabétiques sont polyopathologiques et présentent au moins une des complications précédemment évoquées (Hypertension artérielle, néphropathie...).

La prise en charge du diabétique demeure ainsi indispensable puisqu'elle permet d'atténuer le taux de mortalité liée à la maladie. Cependant cette pathologie augmente les dépenses de santé de la Nouvelle-Calédonie. Une dépense qui, selon l'OMS, ne cessera de croître au niveau mondial au cours des prochaines années.(39)

Le diabète correspond à la pathologie « longue maladie » la plus représentée en Nouvelle-Calédonie. Plusieurs programmes de lutte contre le diabète de type 2 ont été mis en place sur l'île. L'ASS-NC joue un rôle primordial et propose ainsi des actions de prévention.

Le programme de prévention de la surcharge pondérale « Mange mieux, bouge plus » permet d'appréhender les pathologies liées au surpoids et de sensibiliser la population aux différents risques qu'implique l'obésité. Pour cela, l'action de prévention promeut la mise en place d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique et sportive régulière. Elle encourage ainsi un mode de vie sain tout en sensibilisant les professionnels de santé sur la question du dépistage et de la prise en charge des personnes en surpoids.

L'ASS-NC met aussi en avant des actions de prévention secondaires et tertiaires permettant de déceler les cas de diabète afin de diminuer les complications liées à cette maladie. L'agence mise notamment sur l'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins en formant un véritable « réseau diabétique » autour du malade. Ce réseau a ainsi pour rôle de prendre en charge le patient dans sa globalité en lui proposant un accompagnement diététique, en l'informant sur sa maladie afin de prévenir d'éventuelles complications.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie œuvre également dans cette lutte puisqu'une loi instaurant une taxe appliquée aux produits sucrés a été votée pour lutter contre l'obésité et le diabète de type 2. L'objectif de ces programmes est ainsi d'aider le patient à devenir acteur de sa propre santé en le responsabilisant dans la gestion de sa maladie.(17)

Les maladies du système circulatoire sont la deuxième cause de décès en Nouvelle-Calédonie avec un taux de mortalité de 24,5% en 2018 (17) (contre 25% en France métropolitaine à la même époque). Elles constituent l'ensemble des troubles affectant le système circulatoire et le cœur. Elles représentent 35% des affections longues durées sur le territoire donc touchent près de 27 140 personnes et se développent surtout chez les hommes de plus 50 ans.

Parmi ces maladies figurent :

- L'hypertension artérielle (HTA) ;
- L'insuffisance cardiaque et les cardiopathies rhumatismales (RAA);
- Les cardiopathies coronariennes ;
- Les maladies cérébrovasculaires ;
- Les artériopathies périphériques ;
- Et les malformations cardiaques congénitales.

Les maladies cardiovasculaires ont toutes en commun un certain nombre de facteurs de risques. L'âge, l'hérédité et le sexe sont des facteurs invariables alors que d'autres facteurs peuvent fluctuer sur le développement et la sévérité de la maladie comme le tabagisme, le diabète, l'insuffisance rénale, l'obésité, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, une alimentation non équilibrée... Une meilleure gestion de ces facteurs ainsi que la mise en place de visites de contrôle chez un cardiologue permettent de réduire de près de 80% les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les crises cardiaques.(40)

Parmi ces différents troubles, l'hypertension artérielle constitue la pathologie cardiovasculaire la plus fréquente en Nouvelle-Calédonie et affecte 32% de la population en 2014.(41) En comparaison en France, la prévalence de l'HTA est de 31% en 2015.(42) Aujourd'hui, près de 10 500 calédoniens bénéficient d'une prise en charge au titre de la longue maladie pour l'hypertension. Cette affection constitue un risque majeur de cardiopathies et d'AVC lorsqu'elle n'est pas contrôlée.

Comme la plupart des maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle est favorisée par une surconsommation de sel, une alimentation pauvre en fruits et légumes, le surpoids, la sédentarité, le tabac et l'alcool. Sur le territoire, la maladie est principalement due à cette consommation de sel qui est cinq fois supérieur aux besoins quotidiens du corps. Selon les recommandations de l'OMS, la consommation journalière de sel chez un adulte ne devrait pas dépasser 5 grammes. Or, un Calédonien absorbe en moyenne 10 à 20 grammes de sel chaque jour. (43) La mise en place de mesures hygiéno-diététiques est ainsi primordiale pour prévenir cette « tueuse silencieuse » qui est un véritable problème de santé publique. Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en partenariat avec l'ASS-NC propose ainsi des campagnes de sensibilisation afin de diminuer l'occurrence des maladies cardiovasculaires par le biais notamment de mesures de lutte anti-tabac, de taxation des produits sucrés, de limitation d'ingestion de sel et d'alcool ainsi que par la promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière.

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est à citer également puisqu'il constitue un problème de santé publique sur le territoire alors qu'il a quasiment disparu dans les pays avec un mode de vie occidental. La prévalence diffère significativement selon

les provinces. En Province des Iles (17,1 ‰), la prévalence est nettement plus élevée qu'en Province Nord (10,9 ‰) et en Province Sud (4,40 ‰).

Il s'agit d'une maladie auto-immune, fréquente chez l'enfant, faisant suite à une infection causée par le streptocoque β hémolytique du groupe A et peut évoluer en cardiopathie rhumatismale chronique (CRC). A terme, cette complication peut provoquer de graves dysfonctionnements cardiovasculaires et entraîner le décès prématuré par insuffisance cardiaque.

En Calédonie, 7 772 personnes sont actuellement prises en charges en longue maladie pour insuffisances cardiaques graves et rhumatisme articulaire aigu. L'incidence du RAA et la prévalence de la CRC restent encore élevées en Nouvelle-Calédonie.(17) Ainsi, depuis la délibération n°490 du congrès de la Nouvelle-Calédonie, la lutte contre le RAA fait partie des priorités du territoire et sa déclaration est désormais obligatoire auprès des services de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS-NC). Les personnes atteintes de la maladie sont tous recensées sur un site internet : raa-ass.nc, où chaque professionnel de santé peut consulter et compléter le dossier patient. Le programme de lutte contre le RAA et la CRC de l'ASS-NC se décline en plusieurs niveaux de prévention.

Tout d'abord, la mise en place d'une prévention primordiale permet d'intervenir sur l'environnement socio-économique des habitants afin de limiter leur exposition aux streptocoques.

Des actions de prévention primaires permettent à l'agence d'améliorer l'accès aux soins et de promouvoir le traitement des infections liées au streptocoque du groupe A par des antibiotiques. L'ASS-NC mise aussi sur un dépistage précoce de la maladie chez les jeunes afin de réduire les conséquences du RAA et le développement d'une CRC par le biais d'une prévention secondaire.

La prévention tertiaire permet, quant à elle, de prendre en charge le patient contre la CRC et de lutter ainsi contre le handicap et le risque de mort prématurée liés à la maladie.(44)

Un autre type de pathologie de plus en plus répandu est à évoquer. Il s'agit du cancer, l'une des causes principales de décès à l'échelle mondiale à l'origine de 8,2 millions de décès en 2012.

La tumeur est une pathologie complexe qui se forme par l'apparition rapide de cellules anormales. Cette prolifération excessive due à l'altération du génome peut, à terme, coloniser les tissus à distance et ainsi former des métastases.

Le développement d'un cancer est un processus long nécessitant plusieurs étapes :

- L'initiation crée par le biais d'agents initiateurs (Tabac, hydrocarbure, UV, RX, Virus...) des lésions définitives majeures de l'ADN et induit ainsi la transformation d'une cellule.
- La promotion favorise l'expression de cette lésion induite précédemment en formant un groupe de cellules transformées identiques grâce à l'action d'agents promoteurs (Hormones, alcool, graisses alimentation...)
- La progression permet aux cellules transformées d'acquérir les caractéristiques de cellules cancéreuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se multiplier indéfiniment de façon anarchique. Elles échappent ainsi au processus de mort cellulaire et deviennent ainsi immortelles et indépendantes vis-à-vis des signaux de régulation cellulaire.

Les modifications cellulaires proviennent de facteurs génétiques propres à l'hôte ou de facteurs extérieurs comme des agents cancérigènes physiques (rayon UV ou ionisant), chimiques (Amiante, tabac...) ou biologiques (virus HPV, bactérie...).

En Nouvelle-Calédonie depuis 1994, sa déclaration à la DASS-NC est obligatoire et permet ainsi l'élaboration d'un registre de surveillance épidémiologique de la maladie. Aujourd'hui, les tumeurs sont la première cause de décès sur l'archipel, tout comme en métropole. Le nombre de décès par cancer s'élève à 418 personnes en 2018, soit un taux de mortalité de 27,2% (17) (ce taux est estimé à 25,8% en France à la même période). Même si les tumeurs des organes respiratoires occasionnent le plus de décès par an (29,2% en 2018), ce sont les cancers du sein et de la prostate qui touchent le plus de calédoniens. Selon le registre du cancer de la Nouvelle-Calédonie de 2016, le cancer de la prostate (prévalence : 21%) reste de loin le plus fréquent, devant le cancer du poumon (prévalence : 19%) et le cancer colorectal (prévalence : 8%) chez l'homme. A contrario, chez la femme, le cancer du sein (prévalence : 31%) se situe en tête, devant le cancer des poumons (prévalence : 11%) et le cancer de l'utérus (prévalence : 8%). L'âge moyen au diagnostic d'une tumeur chez l'homme est de 64 ans et 61 ans chez la femme.(45)

Tout comme d'autres maladies non transmissibles, les tumeurs sont favorisées par le tabac, l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité. Par conséquent, la promotion d'habitudes de vie saine, prévenant l'exposition à ces principaux facteurs de risque et aux agents cancérigènes extérieurs, doit jouer un rôle important dans la lutte contre le cancer.(46) Des programmes de prévention sont ainsi instaurés par l'ASS-NC.

Le programme de lutte contre le cancer du sein préconise par exemple, un dépistage par mammographie gratuit pour l'ensemble des femmes de plus de 50 ans tous les 2 ans. De plus, pour contrer le cancer du col de l'utérus, tous les 3 ans, les femmes de 20 à 65 ans sont invitées à réaliser gratuitement un frottis de dépistage. Toutefois, le taux de participation à ces programmes de prévention reste faible. La lutte contre le cancer des poumons semble moins prioritaire malgré un nombre de fumeurs et une mortalité liée à la maladie qui restent élevés sur l'archipel.

3. La santé bucco-dentaire en province Nord :

Les maladies systémiques ont un impact non négligeable sur les pathologies bucco-dentaires. En effet, elles modifient la manière de prendre en charge un patient mais peuvent aussi aggraver la sévérité des maladies de la sphère orale. Ainsi, la santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines et en bonne santé, elle fait partie intégrante de la santé générale et cette relation est scientifiquement prouvée. Il a ainsi été démontré que certaines formes sévères de maladies parodontales sont souvent associées au diabète, que les maladies bucco-dentaires ont souvent des influences sur les maladies chroniques non transmissibles (telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, la polyarthrite rhumatoïde, l'obésité, etc.) et que les affections systémiques peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires, qui peuvent, elles-mêmes, aggraver et agir sur ces affections généralisées.(47)

La carie dentaire et les maladies parodontales sont considérées aujourd'hui comme un réel problème de santé publique au vu de leur prévalence et incidence élevées dans nos sociétés. Ce sont les deux principales pathologies bucco-dentaires au niveau mondial. Il est ainsi nécessaire de sensibiliser les patients à l'importance de la prévention en matière de santé bucco-dentaire. Une approche pluridisciplinaire du patient est donc primordiale afin de lui proposer la meilleure prise en charge possible.

En Nouvelle-Calédonie, uniquement la santé bucco-dentaire de la population des jeunes a été étudiée. Il n'existe pas de données concernant la santé bucco-dentaire d'autres groupes de population (adultes, femmes enceintes, patients à besoins spécifique...). Ainsi en 2012, a été réalisée la toute dernière « Evaluation de l'état buccodentaire et des paramètres associés à la santé orale chez l'enfants de 6, 9 et 12 ans » dont plusieurs constats en sont ressortis :

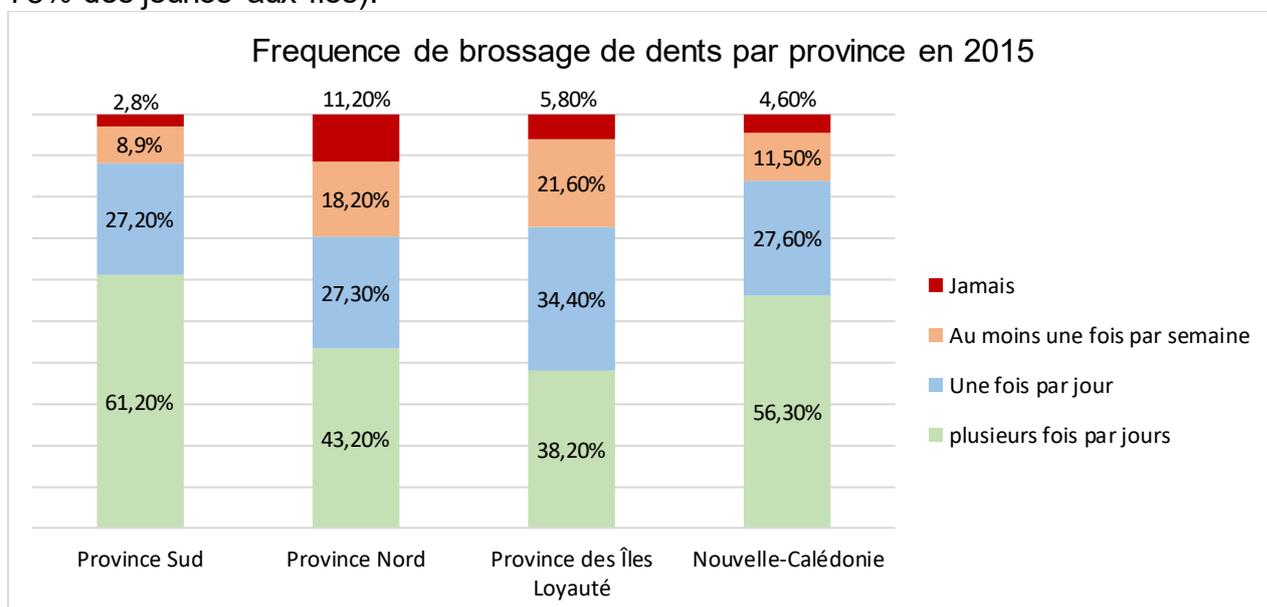
- Les maladies buccodentaires infectieuses (maladie carieuse) et inflammatoires (gingivite) sont très fréquentes sur le territoire et touchent près d'un enfant sur deux.
- Le nombre moyen de dents cariées, obturées ou absentes est deux fois plus élevé que les recommandations de l'OMS de 2010, qui fixent cette moyenne à 1 pour les enfants de 12 ans.
- Il existe des inégalités de santé assez marquées dans cette population impactant particulièrement les communautés mélanésiennes, polynésiennes et caldoches. De plus les enfants les plus touchés par la maladie carieuse vivent dans des familles les plus défavorisées (mère ou père sans emploi ou bénéficiaire de l'Aide Médicale État).
- L'adoption d'habitude de vie saine et l'accès aux soins préventifs contribuent à améliorer l'état buccodentaire des enfants.

L'étude du baromètre santé de la Nouvelle-Calédonie réalisé en 2015 permet d'appréhender les pratiques d'hygiène bucco-dentaire dans la population Calédonienne. Selon les recommandations de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), ces pratiques sont primordiales et consistent en :

- la mise en place d'un brossage dentaire biquotidien de deux minutes avec un dentifrice fluoré ;
- l'adoption d'une alimentation saine ;
- la mise en place d'une visite annuelle chez le dentiste à partir de l'âge de 1 ans.(48)

Dans cette enquête de santé, 84% de la population adulte déclare se brosser les dents au moins une fois par jour (85% chez les jeunes de 10-18 ans) et seulement 56% de ces personnes adoptent un brossage biquotidien. A l'inverse, près de 5% des calédoniens ne se brossent jamais ou peu souvent les dents. Quel que soit l'âge, les femmes ont une hygiène bucco-dentaire plus régulière que les hommes et environ un calédonien sur trois pense avoir des problèmes au niveau de la cavité buccale. Ainsi, en 2015, près de la 44% de la population a effectué une visite de contrôle chez le chirurgien-dentiste. En France métropolitaine, en 2014, ce taux s'élève à 63,7%.

En Province Nord plus particulièrement, plusieurs axes sont à améliorer en termes d'hygiène et de santé bucco-dentaire. En effet, il apparait que la population du Nord déclare moins fréquemment se brosser les dents tous les jours comparé à la population du Sud et celle des îles (71% des adultes / 82% des jeunes au Nord contre 88% des adultes et 86% des jeunes au Sud et contre 73% des adultes et 78% des jeunes aux îles).



Graphique 14 : Fréquence de brossage de dents par province en 2015. Source : Baromètre santé de la Nouvelle-Calédonie 2015.

De plus, la part de personnes se brossant rarement voire jamais les dents représente 11,2% de la population du Nord, soit le taux le plus important de la collectivité (contre 2,8% en province Sud et 5,8% en province des Îles Loyauté).

Par ailleurs, la proportion de personnes ayant consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois est aussi en défaveur de cette province puisqu'elle représente 32% de la population contre 47% au sud et 41% aux Îles.

Ce manque d'hygiène bucco-dentaire a un impact considérable sur la cavité buccale et peut avoir une incidence sur les dents et le parodonte.

3.1. Les maladies parodontales :

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses multifactorielles. Elles se caractérisent par une inflammation des tissus de soutien des dents (gencive et l'os alvéolaire) pouvant parfois entraîner la destruction de ces derniers.

Il est ainsi possible de classer les pathologies parodontales en fonction des tissus atteints.

La **maladie gingivale** ou gingivite peut ainsi prendre plusieurs formes. Elle peut être induite par le biofilm de la plaque dentaire ou non. Le diagnostic se fera donc cliniquement par la recherche de plaque dentaire et de signes d'inflammation sur la gencive comme des œdèmes, des douleurs, de la chaleur et/ou des érythèmes.

Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patients sont des saignements, des douleurs, une halitose, une altération du goût et une difficulté à s'alimenter.

La classification des maladies gingivales induites par le biofilm se divise en trois catégories :

- Associée seulement au biofilm ;
- Modifiée par la prise de médicaments ;
- Modifiée par des facteurs systémiques ou locaux.(49)

En effet, certains facteurs de risque locaux tels que la sécheresse buccale et les facteurs de rétention de plaque prédisposent à une inflammation gingivale. D'autres facteurs liés à l'état de santé générale du patient modifient la réponse immunitaire, inflammatoire et favorisent aussi l'évolution de la maladie gingivale. Parmi ces facteurs systémiques se trouvent le tabac, le diabète via l'hyperglycémie, les troubles hématologiques, un niveau élevé d'hormones stéroïdiennes, la nutrition...

A contrario, en l'absence de biofilm, les gingivites peuvent être provoquées par :

- Une infection spécifique,
- Des pathologies inflammatoires et auto-immunes,
- Un désordre génétique ou de développement,
- Des processus réactionnels,
- Des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques,
- Des néoplasmes,
- Des lésions traumatiques,
- Une pigmentation gingivale.

Les **maladies touchant le système parodontal** ou parodontites se traduisent par une perte d'attache clinique et radiologique, la présence de poches parodontales et un saignement gingival associé ou non à un biofilm dysbiotique.

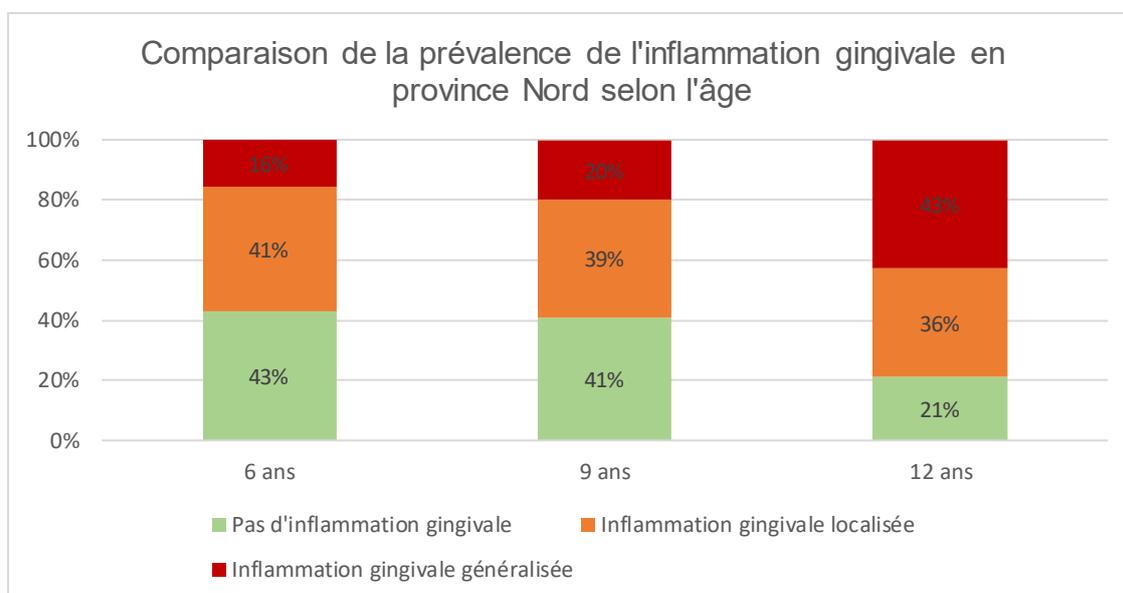
La parodontite est classée en quatre stades qui permettent de déterminer la sévérité, la complexité ainsi que l'étendue de la maladie et en trois grades qui jaugent la vitesse de progression de la parodontite et évaluent les risques notamment dû au tabac et au diabète. Cette nouvelle classification des maladies et des affections parodontales prend également en compte les manifestations parodontales des maladies et troubles systémiques.

Parmi ces maladies systémiques se retrouvent les troubles génétiques (le syndrome de Papillon-Lefèvre, l'épidermolyse bulleuse...), les maladies d'immunodéficience acquise (le VIH...) et les maladies inflammatoires (les maladies intestinales

inflammatoire). De plus d'autres troubles tels que les tumeurs ont des répercussions sur les tissus de soutien parodontaux.(49,50)

Tout comme pour les gingivites, la plaque dentaire, le dérèglement hormonal, le tabagisme et le diabète sont des facteurs de risque favorisant la survenance et l'évolution de la maladie parodontale auxquels peuvent se rajouter le stress et certains facteurs héréditaires.

En Nouvelle-Calédonie en 1993, 88,4% des enfants de 12 ans présentaient une atteinte parodontale.(51) Vingt ans plus tard, en 2012, l'évaluation de l'état buccodentaire chez les enfants du territoire révèle qu'à 6 ans et 9 ans, plus de la moitié des enfants de la province Nord, soit respectivement 56,8% et 59,0%, présentent des signes d'inflammation de la gencive. A 12 ans, c'est 79% des enfants qui sont touchés par une inflammation gingivale et dans plus de 40% des cas, ces gingivites sont dites « généralisées » (touchant plus 30% de la cavité buccales). Ce taux élevé de problèmes parodontaux s'explique principalement par de mauvaises habitudes alimentaires et une mauvaise hygiène bucco-dentaire.(52)



Graphique 15 : Comparaison de la prévalence de l'inflammation gingivale en province Nord selon l'âge. Source : Evaluation de l'état buccodentaire et des paramètres associés à la santé orale chez l'enfant de 6, 9 et 12 ans

Cette étude démontre une prévalence toujours élevée des maladies buccodentaires inflammatoires mais également infectieuses.

3.2. La maladie carieuse :

La maladie carieuse est une maladie infectieuse multifactorielle d'origine bactérienne. Selon l'OMS, elle demeure le troisième fléau mondial puisqu'elle touche 60 à 90% des enfants et la quasi-totalité des adultes. (1)

L'organisation définit la maladie carieuse comme étant : « un processus pathologique localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, qui

s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation d'une cavité ».(53)

L'apparition et le développement de cette maladie sont liés à quatre facteurs étiologiques représentés dans le « schéma de Keyes modifié » :

- Le facteur microbien : Présence de plaque dentaire bactérienne avec une prédominance de bactéries cariogènes ;
- Le facteur substrat : Alimentation riche en sucre ;
- Le facteur terrain : Environnement propice au développement carieux (encombrement dentaire, couche d'email mince et au relief accentué, qualité de la salive...) ;
- Le facteur temps : Dès lors que les trois facteurs précédents sont réunis, le temps constitue un facteur primordial à l'évolution de la lésion carieuse.

La carie dentaire ne se manifeste ainsi que lorsque tous ces facteurs sont présents au même moment. L'absence d'un seul de ces quatre éléments peut empêcher le développement de la carie. D'autres déterminants plus généraux, liés à la personne et à l'environnement dans lequel elle évolue, peuvent entrer en jeu dans l'apparition de la lésion carieuse telle que la génétique, l'éducation, le comportement et les facteurs socio-économiques.

La classification « International Caries Detection and Assessment System » (ICDAS) permet d'évaluer l'activité carieuse en fonction de différents critères.

Cette codification s'organise en 7 stades en fonction de la sévérité de la lésion.

Le code 0 indique une absence de lésion carieuse. L'email et la dentine sont donc sains.

Le code 1 correspond à un stade non cavitaire de la lésion carieuse qui s'accompagne de premiers changements visuels détectables après séchage de l'email.

Le code 2 est également un stade non cavitaire où les changements visuels sont présents sur des dents non séchées et se caractérisent par des taches brunes ou blanches type « White spot ».

Le code 3 est toujours un stade non cavitaire marqué par une rupture de la continuité de l'email de surface sans exposition dentinaire.

Le code 4 est un stade non cavitaire caractérisé par l'atteinte de la dentine sous-jacente identifiable par l'opacité et l'aspect grisâtre de l'email.

Le code 5 indique une lésion cavitaire bien distincte avec une exposition dentinaire.

Finalement, le code ICDAS 6 est aussi une lésion cavitaire avec une exposition franche de la dentine. (54)

La classification permet ainsi de proposer de nouvelles thérapeutiques préventives. Le but étant d'être le plus conservateur possible en proposant des traitements adaptés à chaque stade.

Le code 0 implique la mise en place d'une prévention primaire, c'est-à-dire un brossage dentaire biquotidien et un contrôle dentaire annuel.

Les codes 1 à 3 font référence à des lésions carieuses initiales et sont à traiter par des actions de prévention secondaire allant de la reminéralisation à l'aide de gels fluorés aux scellements de sillons.

Les codes 4 à 6 caractérisent des lésions carieuses modérées et sévères et peuvent être prises en charge par des actions de prévention tertiaire. Ces traitements peuvent aller de la restauration par dentisterie a minima au traitement endodontique voire à l'extraction dentaire dans les cas les plus graves.

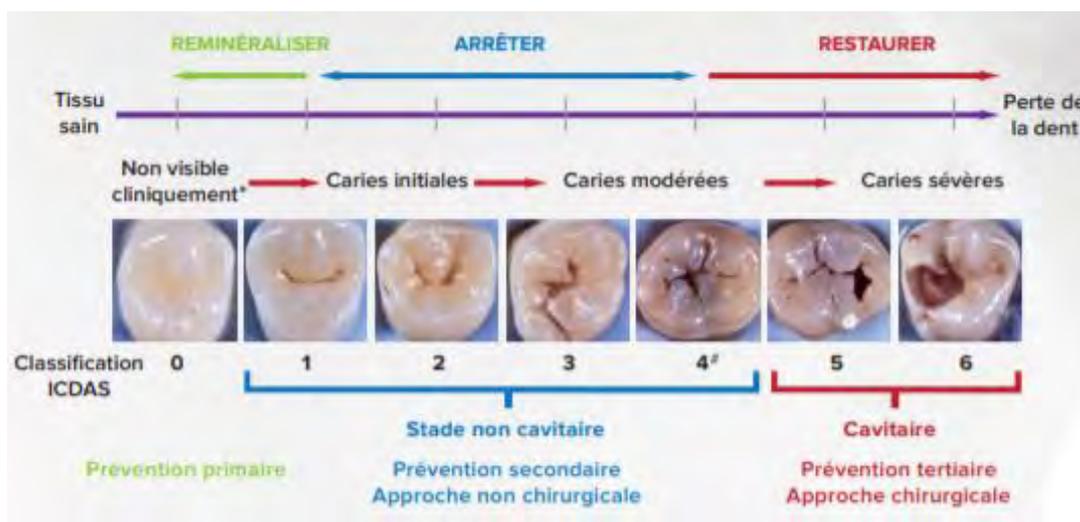


Figure 2 : Classification ICDAS et gradient thérapeutique correspondant. Source : guide pratique de prévention et gestion des caries FDI.

Afin de permettre une prise en charge appropriée et centrée sur la personne, il faut aussi évaluer le risque carieux individuel. Pour cela, il faut comprendre la dynamique du processus carieux.

A la surface de l'émail, des successions de déminéralisation et de reminéralisation se produisent en permanence. La carie se développe ainsi lorsque ce phénomène de déminéralisation l'emporte sur la reminéralisation. De ce fait, il est possible de quantifier le risque carieux en examinant les facteurs de risques déminéralisants (dysfonction salivaire, alimentation sucrée, défaut de fluor...) et les facteurs protecteurs reminéralisants (fonction salivaire normale, alimentation non cariogène, dentifrice fluoré...). Si l'individu enregistre plus de déterminants protecteurs que de facteurs déminéralisants, il est considéré comme un patient à faible risque carieux. Si au contraire, le patient présente la majorité de facteurs déminéralisants, il est considéré comme un patient à risque carieux élevé.

Entre ces deux extrêmes, le patient est identifié comme un patient à risque modéré.

Dans le cas du patient à risque carieux faible, aucune indication particulière en termes de mesure de prévention n'est à mettre en place. Le patient doit conserver ses efforts en matière d'hygiène de vie. Dans les deux autres cas, des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire et la nutrition doivent être prodigués. Ces actions de préventions s'accompagnent aussi d'actes prophylactiques tels que la fluoration, les scellements de sillon, la stimulation salivaire, etc. afin de limiter et stopper la progression de la pathologie carieuse.(54)

L'indice carieux ou l'indice CAO permet de surveiller et d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire d'un individu, d'un groupe ou d'une population en examinant la sévérité de l'atteinte carieuse. L'indicateur représente ainsi la somme de dents cariées, absentes ou obturées. L'échelle de gravité établie par l'OMS permet de

classer cette atteinte carieuse en fonction de la valeur CAO moyenne d'une population donnée :

Indice CAO	Echelle de gravité
CAO inférieure à 1,2	Niveau très faible
CAO compris entre 1,2 et 2,6	Niveau faible
CAO compris entre 2,7 et 4,4	Niveau modéré
CAO supérieur à 4,4	Niveau élevé

Tableau 5 : Echelle de gravité de la carie dentaire chez les enfants de 12 ans. Source : OMS (55)

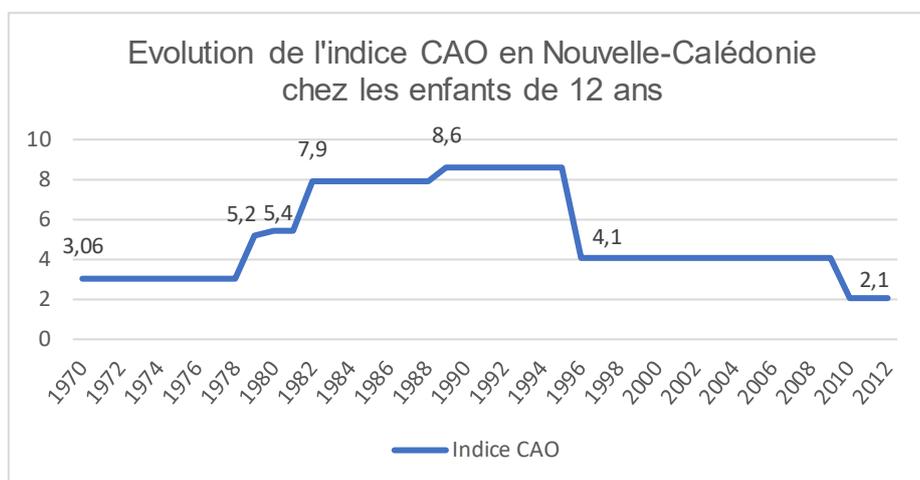
En 2010, l'OMS a fixé comme objectif, pour les pays dotés d'un système de santé publique, d'atteindre un indice CAO moyen inférieur ou égale à 1 chez les enfants de 12 ans.(56) D'après les différentes enquêtes bucco-dentaires menées sur le territoire, la Nouvelle-Calédonie n'a pas encore atteint cet objectif. L'indice CAO de la collectivité a beaucoup évolué durant ces cinquante dernières années. D'après le plus ancien rapport à savoir le rapport « MURA » de 1970, cet indice moyen est de 3,06. Par la suite, l'indice carieux n'a cessé d'augmenter pour atteindre en 1989, une valeur record de 8,6 dans le rapport « Kouchner », soit le taux le plus élevé des pays du Pacifique sud à cette époque.(51) (57)

Néanmoins, la littérature nous met en garde sur ce résultat qui semble faussé car l'étude a été réalisé sur un échantillon d'enfants non représentatif de la population générale.

En 1996, une étude, menée pour connaître la prévalence de la maladie carieuse chez les enfants scolarisés de 12 ans, conclut que 81% des enfants présentent au moins une dent cariée et touche plus particulièrement la population mélanésienne, polynésienne et caldoche. L'indice carieux moyen à cette date est de 4,1.

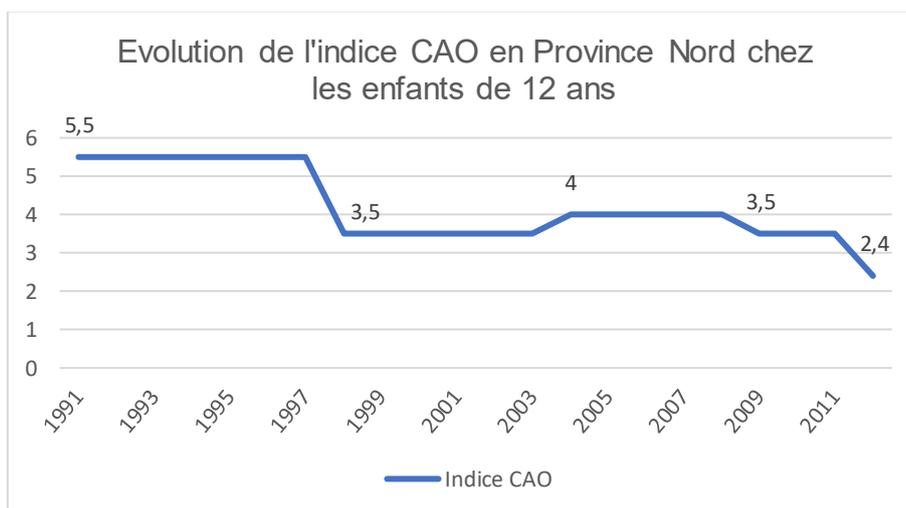
L'évaluation de 2012 sur l'« Etat dentaire et facteurs associés à la santé orale chez les enfants scolarisés en Nouvelle-Calédonie », montre une prévalence de la maladie carieuse passant de 60% à l'âge de 6 et 9 ans à 47% à l'âge de 12 ans.

Cependant, l'évaluation démontre également que les mêmes sous-groupes ethniques sont les plus atteints. L'indice CAO moyen atteint ainsi un niveau record pour le territoire et passe à 2,1 classant la Nouvelle-Calédonie dans la catégorie des pays avec une atteinte carieuse moyenne. Cet indice reste toutefois deux fois supérieur à celui préconisé par l'OMS. Plus récemment, en 2018, il a été observé que 42,7% des enfants avaient besoin de soins curatifs en raison de lésions carieuses.(58)



Graphique 16 : Evolution de l'indice CAO en Nouvelle-Calédonie chez les enfants de 12 ans.(51)

En Province Nord, la prévalence des lésions carieuses cavitaires non traitées reste trop élevée et touche plus d'un enfant sur deux en 2012. Dans les groupes de 6 ans et 9 ans, cette prévalence est respectivement de 60% et 68% sur les dents temporaires ou permanentes. Dans le groupe de 12 ans, la prévalence des lésions carieuses cavitaires non traitées sur dents permanentes concerne la majorité de cette population avec un taux de 52%. L'indice CAO de la province est légèrement supérieur à la moyenne de la collectivité, soit un indice moyen de 2,4. Néanmoins, cet indice carieux a beaucoup évolué depuis 1991 car s'élevait à l'époque à 5,5.



Graphique 17 : Evolution de l'indice CAO en Province Nord chez les enfants de 12 ans.

La diminution de cet indice carieux continue d'opérer grâce aux programmes de prévention mis en place par l'ASS-NC (ex : « Mes Dents Ma Santé »). Toutefois, ces programmes ne tiennent pas compte de certains facteurs comme l'appartenance ethnique et la précarité financière d'une partie de la population. Le contexte social et familial de l'enfant joue ainsi un rôle non négligeable sur la santé bucco-dentaire. En effet, un enfant issu de famille en situation précaire sera beaucoup plus touché par la maladie carieuse. Pour rappel, près de 25% de la population calédonienne vie sous le seuil de pauvreté, ce qui pourrait en partie expliquer la prévalence carieuse élevée sur le territoire.

Ces facteurs sont d'autant plus importants à prendre en compte qu'ils peuvent notamment expliquer la priorisation de certains soins nécessaires voire vitaux plutôt que d'autres plus esthétiques.

3.3. Malocclusion et malposition dentaire :

L'occlusion dentaire est la manière dont les dents mandibulaires s'engrènent avec les dents maxillaires.

Ainsi, une malocclusion ou encore une mauvaise position des dents peuvent avoir des conséquences désastreuses sur les fonctions oro-faciales. Ces dysfonctions de la sphère orale sont caractérisées par des troubles, déviations ou hyper-sollicitations des fonctions liées à la cavité buccale telles que la ventilation, la déglutition, la mastication, la phonation, le bruxisme et autres para-fonctions.

La prévalence de ces troubles des fonctions oro-faciales est assez fréquente et touche entre 30% et 40% de la population calédonienne de moins de 12 ans.

La province Sud comptabilise le plus de cas d'enfants atteints de ces dysfonctions. Par conséquent, la prévalence des dysmorphoses oro-faciales sévères suit cette même répartition avec en moyenne 38,4% des enfants impactés en Province Sud, 24,1% en Province Nord et 23,2% aux Îles Loyauté.

Il est donc primordial de proposer un traitement interceptif afin de réduire la prévalence des dysmorphies oro-faciales avant qu'elles ne s'expriment totalement. Toutefois, peu de cas sont réellement traités en Nouvelle-Calédonie. Seulement 3% des enfants de 9 ans et 8% des enfants de 12 ans suivent un traitement pour ces troubles de l'harmonie dentaire et de l'esthétique. (59)

En effet, il a été constaté que les traitements plus esthétiques passaient au second plan en Nouvelle-Calédonie. D'un point de vue économique et culturel, priorité est donnée aux soins dentaires « vitaux ».

L'OMS préconise afin de préserver l'enfant des pathologie bucco-dentaires et des dysmorphies oro-faciales, un allaitement naturel et une alimentation dure.(60) Les calédoniens avaient jusqu'à peu ce type d'alimentation mais avec la consommation de produits industriels, leur alimentation a changé. Elle est désormais constituée de produits raffinés, attendris et ramollis ce qui sollicite moins les muscles oro-faciaux et empêche le bon développement des bases osseuses.(61)

De ce fait, il faudra s'attendre ces prochaines années à une augmentation du nombre de calédoniens atteints de malocclusion et de malposition dentaire. La prévention a ainsi un rôle important à jouer afin de contrôler l'essor de ces situations et permettre à la population de mieux appréhender les problèmes bucco-dentaires de façon globale.

3.4. Prévention des pathologies bucco-dentaires en Province Nord :

La Nouvelle-Calédonie fait face à un nombre beaucoup trop important de pathologies bucco-dentaires dans sa population. En effet, à l'heure où les moyens, les technologies et les protocoles sont de plus en plus sophistiqués et performants, la part d'enfants ayant besoin de soins dentaires curatifs reste conséquente.

Le système de santé de la Nouvelle-Calédonie, calqué sur le système français, privilégie encore aujourd'hui une approche curative des soins alors que l'intérêt des actions de prévention en matière de santé publique a largement été démontré.

Ces actions consistent à éviter l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies ainsi que leurs conséquences à long terme afin de garantir un meilleur état de santé de la population.

La mise en place de prévention bucco-dentaire en Nouvelle-Calédonie en est encore à ses débuts. Cependant, ces dernières années, de nombreux efforts ont été réalisés dans ce domaine ciblant particulièrement la jeune génération.

Le projet de « la caravane bucco-dentaire », lancé par l'ASS-NC en 2007, est le premier programme mis en place en Nouvelle Calédonie et a notamment inspiré les suivants en matière de prévention bucco-dentaire du territoire. Le cabinet dentaire mobile, équipé d'un véritable fauteuil dentaire, de consommables pour le cabinet et de kits de brossages dentaires, mobilise un chirurgien-dentiste et une assistante pour intervenir auprès des élèves de CP. Après une brève présentation en classe sur la nécessité d'adopter une bonne hygiène bucco-dentaire au quotidien et la distribution à chaque élève d'un kit de brossage dentaire, l'équipe soignante procède à l'apprentissage de la méthode de brossage des dents. Le chirurgien-dentiste examine ensuite l'état bucco-dentaire des enfants dans le cabinet mobile et met en place une résine de scellement de sillons sur les premières molaires définitives de tous les enfants. Ce scellement prophylactique des sillons est défini selon l'HAS comme « un acte non invasif visant à combler les sillons à l'aide d'un matériau adhésif fluide. Il réalise ainsi une barrière physique étanche, lisse et plane, qui s'oppose à l'accumulation de plaque bactérienne au contact de la surface amélaire protégée et qui prévient la déminéralisation acide de l'émail à ce niveau. »(53)

L'application des matériaux de scellement des sillons sur des molaires saines ou présentant des lésions pré-cariées de l'émail (ICDAS 0 à 3) suit un protocole précis :

1. Isolation de la dent via un rouleau de coton ou la pose de la digue ;
2. Nettoyage mécanique de la surface dentaire (détartrage, aéro-polissage) ;
3. Conditionnement de l'émail à l'acide orthophosphorique entre 15 s et 30 s ;
4. Rinçage abondant 30 s et séchage 15 s ;
5. Pose du matériau adapté aux conditions d'isolation (Résine composite fluide, Ciment Verre Ionomère ou différé si l'isolation est impossible) ;
6. Polymérisation 20 s ;
7. Contrôle de rétention.

Si la lésion carieuse s'étend à la dentine, l'ouverture des sillons est recommandée.(62)

Les objectifs de ce projet sont ainsi :

- De réduire l'apparition des caries sur les premières molaires définitives chez les enfants de 6 à 7 ans ;
- D'éduquer les enfants et indirectement les parents à l'hygiène buccodentaire et alimentaire ;

- De définir statistiquement l'impact du scellement de sillons sur le développement ou non des caries lors des prochaines enquêtes CAO ;
- Et d'améliorer les comportements de la population calédonienne en matière de santé bucco-dentaire.(63)

Pour améliorer de manière optimale la santé d'une population, la prévention seule ne suffit pas. Elle doit s'accompagner de programmes d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. Ainsi, suite à l'initiative du projet de « la caravane bucco-dentaire » et de l'évaluation de la santé orale de 2012, est né le programme de prévention « Mes Dents Ma Santé ».

Cette campagne de promotion de la santé orale a défini deux objectifs :

- Promouvoir les comportements favorables à la santé orale auprès de la population calédonienne ;
- Et réduire de près de 20% le nombre de dents cariées à 6 et 12 ans par rapport à l'évaluation de 2012.

L'ASS-NC, à l'initiative du programme, souhaite ainsi agir sur l'offre alimentaire et l'environnement de vie des calédoniens en y impliquant les pouvoirs publics, les acteurs de santé et les industriels. Le programme propose de sensibiliser les professionnels de santé sur le sujet de la prévention bucco-dentaire afin d'améliorer la prise en charge précoce des populations à risque et à terme, offrir un véritable service préventif. L'agence soutient également la mise en place de l'éducation à la santé orale à l'école afin de permettre aux plus jeunes d'acquérir les meilleurs comportements à adopter. Elle compte ainsi sur la mise à contribution de l'équipe éducative et des parents d'élèves pour encadrer le brossage dentaire quotidien dans les écoles primaires du territoire. (64)

Depuis 2016, toutes les écoles de la province Nord bénéficient de matériels et de conseils pour la mise en place de ces mesures d'hygiène auprès des élèves de la petite section au CE1. (65) De plus, les scellements prophylactiques des sillons des molaires permanentes ont été étendus aux jeunes de moins de 20 ans et aux patients à risque carieux élevés afin de réduire la prévalence de la maladie carieuse.

D'autres programmes de prévention viennent compléter cette campagne de sensibilisation « Mes dents ma santé. C'est le cas notamment des programmes de lutte contre le diabète, de lutte contre les pathologies de la surcharge pondérale ou de l'addictologie qui promeuvent ainsi l'adoption de comportements plus responsables. Or, il faut du temps pour changer les comportements d'une population tout entière comme le démontre « la roue du changement de comportement » développé par Susan Michie. Il faut agir à la fois sur les déterminants individuels c'est à dire la motivation, les opportunités et ses capacités au changement d'un individu, mais également sur l'environnement dans lequel évolue ce dernier et les moyens d'actions mis en place par les Politiques publiques (Législations, mesures fiscales, offre de service...) pour encourager cette transformation des habitudes.

Les résultats de l'enquête EPI SANTE NC 2019 seront présentés prochainement et exposeront l'impact de toutes ces actions sur la santé bucco-dentaire chez les enfants de 6, 9 et 12 ans du territoire. Ces résultats permettront aux professionnels de santé de comprendre et mieux appréhender les besoins de la population.

3.5. Recueil des constats des praticiens de la province Nord :

Lors de nos recherches sur l'organisation du système de santé en Province nord, il a été compliqué de trouver de véritables données en la matière. Nous nous sommes ainsi rapprochés directement des soignants afin de recueillir leurs points de vue, ressentis et impressions sur leur activité et la population du Nord de l'île.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle qualitative basée sur un questionnaire semi-directif qui a été élaboré avec l'aide du Dr Olivier HAMEL, professeur des Universités au département de Santé Publique et Chef de Pôle d'Odontologie du CHU de Toulouse (Annexe 1). L'enquête cible ainsi les 14 chirurgiens-dentistes en poste en province Nord. Le questionnaire a été soumis aux praticiens sous forme d'entretiens qui ont eu lieu en fonction de leur disponibilité durant notre séjour en Nouvelle-Calédonie (3 semaines durant les fêtes de fin d'année).

Afin de poursuivre ces interviews le plus naturellement possible, ces derniers ont été enregistrés et retranscrits de manière anonyme.

Les données recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse plus poussée afin de mettre en lumière les idées fortes et récurrentes fournies par les praticiens.

Résultat :

Sur les 14 chirurgiens-dentistes ciblés par cette enquête, 8 praticiens ont pu être interviewés durant la période des vacances scolaires.

Ces interviews ont duré en moyenne 55 minutes [15 min-1h52].

Le groupe d'étude se compose de 3 chirurgiens-dentistes en activité libérale et 5 en activité salariale (dispensaires et mutuelles).

L'âge moyen des praticiens ayant répondu à cet interview est de 48 ans [35ans-67ans] avec une durée d'exercice en province Nord de près de 9 ans en moyenne [4 ans-16ans]. Le groupe est composé majoritairement d'hommes (63%) et de 87,5% de praticiens originaires de la Métropole.

Idées fortes :	Nombre de réponses similaires :	Total dentiste :	Pas de réponse recueillie :	Explications données :
Manque d'hygiène bucco-dentaire dans la population	8	8	0	
Nombre de carie trop importante	8	8	0	- « Un patient ici c'est comme 3 patients en métropole en termes de carie » (1 dent sur 2 à soigner) - « beaucoup de récurrences de caries, cela donne l'impression de n'avoir jamais fini »
Il faut faire plus de prévention	8	8	0	- « Il faut motiver les enfants à se brosser les dents, faire des détartrages et arrêter les boissons sucrées. » - Valoriser les messages de prévention via des publicités, des feuillets...

Les patients ont recours à l'automédication par des plantes ou des médicaments	7	8	0	« Soulage la douleur avec : - Plantes (Cannabis, coco...) - Médicaments » Engendre un retard de soins (Cellulite, abcès...)
Praticien satisfait de leur laboratoire de prothèse	7	8	0	
Problème d'accès aux soins et/ou sentiment de désert médical	6	7	1	- « On a des cabinets dentaires dans quasiment chaque commune du Nord, mais on n'arrive pas à avoir de dentiste » - « La liste d'attente pour les remplacements en Province Sud est importante mais peu de praticiens veulent venir en Province Nord. » - « Problèmes d'accès aux soins liés à des problèmes de transports dans certaines communes. » - « Surcharge de travail due à l'état des bouches et non à une surpopulation »
Forte résistance à la douleur de la population	6	7	1	- « Résistance à la douleur couplée avec du cannabis et de l'alcool engendre un retard de soins. »
Beaucoup de patients viennent en urgence	6	7	1	- « J'adapte l'emploi du temps en fonction du nombre d'urgences. » - « Quand on aura passé le stade de l'urgence, on ne verra plus 10 personnes sans rendez-vous à notre porte le matin. » - « l'absentéisme pour les rendez-vous, moi j'ai arrêté de me battre, de toute façon ils ne peuvent voir que moi ici »
L'esthétique dentaire passe en second plan	4	5	2	
Manque de spécialiste dentaire dans le Nord	3	4	4	
Beaucoup d'extractions dentaires	4	6	2	- « Ici, on réalise des extractions très souvent. Quand cela est possible, j'explique qu'il est faisable de soigner la dent mais si le patient veut absolument arracher sa dent, j'arrache »
Finir le soin dans la séance	4	7	1	- Pour éviter les infections dues au rendez-vous très souvent manqués par les patients.
Il faut être bricoleur en province Nord pour réparer son matériel électronique	3 (Libéraux)	8	0	- Prix du transport et main d'œuvre coûteux pour les libéraux. - Pas de souci avec la province
Problème de communication avec les patients	2	8	0	- Avant le CP, parfois certains enfants ne parlent pas le français mais qu'en langue (communication pas toujours facile) - Les patients disent souvent à l'assistante qu'ils n'ont pas compris ce que le dentiste a dit, sans oser le lui dire. J'ai appris à différencier le vrai "oui" j'ai compris" du "oui" de politesse. C'est très compliqué car tout le monde dit oui, il y a une barrière de la langue.
Problème de matériel	2	8	0	- Il faut aller vers du matériel simple pour pouvoir les réparer facilement - Il n'y a rien dont je manque pour ma pratique

Problème de transport	1	8	0	- Les personnes handicapées bénéficiant de l'aide médicale gratuite peuvent faire appel à des VSL pour se rendre au dispensaire après avoir demandé un bon pour la gratuité du transport.
Conflit patient/praticien	0	7	1	- les gens de manière globale sont plus gentils, plus respectueux et plus reconnaissants dans le Nord - Les gens n'ont pas le choix du praticien - « les gens ne râlent pas d'attendre pour être pris en charge, ils peuvent attendre 4 à 5 heures ! » - Pas de défiance, pas de nomadisme médical pour avoir 10000 avis. - Relation paternaliste
Problèmes de burn-out	0	8	0	- « Il faut aimer la vie ici, mais moi en tout cas je suis loin du burn out »

Analyse et discussion :

L'avis des dentistes de la province Nord est unanime sur le manque d'hygiène bucco-dentaire dans la région. En effet, tous évoquent la présence trop importante de caries et de problèmes gingivaux, conséquence d'actions de prévention encore trop peu développées sur l'île et du manque d'informations en matière de santé.

Par ailleurs, ils remarquent pour la plupart que les calédoniens consultent uniquement qu'en cas d'urgence, essayant préalablement pour certains de se soigner par eux même via de l'automédication, des plantes ou encore de laisser trainer les choses dans l'espoir que la douleur s'atténue avec le temps.

Cela peut notamment s'expliquer de plusieurs manières :

- Des difficultés financières et un manque d'information sur les aides disponibles ;
- Des difficultés en matière de transport notamment pour certains patients résidant dans des tribus de la Chaîne.
- Une culture pudique ayant peur de s'imposer et de demander de l'aide en cas de besoins ;
- Une culture basée sur les besoins de la communauté (tribu, clan, famille...) primant sur les besoins personnels et plus individuels ;
- Les patients ne font appel à la médecine occidentale qu'en dernier recours (médecine traditionnelle ou « remèdes de grand-mères » souvent privilégiés)

Les chirurgiens-dentistes du Nord ayant travaillé en métropole trouvent que la population calédonienne a une forte résistance à la douleur ce qui occasionne un retard de soin évident (abcès, cellulites...). Cette résistance peut avoir une origine culturelle (une population se plaignant peu), une automédication abusive et la prise de substances psychoactives comme le cannabis ou l'alcool.

Beaucoup d'extractions sont pratiquées dans le Nord au détriment de l'esthétique qui occupe une place secondaire dans les besoins de la population.

En effet, les calédoniens préfèrent extraire une dent gênante et douloureuse plutôt que la réparer ou la remplacer ce qui implique plusieurs rendez-vous, des coûts plus élevés et une logistique, notamment pour se rendre au cabinet, plus conséquente.

La grande majorité des praticiens trouvent qu'il y a un problème d'accès au soin et 3 dentistes évoquent même un sentiment de désert médical particulièrement marqué dans le Nord-Est. Pour l'un d'entre eux, la surcharge de travail dentaire est principalement due à l'état bucco-dentaire de la population plutôt qu'à un manque d'omnipraticiens. Toutefois, le manque de spécialistes dentaires (Orthodontiste, MBD, Chirurgien Orale) est une réalité en province Nord et est décrié par 3 chirurgiens-dentistes locaux. Ce manque d'infrastructures rallonge ainsi les délais de traitement et explique que les patients optent plus facilement pour des traitements plus radicaux voire renoncent parfois même à certains soins. De plus, il est important de souligner que ces problèmes d'accès aux soins sont également liés à la géographie de la province Nord et à l'éloignement des centres de soins.

Le suivi médical des Calédoniens est aussi une difficulté qui fait partie du quotidien du cabinet. En effet, beaucoup de rendez-vous non honorés sont évoqués par les praticiens, les obligeant constamment à adapter leur emploi du temps en fonction des urgences du jour et des rendez-vous manqués importants.

Ce manque d'assiduité pousse la moitié des omnipraticiens interviewés à finir les soins entamés dans la séance afin d'éviter certaines complications liées aux soins d'urgence. Ainsi, au lieu de réaliser une pulpotomie en urgence qui risquerait de provoquer un abcès au long terme, ces derniers privilégient le traitement endodontique et la restauration coronaire dans la séance.

Très peu de problèmes de communication avec les patients sont toutefois relevés. En effet, le français est la langue communément parlée en Nouvelle-Calédonie même si certaines langues vernaculaires sont encore utilisées. Les assistants dentaires locaux jouent un rôle primordial dans la communication dans les rares cas d'incompréhension entre le patient et le soignant. Cependant, les patients du Nord n'ont pas tous le choix de leur chirurgien-dentiste puisque parfois, le praticien est le seul sur toute la commune. Cette position n'est pas propice à l'établissement de relations de confiance entre les deux parties.

De plus, pour les praticiens, il ne semble pas résulter de réels problèmes de transport pour venir au cabinet. Selon les dires des dentistes, les gens trouvent toujours un moyen pour venir à leur rendez-vous. Toutefois, dans certains endroits isolés du grand Nord, seuls les personnes handicapées ressortissant de l'aide médicale gratuite peuvent faire appel à des VSL pour se rendre au dispensaire après avoir demandé un bon pour la gratuité du transport. Ces bons ne sont plus proposés à tous les bénéficiaires de l'aide médicale. De ce fait, malgré une prise en charge médicale totalement financée par l'aide médicale, l'éloignement et les difficultés d'accès aux structures engendrent quelques fois un renoncement aux soins.

Concernant les conditions de travail dans le Nord, les soignants ne connaissent pas de problèmes de Burn-out, ni de relation conflictuelle avec les patients. Dans la région, la tendance est en faveur d'une relation paternaliste entre le soignant et le soigné. Donner le choix est souvent mal interprété et est considéré comme un manque de confiance en soi et d'assurance du praticien.

Les rapports dentistes/prothésistes sont bons et 7 praticiens sur 8 sont satisfaits du travail des laboratoires. De plus, pour les chirurgiens-dentistes salariés, il n'est

déploré aucun problème de matériel sauf concernant les délais de réparation parfois longs. Tous les libéraux affirment cependant rencontrer des difficultés pour les réparations de leurs matériels. Tous basés sur Nouméa, les réparateurs appliquent des frais de déplacements importants (100 000 Fr CFP soit environ 830€) auxquels s'ajoute le coût de mains-d'œuvre. La plupart essaie ainsi de « bricoler » par eux-mêmes avant de faire appel aux réparateurs.

Conclusion :

La culture et le mode de vie en province Nord ne sont pas les mêmes que pour le reste de la collectivité et qu'en métropole. La place de la vie en communauté dans la société calédonienne prime sur des besoins plus individualistes. Cet ordre des priorités étant différent, d'un point de vue social, culturel et économique, explique en partie le manque d'hygiène, ce renoncement aux soins récurrents au détriment de soins plus drastiques et irréversibles comme l'avulsion. Par ailleurs, notre étude souligne également le fait que seuls 18 postes sont ouverts en province Nord pour une population de près de 50 000 habitants sur 9583 km² dont seulement 14 sont à l'heure actuelle occupés. Les résultats de cette étude démontrent ainsi que l'offre de soin en Province Nord est insuffisante, notamment pour les soins plus spécifiques, et incomplète, surtout en termes de nombre de praticiens et du fait du manque de solutions apportées par les institutions pour combler ce besoin.

Organisation de la santé bucco-dentaire en province Nord :

1. Le système de santé en Nouvelle-Calédonie

Le système de santé d'un pays est l'ensemble des moyens, organisations, institutions et ressources mis en œuvre par ce dernier afin d'améliorer l'état de santé de sa population. (66)

Celui de la Nouvelle-Calédonie est très récent et est particulièrement influencé par son histoire avec la France métropolitaine.

Il faut attendre la fin de la Seconde guerre mondiale pour que la population calédonienne puisse bénéficier d'une protection sociale et ainsi jouir d'un système de santé propre au territoire.

En effet, le système de Sécurité sociale français, mis en place en 1945, n'a jamais été appliqué en Nouvelle-Calédonie. Ce n'est qu'en 1958, avec la création de la CAFAT (Caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail) que la Nouvelle-Calédonie devient réellement compétente en matière d'hygiène, de santé publique, de couverture sociale et d'aide sociale.(67)

De plus, les accords de Matignon et de Nouméa, à l'origine de la loi organique de 1999, ont également chamboulé l'organisation institutionnelle de la Nouvelle-Calédonie et ont ainsi permis d'instaurer le statut actuel de la Collectivité avec notamment :

- La segmentation de l'île en trois provinces ;
- La mise en place d'un pouvoir législatif local (le Congrès de la Nouvelle-Calédonie) composé du rassemblement de l'assemblée des 3 provinces ;
- Et la mise en place d'un pouvoir exécutif (le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie).

Ces accords ont aussi permis de redistribuer la gestion des compétences entre l'Etat, la Nouvelle-Calédonie, les provinces et les communes.

Ainsi, le rôle du Congrès de la Nouvelle-Calédonie est redéfini. Il est chargé d'encadrer l'exercice libéral, l'organisation et la déontologie des professions de santé et d'agir sur les principes fondamentaux de la sécurité sociale par l'adoption de « lois du pays ».(68) (69)

Les provinces bénéficient des compétences nécessaires pour assurer la gestion du secteur de la santé, des aides sociales, des structures de santé autres que les hôpitaux grâce notamment aux services des directions provinciales de l'action sanitaire et sociale à savoir la DPASS. (70)

L'Etat français garde toutefois le contrôle sur le domaine de la santé scolaire, notamment sur le cursus des études médicales, les modalités d'obtention des diplômes de médecin et des certificats de spécialités...(68) Cette compétence lui permet ainsi de pouvoir contrôler la santé publique de la Collectivité.

Ce partage de compétences engendre néanmoins une certaine complexité de gestion. Malgré son lien particulier avec la France métropolitaine, la Nouvelle-Calédonie n'applique qu'une partie du Code de santé publique français.

La conception du système sanitaire Calédonien est ainsi un mixte entre le modèle assurantiel ou bismarckien (70%) et un modèle assistanciel ou beveridgien (30%).

Il s'inspire ainsi du principe de mutualisation des risques entre tous les bénéficiaires et permet aussi de garantir à tous les calédoniens le droit à la santé.

L'objectif de la Nouvelle-Calédonie est de proposer à toute sa population, même les plus démunis, une protection sanitaire et sociale adaptée aux particularités locales.(71) (72) Pour se faire, la collectivité consacre près de 23% de son PIB dans sa protection sociale (31,5 en France, ou encore 20% en Nouvelle-Zélande).(73)

1.1. Rôle de la DASS-NC et ASS

La Direction des affaires sanitaires et sociales (DASS-NC) est une direction du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Son rôle sur le territoire est assez similaire à celui des Agences Régionales de Santé (ARS) en métropole. Elle permet ainsi la mise en œuvre de politique calédonienne en matière de :

- Protection sociale ;
- Hygiène publique ;
- Santé et prévention de la santé ;
- Contrôle sanitaire aux frontières ;
- Hospitalisation publique.

En tant que direction du pouvoir exécutif de la Collectivité, elle est de plus chargée d'élaborer la réglementation et les recommandations en matière de santé, de prévention et de protection sociale.

La DASS-NC est de ce fait, tenue de mettre en place et d'évaluer les politiques en matière de santé publique et environnementale, de participer aux plans de secours, de planifier la carte sanitaire ainsi que les schémas d'organisation sanitaire et sociale, mais aussi de superviser l'équipement des établissements hospitaliers publics et privés. Par ailleurs, elle évalue les programmes prioritaires de prévention de la santé votés par le Congrès et veille à leur mise en place.(74)

La direction des affaires sanitaires et sociales se doit aussi de contrôler l'organisation et les finances des structures telles que les hôpitaux publics, les organismes de protection sociale ou encore l'Agence Sanitaire et Sociale.

La DASS-NC est placée sous l'autorité d'un directeur nommé par arrêté du gouvernement de la collectivité. Elle s'organise en plusieurs services qui comprend :

- Un service de l'administration générale ;
- Une cellule des statistiques ;
- Un pôle santé, regroupant les services de santé publique, de la tutelle et de planification hospitalière, de l'inspection de la santé, et la cellule de l'inspection de la pharmacie ;
- Un pôle social, regroupant le service de la protection sociale et la mission handicap et dépendance.(75)

L'exécutif via la DASS-NC propose ainsi au Congrès ses projets de lois sanitaires et sociales et participe ainsi à l'élaboration du code de la santé public de la Nouvelle-Calédonie.

L'Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) est un établissement public administratif créé par délibération du Congrès en 2001. Sa mission est d'améliorer et de protéger la santé de la population grâce à des actions

de préventions et de promotion de la santé. En Nouvelle-Calédonie, elle supervise plusieurs programmes de santé, notamment :

- Le baromètre santé et études ;
- L'addictologie ;
- Le dépistage des cancers féminins ;
- La vaccination anti-HPV ;
- La lutte contre le diabète
- La prévention de la surcharge pondérale ;
- Le rhumatisme articulaire aigu ;
- L'hygiène bucco-dentaire ;
- La santé sexuelle

Depuis 2010, l'agence centralise la redistribution des revenus fiscaux dédiée à la protection sociale. Elle participe ainsi au financement des infrastructures hospitalières de l'île, mais aussi au différents régimes et allocations mis en place par la CAFAT. (76)

1.2. Rôle et organisation de la CAFAT

La Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), créée en 1958, gère le régime général de la sécurité sociale de la collectivité. C'est un organisme privé chargé de missions de service public. A l'origine, ses missions se limitaient aux versements de prestations familiales et d'accidents de travail. Au fil des années, ses compétences se sont développées, permettant aux employeurs et salariés calédoniens de bénéficier :

- D'assurance Maladie, maternité, invalidité et décès (le Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité : RUAMM) ;
- D'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (régime ATMP) ;
- D'assurance vieillesse et veuvage (régime retraite) ;
- Du régime des prestations familiales ;
- D'assurance chômage.(77)

La CAFAT propose également, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, des prestations familiales de solidarité, un complément retraite de solidarité, un régime d'aide pour les personnes handicapées et en perte d'autonomie (RHPA) et des aides sociales pour les personnes en situation précaire. (76)

Cependant, la CAFAT est chargée de :

- Fixer les tarifs des structures médico-sociales du territoire,
- Fixer les tarifs des prestations des professionnels de santé conventionnés,
- Fixer les tarifs des EVASAN,
- Fixer les tarifs des structures d'hospitalisation privées,
- Négocier un dispositif conventionnel avec les professions de santé afin de préserver la qualité de soins et de maîtriser les dépenses de santé ;
- Gérer l'implantation des professionnels de santé (Médecins, Chirurgiens-dentistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes) particulièrement en zone soumise à la régulation : Nouméa, Dumbéa, Païta et Mont-Dore.

La caisse est essentiellement financée par les cotisations sociales des actifs calédoniens (Salariés, fonctionnaires, employeurs et travailleurs indépendants). Cependant, avec le vieillissement de la population et des dépenses de santé toujours plus élevées, les cotisations à elle seules ne suffisent plus à supporter le financement du système de santé. Ainsi le financement public par le biais de recettes fiscales octroyées par la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) subventionne les dépenses sanitaires. Ce financement provient de :

- Taxes indirectes : taxe générale sur la consommation (TGC) et la taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S)
- Impôts directs : la contribution calédonienne de solidarité (CCS) et la contribution additionnelle à l'impôt sur les sociétés (CSA)
- Soutien financier de la part de l'Etat Français.(78)

Le système de santé calédonien s'inspire ainsi du principe de mutualisation des risques entre tous les bénéficiaires (système assurantiel) et permet aussi de garantir à tous les calédoniens, grâce à un financement par l'impôt, le droit à la santé (système assistanciel).

En matière de santé, la CAFAT propose une assurance maladie obligatoire réservée aux actifs, aux membres de leur famille ainsi qu'aux retraités de la Nouvelle-Calédonie. Ce régime, aussi appelé RUAMM, permet à ses assurés de jouir de prestations de soins :

- Remboursement des dépenses médicales (médecin, dentiste, pharmacien...)
- Prise en charge à 40% des « petits risques » (contre 70% par le régime général de l'assurance maladie en métropole) ;
- Prise en charge à 100% des longues maladies, des vaccinations et les dépistages de cancers ;
- Indemnités en cas d'arrêt de travail ou de maternité ;
- Pensions d'invalidité ;
- Capitaux décès ;
- Prise en charge en cas d'hospitalisation publique ou privée ;
- Evacuations sanitaires hors du territoire (EVASAN).

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, ces derniers ne disposent pas automatiquement de ces avantages, mais ont le choix entre deux formules de cotisation de protection santé.

Un service minimum avec la formule « intégration partielle » permettant le remboursement aux travailleurs indépendants, des soins pris en charge à 100% uniquement (longue maladie, hospitalisation de longue durée...). Dans ce cas, les consultations médicales, les analyses de laboratoire ou encore le coût des médicaments restent à la charge de l'assuré.

La formule « intégration complète » garantie a contrario, le remboursement de tous les soins selon les taux de remboursement du RUAMM.

Cette dernière peut être complétée par une option facultative de « prestation en espèce » qui permet aux travailleurs indépendants de bénéficier d'indemnités en cas de maladie et de repos maternité, une pension d'invalidité et un capital décès.

Les auto-entrepreneurs bénéficient ainsi avec cette offre d'une protection identique à celle des salariés et des employeurs.(79)

La caisse de protection sociale Calédonienne et plus particulièrement le RUAMM doit cependant évoluer afin d'assurer sa pérennité et son bon fonctionnement. En effet, le RUAMM est un régime déficitaire depuis sa création. En 2019, il affiche un endettement de plus de 33,2 milliards de francs Pacifique.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a ainsi pris quelques mesures afin de palier ce déficit :

- L'affectation d'une partie de la Contribution Calédoniennes de Solidarité (CSS) au remboursement des dettes du RUAMM ;
- Rationaliser les dépenses de santé en diminuant le budget alloué aux hôpitaux, en encadrant les dépenses des professionnels soignants et en instaurant une nouvelle grille tarifaire ;
- Responsabiliser les patients au sauvetage du RUAMM en appliquant le ticket modérateur pour les « petits risques maladies » à tous les calédoniens, en déremboursant des médicaments à « faible service médical rendu » et en ne réservant les remboursements des transports en ambulance qu'aux personnes dépendantes. (80)

Le RUAMM couvre ainsi un peu plus de 262 000 calédoniens. Les bénéficiaires de ce régime obligatoire se limitent aux actifs qui cotisent à la CAFAT et leurs familles. Il ne s'applique donc pas aux calédoniens les plus démunis ou sans emploi. Ce sont les provinces qui prennent le relais et garantissent un régime minimum gratuit prenant en charge toutes les personnes n'ayant pas accès au régime d'assurance maladie.

1.3. La province Nord : acteur de santé

La province Nord est une institution politique siégeant à Koné, la capitale du Nord. L'administration provinciale, gérée par une Assemblée est organisée en 10 directions. Parmi ces directions, se trouve celle des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société (DASSPS). Cette dernière a pour rôle d'appliquer les orientations politiques de la province en matière de santé et d'aide sociale.

La DASSPS est ainsi chargée de multiples missions telles que :

- Promouvoir une santé pour tous ;
- Accompagner les populations les plus vulnérables socialement (Enfants, personnes âgées, handicapés...) ;
- Maitriser les dépenses sociales et de santé de la province ;
- Maitriser les problèmes de société ;
- Et veiller au développement social des tribus.

Elle comprend des services centraux et décentralisés regroupés en 3 départements : le pôle sanitaire, social et administratif.(81)

Le département sanitaire se compose ainsi du service des actions sanitaires et de prévention (SASP) et gère notamment l'organisation des différents centres

médicosociaux (CMS) ainsi que les centres « Mère-enfant » du Nord. La province offre ainsi des prestations de santé publique grâce à ses structures de soins réparties sur tout son territoire.

Le département social se divise en différents services, notamment le service de l'aide médicale Nord (AMN), d'action sociale (SAS), d'aide aux personnes à autonomie réduite (APAR), d'aide sociale à l'enfance (ASE) et la cellule du développement social des tribus (DST).

Enfin le département administratif gère le service administratif et financier (SAF), le service des ressources humaines (SRH) et les services décentralisés.(82)

L'Aide médicale est, quant à elle, une aide sociale mise en place par les trois provinces du territoire. Elle est destinée aux personnes les plus démunies qui ne peuvent supporter les coûts des soins de santé. L'aide n'est valable qu'en Nouvelle-Calédonie ou hors de la collectivité dans le cas d'une évacuation sanitaire et offre une prise en charge partielle ou totale des frais médicaux en fonction de la province de résidence et du type de carte d'Aide médicale. L'Aide médicale Nord propose ainsi :

- Les Cartes A et ALM (Longue maladie) : destinées aux personnes n'ayant aucune couverture sociale. Elles donnent accès aux soins dans le secteur public et le secteur libéral conventionné et/ou autorisé à recevoir les bénéficiaires de l'aide médicale ;
- La Carte B : destinée aux personnes bénéficiant d'une couverture sociale ou uniquement d'une mutuelle et donne accès aux soins dans le secteur public et libéraux ;
- La carte M : destinée aux femmes enceintes sans couverture sociale et ne remplissant pas les conditions pour bénéficier d'une carte A ou B. Elle procure une prise en charge de ces femmes dans le secteur public ;
- La Carte C : destinée aux anciens combattants, volontaires et veuves de guerre. Elle donne accès aux soins dans le cadre d'une hospitalisation en secteur public.
- Des aides financières, sous certaines conditions, aux personnes dont les revenus sont supérieurs aux plafonds d'admission mais dont l'accès aux soins est supérieur à leur moyen.(72)

L'Aide médicale Nord permet aux personnes résidant en province Nord ayant des ressources mensuelles inférieures ou égales au Salaire Minimum Agricole Garanti (SMAG) de bénéficier d'aides prenant en charge :

- Les honoraires des médecins, dentistes et tout professionnel de santé agréé ;
- Les médicaments ;
- Les frais d'hospitalisation, de transport en ambulance et d'analyse ;
- Et les frais d'EVASAN ;

Les frais médicaux sont assurés par la province Nord qui paye directement les structures médicales ou pharmaceutiques conventionnées.

Ainsi, chaque province dispose son propre système d'aide médicale et sociale. Ces actions sont gérées par la DPASS (Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et

Sociale) en province Sud et par la DACAS (Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sociale) au îles loyautés.

1.4. Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé sont des organismes à but non lucratif soumises au code de la mutualité. Ces structures viennent compléter les garanties de base de l'assurance maladie obligatoire et propose ainsi à leurs bénéficiaires le remboursement en totalité ou en partie de leurs dépenses de santé. (78)

En Nouvelle-Calédonie, il existe 4 mutuelles locales :

- La mutuelle des fonctionnaires (MDF) ;
- La mutuelle du commerce et divers (MDC) ;
- La mutuelle des patentés et libéraux (MPL) ;
- Et la mutuelle du nickel (MDN).

Ces organismes complémentaires couvrent ainsi plus de 166 000 calédoniens contre les « petits et moyens risques » maladies. Certaines structures garantissent à leurs bénéficiaires l'accès à un véritable réseau de soins comprenant des services dentaires, des centres médicaux et des pharmacies mutualistes ou encore des prestations d'hébergement ou de garderie.

En plus du remboursement du ticket modérateur, certains contrats permettent d'assurer la prise en charge des dépassements d'honoraires ou encore des prestations peu ou pas remboursées par la caisse primaire (CAFAT).

Les actes pratiqués par les professionnels de santé sont remboursés selon une convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé ou selon une réglementation apportée par les autorités compétentes.

La vision de la mutuelle est différente de celle de la métropole. En effet, les prestations de soins (consultations dentaires ou médicales) sont remboursées à 40% par la CAFAT et à 60% par la Mutuelle. La souscription à titre individuel à une complémentaire santé reste toutefois libre et optionnelle. En revanche, les employeurs ont l'obligation de proposer à leurs salariés une mutuelle d'entreprise, dont peuvent bénéficier le conjoint et les enfants.

Les mutuelles sont de véritables acteurs de santé en Nouvelle-Calédonie et particulièrement en province Nord.

Il est également important de souligner qu'un dispositif de conventionnement est établi entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé en Nouvelle-Calédonie comme en métropole. Ce dispositif garantit à la population une qualité de soins optimale ainsi qu'une maîtrise des dépenses de santé tout en permettant de valoriser l'exercice médical. Les actes pratiqués par les professionnels de santé sont donc établis par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) mise en place par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Cette nomenclature, remplacée par la CCAM en métropole, énumère la liste de actes pris en charge par les organismes de protection sociale. Les honoraires, majorations et prescriptions des médecins conventionnés sont ainsi pris

en charge par la CAFAT sur la base des tarifs établis par la convention. Les soins dispensés aux bénéficiaires de l'aide médicale sont directement pris en charge selon les tarifs fixés par les Provinces. Par ailleurs, tous les soins ne faisant pas partie de la NGAP, qualifiés de « hors nomenclature » (HN) et les actes « non remboursables » (NR) ne sont pas remboursés par la CAFAT mais peuvent l'être dans certains cas par les mutuelles.(83) La limite de cette nomenclature est que celle-ci n'est pas mise à jour fréquemment et ne prend pas en compte les dernières avancées en matière de santé. Les actes sont par conséquent, plus onéreux en Nouvelle-Calédonie du fait de l'application de lettres clés plus élevées qu'en France. Toutefois, ce conventionnement permet une meilleure répartition de l'offre de soins en Nouvelle-Calédonie. L'autorisation de conventionnement est accordée à titre individuel et nominatif pour l'exercice d'une spécialité donnée, après analyse de la candidature par le service Gestion du Risque de la CAFAT.

En province Sud, l'accès au dispositif conventionnel dans les quatre communes de Nouméa, Dumbéa, Mont-Dore et Païta est particulièrement régulé puisque la concentration de professionnels de santé en libéral dans cette zone est plus élevée. Le conventionnement demeure néanmoins plus accessible sur tout le reste du territoire.(83)

Ainsi, tous ces acteurs participent au pilotage du système de santé de tout le territoire. Toutefois, l'offre de soins est assez contrastée en Nouvelle Calédonie. En effet, les structures et leurs répartitions diffèrent selon les provinces.

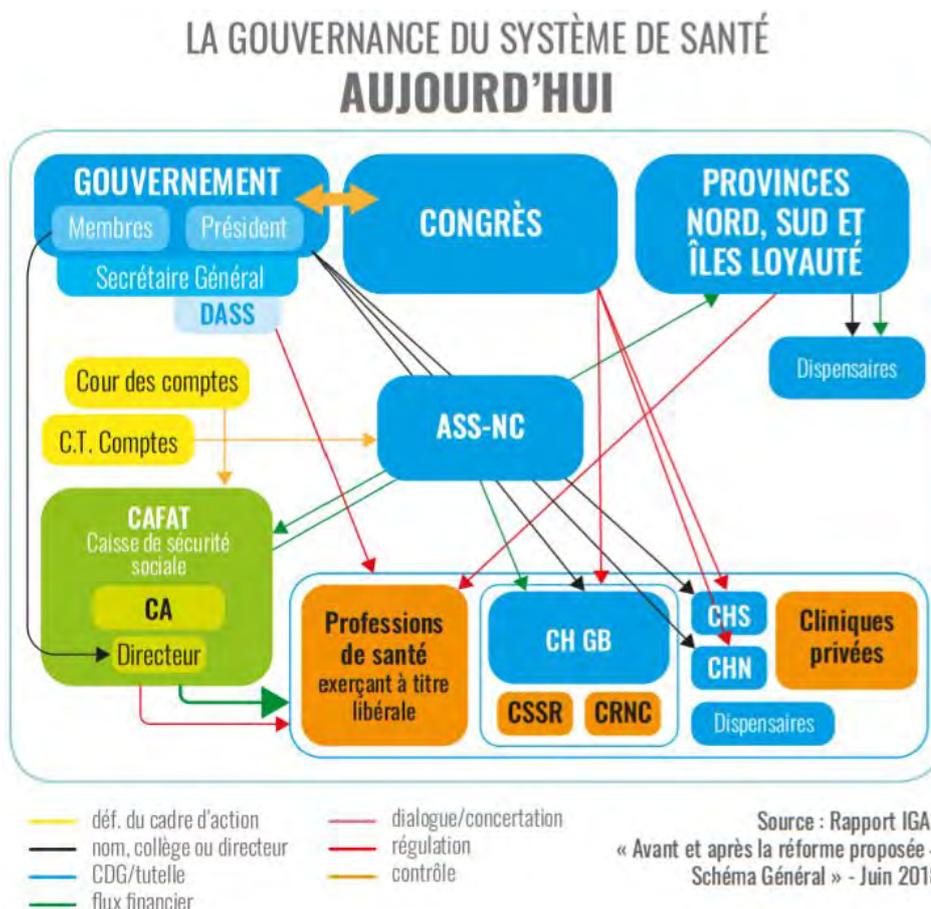


Figure 3 : Gouvernance du système de santé Calédonien actuelle. Source : Plan de santé Do Kamo 2018-2028.

2. Les différentes structures de santé en province Nord

2.1. Les structures publiques de soin : Acteurs fondamentaux et leurs rôles

La province Nord s'est beaucoup penchée sur la question de l'organisation et de la gestion de la santé sur son territoire. Il s'agit d'une réelle volonté que de proposer aux habitants du Nord un accès facilité à la santé. Aujourd'hui, il dispose ainsi de 14 centres médico-sociaux provinciaux et de 3 centres hospitaliers publics répartis sur les 17 communes qui compose cette province, créant ainsi un véritable réseau de santé de proximité pour sa population.

Les Hôpitaux du Nord :

Le premier établissement hospitalier public de la province Nord a vu le jour en 1986 à Koumac. Le centre est resté le seul hôpital du Nord jusqu'en 1999, date de l'ouverture de celui de Poindimié. Les deux sites ont longtemps assuré les activités d'hospitalisation en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et des soins de suite et de réadaptation (SSR) sur Poindimié.

Toutefois en 2018, un important projet de restructuration de l'offre hospitalière de la province a vu le jour avec l'inauguration du pôle sanitaire du Nord (PSN) situé à Koné. Toutes les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie ont été transférées sur Koné, transformant les sites de Koumac et de Poindimié en des services d'urgences et de SSR.

L'ensemble de ces 3 établissements forment le Centre Hospitalier du Nord (CHN) :

- **Le pôle sanitaire du Nord** bénéficie d'une capacité d'accueil de 16 lits en médecine, 20 en chirurgie, 12 en obstétrique, 5 en hôpital de jour et 6 en soins critiques. L'hôpital dispose également d'un large plateau technique avec un cabinet dentaire, une antenne SMUR, un bloc opératoire avec quatre salles d'interventions, une pharmacie à usage interne, une stérilisation centralisée, un laboratoire de biologie médicale, un service d'imagerie (Scanner, échographie et téléradiologie) et 10 postes d'auto-dialyse (84) ;
- **L'hôpital Raymond Doui Nebayes** à Poindimié bénéficie d'une capacité d'accueil de 14 lits en médecine, 28 en SSR et dispose d'une unité de soins en continu (17,85).
- **Et l'hôpital Paula Thavoavianon** de Koumac bénéficie d'une capacité d'accueil de 14 lits en médecine et pourra prochainement accueillir jusqu'à 28 personnes en SSR (17,86).

L'offre hospitalière de la province Nord s'est beaucoup développée et modernisée au cours des dernières années. Les impacts sont notables puisque la mise en place du PSN a permis de rééquilibrer l'offre de soins entre les provinces et améliore la prise en charge de proximité des habitants du Nord.(87)

Dans le secteur de l'odontologie, il est prochainement prévu que le chirurgien-dentiste en poste à l'hôpital réalise des interventions programmées au bloc

opératoire afin de prendre en charge les personnes handicapées, les enfants polycariés, les patients polypathologiques, de santé fragile ou nécessitant d'être pris en charge en milieu hospitalier (INR élevé, sous bisphosphonates...). Les personnes de la province Nord nécessitant ces prestations ne seront ainsi plus obligées de se déplacer sur Nouméa lorsque la prise en charge en dispensaires n'est pas possible. (Dr KIRSCH, 2020)

Toutefois, les patients ayant besoin de soins hospitaliers plus spécifiques, notamment en soins intensifs, en réanimation ou encore en oncologie, sont toujours transférés dans le Sud, au Médipôle ou encore à la Clinique Kuindo-Magnin.

En ce qui concerne l'accueil et le traitement des personnes atteintes de troubles psychiques, il n'existe qu'un seul Centre hospitalier spécialisé (CHS) qui est installé dans la région du Grand-Nouméa. Cependant quelques antennes médico-psychologiques voient le jour sur le reste du territoire (Koumac, Poindimié et Lifou). Dans le cadre des maladies rares ou avancées, tous les calédoniens peuvent bénéficier de l'EVASAN : une évacuation sanitaire en direction de l'Australie ou de la Métropole pour des soins ne pouvant être assurés sur place. (88)

Les centres médico-sociaux (Dispensaires) :

Les centres médico-sociaux (CMS) aussi appelés dispensaires sont établis dans la quasi-totalité des 17 communes de la province Nord. Seul Koumac, Koné (qui disposent d'un hôpital) et Pouembout en sont dispensés. Ces différents centres, gérés par la DASSPS Nord, sont chargés de répondre aux besoins de la population en termes de soins curatifs, d'urgence et de prévention.

Ils assurent donc, avec le secteur libéral, les soins de santé primaires ainsi que les programmes de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et de vaccination des enfants.

Certains CMS comme celui de Canala disposent de lits de médecine et d'obstétrique du fait de l'éloignement géographique avec les structures hospitalières. Parmi ces différentes structures, 12 sont équipées d'un cabinet dentaire : Poya, Voh, Kaala-Gomen, Ouégoa, Poum, Bélep, Pouébo, Hienghène, Touho, Ponérihouen, Houaïlou, Canala. Le cabinet dentaire de l'ancien dispensaire de Koné a été transféré au PSN.

La pratique de la dentisterie en province Nord s'apparente encore dans certains secteurs à celle d'un pays en développement en termes de besoins de soins. Toutefois, le Nord dispose d'équipement et de matériel moderne permettant aux praticiens d'adapter leur exercice à la situation locale.

L'offre publique de soins dentaires du Nord s'est ainsi bien étoffée et dispose actuellement d'équipements qui tendent à se moderniser : (Dr KIRSCH, 2020)

- 8 cabinets équipés de fauteuils Planméca Compact I (2011 à 2019)
- 1 cabinet équipé d'un fauteuil Planméca compact E
- 1 cabinet équipé d'un fauteuil Adec (2014)
- 3 cabinets équipés de fauteuils Vitali (plus anciens)

Les cabinets dentaires sont également pourvus :

- D'une lampe à photopolymériser ;
- D'un localisateur d'apex ;
- Du système Revo-S de Microméga (6 moteurs de rotation réciproque équipés d'un localisateur d'apex sont en test dans certains cabinets)
- D'un vibreur à carpules (CVI, Biodentin®...)
- De générateurs radio haute fréquence (Carestream ou Planméca) pour les radiographies intrabuccales :
 - Des capteurs RVG pour 4 cabinets ;
 - Des capteurs ELRM pour 3 cabinets ;
 - Et des films argentiques pour les 6 cabinets restants.
- De conteneurs pour les déchets.

Par ailleurs, tous les dispensaires de la région Nord disposent de MEOPA, un mélange équimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote ayant une action anxiolytique, analgésiante et parfois amnésiante chez l'enfant. Chaque chirurgien-dentiste est formé à son utilisation afin de faciliter la prise en charge de certains enfants, patients handicapés, parfois agités ou difficiles à soigner (certains adultes phobiques...).

La liste des consommables dentaires est régulièrement actualisée par consensus des praticiens. Les commandes des cabinets sont centralisées à la « cellule d'approvisionnement médical et dentaire » de la province Nord par le biais d'une application dédiée. Les livraisons s'effectuent une fois par semaine aux différents sites.

Afin de faciliter l'exercice des praticiens installés sur Poya, Koné, Voh, Canala, Houaïlou et Touho, les cabinets disposent de l'aide d'une assistante dentaire à temps plein. Les sites de Ouégoa, Pouebo, Hienghène et Ponérihouen ont ainsi recruté des assistantes à mi-temps.

Dans le cadre de la politique de santé établie en province Nord, un chirurgien-dentiste coordinateur est actuellement en poste au sein de l'institution. Ce dernier est chargé de superviser et d'animer l'activité des cabinets dentaires provinciaux. Il a également pour rôle de collaborer avec la Direction de la province afin d'organiser le service dentaire tout en garantissant l'indépendance et le libre exercice du métier de chirurgien-dentiste. Le dentiste coordinateur n'exerce plus les fonctions de chirurgien-dentiste.

Malgré une organisation sanitaire assez bien répartie dans la zone Nord, la province rencontre des difficultés à conserver son équipe médicale. Que ce soit les dentistes ou les médecins, elle doit faire face à un turn-over important. La côte Est est particulièrement touchée par ce phénomène du fait de son isolement par rapport à Nouméa et de sa faible croissance.

En 2019, parmi les 10 postes de dentistes salariés disponibles sur les 13 sites, 5 praticiens sont stabilisés sur leur poste (Koné, Poya-Voh, Gomen-Poum, Ouégoa-Bélep), 3 postes sont vacants (Canala, Houaïlou, Pouebo) et les autres cabinets voient se succéder des chirurgiens-dentistes différents.

L'âge moyen des praticiens « stabilisés » sur leur poste est de 48.2 ans.

Il est important de souligner le fait qu'il n'existe pas de système de gardes dentaires en Nouvelle-Calédonie. Les patients ayant des urgences dentaires le week-end ou les jours fériés doivent se rendre aux urgences ou dispensaires dans lesquels ils seront pris en charge par un médecin de garde.

En ce qui concerne les consultations avec les spécialistes dentaires (orthodontie, chirurgien orale ou MBD), aucun spécialiste n'est présent à l'heure actuelle dans le Nord.

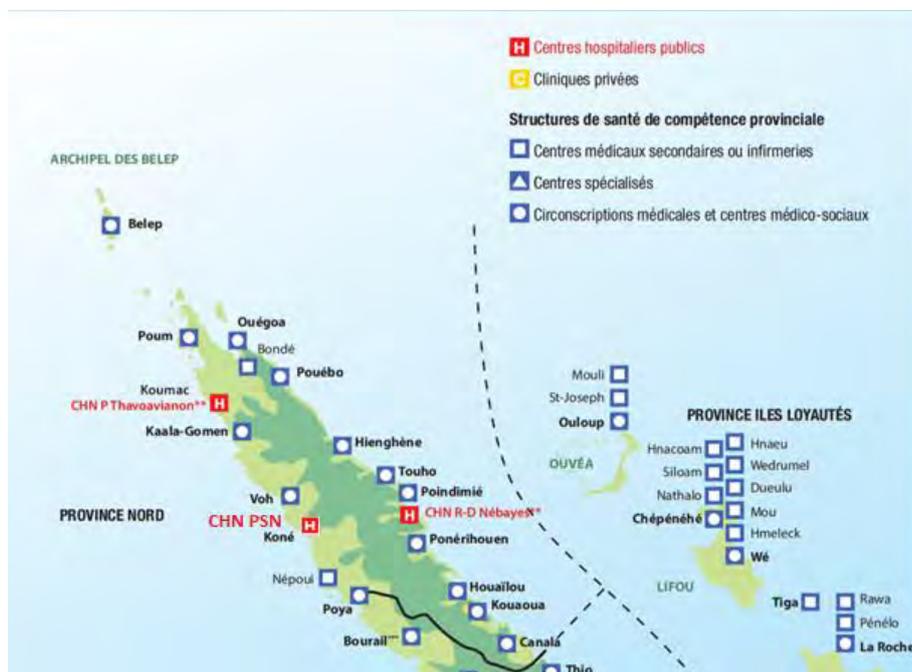


Figure 4 : Principales structures de santé de la province Nord. Source : DASS-NC 2017.

2.2. Les structures privées de soin : entre inexistence et nécessité

Formation des praticiens calédoniens :

L'université de la Nouvelle-Calédonie (UNC) en partenariat avec l'Université de la Sorbonne de Paris, a mis en place la Première année commune des études de santé (PACES). Ayant vu le jour dans les années 2000 sur Nouméa, la PACES permet aujourd'hui aux Calédoniens de bénéficier d'enseignements identiques à ceux proposés par la Sorbonne grâce à des cours filmés l'année précédente à Paris, puis projetés en Nouvelle-Calédonie. Les travaux d'enseignements dirigés se déroulent en présentiel à l'université ou alors en visioconférence avec les enseignants de Paris. Du fait du décalage avec le calendrier scolaire de la Métropole, l'UNC propose un semestre préparatoire de licence de sciences de la vie aussi appelé SV-santé permettant de dégrossir le programme de PACES et ainsi d'optimiser les chances de réussite du concours. (89)

Le numérus clausus en Nouvelle-Calédonie a beaucoup évolué et enregistre en 2019 : 14 places en médecine, 5 en dentaires, 4 en pharmacies et maïeutique et 1 place en kinésithérapie. Une fois la première année validée, les étudiants admis doivent cependant quitter Nouméa pour finir leurs études à Paris.

L'ouverture de la PACES sur Nouméa a ainsi eu pour but de faciliter l'accès aux formations médicales aux étudiants calédoniens dans l'espoir que ces derniers exercent à la fin de leurs études sur l'archipel. La Nouvelle-Calédonie a par ailleurs mis en place des bourses d'études (ex : Cadres avenir ; bourses provinciales...) permettant aux étudiants de pouvoir poursuivre leurs cursus en métropole tout en bénéficiant d'un suivi et d'un soutien psychologique. Les étudiants en Médecine sur Paris ont notamment la faculté de réaliser des stages sur l'île leur permettant de se familiariser avec les attentes du territoire, la population mais aussi les particularités locales. Toutefois, ces stages ne concernent que la région du Grand-Nouméa et ne sont pas proposés aux étudiants des autres filières médicales.

Or, il a été constaté que la plupart des jeunes praticiens s'installent en priorité à l'endroit où ils ont été formés.

En métropole et dans les départements d'Outre-Mer, il existe une multitude d'aides économiques (Contrat d'engagements de Service Public : CESP) ou des contrats établis par la CCAM permettant d'encourager l'installation des chirurgiens-dentistes dans les déserts médicaux.(90) Cependant, ces dispositifs ne sont pas applicables en Nouvelle-Calédonie.(91)

Activité libérale :

En 2018, 126 chirurgiens-dentistes sont recensés sur l'ensemble de la collectivité, ce qui correspond en moyenne à 44,6 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. En comparaison, la France Métropolitaine enregistre à la même période une densité moyenne de dentistes plus élevée avec 63,9 pour 100 000 habitants.

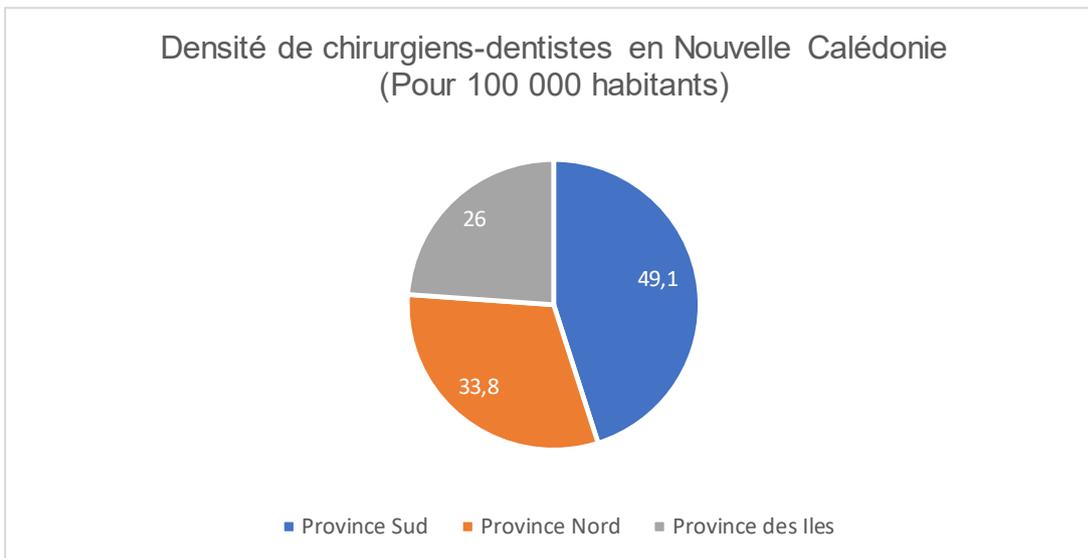
La répartition de la profession en Nouvelle-Calédonie est en faveur du secteur libéral qui représente 62,7% contre 37,3% en activité salariale.(78)

Toutefois, force est de constater qu'il existe une véritable disparité des modes d'exercice et de concentrations des praticiens entre la province Sud, plus particulièrement dans la zone régulée du Grand Nouméa (Nouméa, Paita, Mont Dore, Dumbéa) et le reste du territoire.

En effet, alors que le Sud comptabilise 70 praticiens libéraux soit 33,4 pour 100 000, dont 64 pour le Grand-Nouméa, le Nord compte 5 praticiens libéraux (9,4 pour 100 000) et la province des îles n'en dispose d'aucun.

L'activité salariale par les provinces ou les centres mutualistes (Mutuelle des fonctionnaires et Mutuelle du Nickel) permet ainsi de compenser le déficit libéral dans les zones sous dotée du territoire et de répartir ainsi 29 chirurgiens-dentistes salariés au Sud, 13 en province Nord et 5 aux Îles Loyauté.

Toutefois, tous les postes de salariés de la province Nord ne sont pas forcément pourvus et enregistrent un turn-over important ce qui abaisse davantage la densité des dentistes pour cette zone.



Graphique 18 : Densité de chirurgiens-dentiste en Nouvelle-Calédonie. Source : DASS-NC 2018.

Les 5 praticiens libéraux de la région Nord sont tous installés sur les trois plus grosses communes de la province. En effet, 2 chirurgiens-dentistes sont installés sur la côte Est à Poindimié et les 3 autres praticiens sont localisés sur la côte Ouest (2 à Koumac et 1 sur Koné).

Le Nord est une zone délaissée par la profession libérale puisque seuls 28% des chirurgiens-dentistes sont en activité dans la zone. En effet, peu de praticiens s'y installent au détriment de Nouméa et ses alentours. La capitale offre une qualité de vie ainsi qu'une activité clinique (Omnipratique, implantologie, parodontologie, soins esthétiques...) qui s'apparente à celle des grandes villes de métropole, alors que les omnipraticiens du Nord prodiguent plutôt des soins dentaires de base et d'urgence. Pour autant, parler de désert médical pour la région Nord à la vue de la faible densité des chirurgiens-dentistes privés et publics (33,8/100 000 habitants) reste compliqué puisqu'il faut considérer l'offre de soins dans sa globalité et la comparer avec les besoins de la population.

En effet, pour affirmer que la province Nord est une zone de désert médical, il faudrait en complément de ce ratio praticien/patients, prendre en compte quatre autres critères : les besoins de soins en fonction de l'âge de la population, le temps d'accès au cabinet dentaire par la route, le volume d'activité des médecins et leur âge.(92)

Absence de clinique privée :

La Nouvelle-Calédonie dispose d'une seule clinique privée située sur la presqu'île de Nouville à proximité du centre-ville de Nouméa. La clinique Kuindo-Magnin regroupe les trois anciennes cliniques de soins du territoire (Cliniques Magnin, Baie des Citrons et Anse-Vata). Cette dernière, en service depuis fin 2018, peut accueillir 219 personnes en médecine, chirurgie et obstétrique et dispose de 50 lits en SSR. L'établissement est une structure polyvalente et complète qui dispose d'un pôle médical (Pneumologie, gastroentérologie et oncologie) d'un pôle chirurgical (urologie), d'une maternité, d'un service d'urgence, d'hémodialyse, de soins de suite et de réadaptation (balnéothérapie, kinésithérapie et réhabilitation respiratoire).

Elle est ainsi équipée de 12 salles de bloc opératoire, un service de stérilisation, d'une pharmacie, d'un laboratoire interne et d'un service d'imagerie médicale.

La clinique vient renforcer et même compléter l'offre sanitaire publique avec notamment un service exclusif d'urologie.

La clinique Kuindo Magnin reste accessible à tous les calédoniens. En effet, les provinces Nord et Îles ne disposent d'aucune clinique privée.

2.3. Des partenaires du Nord basés en province Sud

Le chirurgien-dentiste a besoin d'un certain nombre de partenaires et d'organismes pour pouvoir exercer pleinement son métier. Parmi ses différents correspondants se trouvent les laboratoires de prothèses, d'analyses, les centres de radiologies et d'imageries médicales, les fournisseurs dentaires et de consommables...

Comme tous professionnels de santé, le chirurgien-dentiste est au cœur d'un réseau de soins impliquant ses confrères mais aussi d'autres professionnels de santé tels que les médecins, les kinésithérapeutes et ostéopathes, les sages-femmes ou encore les pharmaciens.

Le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie :

Les Ordres sont des instances chargées de réguler et de représenter les professions réglementées (médecins, avocats, sages-femmes...) auprès des pouvoirs publics. En 1945, est ainsi créé l'Ordre National des chirurgiens-dentistes par ordonnance du gouvernement provisoire de la République française. Ce dernier rassemble toutes les personnes habilitées à exercer la profession de chirurgien-dentiste en France. (93)

Or, la Nouvelle-Calédonie est désormais compétente en matière de santé. Par conséquent, le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'île fonctionne en autonomie. Afin de garantir son bon fonctionnement et de bénéficier d'une tutelle au même titre que les conseils départementaux en métropole, une convention a toutefois été signée entre le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie et le conseil national métropolitain.

Le CDO de Nouvelle-Calédonie est alors chargé de concevoir, rédiger et adapter le code de déontologie des Chirurgiens-Dentistes de Nouvelle-Calédonie en fonction des évolutions techniques, économiques et sociales de la profession, tout en prenant en compte l'intérêt du malade.

Le conseil de l'Ordre a un rôle important puisqu'il veille :

- Au maintien des principes de moralité, de probité, de dévouement et de compétences indispensables à l'exercice de la chirurgie-dentaire ;
- Au respect des lois et règlements qui régissent l'Ordre et l'exercice de la profession ;
- Et à l'observation par tout chirurgien-dentiste de ses devoirs professionnels et des règles édictées par le code de Déontologie.(94)

Afin d'accomplir ses différentes missions, l'Ordre des chirurgiens-dentistes peut compter sur ses différentes compétences :

- Administratives : il contrôle par l'inscription au Tableau de l'ordre l'accès à la profession de chirurgien-dentiste ;
- Réglementaires : il intervient dans la réglementation de la profession selon les modalités fixées par les textes de lois ;
- Juridictionnelles : il exerce un contrôle de la profession et peut mener des actions disciplinaires à l'encontre des praticiens coupables de manquement ou de fautes professionnelles.(95)

Assistants dentaires :

L'assistant dentaire a pour mission d'accompagner le chirurgien-dentiste dans son activité professionnelle. Son rôle est primordial dans le quotidien du cabinet puisqu'il est chargé d'accueillir et d'installer le patient, de préparer le fauteuil, les instruments et les matériaux nécessaires à l'intervention du praticien. Ses missions sont diverses et variées puisqu'il s'occupe des tâches de secrétariat médical, de la stérilisation et du conditionnement des instruments. Il contribue également à la prévention et à l'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire. En Nouvelle-Calédonie et particulièrement dans le Nord, l'assistant dentaire remplit le rôle d'intermédiaire entre les dentistes, souvent métropolitains, et la population locale permettant ainsi d'optimiser l'approche et la compréhension des patients, la qualité de la communication et le suivi des soins.

Une formation diplômante doit prochainement voir le jour en Nouvelle-Calédonie avec un cursus sur 2 ans incluant 4 certificats professionnels unitaires (CPU) de 6 mois chacun. Les 4 CPU en question forment et évaluent les futurs assistants à la gestion du risque infectieux et de leur environnement professionnel, à la capacité d'aide opératoire, aux notions d'hygiène, de prévention et d'éducation au sein du cabinet et aux activités relationnelles et administratives.

En attendant la mise en place de ce dispositif, les diplômés sont attribués par validation des acquis de l'expérience (VAE) aux assistants ayant accompli 5000 heures dans la profession et ayant validé les examens requis.

Laboratoires de prothèses :

Les praticiens de la province Nord rencontrent une problématique récurrente notamment avec les laboratoires à savoir leur établissement en totalité en Province Sud ce qui engendre des délais d'acheminement des colis de prothèses importants. En effet, quelques prothésistes ont essayé de s'installer en brousse (Koumac, Koné et Bourail) mais n'ont pas réussi à perdurer dans le temps, faute de volumes de travail et d'une concurrence importante sur Nouméa.

Ils travaillent ainsi avec l'un des 7 laboratoires de prothèses installés au Grand-Nouméa.

Concernant la côte Ouest, des coursiers privés font un aller-retour Nouméa-Koumac tous les jours afin de récupérer les colis de prothèses. Toutefois, les praticiens doivent prendre en compte les horaires de collecte des coursiers pour gérer notamment leurs prises d'empreintes. Les colis ne sont alors déposés aux laboratoires que le lendemain.

A titre d'exemple, en dispensaire, il faut au minimum 8 à 10 jours pour obtenir le retour de travaux commandés par les praticiens de la côte Ouest.

Ce temps est quasiment doublé pour les cabinets de la côte Est car les coursiers privés ne proposent pas de rotation dans tous les dispensaires et ne passent que deux ou trois fois par semaine sur les sites desservis. Ainsi, sur les CMS de Pouebo, Hienghène, Canala ou encore Touho, seul le coursier sous contrat avec la province Nord effectue une vacation hebdomadaire depuis Koné, où il y dépose ensuite les colis. Un relais avec un deuxième coursier privé est ensuite effectué afin de rejoindre les laboratoires de Nouméa. Dans ce cas précis, il faut compter en moyenne 3 semaines, voire plus, avant de recevoir le retour des travaux de prothèse au cabinet.

Les chirurgiens-dentistes en activité libérale font face aux mêmes problématiques d'éloignement de leurs laboratoires de prothèse, poussant même certains praticiens à ne proposer que très rarement des prothèses dentaires pour leurs patients.

Radiologies et imageries médicales :

En province Nord, l'offre en matière de radiologie et d'imagerie médicale est hétérogène. Bien que chaque cabinet dentaire de la province dispose de générateurs pour radiographie intra-orale, il s'avère que l'équipement d'imagerie extra-orale (orthopantomogramme, Cône Beam), scanner ou encore Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ne soit que peu ou pas développé dans la zone.

Certaines zones de la côte Ouest se sont néanmoins beaucoup équipées en termes d'imagerie et disposent d'équipements radiologiques de pointe à destination des dentistes :

- L'hôpital de Koumac (Panoramique dentaire)
- PSN de Koné (Panoramique dentaire et scanner)
- Centres mutualistes de Koné (Cône Beam et panoramique dentaire)

Sur la côte Est, il n'existe aucune structure ou de service de radiologie. Cependant le praticien libéral installé à Poindimié réalise les clichés panoramiques demandés par ses confrères de la zone.

En ce qui concerne les autres examens complémentaires, les habitants du Nord doivent obligatoirement se rendre en province Sud : soit au Médipôle pour le secteur public soit dans le privé au CMS de la CAFAT, à la clinique Kuindo-Magnin ou dans les cabinets privés de Nouméa et Bourail. Le cabinet de radiologie libéral le plus proche de la région Nord se situe ainsi à Bourail et permet d'éviter aux habitants du Nord de devoir se rendre nécessairement sur Nouméa.

Laboratoires d'analyses :

Il existe 3 laboratoires d'analyses sur la zone Nord installés à Poindimié, Koné et Koumac.

Fournisseurs :

Plusieurs sociétés de fournitures de produits médicaux et dentaires sont installés en Nouvelle-Calédonie. Ces entreprises spécialisées dans la vente de produits, consommables, équipements et services sont indispensables à l'activité du chirurgien-dentiste. Leurs rôles sont divers et variés au vu de l'isolement de l'archipel puisqu'ils assurent l'importation et la distribution des produits, garantissent une expertise et un support technique répondant aux exigences des professionnels de santé. Ils fournissent ainsi les praticiens du territoire d'équipements tels que l'unité de soins, les appareils de stérilisation, l'instrumentation, les consommables à usage médical, les compresseurs avec aspiration chirurgicale, l'imagerie numérique et radiologique, le mobilier dentaire... (96)

Le plus connu est le groupe INTERMED qui dispose d'une véritable boutique dentaire basée sur Nouméa.

Gestion de déchets :

Les praticiens utilisent beaucoup de consommables, de matériaux toxiques, souillés par la salive et le sang. Ils nécessitent ainsi un traitement des déchets spécifique. En effet, les praticiens disposent de 3 conteneurs différents :

- Un conteneur en plastique réglementaire de 3 litres dans lequel ils jettent leurs déchets tranchants, piquants, coupants ;
- Un conteneur avec des sacs plastiques jaunes pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).
- Un conteneur en plastique bleu réglementaire pour les déchets toxiques (médicaments, déchets mercuriels, radios ou autres produits chimiques périmés ou toxiques)

Ces déchets doivent être stockés en cabinet, dans un récipient hermétiquement fermé, et adressés à la cellule approvisionnement médical à l'attention du coordinateur dentaire, afin d'y être stockés en attendant leur traitement par la filière adéquate (filiale de destruction ou de stockage).

3. Les limites du système de santé actuel et les perspectives d'évolution

Un système de santé inadapté et inégal ?

Aujourd'hui, la gouvernance du système de santé est assez complexe. Il est difficile de s'y retrouver notamment avec la multitude de textes qui la régissent, le nombre important d'acteurs et leurs rôles concomitants.

Dans sa configuration actuelle, l'organisation de la santé publique en Nouvelle-Calédonie est presque exclusivement centrée sur les soins. La prévention occupe une place encore insuffisante et est très peu financée. En effet, seul 1,5% des ressources financières consacrées à la santé sont affectées à la prévention contre 98,5% pour l'offre de soin.(73) Par conséquent, les informations concernant les aides et les bonnes pratiques en matière d'hygiène et de santé ne sont que très peu diffusées.

De plus, plusieurs institutions ou établissements différents (ASS-NC, DASS-NC...) gèrent les dépenses de prévention sur le territoire. Cette articulation entre les différents acteurs limite la transparence des financements.

Il a également été constaté une certaine inégalité d'accès aux soins entre les différentes provinces. Par exemple, les bénéficiaires de l'aide médicale Sud ne peuvent pas se faire soigner dans le Nord. De plus, aux îles comme en province Nord, les patients disposent de possibilités limitées concernant les professionnels de santé auxquels ils peuvent faire appel. Tout d'abord, il s'agit de populations isolées du fait de l'éloignement des centres de soins et des difficultés de transport liées à certaines zones. De plus, ces territoires ne disposent pas de toutes les infrastructures nécessaires et spécialisées pour la prise en charge de certains patients ou de maladies spécifiques. Les délais de traitement sont par ailleurs, rallongés du fait du manque de spécialistes dans ces provinces et de l'addition des délais pour chaque intermédiaire de la chaîne de soin.

En matière de santé bucco-dentaire, les praticiens constatent une renonciation aux soins et n'interviennent que dans le traitement de pathologies à un stade avancé.

Ainsi, ce système de santé est encore en plein développement afin de correspondre aux attentes des calédoniens.

Entre restructuration du système de santé et incertitudes institutionnelles

Le projet Do Kamo est un projet d'élaboration du plan de santé calédonien mis en place par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Il émane de la volonté de réformer un système en place qui n'arrive pas à trouver un équilibre tant au niveau financier qu'au niveau de sa capacité à appréhender les évolutions en matière médicale.

En effet, face à la croissance démographique, au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies non transmissibles et à l'élargissement de l'offre de soins sur l'archipel, les dépenses de protection sociale se trouvent être désormais supérieures à celles de son financement.

Ce plan d'action, prévu pour 2028, reprend les recommandations de l'OMS ainsi que celles des équipes d'experts de l'Etat (la caisse nationale des Urssaf : **Acoss** ; La caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés : **CNAMTS** ; et l'inspection générale des affaires sociales : **IGAS**).

Il propose un système de protection sociale moderne tant dans sa gouvernance que dans son pilotage en s'appuyant sur :

- La réforme concertée et coordonnée de l'ensemble du système de santé ;
- Le renforcement de l'offre de prévention en cohérence avec l'offre de soins ;
- Une stratégie opérationnelle qui prend en considération les effets des autres politiques ;
- La place centrale du citoyen-usager et de la société civile ;
- Et son profond ancrage dans les racines et la culture océanienne.

L'organisation du système de santé de demain a pour objectif de coordonner les différents acteurs de santé entre eux afin d'éviter les doublons, les inégalités et les incohérences de l'offre de santé. Pour cela, il est indispensable de mettre en place d'une Autorité Indépendante de Régulation (A.I.R), un régulateur unique du système d'assurance maladie et de santé. La DASS-NC devra, quant à elle, veiller à l'instauration du plan Do Kamo durant les prochaines années.

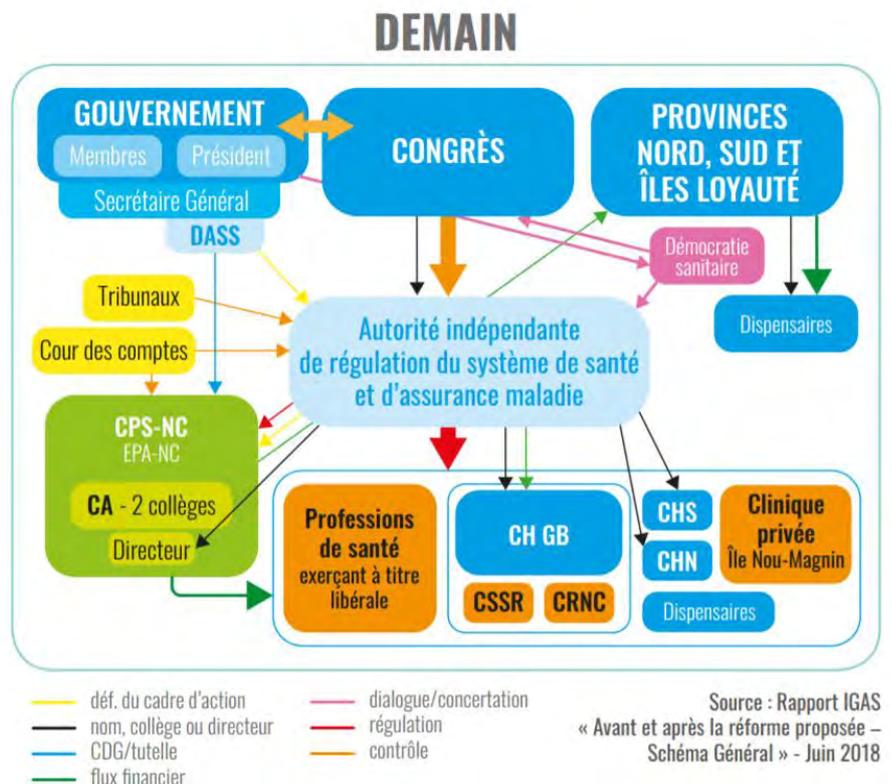


Figure 5 : Gouvernance du système de santé Calédonien de demain. Source : Plan de santé Do Kamo 2018-2028.

Le projet Do Kamo place ainsi l'Homme, sa santé et son bien être au centre de la prise en charge. Il promeut une approche holistique de la santé en considérant la personne dans sa globalité (corps et esprit) plutôt que de traiter un organe, une maladie et ses symptômes. Pour cela, la stratégie du plan Do Kamo consiste à agir sur les déterminants de la santé tels que les caractéristiques personnelles (âges, facteurs génétiques habitudes de vie...), le contexte du pays (politique, démographie, économie...) tout en considérant l'environnement dans lequel l'individu évolue (scolaire, familial, professionnel...).

Le principe du Do Kamo est de travailler sur un parcours de vie pour que la population puisse grandir en bonne santé. Pour se faire, le développement d'outils numériques (projet E-santé, numéro patient unique...) est primordial et contribuera à un meilleur suivi des patients calédoniens.

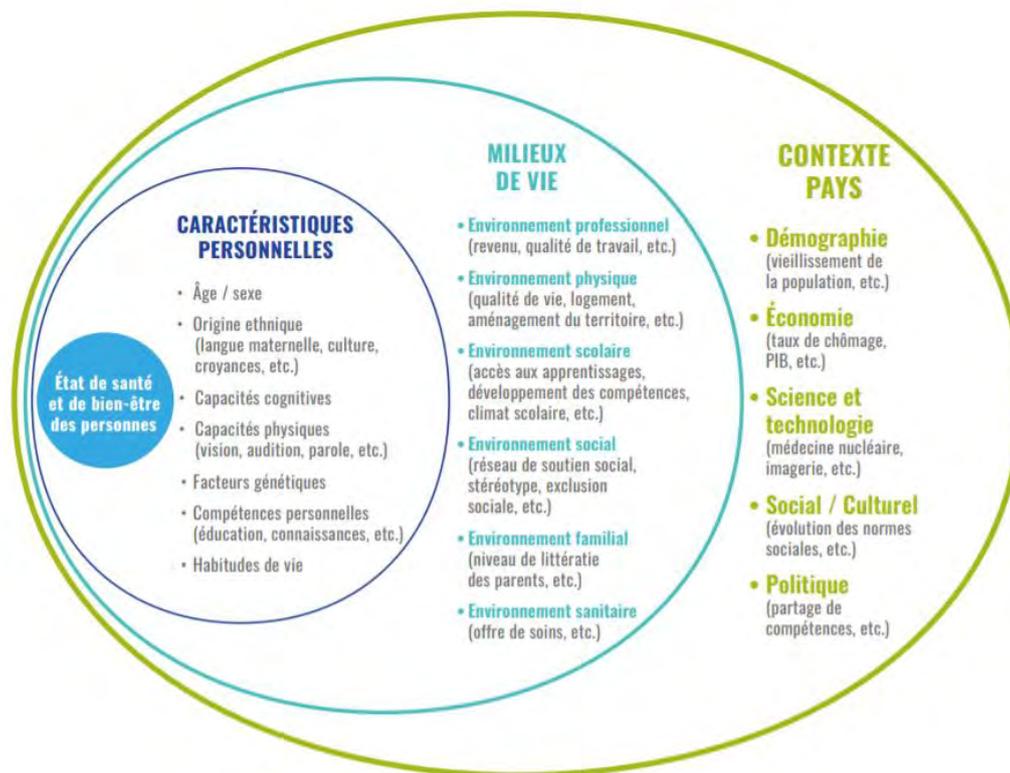


Figure 6 : Les déterminants de la santé du plan Do Kamo. Source : Plan de santé Do Kamo 2018-2028.

Le projet a été adopté en 2018 par les élus du congrès et tend à se développer et faire évoluer les approches et prises en charges des patients. Pour autant, il n'est pas mentionné de réelles évolutions concernant la santé bucco-dentaire en Nouvelle-Calédonie.

Le plan stratégique du projet s'organise en 3 axes :

- Construire le nouveau modèle économique du système de santé calédonien ;
- Construire une nouvelle gouvernance du système de santé calédonien ;
- Assurer une offre de santé efficiente grâce à une offre de prévention renforcée et coordonnée avec l'offre de soin.

Il dispose de 7 objectifs stratégiques :

- Mettre en place des mesures pour répondre à l'urgence économique ;
- Mettre en places des mesures structurantes pour pérenniser le financement du système de santé et rééquilibrer les moyens alloués entre la prévention, le soin et la protection sociale ;
- Innover par la création d'une gouvernance coordonnée et participative du système de santé incluant l'offre de prévention et l'offre de soin ;
- Mettre en place de nouveaux outils au service de la gouvernance du système de santé calédonien ;
- Définir les problématiques prioritaires de santé publique dans la perspective d'une planification multisectorielle modernisée ;
- Agir sur les déterminants de santé et accompagner les calédoniens ;

- Privilégier le développement de l'offre de soins de proximité et les alternatives à l'hospitalisation complète.

Le système de santé actuel dépend des transferts de l'Etat pour subsister.

L'équilibre du RUAMM (6,3 milliards de francs CFP) et la réalisation des infrastructures telles que les dispensaires, hôpitaux... (5 milliards de francs) dépendent du financement métropolitain. La Calédonie devra ainsi compenser ce financement si celle-ci accède un jour à la pleine souveraineté. De plus, le territoire devra former ses propres professionnels de santé ou du moins garder un partenariat avec la France ou un pays voisin afin de constituer son propre réseau de praticiens.(97)

La réforme et la modernisation du système de santé calédonien s'impose donc afin de trouver des solutions à toutes ces interrogations.

Conclusion :

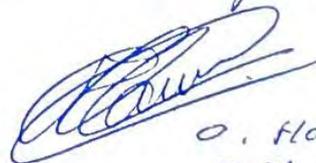
Le système de santé de la Nouvelle-Calédonie a été mis en place il y a un peu plus de 60 ans. Il ne cesse de s'améliorer afin de proposer à la population calédonienne une couverture sanitaire et sociale propre aux spécificités locales. Toutefois, ce système reste inadapté et inégal entre les provinces ce qui induit des prises en charges plus complexes, plus tardives, voire parfois un renoncement aux soins. Il doit aujourd'hui évoluer vers la mise en place d'un véritable réseau de prévention et un accès facilité aux soins. En effet, il a été démontré que l'état de santé d'une population dépend à 60% de l'offre de prévention à sa disposition, à 15% de facteurs génétiques, et à 25% de la qualité, de la diversité et du niveau d'accès à l'offre de soins.(73)

Les soignants de Nouvelle-Calédonie doivent ainsi prendre en considération l'individu dans sa globalité et dans son environnement afin de mieux appréhender la maladie, ses causes et conséquences. Selon l'OMS, la santé est : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».(98)

Plusieurs réformes de santé élaborées en collaboration et en coordination avec tous les acteurs concernés (les provinces, le Congrès, le gouvernement, les professionnels de santé...) doivent voir le jour prochainement. Cependant, ces projets peinent à se développer du fait des incertitudes politiques et institutionnelles qui planent sur le territoire. En effet, la Nouvelle-Calédonie devra décider dans les années à venir de son sort aux côtés ou non de la France métropolitaine. De cette issue, dépendra le dessein des calédoniens quant à leur plan de gouvernance et en particulier en matière de santé.

Souhaitons que les avantages du modèle hexagonal, basé sur la solidarité, demeurent les piliers du système de santé néo-calédonien.

Vu, le directeur et président,



*O. Hamel
9.7.2020*

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire semi-directif :

Questionnaire pour les chirurgiens-dentistes de la Province Nord :

1/ Pratiquez-vous la dentisterie en PN de la même manière que vous avez pu la pratiquer ailleurs ?

- Lien culturel de la population
- Relations Sociales
- Problèmes Financiers
- Problèmes de Matériel
- Prestation de laboratoire
- Freins et leviers

2/ Diriez-vous qu'il y'a une représentation particulière de la dent dans la culture Kanak.

3/ Êtes-vous sensibilisés à la prise en charge traditionnelle et en particulier pour les soins dentaires ?

4/ Existe-t-il selon vous des croyances associées et des liens spirituels pour la prise en charge des patients ? Si oui lesquels ? les prenez-vous en compte ?

5/ Votre avis sur les pratiques traditionnelles complémentaire à votre prise en charge ?

6/ Constatez-vous un manque de prise en charge dentaire en PN

- Problème d'accès aux soins ?
- Désert médical ?
- Délais d'attente long ?
- Problème de transport ?

7/ Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accès aux soins ?

Bibliographie :

1. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. :48.
2. Barbançon L-J. L' Archipel des forçats: Histoire du bagne de Nouvelle-Calédonie (1863-1931). Presses Univ. Septentrion; 2003. 452 p.
3. Constitution du 4 octobre 1958 | Legifrance [Internet]. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071194#LEGISCTA000006095844>
4. Loi n° 99-209 organique du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.
5. cp_ieom_nc_tc_1t2019.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/cp_ieom_nc_tc_1t2019.pdf
6. Nickel - MINES ET USINES DE NOUVELLE-CALÉDONIE.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: http://www.mncparis.fr/uploads/Nickel_MNC.pdf
7. London Metal Exchange: LME Nickel [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.lme.com/en-GB/Metals/Non-ferrous/Nickel#tabIndex=0>
8. » Vale statement on VNC VALE Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.vale.nc/?p=3258&lang=en>, <http://www.vale.nc/?p=3258&lang=en>
9. defis_croissance_caledonienne_122008.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cerom-outremer.fr/IMG/pdf/defis_croissance_caledonienne_122008.pdf
10. Les niveaux de vie dans les outre-mer : un rattrapage en panne ? [Internet]. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r13-710/r13-7102.html>
11. Poirine B. Eloignement, insularité et compétitivité dans les petites économies d'outre-mer. In: Economies d'outre-mer : s'ouvrir, pour soutenir la croissance ? [Internet]. France; 2007 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00974440>
12. ra2018_nouvelle-caledonie.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/ra2018_nouvelle-caledonie.pdf
13. 2019.11.15_ip_publication_de_lindice_des_prix_de_lisee.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2019.11.15_ip_publication_de_lindice_des_prix_de_lisee.pdf
14. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France métropolitaine – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926#consulter-sommaire>

15. Le cœur économique de l'île [Internet]. Ville de Nouméa. 2013 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.noumea.nc/decouvrir-noumea/leconomie-noumeenne/le-coeur-economique-de-lile>
16. Aires coutumières | Académie des Langues Kanak (ALK) [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.alk.nc/aires-coutumieres>
17. Documents, rapports, études | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/votre-sante/documents-rapports-etudes>
18. liste_des_prestataires_conventionnes_au_13.02.2020.pdf [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://dass.gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/liste_des_prestataires_convencionnes_au_13.02.2020.pdf
19. Population-handicap-CHD-2016.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <http://collectif-handicaps.com/wp-content/uploads/Population-handicap-CHD-2016.pdf>
20. ISEE - Structure de la population et évolutions [Internet]. [cité 23 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/population/recensement/structure-de-la-population-et-evolutions>
21. 9789242597417_fre.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44253/9789242597417_fre.pdf?sequence=1
22. Alimentation, activité physique et IMC - Santé pour tous [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/barometre-adultes/alimentation-activite-physique-et-imc>
23. obepi_2012.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
24. Imbert G. Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. Sante Publique (Bucur). 4 juill 2008;Vol. 20(2):113-24.
25. 156827_152534_etude-sodas-et-yaourts.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.franceguyane.fr/complements/2013/03/29/156827_152534_etude-sodas-et-yaourts.pdf
26. N° 3767 - Rapport de M. Victorin Lurel sur la proposition de loi de M. Victorin Lurel et plusieurs de ses collègues tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d'outre mer et celle des mêmes produits vendus dans l'hexagone (3574) [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r3767.asp>
27. Pasquet P. GENOTYPE OU PHENOTYPE ECONOMOME ? ETAT DE LA QUESTION. :2.

28. Une taxe sur le sucre pour lutter contre l'obésité [Internet]. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. 2019 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://gouv.nc/actualites/10-12-2019/une-taxe-sur-le-sucre-pour-lutter-contre-lobesite>
29. Tabac [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
30. Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: </liste-des-actualites/tabagisme-en-france-1-million-de-fumeurs-quotidiens-en-moins>
31. Tabac, alcool, cannabis et autres - Santé pour tous [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/barometre-adultes/tabac-alcool-cannabis-et-autres>
32. OMS | L'usage nocif de d'alcool est-il un problème de santé publique? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/features/qa/66/fr/>
33. BAROMÈTRE SANTÉ ADULTE 2015 Enquête sur la santé des Calédoniens de 18 à 60 ans. [Internet]. ASS-NC; 2015 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/barometre-adultes/presentation>
34. Réglementation vente d'alcool / Vente d'alcool / Alimentation, consommation et concurrence / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/Politiques-publiques/Alimentation-consommation-et-concurrence/Vente-d-alcool/Reglementation-vente-d-alcool>
35. 60c281b86cf8bec5653482938c41b05a.pdf [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/60c281b86cf8bec5653482938c41b05a.pdf
36. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
37. OMS | Programme Diabète de l'OMS [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/diabetes/fr/>
38. Les chiffres du diabète en France [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
39. 9789242565256-fre.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf?sequence=1>

40. OMS | Que faire pour éviter une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/27/fr/index.html>
41. Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Campagne proposée par l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie Du 1er au 14 septembre 2014. :2.
42. Hypertension artérielle [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle>
43. OMS | Nouvelles orientations de l'OMS sur le sel et le potassium dans l'alimentation [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/salt_potassium_20130131/fr/
44. Stratégie de lutte - Santé pour tous [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/vers-espace-pro/raa/pour-les-professionnel-de-sante/strategie-de-lutte>
45. cas_de_cancers_diagnostiques_en_2016.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: https://dass.gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/cas_de_cancers_diagnostiques_en_2016.pdf
46. Cancer [Internet]. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
47. Relations entre maladies systémiques et maladies parodontales [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2010 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/parodontologie/rerelations-entre-maladies-systemiques-et-maladies-parodontales/>
48. Recos-espace-PRO.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
49. Caux F. Épidermolyse bulleuse acquise. Presse Médicale. oct 2010;39(10):1081-8.
50. Apercu_plaquette_Mal_Paro.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.sfpio.com/images/Articles/Apercu_plaquette_Mal_Paro.pdf
51. Chene P. LE SYSTÈME BUCCO-DENTAIRE EN NOUVELLE CALÉDONIE. :7.
52. Pichot H, Hennequin M, Rouchon B, Pereira B, Tubert-Jeannin S. Dental Status of New Caledonian Children: Is There a Need for a New Oral Health Promotion Programme? PLoS ONE [Internet]. 7 nov 2014 [cité 16 avr 2020];9(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224488/>

53. Puits_Sillons_rap.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_rap.pdf
54. 2017-fdi_cpp-chairside_guide-fr.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/2017-fdi_cpp-chairside_guide-fr.pdf
55. Programme WOH. DMFT levels at 12 years : 1996. 1996 [cité 15 avr 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61182>
56. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. févr 2009;37(1):1-8.
57. SOUTH PACIFIC COMMISSION: Third regional technical meeting of chief dental officers [Internet]. 1990 [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: https://spccfpstore1.blob.core.windows.net/digitallibrary-docs/files/29/298e332446d647d0e9384018d5a900f5.pdf?sv=2015-12-11&sr=b&sig=BR4oVZPcTYeaJ1sltQsXWuZS9VsLE%2BgJRcgVa7g%2FWWY%3D&se=2020-10-13T09%3A50%3A25Z&sp=r&rsc=public%2C%20max-age%3D864000%2C%20max-stale%3D86400&rsct=application%2Fpdf&rscd=inline%3B%20filename%3D%228739_1991_3rd_dental_meeting.pdf%22
58. Semaine de prévention buccodentaire intensive pour les élèves de CP du 28 au 31 octobre [Internet]. ASS-NC; 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/l-actualite/479-semaine-de-prevention-buccodentaire-intensive-pour-les-eleves-de-cp-du-28-au-31-octobre>
59. Rouchon B, Hennequin M, Pichot H, Tubert-Jeannin S, Pereira B. EVALUATION DE LA SANTE ORALE ET DES PARAMETRES ASSOCIES A L'ETAT BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS DE 6, 9 ET 12 ANS [Internet]. ASS-NC; [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/147-nos-chiffres-sante?download=303:etude-sur-la-sante-orale-bucco-dentaire-des-enfants-en-nc-2013>
60. OMS | La poursuite de l'allaitement maternel pour la croissance et le développement harmonieux de l'enfant [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/bbc/continued_breastfeeding/fr/
61. Molloumba F, Bossali F, Molloumba PJ. Les habitudes alimentaires chez les peuples pygmées, leur impact sur la croissance du complexe dento-alvéolaire. 2013;4.
62. Puits_Sillons_recos.pdf [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
63. Pichot H. Rapport d'évaluation du projet « caravane buccodentaire » [Internet]. ASS-NC; 2013 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/80->

enquetes-etudes?download=331:rapport-d-evaluation-du-projet-caravane-buccodentaire

64. Rouchon B, Pichot H, Noyant K. MES DENTS MA SANTE: Plan d'actions pour la promotion de la santé orale en Nouvelle-Calédonie 2014-2018 [Internet]. ASS-NC; [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/80-enquetes-etudes?download=295:referentiel-ppso-web>
65. Quid du programme Mes Dents Ma Santé [Internet]. ASS-NC; 2017. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/component/phocadownload/category/28-depliants-brochures?download=325:bulletin-aso-n-5-annee-2017-quid-du-programme-mes-dents-ma-sante>
66. OMS | À propos des systèmes de santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
67. Loi n°56-619 du 23 juin 1956 MESURES PROPRES A ASSURER L'EVOLUTION DES TERRITOIRES RELEVANT DU MINISTERE DE LA FRANCE D'OUTRE-MER. 56-619 juin 23, 1956.
68. Loi n° 99-209 organique du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.
69. La réglementation des professions de santé | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/etablissements-et-professionnels/la-reglementation-des-professions-de-sante#>
70. Projet de loi et projet de loi organique relatifs à la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l98-1801/l98-18014.html>
71. Délibération n° 12-1990/APS du 24 janvier 1990 relative à l'aide médicale et aux aides sociales [Internet]. Disponible sur: <https://www.province-sud.nc/juribaseweb/juribase/Download/8a818f8544e1c8110144e1dfb58a0249/fichierPdf>
72. [dass_ps_aide_medicale.pdf](#) [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://www.province-nord.nc/sites/default/files/documents/dass_ps_aide_medicale.pdf
73. [brochure_do_kamo_etre_epanou_i_0.pdf](#) [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/brochure_do_kamo_etre_epanou_i_0.pdf
74. À propos de la DASS | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/la-dass/propos-de-la-dass>

75. Nos services et nos missions | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/la-dass/nos-services-et-nos-missions>
76. Qui sommes-nous ? - Santé pour tous [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepourtous.nc/l-agence/qui-sommes-nous>
77. MISSIONS [Internet]. CAFAT-60 ans. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://cafat60ans.nc/missions/>
78. Saïdi AK. Comprendre la Nouvelle-Calédonie à travers son système de santé. Editions L'Harmattan; 2020. 120 p.
79. GUIDE+TRAVAILLEURS+INDEPENDANTS.pdf [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cafat.nc/documents/20467/127280/GUIDE+TRAVAILLEURS+INDEPENDANTS.pdf>
80. 2020.02.11_cp_plan_de_perennisation_du_ruamm.pdf [Internet]. [cité 7 juin 2020]. Disponible sur: https://gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/2020.02.11_cp_plan_de_perennisation_du_ruamm.pdf
81. organigramme_dassps.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.province-nord.nc/sites/default/files/la_collectivite/organigrammes/organigramme_dassps.pdf?2019
82. organigramme_dassps.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.province-nord.nc/sites/default/files/la_collectivite/organigrammes/organigramme_dassps.pdf?2019
83. Convention+médicale+type+-+30+05+2013.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cafat.nc/documents/20479/2502788/Convention+m%C3%A9dicale+type+-+30+05+2013.pdf>
84. Pôle sanitaire du Nord (Koné) – Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: https://etablisements.fhf.fr/annuaire/hopital-site.php?id_etab=11407
85. Hôpital Raymond Doui Nebayes (Poindimié) – Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: https://etablisements.fhf.fr/annuaire/hopital-site.php?id_etab=7507
86. Hôpital (Koumac) – Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: https://etablisements.fhf.fr/annuaire/hopital-site.php?id_etab=10374
87. Construction d'un pôle sanitaire à Koné pour améliorer l'offre de santé du Nord [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.afd.fr/fr/carte->

des-projets/construction-dun-pole-sanitaire-kone-pour-ameliorer-loffre-de-sante-du-nord

88. L'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://dass.gouv.nc/etablisements-et-professionnels/lorganisation-sanitaire-de-la-nouvelle-caledonie>
89. Guide-de-la-formation-PACES-2020-2021.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2020]. Disponible sur: <https://unc.nc/wp-content/uploads/2017/10/Guide-de-la-formation-PACES-2020-2021.pdf>
90. aides à l'installation. 2010;3.
91. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. La foire aux questions - odontologie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-odontologie>
92. Carbona S, Canceill T. Jeunes praticiens et déserts médicaux [Internet]. L'Information Dentaire. 2019 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/jeunes-praticiens-et-deserts-medicaux/>
93. Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 RELATIVE A L'EXERCICE ET A L'ORGANISATION DES PROFESSIONS DE MEDECIN, DE CHIRURGIEN-DENTISTE ET DE SAGE-FEMME.
94. Missions – Conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de Nouvelle Calédonie [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <https://chirurgiens-dentistes.nc/missions/>
95. Dentistes ON des C. Compétences [Internet]. 2008 [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/index.php?id=58>
96. Equipements et unités de soins - Intermed [Internet]. [cité 30 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.intermed.nc/solution/equipements-et-unites-de-soins/>
97. Philippe DUNOYER : « Le système de santé après le référendum » [Internet]. Calédonie Ensemble. 2018 [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: <https://caledonie-ensemble.com/2018/10/11/philippe-dunoyer-le-systeme-de-sante-apres-le-referendum/>
98. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>

LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN PROVINCE NORD DE LA NOUVELLE-CALEDONIE : EPIDEMIOLOGIE ET ORGANISATION

RESUME EN FRANÇAIS :

La Nouvelle-Calédonie compte 126 chirurgiens-dentistes en 2018. Toutefois, malgré le développement de son système de santé depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la grande majorité des praticiens exercent dans le sud alors que seule 18 chirurgiens-dentistes travaillent en province Nord. Ces derniers doivent faire face à une prévalence de pathologies bucco-dentaires beaucoup trop importante.

Ainsi, en plus d'une certaine inégalité d'offre de soins entre les différentes provinces, il existe un manque évident de prévention et d'informations.

Cette thèse fait le point sur le système de santé actuel afin d'identifier les besoins des calédoniens et les problématiques rencontrées tout en prenant en compte les perspectives d'évolutions, notamment institutionnelles de l'île.

TITRE EN ANGLAIS : Oral health in Northern province of New-Caledonia :
Epidemiology and organization

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLES : Nouvelle-Calédonie ; Province Nord ; Système de santé ; Bucco-
dentaire ; Do Kamo ;

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire,
3 chemin des Maraîchers,
31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Pr Olivier HAMEL