



HAL
open science

**Élaboration de pistes d'actions de prévention et
d'éducation concernant le problème des handicaps par
accidents de la circulation en Nouvelle-Calédonie :
réflexion sur des vécus complétée d'une revue de
littérature**

Andréa del Valle

► **To cite this version:**

Andréa del Valle. Élaboration de pistes d'actions de prévention et d'éducation concernant le problème des handicaps par accidents de la circulation en Nouvelle-Calédonie : réflexion sur des vécus complétée d'une revue de littérature . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01597831

HAL Id: dumas-01597831

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01597831>

Submitted on 28 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

par Andréa Del Valle

née le 22 mars 1983 à Lyon (69)

Le 31/08/2017

**Élaboration de pistes d'actions de prévention et
d'éducation concernant le problème des handicaps
par accidents de la circulation
en Nouvelle-Calédonie**

Réflexion sur des vécus complétée d'une revue de littérature.

Directrice de thèse : Dr LHOTE Elisabeth, PH en médecine physique et de réadaptation.

Rapporteur : Dr RIQUEL Line, MCA en médecine générale

Jury de la thèse :

Président : Pr FRANCO Jean-Marc, PU de médecine générale

Juges : Pr CASTERA Philippe, PA de médecine générale

Pr COMBES Xavier, PU-PH d'anesthésie-Réanimation

Dr RIQUEL Line, MCA en médecine générale

Dr MULLER André, PH en médecine physique et de réadaptation

DEDICACES

Je dédicace ce travail à toutes les familles qui ont perdu quelqu'un, à tous les survivants et à toutes les personnes qui souhaitent améliorer la situation actuelle.

À tous les personnels des CMS, en particulier ceux de Pweevo, merci du fond du cœur.

Aux médecins exerçant en zone rurale.

À Sylvain et nos deux enfants, Joaquim et Maxime.

À mes parents.

À mes frères et sœurs.

À toute ma famille et tous mes amis pour tous les moments partagés ensemble au cours de ces études.

À l'ami Roro et sa famille.

Aux gens de cette île de lumière, où que le vent les mène, de l'est à l'ouest, de l'île des pins jusqu'à Bélep.

REMERCIEMENTS

À Mr le Pr Pierre Dubus, Doyen de la faculté de Bordeaux pour avoir accepté d'accorder un délai d'un an pour soutenir le travail de thèse.

À Mr le Pr Jean-Philippe Joseph, Directeur du département de médecine générale de la faculté de Bordeaux pour avoir autorisé le soutien de la thèse d'exercice sous la forme d'un mémoire d'introspection complété d'une revue de littérature.

À Mr le Pr Jean-Marc Franco, Directeur du département de médecine générale de la faculté de la Réunion pour avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de la thèse.

À Mme le Dr Line Riquel pour avoir apporté votre savoir en tant que rapportrice et pour avoir accepté de participer au jury de la thèse.

À Mr le Dr Muller pour avoir accepté de participer au jury de la thèse et ainsi apporter vos connaissances en tant que spécialiste en médecine physique et de réadaptation.

À Mr le Pr Philippe Castera pour avoir accepté de participer au jury de thèse et ainsi représenter l'UFR de Bordeaux.

À Mr le Pr Combes pour avoir accepté de participer au jury de la thèse et ainsi apporter votre savoir en tant que chef de service du SAMU 974.

À Mme le Dr Elisabeth Lhote pour avoir dirigé la thèse et ainsi apporter votre savoir en tant que spécialiste exerçant en Nouvelle-Calédonie la médecine physique et de réadaptation.

À Mme Priscilla Lashermes Robson, assistance sociale au Dispositif d'Actions Médico-Sociales Précoces pour votre aide méthodologique et vos remarques pertinentes.

Au territoire pour votre soutien pendant les études de médecine menées

Au service de la DASSPS pour l'opportunité offerte de travailler au sein d'un centre médico-social en Nouvelle-Calédonie et pour vos réponses et échanges à propos du travail.

À Mesdames Catherine Bucherer et Catherine Lacombe, pour votre soutien sans faille au cours de la formation.

Au Dr Michel Cortambert, médecin en CMS et ancien DRH de la direction sanitaire de la province Nord pour votre retour et remarques à propos du travail effectué.

Aux urgentistes du CHT de Gaston Bourret pour votre échange à propos du travail.

À Mme Patricia Marais, membre de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie pour les échanges réalisés à propos du travail.

Au Dr Patrick Lefèvre, médecin au CHN de Koumak et vice-président de l'Association Handicapés du Nord pour votre retour à propos du travail.

Au Docteur Soearti Darjana, pour avoir transmis sa vocation.

À « Clothilde » qui est la raison de ce travail.

À Colette, Béatrice, Aurore, Aude, Marine, Damien et Sylvain qui ont aidé à corriger ce travail.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Coût de la santé en Nouvelle-Calédonie, ISEE-NC, budgets de la Nouvelle-Calédonie et des provinces.....	12
Figure 2 Niveaux de compétences du médecin généraliste, Collège national des généralistes	13
Figure 3 Comparaison entre la répartition des communautés dans la population et la répartition des traumatismes crâniens sévères suite à un accident de la route par communauté d'appartenance.	15
Figure 4 Aires coutumières de Nouvelle-Calédonie	21
Figure 5 Distances entre les lieux de l'accident et de la prise en charge.....	23
Figure 6 Evacuation sanitaire en Australie.....	24
Figure 7 Carte sanitaire calédonienne 2014, ISEE-NC.....	26
Figure 8 Comparatif par province entre le taux de ménages équipés en automobile et le taux de ménages consommant pour la mise en conformité des automobiles. ISSE-NC 2008.....	37
Figure 9 Répartition des revenus monétaires mensuels en XPF des ménages en 2008	38
Figure 10 Historique sur la législation relative à l'organisation de la santé, notamment dans le domaine de l'urgence, et des attributions de compétences relatives à ce domaine.....	40
Figure 11 Densité d'IDE libéraux en Nouvelle-Calédonie pour 100000 habitants (ISEE, annuaire).....	43
Figure 12 Densité de Masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants en Nouvelle Calédonie (ISEE, annuaire).....	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Taux d'équipement des ménages. Isee-NC 2009	11
Tableau 2 Rôles des centres médico-sociaux en zone rurale	13
Tableau 3 Nombre d'accidents 2014 en Nouvelle-Calédonie, en France et à la Réunion	14
Tableau 4 Accidentalité 2014 pour cent mille habitants en Nouvelle-Calédonie, en France et à la Réunion.	14
Tableau 5 Comparaison des incidences des lésions entre la Nouvelle-Calédonie et le Rhône	14
Tableau 6 Procédure concernant les acteurs à interpeller sur l'AVP en zone rurale.	41

LISTE DES ABREVIATIONS

ADRAF	Agence de Développement Régional et d'Aménagement Foncier
AFP	Agence France-Presse
ALD	Affection Longue Durée
ASS-NC	Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie
AVP	Accident de la Voie Publique
CAFAT	Caisse des Allocations Familiales et des Accidents de Travail
CHN	Centre Hospitalier Nord
CHT	Centre Hospitalier Territorial
CMS	Centre Médico-Social
CRHD	Commission de Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance
CSSR	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation
DASS-NC	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie
DASSPS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société
DITTT	Direction des Infrastructures, de la Topographie et des Transports Terrestres
FR	Fauteuil Roulant
HAS	Haute Autorité Sanitaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IEOM	Institut d'Emission d'Outre-Mer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISEE-NC	Institut de la Statistique et des Etudes Economiques - Nouvelle-Calédonie
JAMA	Journal of the American Medical Association
JONC	Journal Officiel de Nouvelle-Calédonie
NC	Nouvelle-Calédonie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TC	Traumatisme Crânien

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	10
A.	Situation en Nouvelle-Calédonie	10
B.	Exercer en centre médico-social rural	12
C.	Accidents de la circulation et handicaps.....	13
1.	Accidents de la route et séquelles graves.....	14
2.	Séquelles graves et communauté d'appartenance.....	14
3.	État des lieux de la prévention des séquelles graves.....	16
D.	Approche anthropologique du handicap.....	17
E.	Justification du choix de sujet du travail.....	18
F.	Objectifs :	18
1.	Objectif principal.....	18
2.	Objectif secondaire	18
II.	Méthode	18
A.	Biographie d'une patiente avec séquelles graves suite à un accident de la route en zone rurale.....	19
B.	Extraits d'autobiographie d'un médecin de CMS en province Nord.	20
C.	Revue de littérature	20
III.	Résultats	20
A.	Biographie d'une survivante avec séquelles graves	21
1.	Données issues de l'interrogatoire	21
2.	Résumé.....	21
B.	Descriptions des situations rencontrées au cours de l'exercice illustrant les différents aspects de la prévention	28
1.	Prévention primaire.....	29
2.	Prévention secondaire.....	30
3.	Prévention tertiaire	31
C.	Revue de littérature pour approfondir la discussion.....	31
1.	Travaux et recherches d'organismes relevant de la Santé.....	31

2.	Revue sur la santé et l'accidentologie :	32
3.	Thèses de médecine :	33
4.	Travaux et recherches d'organismes à orientation socio-économique :	33
5.	Revue socio-économiques :	34
6.	Documents législatifs et officiels :	34
7.	Livres	35
8.	Documents issus des médias de l'information	35
IV.	Discussion	36
A.	Pistes d'actions concernant la prévention primaire	36
1.	Diminuer le nombre de conducteurs en état d'ivresse	36
2.	Augmenter le taux de ménages s'occupant de l'entretien des véhicules.	36
3.	Diminuer le nombre d'accidentés graves sur le route territoriale numéro 1.....	38
4.	Diminuer le nombre de pertes de contrôle du véhicule compliquées d'une collision contre un obstacle fixe.....	39
5.	Améliorer la connaissance des facteurs de risques d'accidents graves	39
B.	Pistes d'actions concernant la prévention secondaire ..	39
1.	Agir sur le délai de formation des soignants de zone rurale en actualisant le schéma des urgences.....	39
2.	Agir sur le délai de prise en charge en formalisant des procédures aux AVP	41
C.	Pistes d'actions concernant la prévention tertiaire.....	42
1.	Augmenter la mobilité.....	42
2.	Mieux protéger.....	42
3.	Améliorer le bien-être.	43
4.	Empêcher une prise de poids en situation de handicap lourd.	44
5.	Mieux préparer le médecin.	44
V.	Conclusion	70
	BIBLIOGRAPHIE	71

TABLE DES ANNEXES	76
Annexe 1 Méthodes de thèses d'exercice de médecine	77
Annexe 2 Titre III de la délibération n°171 relative au schéma des urgences en NC.	81
Annexe 3 : Matériel d'accompagnement	85
SERMENT D'HIPPOCRATE	86
4ème de couverture.....	87

I. Introduction

La Nouvelle-Calédonie est une île où plusieurs communautés cohabitent. En tant que calédonienne, une réflexion sur un problème de santé touchant toutes les communautés de la Nouvelle-Calédonie semblait appropriée.

Exercer dans des centres médico-sociaux ruraux localement appelés « de brousse » amène le médecin généraliste à assurer les soins aux personnes en situation de handicap, ainsi que l'approche médicale des accidents de la route, soutenu par des moyens matériels (sac d'urgence contenant des drogues, de l'oxygène, du matériel d'intubation, un défibrillateur, etc.) et humains (l'infirmier d'astreinte, les sapeurs-pompiers et le 15).

C'est en exerçant ces deux fonctions pendant plus d'un an qu'est né le projet de faire une thèse d'exercice au sujet de la prévention des handicaps provoqués par les accidents de la voie publique en particulier en zone rurale.

Ce mémoire espère intéresser les professionnels et autres acteurs concernés par la prévention de ce problème de santé.

A. Situation en Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle-Calédonie est une île principale entourée de six petites îles. Elle est divisée administrativement en trois provinces : la province Nord, la province Sud et la province des Îles Loyauté.

Ces provinces regroupent 269000 habitants au total.

Les Îles, le Nord et le Sud concentrent respectivement 7%, 19% et 74% de la population totale. C'est en province Sud que se trouve le chef-lieu, le Grand Nouméa, rassemblant 67% de la population (1).

Le Nord, les Îles Loyauté et le Sud — hors du Grand Nouméa — sont des zones rurales.

Les institutions politiques sont le congrès et le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie — qui délibèrent pour l'ensemble du territoire — et les provinces Nord, Sud et des Îles— qui délibèrent pour ces zones.

La Nouvelle-Calédonie est également un pays avec de nombreuses ethnies qui ne se répartissent pas de la même manière sur le territoire.

39% des habitants appartiennent à la communauté kanak, 27% à la communauté européenne et les autres appartiennent à diverses communautés (tahitienne, wallisienne, indonésienne, vietnamienne, ...).

Le Grand Nouméa est la zone où la diversité des communautés est la plus grande (1).

Au contraire, 70% des habitants de zone rurale appartiennent à la communauté Kanak (1).

La Nouvelle-Calédonie est un pays à fortes inégalités. 40 % des habitants de zone rurale vivent sous le seuil de la pauvreté contre 9% en zone urbaine. Ces chiffres sont à tempérer, car ils n'intègrent pas l'économie non monétaire de la brousse (2).

Les corollaires sont donc qu'au moins un habitant sur trois de brousse ne dispose pas de ressources monétaires suffisantes pour vivre dans la société de consommation actuelle comme le montre le tableau 1 et que plus de deux tiers des habitants des zones rurales appartiennent à la communauté Kanak.

Tableau 1 Taux d'équipement des ménages. Isee-NC 2009

Part des ménages ayant (en %)	Loyautés	Nord	Sud	Nlle-Calédonie
Un point d'eau individuel	95.8	90.6	98.4	97,0
Une connexion au réseau général électrique	93.4	86.8	96.2	94.4
Un réfrigérateur ou un congélateur	82.5	79.1	95.9	92.3
Un téléphone mobile	66.2	75.3	91.5	87.3
Une baignoire, une douche intérieure	48.5	61.5	94.4	86.3
Des WC intérieurs	46.2	61.1	94.2	85.9
Une machine à laver le linge	65.5	60.9	89.6	83.4
Une voiture	45.9	60.7	82.8	77.0
Un ordinateur	19.0	32.1	64.2	56.3
Un téléphone fixe	24.1	29.9	56.5	50.2
Un accès internet	5.8	14.2	45.1	37.7
Un bateau à moteur	6.1	16.0	8.9	9.9
Un deux-roues à moteur	4.7	2.6	7.7	6.7

Le système de protection sociale est distinct de celui de la France. Il y a le Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité confié à la CAFAT (organisme privé chargé d'une mission de service public) qui gère la couverture sociale obligatoire de l'ensemble de la population ayant un revenu — salariés, patentés, libéraux, agents expatriés, militaires et étudiants — et que complètent des mutuelles et des assurances privées ; et il y a l'aide médicale au profit des personnes économiquement faibles qui est un régime public géré par les provinces et financé par celles-ci et la Nouvelle-Calédonie.

Hormis à Koumak et à Poindimié où existent des centres hospitaliers gérés par le territoire, la santé en zone rurale relève des centres médico-sociaux gérés par les provinces et des quelques libéraux qui y exercent.

La santé représente donc un coût non négligeable pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie comme l'indique la figure 1.

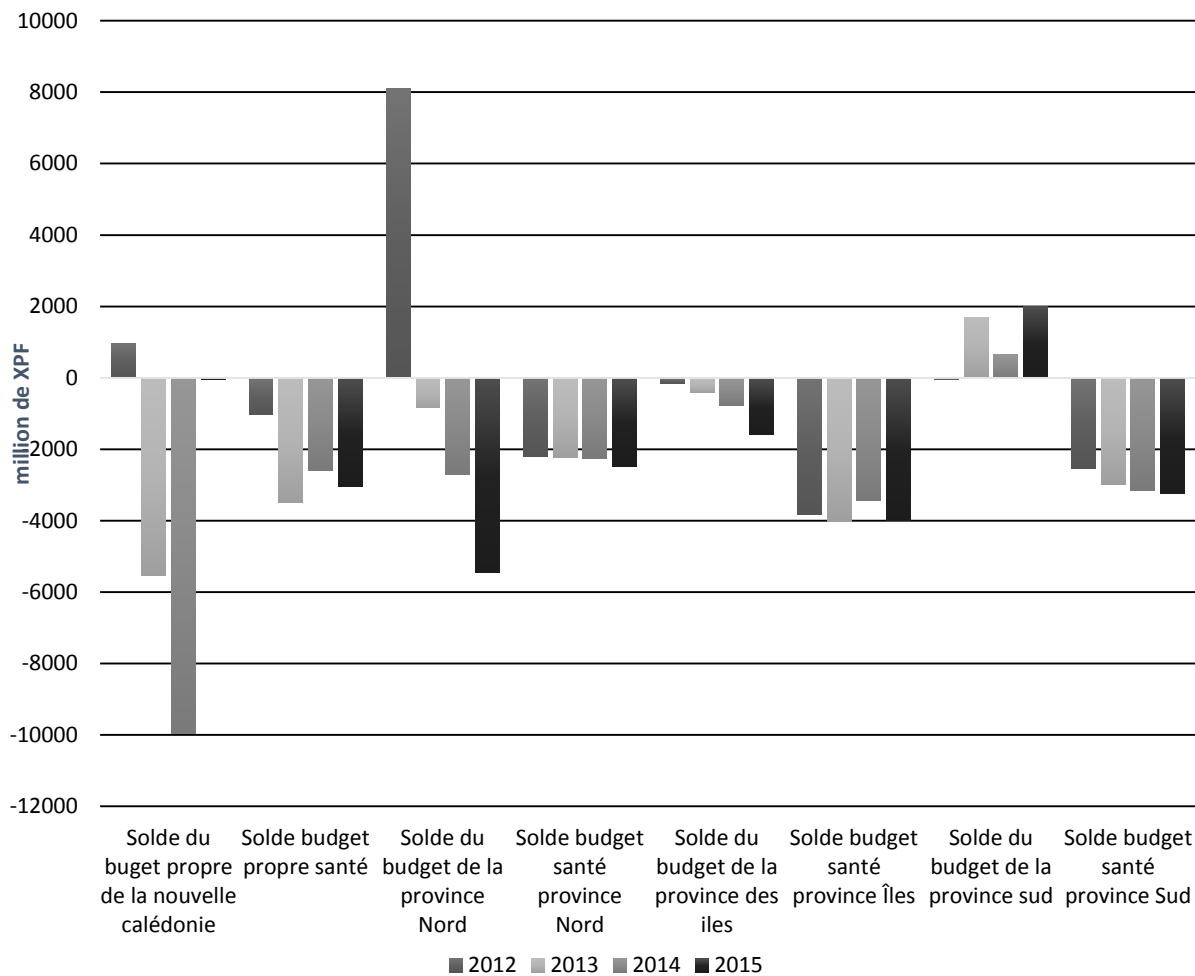


Figure 1 Coût de la santé en Nouvelle-Calédonie, ISEE-NC, budgets de la Nouvelle-Calédonie et des provinces.

L'accord de Nouméa a créé un régime devant permettre un rattrapage sanitaire et économique des provinces les plus pauvres — Le Nord et les Îles Loyautés, dont les taux de pauvreté sont respectivement de 37% et 65% contre 9% pour le Grand Nouméa et 29% pour le reste de la province Sud (2).

Pour y arriver, au moins 51.5 % des recettes du territoire — la dotation de fonctionnement — sont réparties à raison de : 50 % pour la province Sud ; 32 % pour la province Nord ; 18 % pour la province des îles Loyauté (3).

B. Exercer en centre médico-social rural

Le médecin généraliste exerce pleinement les niveaux de compétences de la figure 2 (4) au sein des centre médico-sociaux en zones rurales où il exerce de nombreux rôles comme on peut le noter dans le tableau 2.



Figure 2 Niveaux de compétences du médecin généraliste, Collège national des généralistes

Tableau 2 Rôles des centres médico-sociaux en zone rurale

<p>Province des îles Loyauté Arrêté n° 2015-176/PR</p>	<p>Les CMS, [...] exercent une mission de santé publique. Chaque centre médical [...] assume plus particulièrement, la mise en œuvre et le suivi des actions sanitaires curatives et préventives : soins externes, urgences médicales, hospitalisations, accouchements, consultations généralistes et coordination des vacations spécialistes, soins médicaux, paramédicaux et de nursing, examens complémentaires.</p>
<p>Province Sud Délibération n° 92017/APS et n° 26-2012/APS</p>	<p>Les structures généralistes sont les CMS, lesquels sont chargés notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'assurer et de dispenser des soins en priorité aux personnes relevant de l'aide médicale ; - de développer et de mettre en œuvre des actions de prévention dans le cadre des programmes de santé publique ; - de permettre la continuité des soins en réseau avec les différents autres dispensateurs de soins.
<p>Province Nord Délibération n° 2011-25/APN et n° 2009-72/APN</p>	<p>Ils sont chargés de l'application de la politique sanitaire, sociale et médico-sociale de la province dans le domaine curatif, préventif et de la continuité des soins notamment dans le cadre du service public et de l'urgence.</p>

39% de la population calédonienne appartient à la communauté Kanak (1). Ces habitants se concentrent dans les zones rurales où ils représentent 70% de la population de brousse (1). Le médecin exerçant en CMS de zones rurales va donc souvent travailler avec un groupe de la population dont la conception concernant la santé est singulière.

C. Accidents de la circulation et handicaps

1. Accidents de la route et séquelles graves

En 2014, les chiffres de l'accidentalité pour cent mille habitants (1), (5), (6), (7) rapportés dans les tableaux 3 et 4 montraient :

- Quatre à cinq fois plus de tués en Nouvelle-Calédonie par rapport à La Réunion et à La France.
- Deux à quatre fois plus de blessés hospitalisés par rapport à la France et la Réunion.

Tableau 3 Nombre d'accidents 2014 en Nouvelle-Calédonie, en France et à la Réunion

	Accidents	Blessés hospitalisés	Tués	Nombre d'habitants
Nouvelle-Calédonie	374	248	67	269 000
La Réunion	658	188	49	842 767
France	58191	26635	3384	64 027 784

Tableau 4 Accidentalité 2014 pour cent mille habitants en Nouvelle-Calédonie, en France et à la Réunion.

	Accidents	Blessés hospitalisés	Tués
Nouvelle-Calédonie	139	92	24,9
La Réunion	78	22	6
France	91	41	5

La DASS-NC indiquait que les accidents étaient plus graves en NC. Par exemple, il y avait quatre fois et demi plus de risque d'avoir une lésion de la moelle en NC que dans le Rhône (8) comme il est vu dans le tableau 5.

Tableau 5 Comparaison des incidences des lésions entre la Nouvelle-Calédonie et le Rhône

Lésions	Risque relatif	IC 95%
Céphaliques et nerfs crâniens	2.63	1.40-5.70
De la moelle	4.5	1.85-12.75
Fracture du fémur	2.18	1.61-3.39

2. Séquelles graves et communauté d'appartenance.

Les séquelles graves causées par les AVP semblent toucher plus souvent la communauté Kanak que les autres communautés comme le montre la figure 3. En effet, une étude transversale rétrospective analysant les données des victimes admises de 2008 à 2012 en soins intensifs pour traumatisme crânien sévère notait que les personnes présentant un traumatisme crânien sévère suite à un accident de la route appartenaient plus fréquemment à cette communauté (9).

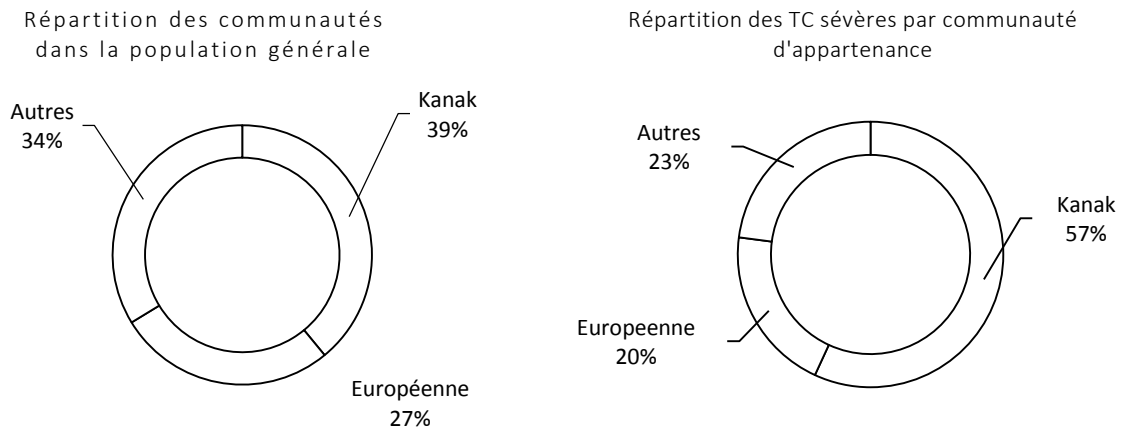


Figure 3 Comparaison entre la répartition des communautés dans la population et la répartition des traumatismes crâniens sévères suite à un accident de la route par communauté d'appartenance.

Après discussion avec des confrères — le Dr Lhote, un des auteurs ayant mis en évidence ce constat (9) et le Dr Cortambert, médecin en CMS ruraux pendant près de vingt années — il a été conclu qu'il serait possible que ce constat soit expliqué par une augmentation du risque d'accidents liée au mode de vie rural.

En effet, la population rurale semblerait être soumise à des déplacements longs plus fréquemment que la population urbaine, — pour se rendre auprès d'un membre de la famille vivant sur une autre commune, pour faire les courses ou pour se rendre et revenir du travail dans une commune plus développée — ce qui pourrait être responsable de plus d'accidents liés à la fatigue. De même, les longs trajets pourraient inciter à rouler plus rapidement pour raccourcir les délais d'arrivée entraînant plus d'accidents liés à une vitesse excessive. Ou bien, l'explosion récente de l'utilisation des voitures au sein de la communauté rurale ces trente dernières années s'étant faite sans transmission générationnelle — des risques, conseils, habitudes de suivi, etc. — pourrait être la cause de plus d'accidents liés au mauvais état du véhicule. Et puisqu'elle se compose à 70% d'habitants appartenant à la communauté Kanak, cela pourrait expliquer la surreprésentation de cette communauté dans la figure 3.

Si une enquête ultérieure — à ce jour, la DITTT ne relève pas le lieu de vie des accidentés au moment de l'accident (5) — venait à infirmer l'hypothèse d'un sur-risque pour la communauté rurale, alors il faudrait trouver d'autres causes à la surexposition aux accidents graves pour la communauté Kanak. Ainsi cela pourrait être expliquée par une élévation du risque d'accidents liés à des difficultés d'entretien et de suivi des voitures par manque de moyens financiers touchant plus particulièrement cette communauté plutôt que les autres communautés calédoniennes. Ou bien cela pourrait aussi se traduire comme une élévation du risque d'accidents liés à une consommation d'alcool majorée au sein de la communauté Kanak.

Présentement, il n'y a pas de chiffres concernant le taux de pauvreté par communauté d'appartenance en Nouvelle-Calédonie (2) et en 2015, le baromètre santé n'indiquait pas la consommation d'alcool en fonction de la communauté d'appartenance (10). Pourtant, le recueil de l'appartenance ethnique des personnes, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques propres au territoire de Nouvelle-Calédonie semblerait présenter dans cette situation un intérêt de santé publique.

3. État des lieux de la prévention des séquelles graves.

Une séquelle est un terme médical désignant un trouble persistant après guérison. La Commission de la Reconnaissance du Handicap et de la Dépendance de Nouvelle-Calédonie informe qu'en ce qui concerne les personnes reconnues en situation de handicap par le gouvernement, 8% des séquelles acquises après la période néonatale et pour lesquelles une demande de reconnaissance du handicap avait été initiée étaient le fait d'un AVP (11). Ces chiffres sont probablement incomplets puisque la part d'accidents de la route dans les accidents du travail n'était pas précisée. De plus, certaines personnes lourdement handicapées à la suite d'un AVP mais bien couvertes par leur assurance ne vont pas se faire connaître auprès de la CRHD.

a) *Prévention primaire*

La prévention primaire est définie comme une action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (5). Ici, ce sera par exemple de lutter contre les facteurs de risque concernant les accidents de la route et leur gravité.

La réduction de 50% (12) du nombre d'accident de la circulation est un objectif prioritaire pour l'OMS concernant la décennie 2011-2020. Actuellement, la Nouvelle-Calédonie a réduit ce nombre de 13% (5).

b) *Prévention secondaire*

La prévention secondaire consiste en une action menée pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (5). Elle comprend le début des traitements de la maladie (5). Cela passera donc par la mise en place d'une attelle cervico-thoracique à un patient accidenté pour diminuer le risque de déplacement secondaire d'une fracture du rachis ou la formalisation de procédures de prise en charge initiale des traumatisés crâniens pour améliorer la qualité de celle-ci.

Les sapeurs-pompiers présents sur tout le territoire hormis quelques communes rurales assurent les gestes de premiers secours.

En zone rurale, en dehors de Koumak et Poindimié, ce sont les CMS qui exercent les soins médicaux d'urgence — et les gestes d'urgence sur les communes où il n'y a pas de sapeurs-pompiers. Plus de deux tiers des médecins exerçant en CMS sont des généralistes — cela correspond à 11% de l'ensemble des médecins généralistes qui exercent en NC (13).

Les trois provinces privilégient — autant que faire se peut — le recrutement de médecins ayant exercé en milieu rural ou isolé ou ayant la capacité de médecine d'urgence dans le souci d'une réponse adaptée aux urgences. Par ailleurs, Le conseil de l'ordre n'accepte les médecins non thésés que sur les CMS ayant un 2ème médecin senior. Et le service des ressources humaines prend soin de recruter des doublons jeunes médecins thésés / médecin senior, là-aussi autant

que faire se peut — Cependant, le jeune médecin (thésé ou non et formé ou non) assure seul son astreinte sur la commune lorsque le médecin senior quitte son lieu d'exercice.

Cette prévention se fera aussi dans les mois qui suivront l'accident au sein des centres de soins de suite et de réadaptation.

On dispose depuis 2015 d'un vrai Centre de Soins de Suite et de Réadaptation dans le Grand Nouméa sur Dumbéa — Toutefois, les survivants d'AVP blessés gravement qui sont dans le coma, en phase d'éveil, ou qui ont bénéficié d'un acte de neurochirurgie ou d'une trachéotomie continuent d'être évacués vers la France ou l'Australie. Et dès 2010, des locaux moins bien équipés accueilleraient déjà des personnes en soins de suite et de réadaptation.

c) *Prévention tertiaire*

La prévention tertiaire inclut une action menée pour réduire l'effet, la prévalence du problème de santé chronique du patient ou d'une population de patients en minimisant le handicap fonctionnel induit par ce problème de santé (5).

L'OMS en 2015 définissait le handicap comme un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires. Cette prévention inclut des actions pour réduire l'effet des douleurs séquellaires tout comme des mesures d'intérêt public.

Ainsi, en Nouvelle-Calédonie, les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier d'aides accessibles sous certaines conditions depuis la mise en place de la loi handicap et dépendance en 2009 (14). Cette mesure a aidé à lever l'obstacle économique et permet aux personnes en situation de handicap d'accéder à l'environnement et à la société.

Concernant les actions pour prévenir toute dégradation de la situation au niveau sanitaire et social ainsi qu'en terme de logistique, il a existé — jusqu'à l'ouverture du CSSR — une équipe mobile de réadaptation. Cette équipe était composée d'un médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation, d'un ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Après la sortie, une veille était maintenue par des entretiens (ou des visites) programmés à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an, ou à la demande. L'objectif était de prévenir toute dégradation de la situation au niveau sanitaire et social ainsi qu'en terme de logistique. Cette équipe n'a pas été maintenue suite à l'ouverture du CSSR de Koutio.

C'est donc le médecin traitant qui joue actuellement un rôle important dans la prévention de toute détérioration de la situation du handicap, d'autant plus en zone rurale où il existe un déficit en spécialistes (13).

D. Approche anthropologique du handicap

Comme mentionné plus haut, les accidents graves de la route semblent toucher plus souvent la communauté Kanak (9) (figure 3). Il est donc judicieux de chercher à comprendre la conception du handicap au sein de cette communauté. Le Pr Patrice Godin, anthropologue a rédigé un chapitre à ce sujet dans le livre « *le handicap au risque des cultures* » (15).

La théorie sur les maladies d'Hippocrate (460-356 avant J.C) en Occident considère que la santé réside dans l'équilibre des humeurs au niveau du corps de l'individu. Au contraire, dans le monde mélanésien à l'origine de la civilisation Kanak (-1100 avant J.C-1774 après J.C), la

santé réside dans l'équilibre des relations sociales avec les individus et les esprits. Il y a souvent un manquement — un non-respect (volontaire ou pas) d'un geste coutumier, d'un endroit « tabou », d'un interdit — voire un boucan — notion plus récente, importé du Vanuatu définit comme une mauvaise intention de la part d'un esprit, d'une personne, d'un clan — qui explique un ou des problèmes de santé quels qu'ils soient. Ceux-ci « ne frappent pas seulement le fautif, mais souvent aussi son conjoint, ses enfants, ses parents proches ».

Il n'y a donc pas de « schème unique dans l'interprétation sociale des handicaps. Les atteintes au corps ne sont que des symptômes, les maux qu'ils révèlent sont toujours plus profonds, affectant les relations des hommes entre eux et avec les esprits. »

E. Justification du choix de sujet du travail.

En tant que médecin généraliste et étant calédonienne, la question du handicap suite à un accident de la route était le sujet de recherche le plus intéressant. Le champ d'action pour prévenir et éduquer à ce propos était vaste et mener une réflexion à ce sujet devait être intéressant à la vue de la situation exposée précédemment. De plus, il y a peu de thèses provenant de médecins exerçant en zone rurale. La majorité d'entre elles sont écrites par des médecins pratiquant avec une population urbaine. Le point de vue était donc original.

Ce travail intéresse deux niveaux de compétences du médecin généraliste (figure 2). Le premier est celui de l'éducation, du dépistage et de la prévention, en particulier la collaboration à l'élaboration des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation (5). Le second est celui de la relation, la communication et l'approche centrée sur le patient, et plus précisément la capacité à communiquer avec les institutionnels et les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci (5).

F. Objectifs :

1. Objectif principal

Elaborer des pistes pour aider à améliorer la compétence prévention-éducation du médecin généraliste à propos des séquelles graves consécutives aux accidents de la route en Nouvelle-Calédonie.

2. Objectif secondaire

Communiquer à ce sujet avec les autres professionnels de santé et les institutions politiques concernés par la question.

II. Méthode

Cette thèse d'exercice relevait du cadre de « mémoire d'introspection » (16) dont le plan pouvait se permettre de ne pas respecter la structure IMRAD — annexe 1.

Les lectures, les découvertes et les idées qui se sont dégagées à partir de la « pelote » de récits recueillie lors des entretiens auprès d'une patiente devenue lourdement handicapée suite à un accident de la route ont fourni énormément de matière qui semblait importante à partager au sujet de la question de recherche. C'est donc à partir du récit rapporté d'une patiente que la réflexion concernant la prévention du handicap par AVP était menée dans un premier temps.

Puis, c'est en tant que médecin généraliste de CMS en zone rurale que la réflexion – sur les façons vécues de prévenir au sujet de ce problème – était poursuivie.

Ensuite, une revue de littérature devait permettre d'approfondir les problématiques soulevées par cette introspection sous différents angles — sanitaire, économique et sociale, etc.

L'objectif était de pouvoir discuter des pistes d'amélioration concernant la prévention — telle que la WONCA la définit (17) — des séquelles graves consécutives aux accidents de la route en Nouvelle-Calédonie.

A. Biographie d'une patiente avec séquelles graves suite à un accident de la route en zone rurale.

Un résumé de l'histoire de vie d'une patiente lourdement handicapée suite à un accident de la route était écrit en s'inspirant des techniques de la médecine narrative (18) pour permettre de réfléchir sur le métier de médecin — La compétence narrative est en premier lieu la capacité de reconnaître qu'un patient s'ancre dans une histoire qu'il a besoin de formuler indépendamment des signes cliniques de sa maladie. En second, elle est la capacité d'absorber cette histoire, de ne pas garder une distance professionnelle excessive même s'il faut se protéger. Troisièmement, elle est la capacité à interpréter cette histoire, c'est-à-dire à imaginer quelles significations elle peut avoir pour décider plus tard parmi toutes les hypothèses quelle est la plus pertinente afin de pouvoir l'utiliser comme ressource au moment de la prise en charge. Enfin, elle est la capacité d'empathie (18).

Ce résumé est présenté comme résultat car malgré sa singularité, il était collectif.

Un groupe de patients était représenté par la survivante interrogée.

Ce groupe était celui de ceux vivants et accidentés contre un obstacle fixe par leurs seules fautes en zone rurale. Il était celui de ceux réunis par les séquelles graves provoquées. Une approche centrée sur ce groupe de patients est offerte par le témoignage de l'un d'eux.

L'objectif était que le lecteur soit sensibilisé aux problématiques de ce groupe de patients pour mieux envisager et imaginer les pistes d'améliorations du problème des séquelles graves par la route.

L'histoire de vie a été rapportée par la patiente lors de trois entretiens. Les interrogatoires étaient enregistrés par dictaphone puis les enregistrements, une fois retranscrits, étaient détruits à la fin de l'étude. La retranscription des entretiens était envoyée par courrier à la patiente. Le résumé était écrit à partir de son témoignage et la question de recherche était mise en avant.

Les récits racontés étaient ordonnés selon le fil chronologique de cette vie avant et après le handicap causé par l'accident. Certaines informations étaient précisées pour une meilleure

compréhension du lecteur par des illustrations ou des apartés en italique.

B. Extraits d'autobiographie d'un médecin de CMS en province Nord.

L'exercice effectué pendant les années 2015 et 2016 sur le CMS de Pweevo, Poum, Vook, Koné et Houailou était concerné par une réflexion sur le développement des compétences de prévention et d'éducation en tant que médecin de CMS.

C. Revue de littérature

Ces résultats étaient ensuite approfondis par à une revue de la littérature devant permettre de discuter des pistes pour améliorer la prévention tertiaire.

Concernant la stratégie de recherche, les mots clés étaient associés ou non, inclusifs ou non :

- Anglais: injured road, disabled, primary care, general practitioner, road safety, narrative medicine, Caledonia, Kanak.
- Français : accident circulation, handicap, soins primaires, médecin généraliste, sécurité routière, médecine narrative, Calédonie, Kanak, Compétence, santé, organisation, Nouvelle Calédonie, schéma sanitaire urgence, province.

III. Résultats

A. Biographie d'une survivante avec séquelles graves

1. Données issues de l'interrogatoire

Âge : 49 ans. Statut civil : coutumier Kanak. Aire Coutumière : HOOT MA WAAP.

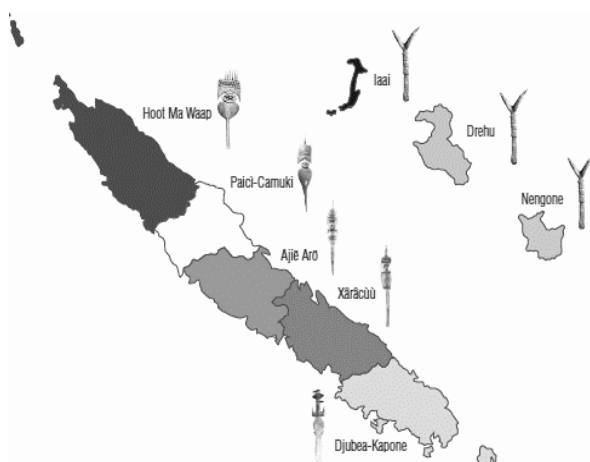


Figure 4 Aires coutumières de Nouvelle-Calédonie

Situation maritale : séparation coutumière. Nombre d'enfants: 5 dont 2 adoptés par son clan.

Lieu de vie de l'accidenté : Nord-Est de la Nouvelle-Calédonie.

Niveau d'étude : certificat d'études primaires (CEP) puis cours de préparation à la vie (CPV).

Profession actuelle : Activité d'appoint épisodique dans la pâtisserie.

Année de l'accident : 2003 ; lieu de l'accident : Route Territoriale n°1, Voh ; année du permis de conduire : 1997

Handicap: Lésion de la moelle épinière thoracique responsable d'une paraplégie

Lieu de l'entretien : chez elle, dans sa maison ; nombre : 3 ; durée totale : 270 minutes.

2. Résumé

a) Histoire de vie avant l'accident

Madame X, répondant au prénom de Clothilde est née à Yaté, est issue de la communauté kanak et a été élevée dans le Nord-Est Calédonien au sein d'une famille de onze enfants. Son père consommait trop d'alcool et pouvait devenir parfois très violent, au point de menacer sa mère avec le fusil.

Elle a eu des jumelles à l'âge de 19 ans qu'elle a élevées avec son clan. Elle allait au champ, à la pêche et militait à l'Union Calédonienne (*parti politique*). Par la suite, elle quitte la maison familiale et part travailler comme employée de maison à Nouméa lors des événements (1984-1988). Ses filles restent dans son clan.

Elle continuera à travailler jusqu'à ce que le clan de son nouveau compagnon la réserve (*équivalent de fiançailles*) pour le mariage. Dès la naissance de leur fille, elle rejoint celui-ci sur la côte Ouest où il est enseignant. Les jumelles seront alors élevées par son frère aîné.

Elle a élevé cinq enfants (les siens et ceux de son mari) dans cette commune développée de la côte Ouest. Elle a pratiqué une activité d'appoint dans l'horticulture. Avec son mari, ils

pêchaient et partaient souvent se balader dans les tribus des alentours. Les relations avec son mari étaient bonnes même s'il pouvait faire preuve de violence à son égard quand un excès d'alcool le rendait jaloux.

Clothilde a passé son permis de conduire en 1997.

Peu après, son mari est muté sur une commune du Nord-Est de la Grande Terre. Elle y vend des pâtisseries. Elle a arrêté cette activité à l'arrivée du dernier enfant car que son mari lui demandait trop souvent le bénéfice qu'elle en tirait pour payer des frais (car scolaire, etc.).

b) L'accident et sa prise en charge

Au début des années 2000, Clothilde doit se rendre le matin à la réunion parents/professeurs du collège de Koohnê de sa fille Clarisse (*situé à plus de 150 Km de chez elle*). La veille au soir du départ, Clothilde s'est couchée tard pour préparer des gâteaux et elle s'est levée tôt le matin pour préparer des crêpes car c'est aussi la fête de l'école de son fils Igor.

Clothilde a deux voitures. Le jour de l'accident, l'une avait tous les pneus lisses et l'autre qu'elle va prendre - un 4X4 - n'en avait qu'un seul de lisse. Elle met sa ceinture et prend la route aux aurores. Juste avant l'accident, elle entend un bruit qu'elle pense être celui des banquettes de la voiture (*sept places*) qui se seraient rabattues. Elle tourne sa tête pour contrôler l'origine du bruit tout en conduisant — c'est son pneu qui a explosé — et tout se passe alors très vite : elle percute un arbre.

L'infirmier scolaire du collège de sa fille est le premier à la secourir sur les lieux de l'accident. Il effectue des premiers soins, puis les pompiers interviennent pour la désincarcérer. Elle garde encore en mémoire le bruit de la scie. L'équipe médicale du CMS le plus proche ne s'est pas rendue sur les lieux de l'accident. Ce sont les pompiers et l'infirmier du collège qui l'ont désincarcérée et accompagnée. Le choix du CMS de prise en charge s'est fait sur directives de l'infirmier scolaire.

Son mari a le temps de l'y rejoindre avant que le SAMU n'arrive par hélicoptère pour l'amener à Nouméa, seule commune disposant d'un scanner. Elle se rappelle de l'inquiétude des soignants à propos de son état de conscience.

Son analyse à posteriori est qu'elle et son mari ont fait des erreurs. Elle aurait dû « vérifier les roues » puisqu'elle a senti une odeur de caoutchouc et ne s'en n'est pas inquiétée. Son mari est fautif car c'est lui qui gérait l'entretien des roues. Suite à l'accident, il a commencé à faire réviser sa voiture à Nouméa. Selon elle, le lieu de l'accident est un passage dangereux puisque récemment elle a noté la présence d'un bouquet de fleurs indiquant un décédé de la route. Elle ne critique pas sa vitesse par rapport à l'état des roues.



Figure 5 Distances entre les lieux de l'accident et de la prise en charge

c) Les conséquences : une paraplégie lourde qui nécessitera un evasan vers l'Australie

À Nouméa, le bilan radiologique retrouve des fractures des côtes, de la clavicule gauche, ainsi qu'une lésion médullaire.

Elle se rappelle qu'on lui demande de compter. Ils l'ont endormie pour « travailler sur son corps ». Elle ne sait pas combien de temps a duré l'opération. Elle dit ne pas savoir ce qui a provoqué exactement la lésion médullaire. Elle dit également ne pas avoir demandé de quel genre de chirurgie elle avait bénéficié. Elle sait juste qu'elle a des plaques. L'orthopédiste lui a dit que des cas comme le sien sont rares et elle sait qu'on a écrit quelque chose à son sujet en Amérique ou en France.

En unité de soins intensifs, le réveil est difficile. Clothilde s'assoupit souvent. Elle respire mal. Les conséquences de la blessure médullaire sur l'élimination vésicale nécessitent la mise en place d'une sonde à demeure. Son mari et les infirmières l'aident à exécuter les gestes qu'elle n'arrive pas à faire. Elle reçoit la visite de membres de sa famille dont les attitudes lui font penser que la situation est grave — mais la parésie au niveau de la partie distale des membres inférieurs et l'hyper réflectivité de la plante des pieds lui font espérer une récupération de la mobilité.

On lui annonce ensuite son départ prochain pour l'Australie (figure 3) pour des Soins de suites et de réadaptation (cela aurait pu être la France). C'est lors de cette annonce que le médecin lui apprend la « possible perte définitive ». Selon elle, cette information a été trop brève, trop tardive et peu intime car en présence d'autres malades.

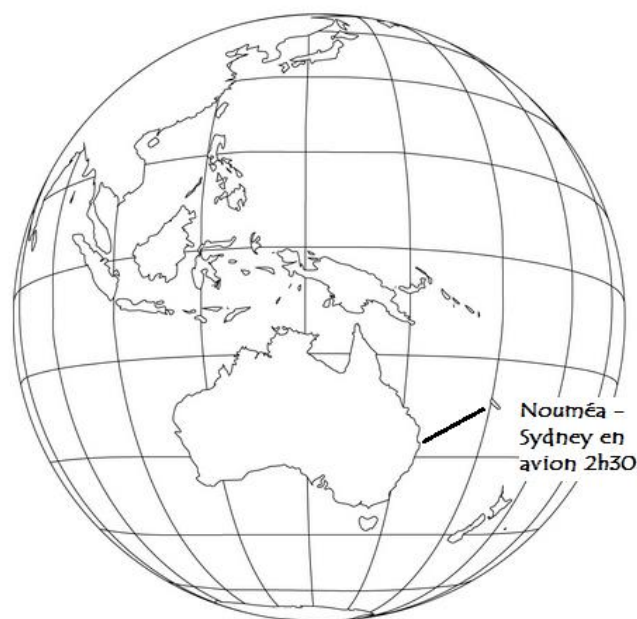


Figure 6 Evacuation sanitaire en Australie

En Australie, elle s'attendait à bénéficier de soins qui la guérissent de sa paralysie et c'est avec une voix déçue et triste qu'elle a énoncé ce que lui a dit le traducteur du médecin australien : kiné, réadaptation, cachets pour la tension, les spasmes, la vessie et aide à la perte de poids — En situation d'obésité avant son accident, elle descendra à 92 kg avant son retour en Calédonie.

Un nombre incalculable de « kinés » ont tout fait pour essayer de lui apprendre à devenir autonome. « Il y a le kiné qui travaille avec moi pour mobiliser les pieds, l'autre kiné pour jouer avec les ballons, l'autre pour les séances de bébé là et l'autre pour aller à la cuisine et y'a une, celle qui me fait travailler pour le bébé et les soins domestiques elle me pousse dehors pour faire les endroits un peu... ». Elle fait des exercices de réadaptation en groupe : sortie au restaurant et préparation d'un repas de Noël calédonien. Les infirmiers déposent des bouquets de fleurs tous les jours dans sa chambre pour l'encourager.

Le plus dur pour elle était l'impossibilité de pouvoir s'habiller, se déshabiller et nettoyer l'ensemble de son corps sans aucune aide.

Elle explique aussi qu'elle n'arrivait pas à atteindre facilement l'urètre de façon à réaliser l'autosondage urinaire. Son poids et les spasmes sont les contraintes qu'elle met en cause dans cet échec. Elle a donc accepté la mise en place d'un cathéter sus pubien. C'est un fois celui-ci posé qu'elle a compris qu'il lui serait compliqué de se baigner avec dans la piscine du CSSR, et cela l'a déçue.

Cet éloignement géographique lui a permis d'appréhender et d'imaginer le futur. C'est un futur où elle se voit toujours maman. C'est un futur où elle n' imagine pas que son mari reste indéfiniment à ses côtés.

À son retour sur le caillou (*la Nouvelle Calédonie*), il faut encore attendre pendant deux mois en service d'Orthopédie. Clothilde désire rentrer chez elle. Elle n'en a pas parlé avec son mari lorsqu'elle était en Australie mais cela lui paraissait évident. Elle dit avoir été déçue que rien ne soit prêt une fois rentrée d'Australie.

Il faut donc encore patienter dans le service d'orthopédie au CHT (*figure 5*) à Nouméa pendant presque deux mois pour que tout s'organise.

Pendant cette attente :

- Elle voit le kiné pour « du massage et de la mobilisation des pieds, ainsi que des poids ».
- Elle pose des questions : « A quoi servent les spasmes ? Va-t-on retirer la plaque du dos ? »
- Elle reçoit sa famille. Certains n'arrivent pas à croire qu'elle ait perdu l'usage de ses jambes car intellectuellement elle est la même et ses pieds ne sont pas atrophiés. D'autres comprennent que c'est irréversible « à moins d'un miracle ».
- Elle demande à avoir un frottis et elle se fait poser un implant.

d) Retour au domicile en situation de paraplégie

De retour chez elle, les années passent. Sa vie n'est plus rythmée par les saisons et le cycle de l'igname mais par les soins : kinésithérapie sur une commune voisine de la sienne, spécialistes sur Nouméa surtout, — parfois Koumac et Poindimié — IDE en CMS.

i. Les soins de kinésithérapie :

Elle dit ne pas avoir toujours été convaincu des soins du masseur-kinésithérapeute :

- Pourquoi les soins de kinésithérapie au domicile se faisaient sur sa chaise et pas au lit ?
- Pourquoi le kiné déposait sa femme et ses enfants chez elle et partait à la pêche aux sardines ?

Elle a aussi raconté qu'elle avait (et a) des douleurs d'épaules qui la gênait au quotidien. Un masseur-kinésithérapeute lui a alors dit qu'il était trop fatigué pour masser les épaules et un autre lui a dit qu'elle pouvait demander à sa famille de la masser.

ii. Le suivi médical :

Aller à Nouméa n'était pas une partie de plaisir. Simon, son ex-conjoint rehaussait le lit avec des grosses boîtes de lait en métal, il lui faisait une toilette succincte dans le lit et elle devait porter des couches faute de salle de bain accessible. Elle y rencontre le médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation qui contrôle et renouvelle son matériel d'aide. Il s'inquiète de son poids qui ne fait qu'augmenter — elle a pris 38 Kg depuis son retour d'Australie —, il recherche d'autres complications de la séquelle, et il se renseigne sur la qualité de vie de la patiente.

Elle se plaint :

- Des spasmes qui sont toujours présents au moment de l'entretien.

Elle en a beaucoup. Ils la gênent pour les actes de la vie quotidienne (habillage, déshabillage). Ils arrivent quand elle est au lit, quand elle reste trop longtemps dans sa chaise, quand elle est occupée, tout le temps. Ils sont douloureux. De plus, elle « oublie » de prendre les cachets qui les traitent. Une fois, on lui a proposé la pompe à baclofène.

Elle a rencontré un chirurgien avec qui elle en a discuté pendant une heure. Au final, elle a préféré renoncer à cette option en particulier parce que « lorsqu'on a une pompe intrathécale il faut éviter les mouvements brusques ». « Je ne suis pas une personne qui reste au lit, mais qui bouge avec les transferts ».

Elle se plaint aussi :

- De douleurs aux épaules.
- Des risques de fuites urinaires de sa poche. L'urologue rencontré à ce sujet ne l'a pas convaincue en ce qui concerne la dérivation urinaire cutanée continent.
- De problèmes digestifs en particulier une incontinence fécale associée à une constipation.

Cela va mieux depuis quelques années en appliquant des règles hygiéno-diététiques (limitation du riz, du pain, utilisation du chou kanak associé à du Forlax pour aider) et en faisant un lavement à l'aide du jet de douche. Cette technique du jet, elle l'a développée de sa propre initiative.

A propos des règles hygiéno-diététiques, elle dit trouver dommage que la consommation de provisions (manioc, tarot ou songe, patate douce, igname) qui ne constipe pas (au contraire du pain et du riz) soit « interdite » car faisant trop grossir.

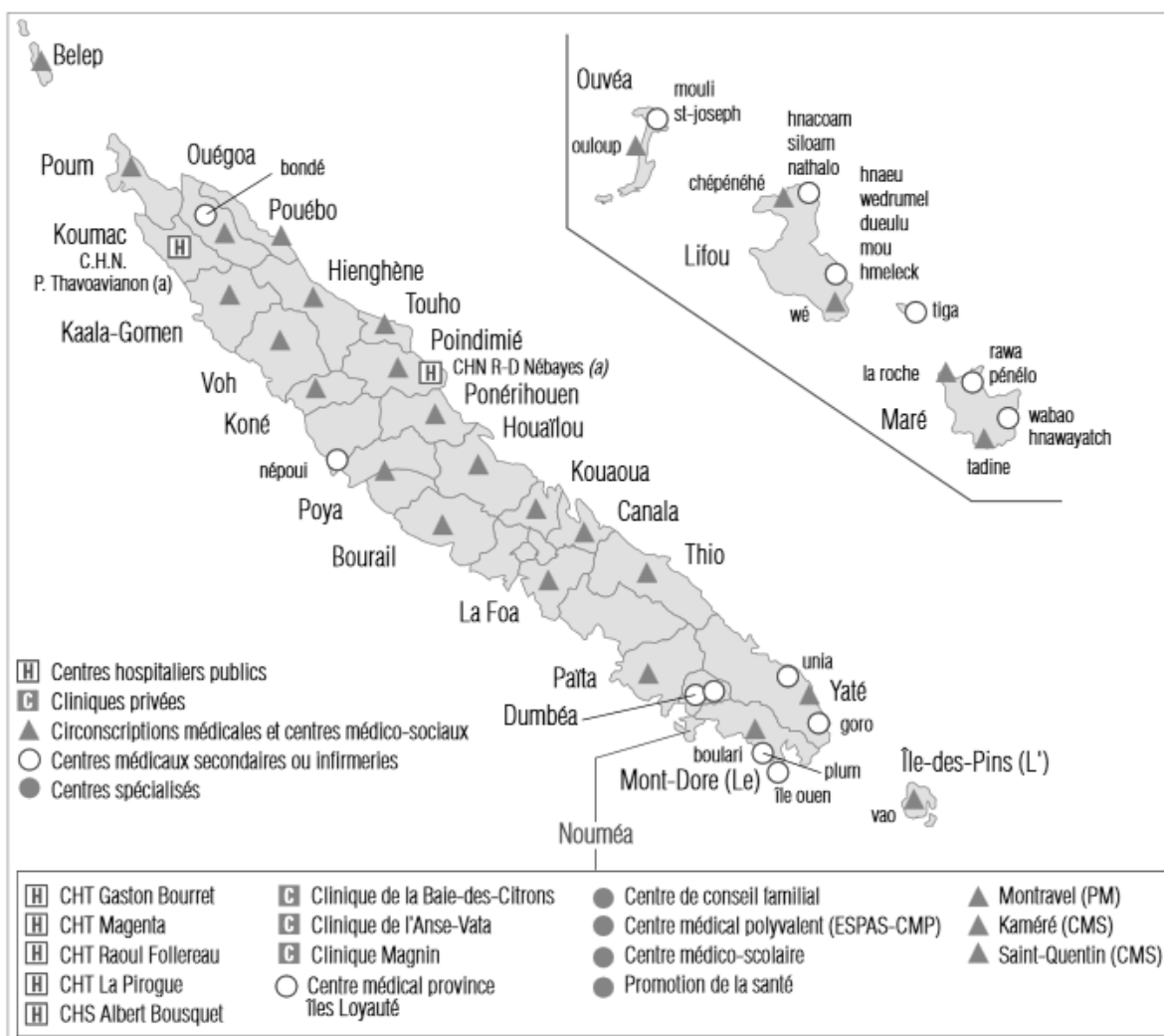


Figure 7 Carte sanitaire calédonienne 2014, ISEE-NC.

iii. À propos de la vie familiale

Pour son couple, « ça allait un peu au début »

« Ça allait » puisqu'au début son mari s'occupait bien d'elle. Il l'aide à reprendre son rôle de femme au foyer. Elle assure l'entretien de la maison, prépare les marmites, s'occupe du jardin – son mari prépare le terreau et fabrique les pots adaptés à sa hauteur.

La toilette quotidienne est gérée par le conjoint. En effet, il n'y a pas d'infirmier libéral ni d'aide à domicile à l'époque sur la commune où elle vit.

Ensuite, « ça ira un peu moins ».

Par exemple, elle ne porte pas de changes de continence car son mari dit que les couches sont trop chères. Comme son mari montre des signes d'épuisement, « dans ses mauvais jours ou lorsqu'il est fatigué » alors que ses sous-vêtements sont souillés, il « est dur avec elle », il la laisse dans cet état en lui disant d'attendre le lendemain. Ensuite, il va décaler la toilette à tous les deux jours alors qu'elle voudrait une toilette quotidienne.

Un autre problème est qu'elle a l'impression que son mari la cache parce qu'il a honte. Elle ne sait pas de quoi il a honte. Il refuse qu'elle participe à la vie du village sous prétexte du manque d'accessibilité de celui-ci. Il la laisse seule, il l'isole. Elle met ça sur le compte de l'orgueil.

Et puis plus tard, ça n'ira plus parce qu'elle suspecte son mari d'avoir une maîtresse.

Il découche et est moins attentif à elle. Elle pleure parfois en présence de sa sœur et son père, lequel lui promet de l'aider si elle désire quitter le domicile conjugal.

A force de se sentir méprisée et piquée au vif par des questions sur l'infidélité de Simon, elle cherche à le faire réagir. Mais, il évite la confrontation jusqu'au jour où un des enfants — avec l'accord tacite de Clothilde —, passe à l'acte en frappant une femme suspecte d'être la maîtresse. Simon est mis en porte à faux devant des tierces personnes importantes du clan. Suite à cela, tout explose.

Simon la menace elle et l'enfant, verbalement et physiquement : il dit à Clothilde qu'elle n'est même pas capable de se laver toute seule, il leur fait des menaces armé d'un couteau et il insiste en disant que si elle n'est pas contente, elle n'a qu'à partir de la maison.

Clothilde appelle alors son père pour qu'il l'aide à quitter le domicile conjugal. Son clan de jeune fille ramène le matériel médical — dans deux camionnettes — chez ses parents. Elle a aussi porté plainte auprès des gendarmes. L'éloignement du domicile s'est transformé en rupture définitive. Son mari n'est pas venu la chercher. Il a débarrassé ses affaires à l'extérieur de la maison et il l'a sommé de ne plus revenir vers lui.

Elle choisit d'officialiser la séparation — car les frais de ses soins étaient directement reversés à son mari par la CAFAT. Elle s'est rendue au tribunal de Kohnê — en s'y faisant déposer par l'ambulance au retour d'un contrôle de santé sur Nouméa. En apprenant le fait de violence conjugale, le juge qui n'en n'était pas informé reporte l'audience et la programme sur Pweevo afin de s'adapter à la situation de Clothilde.

Elle obtiendra la garde de l'ainé âgé de 17 ans mais pas celle des autres enfants. C'est une période difficile car son ex-mari en veut à l'enfant d'avoir fait le choix d'aller vivre avec sa mère et le lui fait bien comprendre. De ce fait, il interdit aux au reste de la progéniture de les rencontrer. Clothilde ne peut contourner l'interdiction puisque pour se déplacer en toute liberté, elle a toujours besoin que quelqu'un la transporte. Or sa famille respecte l'interdiction du père par égard « coutumier » à celui-ci et n'apporte pas de soutien à Clothilde sur ce point.

Depuis son retour dans le clan d'origine en 2008, Clothilde a une vie sociale. À l'aide de sa famille, elle se rend aux événements festifs de son clan, du village, à l'église, en bord de mer et au CMS.

Elle a vécu jusqu'en 2014 chez ses parents, dans une maison non adaptée à sa situation et où ses frères ont construit une douche aménagée. En 2014, on lui a remis les clés d'une maison adaptée. Grâce à la cuisine aménagée dont celle-ci dispose, elle gâte sa famille et leur prépare de bons plats. Eux-mêmes lui apportent de bonnes choses à manger. Elle aide aussi à préparer des gâteaux qui sont mis en vente. Elle s'occupe en jardinant grâce à l'aide de sa famille. Elle arrive à faire pousser des ignames et des tarots (*tubercules importants dans le monde kanak*). Comme elle dit : « je vis ».

Au final, vivre le handicap aux côtés de son mari a été un handicap supplémentaire. Il l'a « enfermée », isolée de sa famille et de ses proches.

e) Actuellement

Elle est bénéficiaire de l'aide médicale et d'une allocation handicap. Une aide à domicile vient la voir tous les jours depuis 2011.

Elle se rend en Véhicule Léger Sanitaire chez le kinésithérapeute deux fois par semaine. Même si celui-ci n'est pas équipé pour le transport des personnes à mobilité réduite en fauteuils roulants, elle le préfère à l'ambulance où elle doit rester allongée.

Elle fait venir le médecin du CMS lors des problèmes aigus et les IDE du CMS pour les bilans sanguins et urinaires de suivi. Elle trouve difficile la logistique transport pour se rendre au CMS réaliser les soins du cathéter sus pubien.

Elle continue de se faire suivre par le spécialiste de médecine physique et de réadaptation et par les urologues à Nouméa. Si elle accepte si bien son handicap, c'est peut-être parce qu'elle a vécu, qu'elle a fait sa vie avant, qu'elle s'est mariée, qu'elle a eu des enfants. La vie continue. Elle participe à la famille, au clan, elle s'occupe dans une association de personnes en situation de handicap.

Elle m'explique que pour son prochain séjour à Nouméa chez sa fille Clarisse, c'est celle-ci qui viendra la chercher dans un véhicule non aménagé. Clothilde lui a expliqué les éléments importants à vérifier pour qu'elle soit autonome : prévoir l'accessibilité au lit, à la voiture et à la douche. Sa fille voudrait aussi la mettre au régime.

Il est à noter que deux activités liées qui semblaient être très importantes avant l'accident n'ont jamais été reprises après celui-ci : ce sont la pêche et la baignade.

Elle en a parlé avec nostalgie : « aller dans l'eau, sentir comment, ressentir les effets d'être dans l'eau »

B. Descriptions des situations rencontrées au cours de l'exercice illustrant les différents aspects de la prévention

Les items de prévention — des séquelles consécutives aux AVP en NC, primaires, secondaires et tertiaires — étaient sélectionnés à partir de la biographie de la patiente.

Les items espéraient être pertinent car il était sélectionné à partir d'un texte écrit selon les recommandations de la médecine narrative

Les situations de l'exercice en CMS en rapport avec les items choisis ont été décrites.

1. Prévention primaire

La prévention primaire est définie comme une action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (12).

a) Prévention des séquelles d'AVP consécutifs à l'alcoolisation sur les routes

Un soir, un patient a été déposé fortement alcoolisé et blessé à la suite d'une bagarre lors d'une soirée. À la fin des soins, il a expliqué qu'il comptait récupérer son véhicule et rentrer chez lui avec. Cette information était inquiétante, d'autant plus qu'il ne vivait pas sur la commune. De plus, de par la situation compliquée entre gendarmes et populations de communes ne cautionnant pas la colonisation par la France, il est difficile de faire intervenir les autorités dans ce type de problèmes.

Rester dormir sur un banc au centre médico-social et lui demander d'attendre le lendemain matin a alors été la meilleure proposition qui a été faite pour le patient. Cette option n'était pas envisagée pour le patient et il a refusé. Comme il partait pour rentrer à pied chez le particulier où se trouvait son véhicule, — et qu'il était aussi très préoccupant qu'une personne soit en train de marcher sur le bas-côté d'une route en état d'ivresse, — il a été raccompagné auprès de ses amis afin de trouver une personne ressource qui pourrait mieux le convaincre de ne pas repartir. Une recommandation a été faite auprès de ses amis : il fallait empêcher le patient de prendre le véhicule car s'il arrivait quelque chose à lui ou à une tierce personne, il se pourrait que l'on soit impliquées pour non-assistance à personne en danger. Revu plus tard, ce patient a confié être resté dormir chez ses amis.

Une autre fois, dans une situation semblable, un autre patient a par contre accepté de dormir sur un lit de fortune monté sous les préaux du CMS.

b) Protection des nourrissons

Le rappel des méthodes d'installation des nourrissons dans les sièges auto était fait par une puéricultrice de la province aux parents. Cette habitude préventive a été transmise par ses soins à l'équipe soignante.

c) Surveillance du parc automobile des CMS

Si un des véhicules du parc présentait un défaut alors le responsable du parc était prévenu à ce sujet. Ou bien, il était rappelé l'importance de vérifier l'état des pneus lorsqu'un véhicule de service était emprunté. Toutefois, dans une des communes, il n'était pas facile de remédier à un problème de pression des pneus puisque la station-service ne disposait pas de poste de réglage. Le CMS et la mairie semblaient en disposer, mais leurs emplacements n'ont pas été indiqués clairement.

d) Prévenir les séquelles des AVP consécutifs à la vitesse sur les routes

Aucune prévention primaire concernant les risques liés à une vitesse excessive — en particulier sur la route territoriale n°1 qui longe la côte Ouest — n'a été faite alors que les patients décrivaient des prises de risque :

- Ils pouvaient rallier deux communes en quarante-cinq minutes alors qu'il faut au minimum une heure et quart en respectant les limitations de vitesse pour faire ces soixante-treize kilomètres.

- Plusieurs habitants ont aussi expliqué que sur cette route territoriale n°1 : « Ça allait bien plus vite, parce que la route était directement en ligne droite et non occupée, aux abords de celle-ci, entre deux villages ».

2. Prévention secondaire

Si l'on se rapporte à la définition de la prévention secondaire mentionnée en introduction, cette prévention consistait en la mise en place de mesures visant à prévenir la dégradation de tout traumatisme crânien ainsi que par la réalisation de techniques et procédures visant à diminuer tout risque de déplacement d'une fracture ou suspicion de fracture du rachis. Ce ne sont pas des soins de premiers recours car ils ne relèvent pas des compétences classiques du médecin généraliste.

a) Prévenir la dégradation de toute lésion à haut risque de séquelles graves

Tous les AVP — hormis un, mentionné plus bas — qui ont été pris en charge lors des exercices en CMS ont été amenés par les pompiers au sein de la structure. Ce sont donc les sapeurs-pompiers qui assuraient ces mesures — ils étaient les premiers sur place à réaliser des procédures visant à diminuer la gravité des blessures ainsi qu'à circonscrire celles-ci. Ils décidaient aussi quand l'état du patient nécessitait une venue immédiate de l'équipe du CMS sur place.

Il reste cependant des communes ne disposant pas de pompiers. C'est dans l'une d'elle que les mesures (pose du collier cervical, extraction du blessé) étaient assurées par la seule équipe du CMS.

b) Être formé à dispenser les mesures de prévention secondaire des séquelles graves même en l'absence de sapeurs-pompiers

En tant que médecin de CMS, la formation concernant ces mesures a été proposée au bout de six mois d'exercice dans une commune dépourvue de sapeurs-pompiers. Cette formation a été dispensée au sein de l'institut de formation à l'administration publique, par un médecin du SAMU ainsi que par un infirmier anesthésiste-réanimateur du CHT. Elle s'appelait la formation aux gestes d'urgences en milieu isolé. Le dernier jour de formation, les participants étaient mis en situation d'AVP et assuraient avec les pompiers à la désincarcération de la victime — mise en place de l'attelle cervico-thoracique et aide à la cueillette de la personne incarcérée.

c) Assurer la disponibilité de l'équipe médicale en zone dépourvue de sapeurs-pompiers

Une fois, un accident s'est produit un samedi matin et le mécanisme était une collision latéro-frontale entre deux voitures à haute cinétique où tous les conducteurs et passagers étaient ceinturés. Le bilan des gendarmes était : « 3 victimes ceinturées dont un blessé algique, avec un véhicule très déformé. »

Un soin urgent — pour une crise d'asthme — était promulgué à un patient à ce moment-là.

Arrivée seule sur les lieux de l'AVP, les mesures de prévention secondaire et les soins premiers initiaux ont été distribués au patient en l'absence de l'IDE, celui-ci étant resté au CMS pour terminer le soin urgent en cours. Puis, le patient a été envoyé en ambulance après accord du 15 vers un Centre Hospitalier du Nord sous surveillance de l'infirmier seul pour éviter tout abandon de poste soignant sur la commune concernée

d) Ne pas déplacer les occupants avant accord des pompiers ou de l'équipe du CMS.

Toujours à propos de l'accident cité précédemment, une fois la première victime partie, il a été demandé aux gendarmes de pouvoir consulter le conducteur qui était aux côtés du blessé. Celui-ci était déjà au poste de police et il a fallu s'y rendre pour contrôler que tout semblait bien aller. Pour l'autre conducteur — dont le véhicule présentait la déformation la plus importante, — il était déjà hors de son véhicule et il ne portait pas de collier cervical. Etant un patient chronique fiable et ne se plaignant de rien, aucun examen médical plus poussé le concernant n'a été fait

3. Prévention tertiaire

a) Développer les compétences narratives du médecin

Peu de questions sur les circonstances de l'accident, sur la vie qu'ils menaient avant celui-ci n'ont été posées aux patients présentant des séquelles lourdes suite à un AVP. Le manque d'interrogatoire à ce sujet était expliqué par une peur de déranger, voire d'être dérangée. Cette peur a continué jusqu'à ce que la médecine narrative ne soit découverte. C'est en écoutant le vécu de cette personne en bonne santé, puis accidentée, puis handicapée qu'a été saisie le concept de la médecine narrative.

Il a alors été compris qu'éviter le sujet ne permettait pas de nouer une relation utile pour le patient en situation de handicap ; or ce défaut d'utilité empêche d'imaginer des actions permettant d'améliorer la prévention tertiaire des complications (médicales, sociales, économiques) provoquées par les séquelles.

b) Prévention des complications médico-sociales et économiques provoquées par les séquelles

Les complications et leurs solutions sont nombreuses. Elles sont communes au groupe de patient porteur d'un type de séquelle tout en étant singulières à chacun de ces patients. Posséder un mémo au sujet de chaque type de séquelle permettait de mieux prendre en charge le groupe de patient porteur de la séquelle.

C. Revue de littérature pour approfondir la discussion.

1. Travaux et recherches d'organismes relevant de la Santé.

- DASS-NC :

- John M, Daures M, Roy A. Accidents de la voie publique survenus en 2011 en Nouvelle-Calédonie. L'impact sanitaire et socio-économique [Internet]. Nouvelle-Calédonie : DASS-NC; 2014 mars.
- Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2014 [Internet]. Nouvelle-Calédonie: DASS-NC; 2014. p. 1.
- DASS -- Le régime d'aides [Internet]. DASS-NC.
- CHT, Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, Centre Hospitalier du Nord, DASS-NC. Guide des anti-infectieux de Nouvelle-Calédonie [Internet]. 2016.

- OMS :

- Plan mondial pour la décennie d'action, pour la sécurité routière 2011-2020. Genève, Suisse, OMS et ONU. 2011.
- Frost S, Mines K, Scheffler E, Jackson Stoeckle R. Module de formation aux services de fauteuils roulants. Manuel de référence. Niveau élémentaire. [Internet]. OMS; 2012.
- Rapport mondial sur le handicap. Suisse; OMS. 2011. p. 66.
- HAS / service des affections des longue durée et accords conventionnels, éditeur. Guide – Affection de longue durée. ALD 20-Paraplégie (lésions médullaires). 2007
- Afssaps Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitements médicamenteux de la spasticité: recommandations de bonnes pratiques juin 2009. Pratique Neurologique-FMC. 2010;1(1):53–71.
- Syndrome pyramidal | Collège des Enseignants de Neurologie [Internet]
- Magnat E, Font H, Rouchon B, Souares Y. Enquête sur la santé des calédoniens de 18 à 60 ans. Résultats préliminaires. Nouvelle-Calédonie: ASS-NC; 2015. (Baromètre santé). Report No.: 2.
- Hamelin C, Salomon C. Premiers Résultats de l'enquête «Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes». Inserm, rapport U. 2004;88.
- Avenant tarifaire à la convention des ambulanciers privés [Internet]. 2010. CAFAT.
- Base des fauteuils roulants - Centre d'Essai de fauteuil Roulant et de Positionnement (CEFREP) [Internet] Fondation Garches.
- Portrait des professionnels de santé. France: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016.
- CREAHI Aquitaine, Marabet B, Demarquez M. L'intervention des Services de Soins Infirmiers A Domicile auprès des personnes handicapées motrice. Besoins et attentes des professionnels, des bénéficiaires et de leur famille. France ; 2003.
- Manuel belge de la régulation médicale. Belgique: SPF, santé publique fédérale; 2013. Report No.: 3.

2. Revues sur la santé et l'accidentologie :

- Guesdon H, Pelé G, Beis J-M, Paysant J, Gamel S, Le Chapelain L. L'équipe mobile en médecine physique et de réadaptation neurologique. Actualités en médecine physique et de réadaptation. mai 2016;(1-2).
- Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. Obesity reviews. 2012;13(3):275-86.
- Gelis A, Stefan A, Colin D, Albert T, Gault D, Goossens D, et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: a review of the literature. Annals of physical and rehabilitation medicine. 2011;54(3):189-210.
- Amarenco G, Kerdraon J. Vessies neurologiques. EMC Neurologie. 2006;17-012.

- Smaïl DB, Kiefer C, Bussel B. Évaluation clinique de la spasticité. Neurochirurgie. 2003;49(2-3):190-8.
- Lance JW. Symposium synopsis. In:Koella WP, editor. Spasticity. Disordered motor control. Chicago:Year Book Medical publishers;1980. p485-94
- Albright AL, Cervi A, Singletary J. Intrathecal baclofen for spasticity in cerebral palsy. Jama. 1991;265(11):1418-22.
- Milligan J, Lee J, McMillan C, Klassen H. Dysr flexie autonome Reconnaître un grave problème courant chez les patients victimes d'une lésion médullaire. Canadian Family Physician. 2012;58(8):e427-32.
- Soler JM, Denys P, Game X, Ruffion A, Chartier-Kastler E. Chapitre B-L'incontinence anale et les troubles digestifs et leurs traitements en neuro-urologie. Progrès en Urologie. 2007;17(3):622-8.
- Ahoniemi E, Pohjolainen T, Kautiainen H. Survival after spinal cord injury in Finland. Journal of rehabilitation medicine. 2011;43(6):481-5.
- Blows S, Ivers RQ, Woodward M, Connor J, Ameratunga S, Norton R. Vehicle year and the risk of car crash injury. Injury Prevention. 2003;9(4):353-6

3. Thèses de médecine :

- Domingue Mena P. Evaluation des différents profils de consommation d'alcool, freins et leviers de la consommation nocive en province nord (Nouvelle Calédonie) [Enquête transversale]. [Nouvelle-Calédonie]: Université de Lorraine; 2013.
- Guesdon, H. Devenir médical, familial et socioprofessionnel d'une cohorte de patients paraplégiques d'origine traumatique :  tude rétrospective à plus de 4 ans de l'accident. Université de Nancy; 2014

4. Travaux et recherches d'organismes à orientation socio-économique :

- ISEE-NC :
 - o Hadj L. 53 000 personnes sous le seuil de pauvreté. Synthèse. janv 2012;(23).
 - o Dépenses monétaires détaillées en 2008 [Internet].
 - o Roubio Collet N. Comparaison des prix entre la Nouvelle-Calédonie et la métropole [Internet]. 2012 oct.
 - o la dispersion des revenus et les inégalités en 2008 [Internet]
 - o Les salaires [Internet]. 2011
- Canadian Centre for Justice Statistics :
 - o Perreault S. Criminal victimization and health: A profile of victimization among persons with activity limitations or other health problems. Canadian Centre for Justice Statistics; 2009.
 - o Canadian Centre for Justice Statistics Partner violence against women with

disabilities

- Le secteur automobile en Nouvelle-Calédonie. IEOM 2008 janv.
- Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalités. INSEE
- Caillard J-P. Coutume, femmes et droit républicain en Nouvelle-Calédonie [Internet]. Ligue des droits de l'Homme. 2014.
- Lechat I, Tonglet L, Wagelmans P, Van der Haar D, Van Dessel J, Guillemeau J-M, et al. Guide d'aide à la conception d'un logement adaptable. Ministère Wallon de l'équipement et du transport (MET); 2006. (Les manuels du MET).
- HTP fiche technique Arrêts de bus [Internet]. Suisse. Handicap inclusion. 2011.
- Parlement européen, Rapport sur la situation des femmes issues de groupes minoritaires dans l'Union européenne (2003/2109(INI)), p. 13
- La place du jeune kanak dans la société contemporaine et les moyens de lutter contre la marginalisation d'une partie de la jeunesse [Internet]. Nouvelle-Calédonie: Sénat coutumier; 2009 mars.
- La criminalité en France. France: Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales; 2015 p. 24. Report No.: 4.

5. Revues socio-économiques :

- Jost C. Contraintes et enjeux de développement de la Nouvelle-Calédonie. Quel schéma d'aménagement et de développement à l'horizon 2025? EchoGéo. 2010;(11).
- Grossetête M. L'enracinement social de la mortalité routière. Actes de la recherche en sciences sociales. 2010;(4):38-57. Rapports gouvernementaux :
- Dutertre E, Glemain P, Poutier E. Une innovation sociale en économie solidaire: le cas Solidarauto. Humanisme et Entreprise. 2013;(3):51-64.
- Panouillères T. La Nouvelle-Calédonie: Modèle d'île. Mappemonde. 1986;1(4):20-1
- Salomon C. « Mettre au tribunal », « claquer un procès » : les nouvelles ripostes des femmes kanakes en Nouvelle Calédonie. Archives de politique criminelle. 2002;24(1):161-76.

6. Documents législatifs et officiels :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels a été créée en application de l'article 7 du décret n° 60 – 451 du 12-05-1960 modifié par l'arrêté du 6 janvier 1962
- Legifrance :
 - o LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé | Legifrance [Internet]. Pénal, 2015-1402 nov 5, 2015.
- Journaux officiels de la Nouvelle-Calédonie — juridoc :
 - o Congrès de Nouvelle-Calédonie. Délibération n°171 du 25 janvier 2001

relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. Journal officiel de Nouvelle-Calédonie, 171 janv 25, 2001 p. 1160.

- Congrès de Nouvelle-Calédonie. Loi du pays n° 2009-2 du 07 janvier 2009. Délibération 453, 308, 453, 308, 33, 453, 109. janv. 20, 2009.
- Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération portant dispositions générales sur la création d'un établissement public à caractère administratif [Internet]. JONC, 47 décembre, 2004 p. 7695.
- ADRAF :
 - Qu'est-ce que les terres coutumières ? [Internet]. ADRAF.
 - Le cadastre coutumier [Internet].
- Nouvelle-Calédonie 2025. Schéma d'Aménagement et de Développement de la Nouvelle-Calédonie. Les rapports des 9 ateliers du diagnostic. [Internet]. Nouvelle-Calédonie: Gouvernement de Nouvelle-Calédonie; 2009 janv p. 302.

7. Livres

- Le handicap au risque des cultures de Charles Garou
- Limousin P. Oceania planta medica-Flore de Kanaky- tome II - Panacées alimentaires. Bibliothèque de Nouméa. Nouvelle-Calédonie; 2014

8. Documents issus des médias de l'information

- Beauducel Éric. Une justice entre deux mondes. EKLA production, Planète Justice, Nouvelle-Calédonie 1ère; 2013.
- AFP. Nouvelle-Calédonie: l'envolée des armes en circulation inquiète. Le Nouvel Observateur [Internet]. Presse numérique. 14 nov 2013.

IV. Discussion

A. Pistes d'actions concernant la prévention primaire

1. Diminuer le nombre de conducteurs en état d'ivresse

Les Calédoniens prennent le volant en état d'ivresse. En 2011, dans 60% des accidents mortels, le conducteur était alcoolisé contre 30 % en France métropolitaine en 2015 (9) (19). L'étude de la DASS-NC préconisait « des contrôles renforcés de l'alcoolémie » (8).

Cependant les contrôles en zone rurale sont rarement réalisés. En effet, la position des gendarmes à l'égard de la population appartenant à la communauté kanak (majoritaire en zone rurale) est difficile. Ainsi, les forces de l'ordre sont plus à risque d'agressions en Nouvelle-Calédonie que dans les autres zones d'outre-mer (20). L'histoire des événements (1984-1988) et celle de la colonisation seraient responsables de cette situation comme il est indiqué par le Sénat coutumier : « La violence des jeunes est en réaction face à la violence psychologique commise ; par exemple dans les tribus, tous les gendarmes sont des expatriés (21). Le jeune se sent agressé lorsqu'il voit un gendarme arriver même pour une chose minime, ce qui à la longue, peut entraîner des actes de violence (21) ». Les faibles contrôles renforcés de l'alcoolémie en zone rurale sont probablement expliqués par cette situation.

La prévention de ce risque devrait dès lors se faire différemment — que sur le Grand Nouméa. Une étude menée par une responsable de la DASSPS en zone rurale a montré que les leviers d'alcoolisation étaient la fête et les pairs et que les freins étaient la coutume, la famille, la réglementation et la religion (22). Une piste allant dans le sens de cette étude serait que les personnes organisant une festivité soient responsabilisées par le biais du levier législatif. Un arrêté, une délibération, une loi pays pourraient définir les modalités d'une indemnité financière ou coutumière. En cas de décès ou de blessure grave lors d'un AVP consécutif à une ivresse aigüe, la famille de l'accidenté et le territoire pourraient y prétendre. Cela compléterait la réglementation de la vente d'alcool déjà existante en Nouvelle-Calédonie.

Une autre piste est que d'autres possibilités — que la cellule de dégrisement — soient mises à disposition des soignants de CMS pour protéger les patients reçus en état d'ivresse aigüe et susceptibles de reprendre le volant.

2. Augmenter le taux de ménages s'occupant de l'entretien des véhicules.

Le rapport sur les AVP en 2011 de la DASS-NC a analysé 60 % du parc automobile de véhicules légers accidentés. Il a été constaté qu'un véhicule sur trois avait plus de dix ans (8). Il n'était pas précisé les proportions de blessés et tués dans des voitures anciennes et de blessés et tués dans des voitures récentes. Toutefois, une étude menée en Nouvelle-Zélande (23) notait que l'augmentation de l'âge du véhicule majorait les blessures par accident de voiture et que les véhicules anciens étaient plus susceptibles d'être impliqués dans un accident où l'occupant est blessé. Il est possible que cela soit dû à l'absence des nouveaux systèmes de sécurité — airbags, système d'antiblocage des roues. Il est aussi possible que cela soit dû à l'entretien inadapté des véhicules puisque comme il est indiqué sur la figure 8, en 2008, le taux

de ménages qui entretenaient et réparaient leurs automobiles ne suivait pas le taux de ménages équipés en automobile (24).

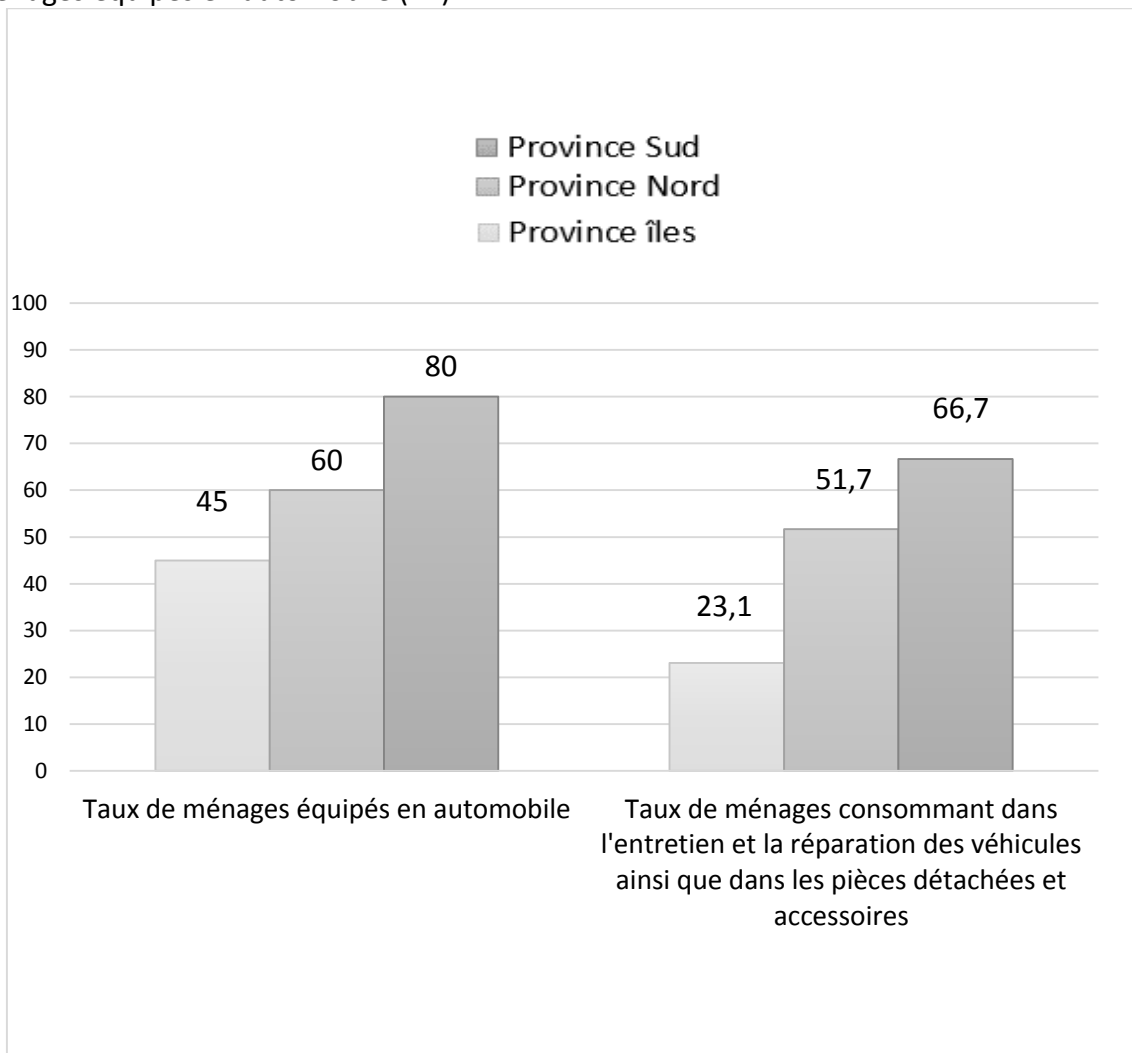


Figure 8 Comparatif par province entre le taux de ménages équipés en automobile et le taux de ménages consommant pour la mise en conformité des automobiles. ISSE-NC 2008.

Le coût élevé de l'entretien des véhicules — en particulier celui des 4X4 et des pick-up dont les Calédoniens de zone rurale ont besoin (traversée des radiers en crue, 60% des routes en terre (25), nids de poules, et.) — est possiblement une des raisons de ce manque de maintien en bon état des véhicules (d'autant plus que les prix en Nouvelle-Calédonie sont plus élevés de 34% qu'en Métropole (26)).

Les difficultés d'accès aux stations de gonflage de pneus pourraient être une autre cause de mauvais entretien des véhicules.

Des pistes pour aider les familles calédoniennes à bien entretenir leur voiture avant que l'accident ne se produise existent.

Installer des stations de gonflage de pneus accessibles librement et en permanence dans chaque commune en serait une.

Mettre en place des garages solidaires proposant des tarifs bas pour l'entretien et la réparation des véhicules (27) pourrait être un autre outil efficace pour lutter contre l'enracinement social de la mortalité routière — les accidents de la route touchent en priorité les milieux où la vie est difficile, les accidents graves de la route touchent plus les classes moyennes et inférieures

(12), (28). Ils permettraient de lutter contre les inégalités de l'insécurité routière provoquées par les écarts de revenus qui sont très forts en Nouvelle-Calédonie comme vu sur la figure 9 et comme l'indique l'indice de Gini évalué à 0,5 en Nouvelle-Calédonie (29) contre 0,29 (30) pour la France (l'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires, de revenus, de niveaux de vie qui varie entre 0 et 1 ; 0 étant une situation d'égalité parfaite et 1 d'inégalité totale).

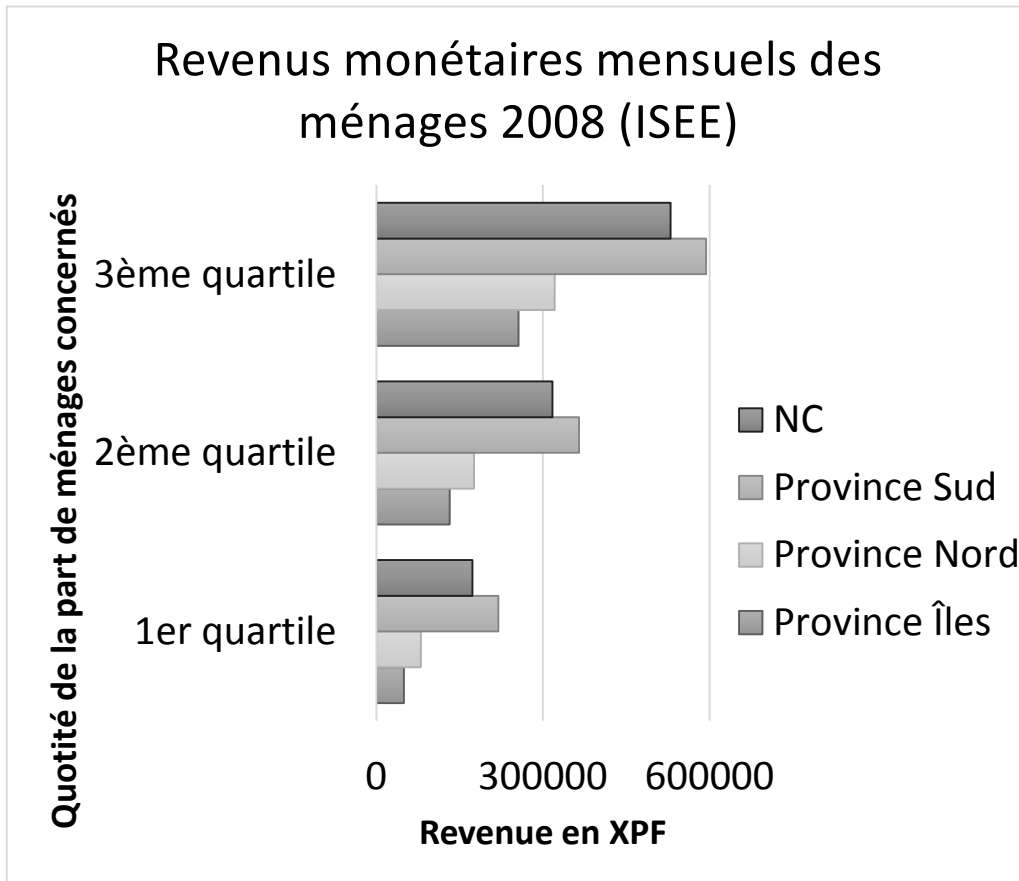


Figure 9 Répartition des revenus monétaires mensuels en XPF des ménages en 2008

3. Diminuer le nombre d'accidentés graves sur le route territoriale numéro 1.

Rouler sur la route territoriale n°1 est dangereux : un accident sur quatre et presque un décès sur deux (40%) se produisent sur celle-ci (8).

La DASS-NC explique la surmortalité sur cette voie par la rectitude du tracé et la relative fluidité du trafic favorisant la conduite à des vitesses trop élevées (8). Le contexte géopolitique pourrait aussi l'expliquer, particulièrement en zone rurale. La route territoriale n°1 —qui longe la côte ouest— file au milieu de ces prairies comme un grand ruban noir se déployant à l'infini (31). On y roule donc à toute allure sûr et certain de n'y rencontrer personne.

Le rapport de la DASS préconisait des campagnes de sensibilisation ciblées sur le risque lié à l'alcool et le risque lié au non port de la ceinture. Faire une campagne sur le risque lié à la conduite rapide sur la route territoriale n°1 serait une piste complémentaire à ces recommandations. Il pourrait être rappelé en permanence la dangerosité de cette route qui longe la côte ouest — par la mise en place, par exemple, de silhouettes de personnes

décédées, en fauteuil roulant, amputées d'un membre, traumatisées crâniens sur lesquelles serait précisé l'âge et l'année. Il pourrait être élaboré des campagnes de prévention se basant sur les images et paroles véhiculées par la route territoriale n°1 — rectitude, liberté, vitesse — et interrogeant sur la liberté de rouler vite sur la RT1 — « Est-on libre de rouler si vite sur la route territoriale n°1 ? », « La seule liberté sur la route territoriale n°1, c'est...atterrir dans un fauteuil... roulant ... se faire amputer ... perdre sa tête...ou mourir », etc. Il pourrait aussi être fait des campagnes faisant des références aux croyances de la communauté kanak — puisque les accidents graves sont plus fréquents au sein de celle-ci, alors une campagne d'approche anthropologique à son encontre pourrait être adaptée —, par exemple, deux personnes amputées discuteraient au CSSR de Koutio. Une appartenant à la communauté kanak dirait : « Tu vois, je crois que cet accident entre Koumak et Voh je l'ai eu parce qu'une fois, j'ai manqué de respect à un ancien » et l'autre répondrait : « Je ne sais pas pourquoi tu as eu ton accident mais dans mon cas c'est parce que je n'ai pas respecté les limites de vitesse de la RT1 » et on conclurait sur les chiffres d'accidentologie concernant la route territoriale n°1 — un accident sur quatre et 40% de décès. L'avis du Sénat coutumier sur ce type de campagne serait à requérir.

4. Diminuer le nombre de pertes de contrôle du véhicule compliquées d'une collision contre un obstacle fixe

Le rapport de la DASS-NC indiquait que 66% des accidents analysés se sont produits contre un obstacle fixe alors qu'en France cela concernait moins d'un quart des accidents (8).

Les recherches de l'OMS sur la sécurité routière ont indiqué que le traitement des obstacles fixes du bord latéral des routes était une intervention de qualité pour diminuer la gravité des accidents liés à une perte de contrôle du véhicule (12) — un traitement, consiste par exemple, à enlever les obstacles (arbres, poteaux, talus, fossés) situés trop près du bord de la route. Un guide de traitement des obstacles latéraux sur les routes hors agglomération a été édité par le ministère de l'équipement des transports à ce sujet (32).

5. Améliorer la connaissance des facteurs de risques d'accidents graves

Pour affiner l'analyse des accidents, un rôle primordial serait à jouer par les gendarmes dans le recueil des données de l'accidentologie, c'est-à-dire le recueil des facteurs de risque à travailler en prévention primaire : état du véhicule, lieu de vie d'origine de l'accidenté, profession, communauté d'appartenance, cause(s) de l'accident constatée(s), présence d'un obstacle fixe, état de la route, etc. Les acteurs sanitaires devraient donc prendre l'habitude de prévenir ou de vérifier que les acteurs non sanitaires aient été informés (8)

B. Pistes d'actions concernant la prévention secondaire

1. Agir sur le délai de formation des soignants de zone rurale en actualisant le schéma des urgences

Les urgences sur le territoire sont organisées par des textes législatifs calédoniens comme on le voit sur la figure 10. Le schéma des urgences à ce sujet est en annexe 1.

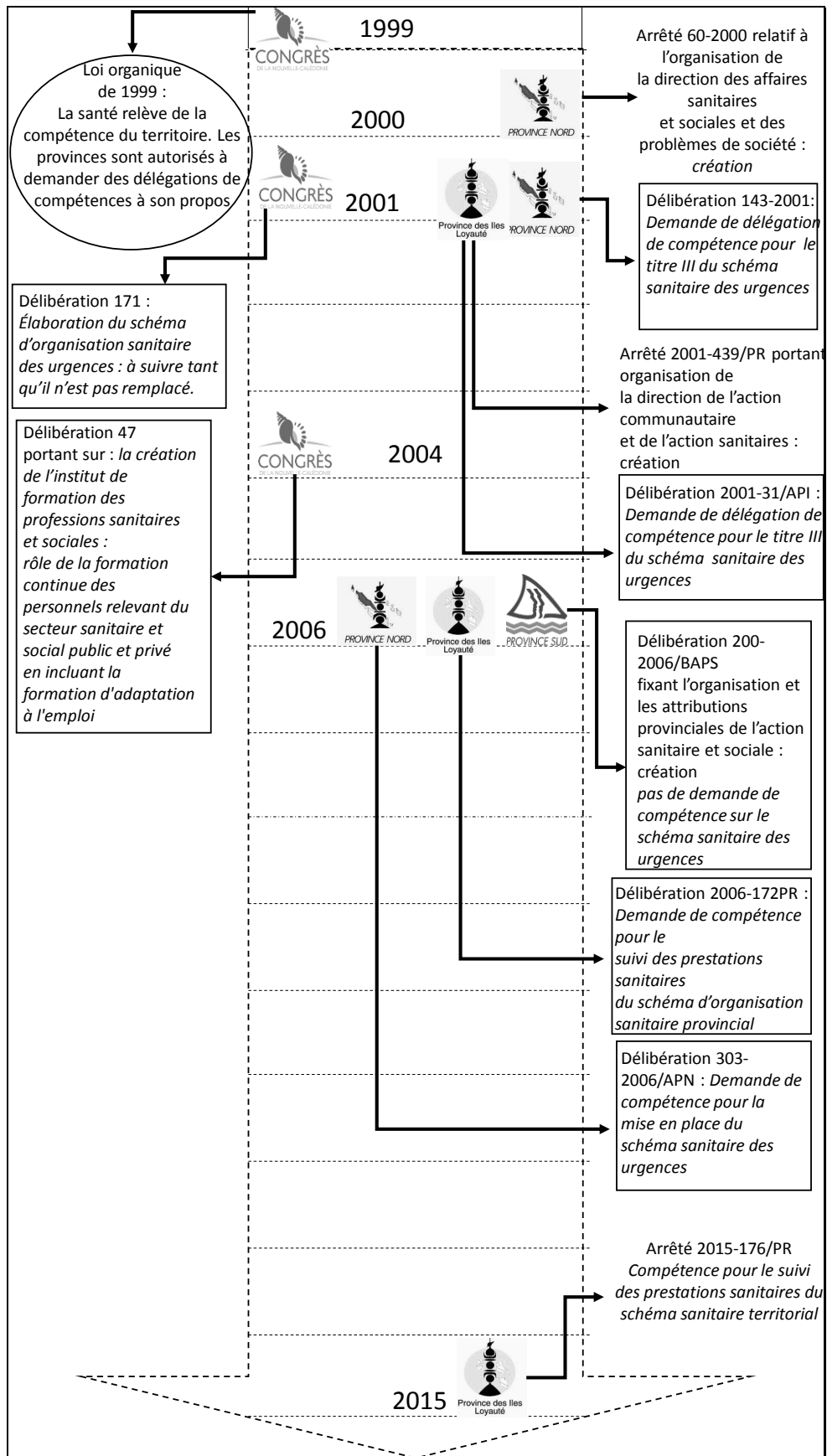


Figure 10 Historique sur la législation relative à l'organisation de la santé, notamment dans le domaine de l'urgence, et des attributions de compétences relatives à ce domaine.

Sur cette frise de la figure 10, le canevas des urgences date de 2001 et n'a fait l'objet d'aucune modification. Cela pose donc la question de la pertinence actuelle de celui-ci.

Par exemple, en ce qui concerne l'organisation des formations, l'institut de formation des professions sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie ne joue actuellement aucun rôle auprès des fonctionnaires des collectivités provinciales que sont les médecins de CMS. Or, son rôle officiel est la formation continue des personnels relevant du secteur sanitaire et social public et privé en incluant la formation d'adaptation à l'emploi depuis 2004 (33). Ce serait donc à cet établissement public que reviendrait l'obligation de se mettre en relation avec le service d'aide médicale urgente et les directions responsables afin d'organiser l'adaptation à l'emploi de tous les nouveaux médecins arrivants dans les CMS et n'ayant pas d'expérience significative en dehors de leur internat dans le domaine de l'urgence.

2. Agir sur le délai de prise en charge en formalisant des procédures aux AVP

La sortie systématique de l'équipe médicale des CMS de zone rurale dès l'annonce d'un AVP, sans attente du bilan initial, pourrait être réglementé dans les communes dépourvues de sapeurs-pompiers, afin de limiter la perte de chance liée aux carences de prise en charge initiale des séquelles. Les urgentistes du SAMU et les acteurs de l'AVP en zone rurale pourraient aussi dans ce but, formaliser des protocoles concernant la filière de soin des traumatisés crâniens, ainsi que celle des fractures du rachis avérées ou suspectes. Un rappel des intervenant à avertir en fonction de la gravité de l'AVP, —comme le tableau 6, adapté à la NC à partir du manuel belge de régulation médicale (34) — pourrait aussi être disponible dans les centres de secours pour réduire les délais.

Tableau 6 Procédure concernant les acteurs à interpellé sur l'AVP en zone rurale.

Observations	Niveau	Type	Qui prévenir ?	Qui vient ?
<ul style="list-style-type: none"> ○ Inconscient ○ Instabilité hémodynamique ○ Détresse respiratoire ○ Paralysie ○ Victime éjectée 	1	Très grave	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tous : ○ Secours pompiers ○ CMS ○ SAMU ○ Gendarmes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Viennent toujours : ○ Secours pompiers ○ CMS ○ Gendarmes <p>Le SAMU peut décider de partir immédiatement ou secondairement après le bilan de l'équipe du CMS</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Coincé ○ Cinétique élevé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Frontal ○ Tonneaux ○ Déformation du véhicule ○ Voiture/piéton ○ Moto/voiture ○ Autre mort apparent dans la voiture 	2	Grave		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conscient ○ Coincé, sans lésion vitale ○ Hyperalgie ○ < 14 ans avec lésion quelconque 	3	Sévère		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conscient ○ Non coincé ○ Blessures légères apparentes ○ < 14 ans sans lésion apparente 	4	Modéré	<ul style="list-style-type: none"> ○ Secours pompiers (ou CMS si pas de secours pompiers) ○ Gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Viennent toujours : ○ Secours pompiers (ou CMS si pas de secours pompiers.) ○ Gendarmes
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conscient ○ Non coincé ○ Sans lésion apparente 	5	Léger		

C. Pistes d'actions concernant la prévention tertiaire

1. Augmenter la mobilité.

Cheminer sur l'herbe, sur les voies en terre est une situation très fréquente en zone rurale calédonienne : 60% des chemins calédoniens ne sont pas revêtus (25). De plus, on sait qu'en zone rurale calédonienne, en 2009, au moins 40% des habitants en Province Nord et Province des îles ont leur douches et toilettes à l'extérieur de leur habitat (voir le tableau 1). Les personnes à mobilité réduite se déplacent donc souvent sur la terre nue. Ces trajets se font à l'aide de matériels (prothèse, FR) pas toujours approprié (35) car le médecin prescripteur n'est pas toujours une équipe pluridisciplinaire — ergothérapeute, médecin en médecine physique et de réadaptation etc. — travaillant en CSSR.

Ce n'est pas de la compétence du médecin généraliste de faire la première prescription du fauteuil roulant pour les personnes en situation de handicap lourd. Par contre, cela l'est devenu en ce qui concerne la surveillance de l'adaptation du matériel au milieu environnemental. Un mémo devrait en rappeler les principes de fonctionnement pour chaque type de séquelle. Il devrait aussi rappeler les aides existantes à la mobilité (35) : l'aide au transport existe mais elle n'est pas mise en œuvre dans dix-huit communes du territoire. Il est à noter que si les ambulanciers de zone rurale intégraient le dispositif, le nombre de communes disposant de cette aide doublerait.

2. Mieux protéger

L'OMS le confirme, les personnes en situation de handicap sont plus victimes de violences que les autres (37). De plus, en ce qui concerne la violence conjugale et le handicap, différentes études (38), (39), (40) montrent que :

- Les femmes en situation de handicap ont plus de risques de subir des violences conjugales que les autres femmes.
- Les hommes en situation de handicap ont plus de risques d'être auteur de violences conjugales que les autres hommes.

Il faut donc être très vigilant au sujet de la violence à l'encontre des personnes handicapées.

Pour améliorer la protection des personnes vulnérables, la loi a été clarifiée en 2015 concernant la procédure de signalement de situations de maltraitance pour les professionnels de santé (41) : lorsque la victime n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique alors son accord n'est pas nécessaire.

Connaître cela est d'autant plus important que la violence conjugale est un problème en soi en Nouvelle-Calédonie (42). Ainsi, elle touche près d'une femme sur quatre (42) alors que ce n'est « que » une femme sur dix en France (43). — Il est possible que les femmes appartenant aux communautés kanak et wallisiennes quittent plus difficilement leur conjoint car conformément au droit familial lié à leur statut civil coutumier, elles ne peuvent s'occuper de leurs enfants si elles quittent leur mari ou conjoint ayant reconnu les enfants (44), (45), (46). Ainsi, relayer cette information — par la CAFAT, l'ordre des médecins, un mémo, les instances sanitaires — pourrait être une piste pour diminuer le nombre de personnes en situation de handicap victimes de violences.

En 2016, aucune structure d'accueil d'urgence pour les victimes n'était adaptée pour recevoir une personne en FR. Certaines d'entre elles ont indiqué qu'elles pourraient s'arranger et d'autres ont expliqué que cela serait impossible car l'accès aux structures concernées se faisant par des escaliers. Solutionner ce problème et celui du transport de la personne à mobilité réduite vers la structure d'accueil d'urgence pourrait améliorer la protection.

3. Améliorer le bien-être.

Une étude (47) rappelait que les soins donnés aux personnes handicapées motrices jeunes sont surtout des soins de nursing : aide au lever, toilette, douche, selles, aide au coucher et puis des conseils divers, du soutien moral ou physique.

Les figures 11 et 12 rappellent qu'il existe un déficit d'IDE et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sur toute la NC et en particulier en zone rurale—actuellement, la densité d'IDE libéraux dans l'hexagone, DOM inclus, est en moyenne de 165 pour 100000 habitants (48) tandis que celle des MK est en moyenne de 102 pour 100 000 habitants (48).

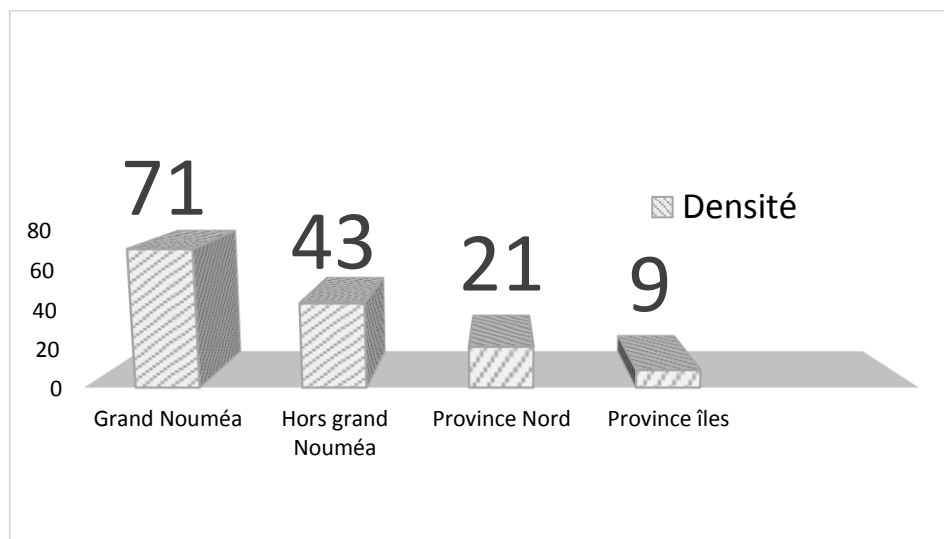


Figure 11 Densité d'IDE libéraux en Nouvelle-Calédonie pour 100000 habitants (ISEE, annuelle).

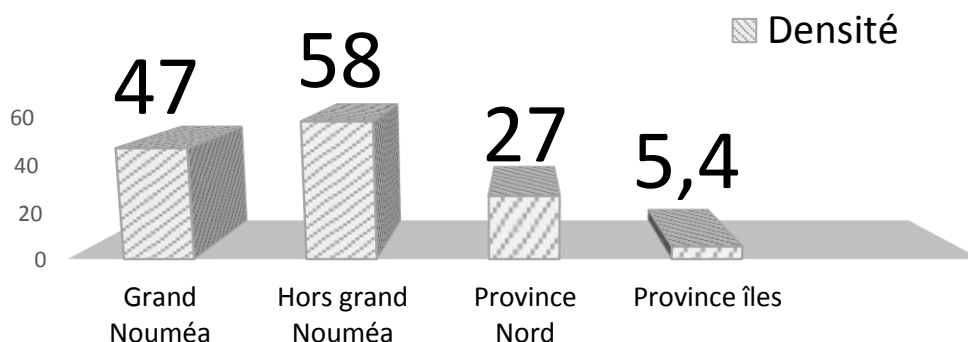


Figure 12 Densité de Masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants en Nouvelle Calédonie (ISEE, annuelle)

Autoriser la libre installation pour aider à améliorer le bien-être des personnes avec séquelles lourdes ; et avoir un mémo pour le médecin calédonien qui lui rappelle la disponibilité des paramédicaux sur le territoire et développe le rôle de ceux-ci auprès du patient amputé ou de celui présentant de graves troubles cognitifs ou en fauteuil roulant pourrait aussi être une piste pour améliorer la prévention tertiaire des complications liées à des séquelles graves.

4. Empêcher une prise de poids en situation de handicap lourd.

L'étude de cohorte descriptive de patients paraplégiques d'origines traumatiques diverses à plus de 4 ans de l'accident, menée par Le Dr Guesdon, montrait que chez un tiers des patients, l'indice de masse corporelle augmentait (49). Or, en Calédonie, deux personnes sur trois sont en surpoids (10). Ainsi, pour améliorer la prévention tertiaire du handicap fonctionnel, élaborer des programmes et méthodes de suivi du poids pour les personnes concernées semblerait être une piste d'autant plus en NC qu'en France.

Une méthode simple de suivi pour les personnes en FR, en l'absence de pèse-personne est la mesure du tour de taille pour ensuite calculer le ratio tour de taille/taille en centimètres. Ce dernier est plus fiable que l'indice de masse corporelle et le tour de taille seuls. Il aurait pour avantage de minimiser les erreurs au niveau de l'évaluation des risques pour des individus ayant le même tour de taille mais des statures différentes. De plus, il permet d'utiliser une valeur seuil unique quels que soient l'âge, le sexe et le groupe ethnique (50).

La valeur seuil de 0,5 a ainsi été identifiée comme indiquant un premier niveau de risque prédictif fiable de diabète et d'hypertension artérielle (50).

5. Mieux préparer le médecin.

Un mémo médico-social sur le handicap fonctionnel provoqué par la séquelle — pour améliorer la pratique de la prévention tertiaire auprès de ce groupe de patient — pourrait être proposé au médecin généraliste. Un exemple, disponible ci-dessous a été rédigé (pp 45-52).

Dans le même esprit, un exemple de mémo médico-social pour le patient paraplégique pourrait aussi être proposé.

Il en a été écrit en repensant à ce qui avait été dit par la patiente et il espère servir d'ébauche de guide d'informations sanitaires et sociales pour le patient. Le versant social a été corrigé par l'assistante sociale officiant aux côtés de la directrice de thèse de ce travail. L'ensemble du mémo et quelques parties de l'ébauche de guide sont présentés ci-dessous.

Toute l'ébauche de guide est disponible sur la page Facebook Paraplégie Nouvelle-Calédonie @santesolidaire. Une partie de celui-ci a été reproduit ci-dessous (pp 53-69)

LÉSION
DE LA MOELLE ÉPINIÈRE
ACQUISE



Guide
à l'usage
du médecin

Nouvelle-Calédonie

2017

LA DYSRÉFLEXIE AUTONOME

Les symptômes peuvent associer :

- Mal de tête
- Tension Artérielle (TA) 20 à 40 points au-dessus de la TA normale au repos
- Rougeur du visage
- Sueur abondante du visage
- Vision embrouillée
- Blancheur et froideur des jambes la peau
- Essoufflement, anxiété, nez pris.

RISQUE VITAL +++

LES BONS RÉFLEXES

Contacter le 15

Le verticaliser à 90°

Déshabiller tout en
recherchant une cause
déclenchante

Vérifier la sonde

Traiter HTA

Nitroglycérine, 0,4 mg/

1 vaporisation

toutes les 5 minutes

jusqu'à 3 fois

Captopril 25 mg 1 cp

Traiter la cause

VESSIE	INTESTIN
Infection urinaire	Constipation
Distension	Hémorroïdes
Cathétérisme	Fissures
Entortillement du tube de la sonde	Fragmentation digitale des fécalomes
Calcul du rein ou de la vessie	
PEAU	AUTRES
Escarre	Stimulation Sexuelle
Ongles incarnés	Vêtements, bas, Ceintures serrées
Phlyctènes	Compression du scrotum
	Accouchement

NUMÉROS UTILES EN CAS DE MALTRAITANCE

LES SERVICES DE L'ORDRE

À Nouméa

Commissariat central de la police nationale.

Standard : 24.33.00

Hors de Nouméa

Gendarmerie la plus proche : 17



LES SERVICES GÉRÉS PAR LES ADMINISTRATIONS.

Province Nord, Koohnê/Vook

- Contacter le Centre d'Accueil des Femmes En Difficulté (CAFED) au 42.79.89 ou le 42.39.74
- Points d'accès au droit. Permanences dans les CMS. Contacter le 86.05.92. E-mail : droits.nc@gmail.com



Province Sud, Nouméa

- Contacter le centre de traitement des victimes et des auteurs de violences conjugales, du lundi au vendredi de 7h30 à 12h et de 12h45 à 16h Tél : 23.26.26 / Fax : 23.26.26.



Province des Iles Loyautés.

- Le Service de la Femme et de la Famille au 45.51.00
- Permanences de la case juridique Kanak dans les CMS. Contacter le 54.42.61 ou le 87.29.39.



:

NUMÉROS UTILES EN CAS DE MALTRAITANCE


LES SERVICES D'AIDES GÉRÉS PAR LES ASSOCIATIONS

- Association pour la Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et de l'adulte en Nouvelle-Calédonie (ASEA-NC).



Service d'accueil d'urgence. Foyers d'accueil sur tout le Territoire. Contacter le 28.63.83, www.aseanc.net

- Service d'aide aux femmes en difficultés.

SOS écoute **053 030** 




Procède à des écoutes jusqu'à 21h : week-ends et jours fériés compris et réoriente les interlocuteurs vers les structures.

- Association Femmes et violences conjugales (ASSFVC)



accueil, écoute, conseil et orientation des victimes au 14 rue Frédéric Surleau, Nouméa. lundi à jeudi: 8h 16h et vendredi. Contacter le 26 26 22

- SOS violences sexuelles **051 111** 

Apporte un soutien pour tous types de violences.

- Association pour l'Accès au Droit et d'Aide aux Victimes (ADAVI-NC).

Permanence gratuite d'avocats au tribunal de justice de Nouméa et dans les maisons de quartier de Nouméa, Dumbéa, Mont-Dore et Païta. Contacter le 27.76.08

DOULEURS LIÉES AUX SPASMES

Les facteurs favorisants :

Les spasmes augmentent en cas d'épine irritative. Une épine irritative est un problème qui retentit sur l'activité du système nerveux comme une infection (urinaire, cutanée, pulmonaire), une sonde urinaire qui se bouche, une escarre, un ongle incarné, la constipation, le froid.

Les conséquences :

Ces contractions peuvent faire chuter du lit ou du fauteuil lors d'un transfert.

Le traitement initial comprend :

- l'élimination de l'épine irritative
- la kinésithérapie.
- la prise de médicaments par voie orale.

LA SYRINGOMYÉLIE

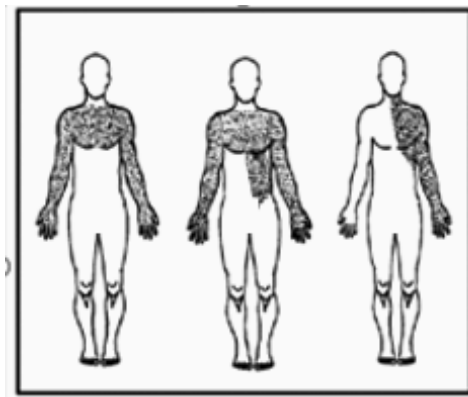
La syringomyélie post traumatique est une complication directe de la lésion médullaire qui peut apparaître suite à l'accident dans un intervalle de quelques mois à plusieurs années.

Il faut y penser quand apparaît une douleur inhabituelle dans son intensité, sa localisation, sa réponse au traitement habituel.

A un stade avancé, une perte de la fonction motrice des zones valides du corps peut apparaître.

Localisation

Le plus souvent au-dessus de la LME mais la complication peut s'étendre vers le bas ou être atypique



Les zones noircies sont celles souvent douloureuses

Le traitement :

- Les traitements antidouleurs médicamenteux.
- Le traitement chirurgical se fait en cas de douleurs résistantes, rebelles aux traitements et invalidantes ou en cas de survenue d'un déficit moteur qui aggrave le handicap existant.

EN CAS DE CONSTIPATION

Laxatifs (Forlax, Duphalac) Lavements

Consommer la chair de deux bananes plantains (Poingo, Barrique, Gorigna, etc...) cuite à feu doux à la vapeur dans leur peau.

Verser ½ litre d'eau chaude sur 30 feuilles jaunes de brèdes kanak (différent du chou kanak et aussi appelé brède morelle) pendant 5 à 10 minutes et boire l'infusion.

Consommer des brèdes (brèdes kanak, herbe à cochon appelée brède amarante) bouillies

Mettre à bouillir une tranche de citrouille épluché avec ses graines dans 1 litre d'eau pendant une dizaine de minutes et boire la décoction.

Consommer une papaye , un fruit du jacquier ou un corossol bien mûrs.

Consommer des oranges ou extraire un jus maison

LE SUIVI DU POIDS

On peut mesurer le tour de taille pour ensuite calculer le ratio tour de taille/taille en centimètres. La valeur seuil de 0,5 (59) a ainsi été identifiée comme indiquant un premier niveau de risque prédicteur fiable de diabète et de HTA

8 LES AIDES

(mise à jour février 2017, (9), site de la DASS-NC)

Taux d'incapacité	Aides de la loi pays handicap payées à la personne en situation d'handicap		Montant de l'aide	Conditions d'attributions	
				Plafond ressources mensuelles XPF	Calculer le plafond mensuel avec
≥ 67 %	Allocation personnalisée	Minorée si capable de travailler	50 000 XPF	50 000	Les ressources mensuelles du demandeur (les ressources tirées d'une activité professionnelle sont prises pour moitié de leur montant)
		Pleine si non capable de travailler	90 000 XPF	90 000	
	Aide aux familles pour frais supplémentaires		Non défini	30 000	Les ressources mensuelles du demandeur et du conjoint
Taux d'incapacité ≥ 50 %	Aides de la loi pays handicap payées au prestataire concerné, et communes disposant de la prestation aidée		Participation par le gouvernement (en %) au paiement de la prestation	Plafond ressources mensuelles XPF	Calculer le plafond mensuel avec
	Aide à l'hébergement : Grand Nouméa, La Foa, Farino et Bourail		Le bénéficiaire de l'aide paye 10 000 XPF par mois et le reste du prix de l'hébergement est financé par le gouvernement	100 000	Les ressources mensuelles du demandeur et du conjoint
	Aide à l'accompagnement de vie : partout sauf à Ouvéa.		La tranche de ressource détermine le % de participation du gouvernement	≤ 152 400	Les ressources mensuelles du demandeur et du conjoint.
	<u>Maieur</u>		100% ≤ 80 000	≤ 294 000	
	<u>Mineur ou < 21 ans scolarisé</u>		94% ≤ 130 000		
		90% ≤ 200 000			
Aide à l'accueil de jour (AJ); La Foa, Dumbéa et Nouméa		La tranche de ressource détermine le % de participation du gouvernement			Il n'y a pas de plafond défini par la loi
Aide au transport (AT); <u>Mont-Dore, Nouméa, Dumbéa, Païta, Boulouparis, La Foa, Farino, Sarraméa, Bourail, Lifou, Maré, Houailou, Ponérihouen, Pindimié, Touho, Hienghène.</u> <i>Les communes disposant d'un transport pour personnes à mobilité réduite (véhicule pour fauteuil) sont soulignées.</i>		AJ	AT		
1 à 12 trajets/semaine :		100%	100%	≤ 80 000	
≤ 20 Km sur Nouméa		94%	99%	≤ 130 000	
≤ 40 Km hors Nouméa		90%	98%	≤ 200 000	
		82%	97%	≤ 260 000	
		76%	94%	≤ 330 000	
		68%	90%	≤ 400 000	
		58%	86%	≤ 480 000	
		52%	80%	≥ 481 000	

Vivre avec une lésion de la moelle épinière (LME) acquise



Guide à l'usage des patients

Nouvelle-Calédonie

2017

SOMMAIRE

► COMMENT UTILISER CE GUIDE	3
► LE SUIVI PARAMEDICAL	4
• Infirmiers libéraux	4
• Masseurs kinésithérapeutes libéraux	5
► GESTION DES PLAINTES MEDICALES	7
• La dysfonction intestinale	8
• La dysfonction vésicale	11
• La douleur	14
► GESTION DE L'AUTONOMIE	17
• L'aménagement du domicile	17
• Le fauteuil roulant	18
• Les aides au transport	18
• Les aides à domicile	18
► LES AIDES FINANCIERES	19
► LA MALTRAITANCE	21
► BIBLIOGRAPHIE	23
► FICHES DÉTACHABLES	24
❖ 1. Localisation des IDE et MK en 2017	24
❖ 2. Soins intestinaux	28
❖ 3. Tableau de valeur nutritive	31
❖ 4. Traitement de la constipation	32
❖ 5. Elimination vésicale	33
❖ 6. Douleurs au dessus de la lésion	34
❖ 7. La dysréflexie autonome	37
❖ 8. Le suivi du poids	40
❖ 9. Adaptation du fauteuil roulant	41
❖ 10. Douleurs au niveau de la lésion	42
❖ 11. Douleurs en dessous de la lésion	43
❖ 12. Instances d'aides au logement	45
❖ 13. Les aides : comment ? Où ?	46
❖ 14. Les associations de personnes handicapés	51
❖ 15. Joindre l'assistant social	53
❖ 16. Numéros utiles en cas de maltraitance	56

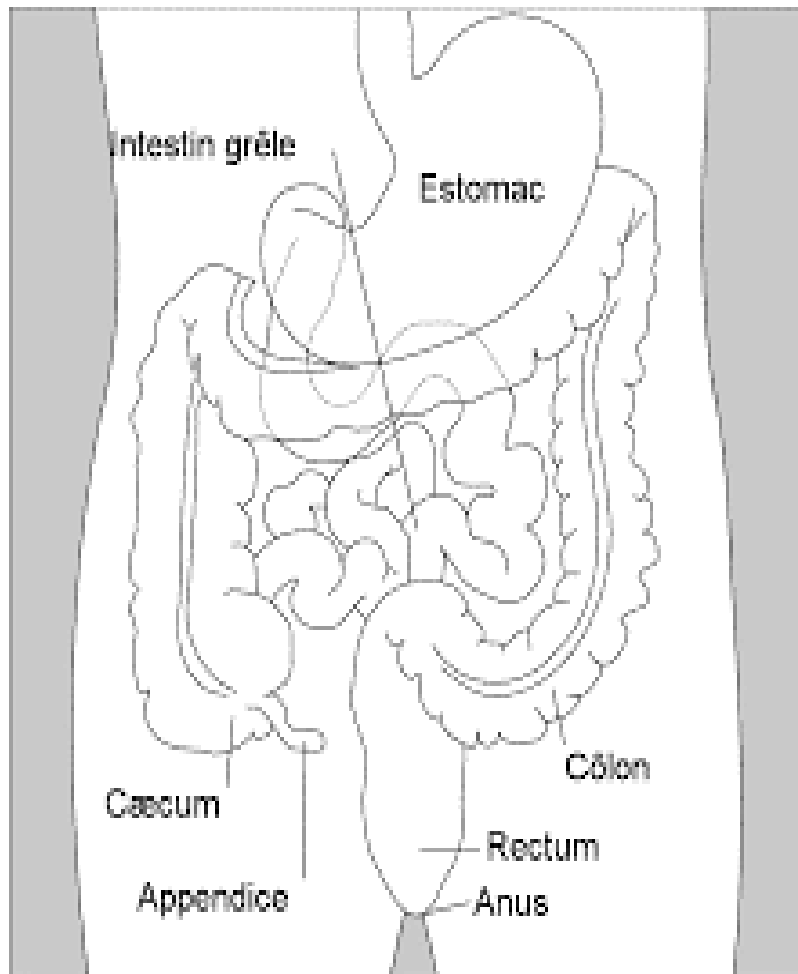
LA DYSFONCTION INTESTINALE

*J'arrivais pas à
contrôler mon
handicap. Mais
maintenant ça va.*



LA DYSFONCTION INTESTINALE

Disposition des organes du système digestif



LA DYSFONCTION INTESTINALE (4)

► La LME entraîne:

- La désorganisation de la transmission d'informations sur l'envie d'aller à la selle
- la désorganisation du contrôle volontaire des muscles permettant l'ouverture et la fermeture des orifices intestinaux en particulier l'anus

► Symptômes :

- Soit une constipation qui provoque une accumulation de selles dans le rectum. Cette accumulation entraîne une incontinence anale à l'effort. On l'appelle intestin atone : il se produit quand le niveau de la LME est au dessus des hanches.
- soit une incontinence anale qui est due à une vidange spontanée non-contrôlée et souvent incomplète. On l'appelle intestin réflexe : il se produit quand le niveau de la LME est en dessous des hanches.

► Techniques d'évacuation intestinale

- Le terme évacuation intestinale fait allusion aux efforts nécessaires pour évacuer avec succès les selles.
- La durée des soins intestinaux est en moyenne de 40 à 90 minutes.
- Assurer correctement ses soins intestinaux (fiche 2) permet à de nombreux patients d'éviter l'évacuation de selles imprévues.

LA DOULEUR (6), (7)

*J'ai mal
parfois.*



*Toute recrudescence des
douleurs doit faire
suspecter un problème à
traiter*

LES TYPES DE DOULEURS

DOULEUR NEUROLOGIQUE

Douleur attribuable à une lésion du tissu nerveux ou à son mauvais fonctionnement

Persistante ou intermittente, fulgurante, brûlante, picotements et/ou qui lance.
Souvent mal localisée, peut irradier, caractère chronique

DOULEUR NOCICEPTIVE

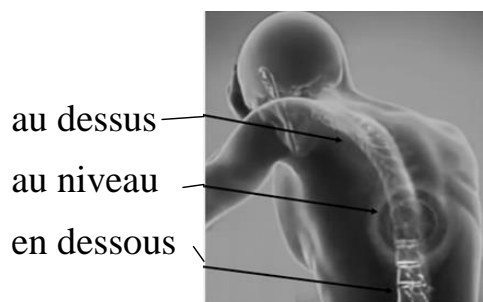
Douleur attribuable à une lésion des autres tissus

Sourde, continue, pesante à vive, rythmée, cuisante.
Bien localisée.
Plus diffuse si elle provient des structures profondes ou des viscères.
Habituellement associée à une lésion tissulaire réelle ou possible

Les douleurs neurologiques et nociceptives ne se traitent pas avec les mêmes médicaments

LOCALISATION DE LA DOULEUR

On se réfère au niveau de la LME :



GESTION DE L'AUTONOMIE

L'aménagement du domicile

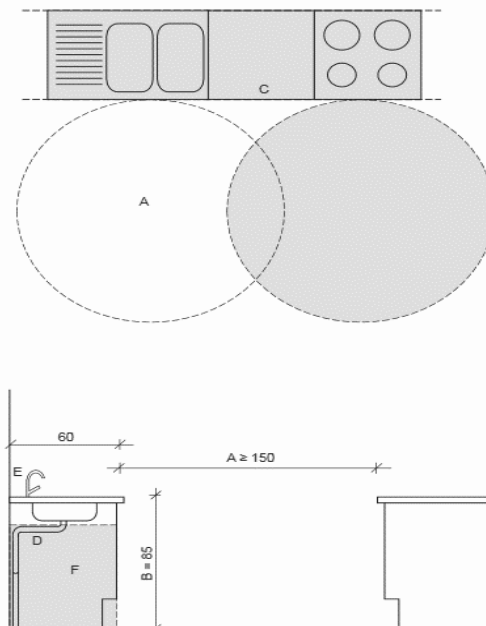
Une demande d'aide s'initie dans ce cas au cours de l'hospitalisation en CSSR auprès des instances provinciales concernées (voir fiche 12.)

Le cheminement pour obtenir un logement adapté à une situation de handicap pour une personne vivant sur une terre coutumière sera plus long.

L'ADRAF (voir fiche 12.), sur demande, travaille avec les ressortissants des terres coutumières (GDPL, clans ou tribus) sur des répartitions de terrains entre clans, entre familles.

N'hésitez pas à les interpeller en cas de difficultés à obtenir une autorisation de construire.

Si vous avez l'intention de faire vous-même des travaux, il existe un guide d'aide à la conception d'un logement adapté (8) que vous pouvez utiliser



GESTION DE L'AUTONOMIE

Le fauteuil roulant (FR)

Cheminer sur l'herbe, sur les voies en terre est une situation très fréquente en zone rurale calédonienne.

En cas de non adaptabilité du FR, informez le Médecin de Physique et de Réadaptation ou l'ergothérapeute ou bien le médecin traitant (qui les préviendra) afin que ces spécialistes jouent sur une des deux caractéristiques du FR qui influence la façon dont le FR fonctionne (voir fiche 8)



Les aides (9) au transport

Il existe des aides au transport pour les courts déplacements (20 Km sur Nouméa, 40 Km ailleurs).

Vous pouvez en bénéficier si votre taux d'IPP est supérieur à 50% et si votre commune dispose d'un transport agréé pour cela (10). (voir fiche 13.)

Si votre commune est dépourvue de prestataire, n'hésitez pas à mobiliser vos connaissances pour inciter un éventuel prestataire à se faire agréer auprès de la Cafat.

Il n'y a aucune aide pour les long déplacements de motif personnel. Vous devrez vous appuyer sur le véhicule d'un proche ou de votre aide à domicile.

Les aides(9) à domicile

Vous pouvez en bénéficier si votre taux d'incapacité est supérieure à 50% sous certaines conditions. (voir fiche 13). L'aide est disponible partout sauf à Ouvéa et Bélep (10) (voir fiche 13.)

Les associations de personnes handicapés

Vous pouvez vous rapprocher des associations de personnes en situation de handicap qui pourront aussi vous conseiller et vous aider (voir fiche 14.)

LA MALTRAITANCE

Il est venu
vers moi avec
un couteau
pour me dire
comme ça :
« C'est pas
parce que t'es
dans ta chaise
et que je peux
pas te
percer ! »



LA MALTRAITANCE

- les personnes en situation de handicap sont plus victimes de violences (11) que les autres personnes
- En ce qui concerne la violence conjugale (12,13,14):



- Les femmes en situation de handicap sont plus à risque de vivre des violences conjugales que celles qui ne le sont pas.
- Les hommes en situation d'handicap sont plus à risque de faire preuve d'actes de violences conjugales que ceux qui ne sont pas handicapés
- Or en Nouvelle-Calédonie, la violence conjugale touche près d'une femme sur quatre (15), quel que soit son état de santé.

En cas de maltraitance, n'hésitez pas à en parler à votre auxiliaire de vie, à votre IDE, à votre médecin, à l'équipe du CSSR, à un membre de votre famille

Votre Handicap vous rend vulnérable.

Notre devoir est de vous venir en aide. Nous pouvons faire le signalement (16) pour vous. Nous pouvons vous mettre à l'abri des violences en vous mettant en relation avec les services sociaux (fiche 14) et les réseaux d'aides aux victimes de violence conjugales (fiche 15)

BIBLIOGRAPHIE

Ce sont quelques références entre parenthèses () dans le guide sur lesquelles s'appuient ce qui y est écrit

- (1) CREAHI Aquitaine, Marabet B, Demarquez M. L'intervention des Services de Soins Infirmiers A Domicile auprès des personnes handicapées motrice. Besoins et attentes des professionnels, des bénéficiaires et de leur famille. France ; 2003.
- (2) HAS / service des affections des longue durée et accords conventionnels, éditeur. Guide – Affection de longue durée. ALD 20-Paraplégie (lésions médullaires). 2007
- (3) Gelis A, Stefan A, Colin D, Albert T, Gault D, Goossens D, et al. Therapeutic education in persons with spinal cord injury: a review of the literature. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2011;54(3):189-210.
- (4) Soler JM, Denys P, Game X, Ruffion A, Chartier-Kastler E. Chapitre B-L'incontinence anale et les troubles digestifs et leurs traitements en neuro-urologie. *Progrès en Urologie*. 2007;17(3):622-8.
- (5) Amarenco G, Kerdraon J. Vessies neurologiques. *EMC Neurologie*. 2006;17-012.
- (6) Guesdon, H. Devenir médical, familial et socioprofessionnel d'une cohorte de patients paraplégiques d'origine traumatique : étude rétrospective à plus de 4 ans de l'accident. Université de Nancy; 2014
- (7) Albright AL, Cervi A, Singletary J. Intrathecal baclofen for spasticity in cerebral palsy. *Jama*. 1991;265(11):1418-22.
- (8) Lechat I, Tonglet L, Wagelmans P, Van der Haar D, Van Dessel J, Guillemeau J-M, et al. Guide d'aide à la conception d'un logement adaptable. Ministère Wallon de l'équipement et du transport (MET); 2006. (Les manuels du MET). Disponible sur: http://www.construire-adaptable.be/media/doc/pdf_adaptabilite_papier.pdf
- (9) Congrès de Nouvelle-Calédonie. Loi du pays n° 2009-2 du 07 janvier 2009. Délibération 453, 308, 453, 308, 33, 453, 109. janv. 20, 2009.
- (10) OMS, éditeur. Soins de santé généraux : Risque accru d'être confronté à la violence. In: Rapport mondial sur le handicap. Suisse; 2011. p. 66.
- (11) Parlement européen, Rapport sur la situation des femmes issues de groupes minoritaires dans l'Union européenne (2003/2109(INI)), p. 13
- (12) Perreault S. Criminal victimization and health: A profile of victimization among persons with activity limitations or other health problems. Canadian Centre for Justice Statistics; 2009.
- (13) Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence against women*. 2006;12(9):805-22.
- (14) Hamelin C, Salomon C. Premiers Résultats de l'enquête «Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes». Inserm, rapport U. 2004;88.
- (15) LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé | Legifrance [Internet]. Pénal, 2015-1402 nov 5, 2015.
- (16) Milligan J, Lee J, McMillan C, Klassen H. Dysrèflexie autonome Reconnaître un grave problème courant chez les patients victimes d'une lésion médullaire. *Canadian Family Physician*. 2012;58(8):e427-32.
- (17) World Health Organization. Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus. Suisse; 2008.
- (18) Frost S, Mines K, Scheffler E, Jackson Stoeckle R. Module de formation aux services de fauteuils roulants. Manuel de référence. Niveau élémentaire. [Internet]. OMS; 2012. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/99122/3/9789242503470_fre_manuel-de-reference.pdf
- (19) Afssaps Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitements médicamenteux de la spasticité: recommandations de bonnes pratiques juin 2009. *Pratique Neurologique-FMC*. 2010;1(1):53-71.
- (20) Limousin P. Oecania planta medica-Flore de Kanaky- tome II - panacées alimentaires. Bibliothèque de Nouméa. Nouvelle-Calédonie; 2014

28 Fiche 2. Soins intestinaux (4)

A. Soins de l'intestin atone

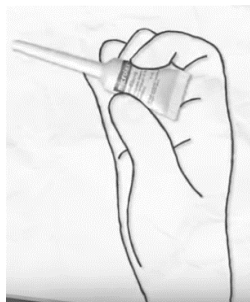
► Appliquer un suppositoire à la glycérine : attendre 15 à 30 min

► Différentes méthodes d'enlèvement :

► Manuel.

- Stimulation anale : mettre un doigt dans l'anus et y dessiner un cercle pendant 15-20 secondes à 1 minute maximum
- Puis enlèvement avec le doigt en crochet dirigé vers les fesses. On recommence jusqu'à qu'on ne ramène plus de selles après 3 à 5 stimulations.

► Par lavement médicamenteux



► Par irrigation d'eau à travers l'anus de façon :

- Artisanale en utilisant un jet d'eau de flux doux
- médicale ou à l'aide d'un système médical de type péristeen.

29 Fiche 2. Soins intestinaux

B. Soins de l'intestin réflexe

- Appliquer un suppositoire à la glycérine : attendre 15 à 30 minutes.

- Différents types stimulation anale :
 - Manuel :
 - mettre un doigt dans l'anus et y dessiner un cercle pendant 15-20 secondes à 1 minute maximum jusqu'à la descente de selles par relâchement des muscles.
 - On recommence jusqu'à ce que : les muscles de l'anus se resserrent – il n'y a plus de pets – On ramène un liquide gluant et clair - Il n'y a pas de selles pendant 3 à 5 stimulations.

 - Par lavement médicamenteux

Douleurs au-dessus de la lésion

Les douleurs d'effort des muscles et des articulations des membres supérieurs

Ce sont des douleurs de type nociceptives ou mixtes liées à la propulsion du fauteuil roulant, aux auto-soulèvements et aux transferts.

Les facteurs favorisants :

Elles sont plus importantes en cas de surpoids, d'obésité ou de fauteuil roulant inadapté.

Les conséquences :

Ces douleurs peuvent avoir un retentissement important sur l'autonomie et les activités quotidiennes.

Le traitement comprend :

- La correction des facteurs favorisants (voir fiche 8 et fiche 9)
- La prescription d'une kinésithérapie centrée sur le(s) membre(s) sujets à la douleur.

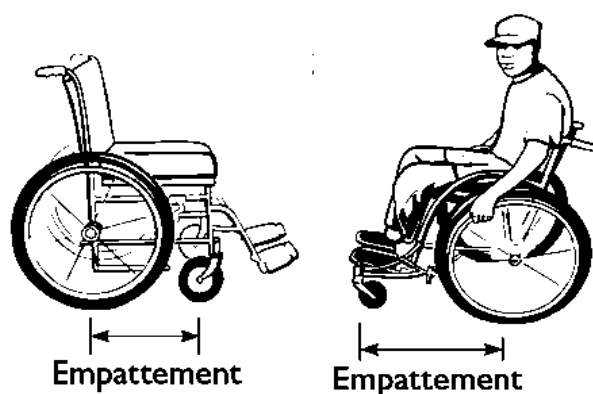


- Les traitements antidouleurs (médicamenteux comme le paracétamol, etc... et physique comme la chaleur ou le froid).
- Du repos dans la mesure du possible.

41 Fiche 9.

Adaptation du Fauteuil Roulant (FR) (17), (18)

La première caractéristique réglable est la distance entre les roues avant et les roues arrière, qui se nomme l'empattement.



Les FR à empattement long sont plus stables et moins susceptibles de basculer vers l'avant. Ils peuvent constituer un bon choix pour une personne qui passe la plupart du temps à l'extérieur et se déplace. Les FR à empattement long à quatre roues ont des petites roues avant situées en-dessous des repose-pieds au lieu de derrière, ce qui procure au FR un plus long empattement.

La seconde caractéristique est la taille et la largeur des roues.

Plus la roue est large, plus il est facile de pousser sur un terrain inégal. De larges roues arrière et de grandes et larges roues avant aident à éviter que le fauteuil roulant ne s'enfonce dans un sol sablonneux ou boueux.

42 Fiche 10.

Douleurs au niveau de la lésion

Douleurs nociceptives

Dans les mois qui suivent l'accident :

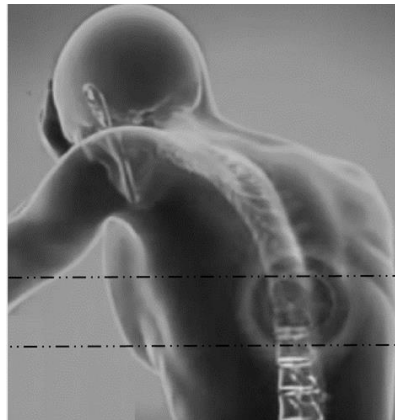
- ▀ Elles peuvent survenir
- ▀ Situées près du foyer de fracture
- ▀ Plus importantes en fin de journée et lors des retournements et des changements de position.
- ▀ Leur persistance doit faire rechercher une instabilité résiduelle du foyer.

À distance de l'accident

- ▀ leur réapparition doit faire rechercher un débricolage du matériel de consolidation du foyer de fracture.

Traitement :

- ▀ médicamenteux
- ▀ vérifier l'état du matériel.



Douleurs neurologiques

Elles peuvent survenir dans les semaines qui suivent le traumatisme et elles disparaissent en général au cours de la première année.

Le traitement est médicamenteux.

Tout au long de la vie, elles peuvent aussi être le signe d'une syringomyélie post-traumatique qui s'étend vers le bas ou de début atypique

Elles peuvent augmenter en cas d'épine irritative (voir fiche 11.).

V. Conclusion

Dans le premier chapitre, les cadres et contextes originaux de la Nouvelle Calédonie ainsi que les problématiques soulevées par la prévention des handicaps par AVP ont pu être redéfinis. Cela a permis de formaliser les objectifs de ce travail. Il s'agissait en premier de comprendre comment améliorer la prévention et l'éducation liées à ce problème. Voilà pourquoi l'objectif principal a été d'élaborer des pistes d'actions à ce sujet.

Une réflexion — définit selon la médecine narrative — sur le vécu raconté d'une patiente vivant en zone rurale a permis de choisir certains items de prévention de ce problème de santé. Chaque situation clinique vécu en tant que médecin de CMS et en rapport avec les items de prévention soulevés faisait ensuite l'objet d'une autoanalyse. Une revue de littérature a ensuite été faite pour tenter d'approfondir les interrogations soulevées par la réflexion.

Ces trois actions combinées ont permis de réfléchir à ce problème de santé en Nouvelle Calédonie.

Les idées et pistes d'actions mises en lumière ont été ordonnées, dans la discussion, de la strate la plus extérieure à la santé (garages solidaires, sécurisation du bord latéral des routes ...) en passant par une strate intermédiaire, celui de l'organisation du système institutionnel de prise en charge des AVP (révision du schéma législatif des urgences, formation aux urgences pour le médecin inexpérimenté, procédures de prise en charge de l'AVP) jusqu'à la strate centrée sur le patient dans le cadre de la prévention tertiaire. À ce niveau, la discussion a de nouveau rayonné vers les strates intermédiaires et extérieures, ce qui est le propre de la communication entre le patient, le médecin et un système de santé. Les populations rurales en situation de handicap ont cherché à ne pas être oubliées du fait de l'ancrage du médecin — écrivant le travail — en zone rurale.

Le travail propose des idées en prenant en compte la complexité globale du système calédonien du point de vue d'un médecin de CMS en zone rurale.

Une piste d'action évoquée dans la discussion, pour améliorer la prévention tertiaire des handicaps consécutifs aux AVP, était la réalisation d'un mémo médico-social portant sur un type de séquelle grave destiné au médecin en CMS.

Un mémo de ce type concernant ce groupe de patients a été réalisé. Il espère servir aux directions provinciales de la santé, voire il espère servir d'ébauche de guide pour le patient et leur famille à la sortie du CSSR. D'autres travaux pourraient être réalisés à propos des autres séquelles lourdes provoquées par les AVP.

En conclusion, ce travail espère pouvoir être la base d'une réflexion au sujet des AVP graves responsables de décès et de situation de handicap lourd.

Il espère servir à tous dans l'objectif de répondre aux besoins des survivants avec séquelles graves. Il cherche aussi à améliorer les conditions de prise en charge initiale du blessé grave de la route en pointant le rôle des sauveteurs en charge de circonscrire la séquelle installée, sur les lieux de l'accident. Il voudrait pour finir donner des idées aux personnes en charge de réduire le nombre d'accidents grave en Nouvelle-Calédonie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Populations légales 2014–Populations légales 2014 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2525762?sommaire=2525768#titre-bloc-3>
2. Hadj L. 53 000 personnes sous le seuil de pauvreté. Synthèse Isee, Institut de la statistique et des études économiques Nouvelle-Calédonie. janv 2012;(23).
3. Cointat C, Frimat B. Nouvelle-Calédonie : le pari du destin commun. Sénat; 2011 juin. Report No.: 593(2010-2011).
4. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;108:148-55.
5. Bilans accidentologiques | Direction des Infrastructures, de la Topographie et des Transports Terrestres [Internet]. Disponible sur : <https://dittt.gouv.nc/securite-routiere/bilans-accidentologiques>
6. Ministère de l'intérieur. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2014 / Publications presse / Espace presse - Sécurité routière | Tous responsables [Internet]. Disponible sur: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2014>
7. DEAL Réunion - Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de La Réunion. Sécurité routière : bilan annuel 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.reunion.developpement-durable.gouv.fr/bilans-annuels-r34.html>
8. John M, Daures M, Roy A. Accidents de la voie publique survenus en 2011 en Nouvelle-Calédonie. L'impact sanitaire et socio-économique [Internet]. Nouvelle-Calédonie : DASS-NC; 2014 mars. Disponible sur : <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/27478252.PDF>
9. Guerrier G, Morisse E, Barguil Y, Gervolino S, Lhote E. Severe traumatic brain injuries from motor vehicle-related events in New Caledonia: epidemiology, outcome and public health consequences. Australian and New Zealand journal of public health. 2015;39(2):188-91.
10. Magnat E, Font H, Rouchon B, Souares Y. Enquête sur la santé des calédoniens de 18 à 60 ans. Résultats préliminaires. Nouvelle-Calédonie: ASS-NC; 2015. (Baromètre santé). Report No.: 2.
11. CRHD. Mise à jour Photographie reconnue en situation de handicap 2016 [Internet]. Nouvelle-Calédonie : Gouvernement de Nouvelle-Calédonie; 2016. Disponible sur: <http://collectif-handicaps.com/wp-content/uploads/Population-handicap-CHD-2016.pdf>

12. Organisation Mondiale de la Santé. Plan mondial pour la décennie d'action, pour la sécurité routière 2011-2020. Genève, Suisse, OMS et ONU. 2011.
13. Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie 2014 [Internet]. Nouvelle-Calédonie: DASS-NC; 2014. p. 1. Disponible sur: <http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/librairie/fichiers/32258410.PDF>
14. Congrès de Nouvelle-Calédonie. Loi du pays n° 2009-2 du 07 janvier 2009. Délibération 453, 308, 453, 308, 33, 453, 109. janv. 20, 2009.
15. Godin P. 1. En pays kanak, des malheurs et des hommes. In: Le handicap au risque des cultures [Internet]. Toulouse: ERES; 2010. p. 25-48. (Connaissances de la diversité). Disponible sur: <http://www.cairn.info/le-handicap-au-risque-des-cultures--9782749213101-p-25.htm>
16. Quinton A, emeriau JP. Comment faire une thèse? CRAME; 2013.
17. Bentzen N. An international glossary for general/family practice. Family practice. 1995;12(3):341-69.
18. Charon R. What to do with stories The sciences of narrative medicine. Canadian Family Physician. 2007;53(8):1265-7.
19. Sécurité routière. En 2015, 80 décès de plus sur les routes dans des accidents globalement plus violents [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/en-2015-80-deces-de-plus-sur-les-routes-dans-des-accidents-globalement-plus-violents>
20. La place du jeune kanak dans la société contemporaine et les moyens de lutter contre la marginalisation d'une partie de la jeunesse [Internet]. Nouvelle-Calédonie: Sénat coutumier; 2009 mars. Disponible sur: <http://www.monpaysmonecole.gouv.nc/portal/pls/portal/docs/1/11550318.PDF>
21. La criminalité en France. France: Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales; 2015 p. 24. Report No.: 4. Disponible sur: https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/rapports_annuels/ondrp_rapport_2013.pdf
22. Domingue Mena P. Evaluation des différents profils de consommation d'alcool, freins et leviers de la consommation nocive en province nord (Nouvelle Calédonie) [Enquête transversale]. [Nouvelle-Calédonie]: Université de Lorraine; 2013. Disponible sur: http://www.sante-pub.u-nancy.fr/documentation/index.php?lvl=categ_see&id=7795 Une étude menée par une responsable de la DASSPS en zone rurale
23. Blows S, Ivers RQ, Woodward M, Connor J, Ameratunga S, Norton R. Vehicle year and the risk of car crash injury. Injury Prevention. 2003;9(4):353-6.

24. ISEE-NC, éditeur. Dépenses monétaires détaillées en 2008 [Internet]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/component/phocadownload/category/210-voir-plus-de-donnees?download=804:depenses-monetaires-detaillees-107-postes-en-2008>
25. Nouvelle-Calédonie 2025. Schéma d'Aménagement et de Développement de la Nouvelle-Calédonie. Les rapports des 9 ateliers du diagnostic. [Internet]. Nouvelle-Calédonie: Gouvernement de Nouvelle-Calédonie; 2009 janv p. 302. Disponible sur: https://sap.gouv.nc/sites/default/files/atoms/files/nc2025_-_rapport_des_9_ateliers_du_diagnostic.pdf
26. Roubio Collet N. Comparaison des prix entre la Nouvelle-Calédonie et la métropole [Internet]. ISEE, Institut de la Statistique et des Etudes Economiques- Nouvelle-Calédonie; 2012 oct. Disponible sur: http://www.cerom-outramer.fr/IMG/pdf/cerom_-_comparaison_prix_entre_nc_et_metropole_-_octobre_2012.pdf
27. Dutertre E, Glemain P, Poutier E. Une innovation sociale en économie solidaire: le cas Solidarauto. Humanisme et Entreprise. 2013;(3):51-64.
28. Grossetête M. L'enracinement social de la mortalité routière. Actes de la recherche en sciences sociales. 2010;(4):38-57.
29. ISEE-NC, éditeur. la dispersion des revenus et les inégalités en 2008 [Internet]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/component/phocadownload/category/227-donnees?download=855:la-dispersion-des-revenus-et-les-inegalites>
30. Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalités | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304063#tableau-figure2b>
31. Panouilleres T. La Nouvelle-Calédonie: Modèle d'île. Mappemonde. 1986;1(4):20-1
32. Patte L. Le nouveau guide traitement des obstacles latéraux. Revue générale des routes (RGRA). 2003;(815).
33. Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Délibération portant dispositions générales sur la création d'un établissement public à caractère administratif [Internet]. JONC, 47 décembre, 2004 p. 7695. Disponible sur: <http://www.juridoc.gouv.nc/JuriDoc/JdWebE.nsf/Juristart?openpage>
34. Manuel belge de la régulation médicale. Belgique: SPF, santé publique fédérale; 2013. Report No.: 3. Disponible sur: http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_regulation_medicale.pdf
35. World Health Organization. Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus. Suisse; 2008.

36. DASS -- Le régime d'aides [Internet]. DASS-NC. Disponible sur: http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/handicap_depence/Le%20r%20E9gime%20d'ai des
37. OMS, éditeur. Soins de santé généraux : Risque accru d'être confronté à la violence. In: Rapport mondial sur le handicap. Suisse; 2011. p. 66.
38. Parlement européen, Rapport sur la situation des femmes issues de groupes minoritaires dans l'Union européenne (2003/2109(INI)), p. 13
39. Perreault S. Criminal victimization and health: A profile of victimization among persons with activity limitations or other health problems. Canadian Centre for Justice Statistics; 2009.
40. Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. Violence against women. 2006;12(9):805-22.
41. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé | Legifrance [Internet]. Pénal, 2015-1402 nov 5, 2015.
42. Hamelin C, Salomon C. Premiers Résultats de l'enquête «Santé, conditions de vie et de sécurité des femmes calédoniennes». Inserm, rapport U. 2004;88.
43. Elizabeth B, Stéphanie C. Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale. Paris, La Documentation française «Droits des femmes». 2003
44. Beauducel Éric. Une justice entre deux mondes. EKLA production, Planète Justice, Nouvelle-Calédonie 1ère; 2013. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Sygi2-ZJRh4>
45. Salomon C. « Mettre au tribunal », « claquer un procès » : les nouvelles ripostes des femmes kanakes en Nouvelle Calédonie. Archives de politique criminelle. 2002;24(1):161-76.
46. Caillard J-P. Coutume, femmes et droit républicain en Nouvelle-Calédonie [Internet]. Ligue des droits de l'Homme. 2014.
48. Portrait des professionnels de santé. France: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>
47. CREAHI Aquitaine, Marabet B, Demarquez M. L'intervention des Services de Soins Infirmiers A Domicile auprès des personnes handicapées motrice. Besoins et attentes des professionnels, des bénéficiaires et de leur famille. France ; 2003.

49. Guesdon, H. Devenir médical, familial et socioprofessionnel d'une cohorte de patients paraplégiques d'origine traumatique : étude rétrospective à plus de 4 ans de l'accident. Université de Nancy; 2014
50. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*. 2012;13(3):275-86.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 METHODES DE THESES D'EXERCICE DE MEDECINE

Comment faire une thèse ?

André QUINTON, Jean Paul EMERIAU

1 - Définition.

La thèse est définie dans le dictionnaire Robert comme "*une proposition ou une théorie particulière qu'on tient pour vraie et qu'on s'engage à défendre par des arguments*".

A cette définition correspond l'idée que celui qui choisit un sujet de thèse en fait sa chose. Son travail va constituer à accumuler des observations ou conduire une étude expérimentale, lire attentivement les données de la littérature, faire une démonstration qui doit aboutir à une conclusion précise, enfin défendre publiquement sa thèse devant un jury.

En France la **thèse d'exercice**, soutenue au terme des études de médecine, chirurgie dentaire ou pharmacie, permet d'obtenir un diplôme d'Etat. Une thèse d'exercice devrait toujours donner lieu à la publication d'un article original (annexe 1). Si les thèses d'exercice n'ont pas l'envergure d'une thèse de sciences (encadré 1) elles peuvent être le premier travail qui l'initie.

Encadré 1 - Une thèse de recherche (ou thèse de sciences) est menée au sein d'un laboratoire par un étudiant de 3^{ème} cycle (appelé "doctorant") désireux d'accéder au rang de chercheur avec le titre de docteur es sciences (on parle aussi de doctorat d'Etat). La recherche s'effectue en deux ou trois ans, voire plus si un doctorant mène une recherche tout en ayant une activité professionnelle à côté de ses études. Dans la thèse sont présentés, d'abord une revue générale des connaissances sur le thème de la thèse, puis les travaux menés par l'auteur (les uns déjà publiés, les autres en cours de publication), une synthèse et les perspectives. Une thèse représente une somme de connaissances qui peut être intégralement publiée sous forme de livre. Le directeur de thèse suit la progression générale de la recherche, donne les grandes orientations, contribue à la rédaction des articles.

2 - Les divers types de sujets de thèse et leur structure générale.

Une thèse est un travail "original", ce qui en théorie signifie qu'il n'a pas déjà fait l'objet d'un article ou d'une thèse au cours des mois précédents. C'est pour cela qu'avant de se lancer dans un travail, il faut s'assurer qu'il n'a pas déjà été fait et publié, c'est l'objet de la recherche bibliographique. Toutefois il y a des degrés dans l'originalité ; à titre d'exemple si une thèse peut être pionnière en décrivant pour la première fois une maladie, un mécanisme physiopathologique, une technique, d'autres ne font que confirmer l'existence de la maladie, d'un mécanisme, l'intérêt ou l'applicabilité d'une technique.

Le but d'une thèse doit être formulé de façon suffisamment précise pour qu'on puisse l'atteindre. Si un sujet est complexe il doit être décomposé en une série de sous-sujets simples qu'il est possible de cerner ; certains chercheurs travaillent toute leur vie sur un thème, procédant par étapes. Ainsi des thèses peuvent être complémentaires les unes des autres, la première thèse peut être une synthèse des données de la littérature, une ou plusieurs autres à partir des résultats d'études prospectives.

L'article scientifique original est le modèle dont doit se rapprocher une thèse.

Les principes de réalisation d'une thèse correspondent à un état d'esprit scientifique:

- tout travail a un but, qu'il s'agisse d'étudier une hypothèse, de faire un bilan, de décrire, d'établir des comparaisons,
- ce travail doit être mené selon une méthode explicitée,
- ses résultats sont exposés,

- ils peuvent être commentés,
- le travail débouche au minimum sur quelques mots qui mettent en avant son intérêt ; généralement l'étude permet de formuler une conclusion... qui peut n'être qu'une hypothèse ou la nécessité de refaire une étude dans d'autres conditions.

2.1 - Les types de thèses

• La plupart des sujets de thèses entrent dans la catégorie des articles originaux

Etude descriptive

Des études descriptives sont faites en observant et analysant des faits dans de nombreux domaines.

Les enquêtes font partie des études descriptives. Elles sont toujours difficiles à réaliser. Par principe, il faut se faire conseiller par un méthodologiste (voir plus loin).

Une observation rare peut constituer un sujet de thèse (voir encadré 2)

Encadré 2 · Thèse "A propos d'un cas de..."

La thèse porte sur une observation clinique d'une maladie, rare et généralement mal connue. La thèse comporte deux parties essentielles, le rapport de l'observation et la discussion à partir des données de la littérature.

Le rapport de l'observation nécessite des données précises pour que son caractère original soit évident. La discussion est la partie la plus difficile imposant d'avoir lu toutes les publications ayant un rapport avec l'observation rapportée pour pouvoir en commenter avec pertinence les points originaux..

Ce type de thèse est théoriquement relativement simple à partir du moment où l'observation initiale est de bonne qualité (l'idéal est que le thésard ait "vécu" le cas clinique rapporté pour que son témoignage ait un caractère d'authenticité) mais il implique de beaucoup lire.

La réputation de ce type de thèse de pouvoir être bouclée en quelques mois fait souvent fi des difficultés pour retrouver et analyser les articles.

Etude expérimentale

Ici on observe des faits en imposant les conditions dans lesquelles ils se déroulent.

Etude comparative

De nombreuses études, chacune impliquant une méthode précise, reposent sur des comparaisons.

Evaluation d'une procédure (technique d'investigation, de traitement, de modalités d'enseignement)

A nouveau la spécificité de chacun de ces types d'études est le fait de la méthode utilisée.

Mémoire de stage

Un rapport de stage peut être assimilé à une étude descriptive.

• Autres types de thèses

Thèse bibliographique

Ce travail, apparemment facile dans la mesure où il ne nécessite aucun travail "personnel", est une analyse et une réflexion sur des données de la littérature. En fait il est difficile car il implique, d'abord de faire une revue complète et fouillée des données de la littérature, ensuite de mettre en exergue les points importants ou d'apporter des conclusions.

Revue "didactique" sur un sujet

Il s'agit là de la synthèse claire d'un sujet, destinée à des étudiants, voire au grand public. Ce n'est pas que la forme simplifiée des Revues générales que publient les grands journaux scientifiques (équivalent de la thèse bibliographique), mais une mise en forme intéressante, agréable et didactique des données.

Mémoire "historique"

Une thèse peut être consacrée à l'histoire d'une technique diagnostique ou thérapeutique, d'une faculté, d'un hôpital, de l'évolution d'un courant d'idées.

Mémoire d'introspection

Une réflexion sur un vécu peut être l'objet d'un mémoire chez un étudiant ayant des qualités d'auto-analyse et d'écriture.

Encadré 3- Peut-on sortir des sentiers battus ?

Trop peu de thèses s'attaquent à des sujets réellement originaux. A titre d'exemple, on peut citer "la représentation des personnes âgées dans les bandes dessinées d'Astérix !". Les thèses dont le sujet est littéraire, historique, sociologique, peuvent être passionnantes, à la condition d'être bien faites.

Attention, le choix d'un sujet trop original peut entraîner des difficultés inattendues ; pour les internes de spécialité (D.E.S.), il est tout à fait souhaitable que le sujet soit choisi par, ou avec, le responsable du D.E.S., la thèse faisant partie du cursus de formation dans la spécialité. D'autre part, le sujet de la thèse peut être un élément déterminant pour un choix ultérieur tel qu'un recrutement dans un laboratoire ou une administration.

2.2 – La structure d'une thèse: aspect d'ensemble (Le détail de la structure d'une thèse fait l'objet de l'annexe 1).

• La structure de référence d'une thèse est celle de l'Article scientifique original qui a pour but d'informer la communauté scientifique des résultats d'une recherche faisant progresser la science.

Cette structure est adoptée par tous les chercheurs ; tout article ne suivant pas ce plan est rejeté par le comité de rédaction des revues de valeur.

Il s'agit du plan dit IMRD, sigle formé des premières lettres de quatre grandes parties d'un article... mais omettant la Conclusion. On rencontre aussi l'acronyme IMRAD: *Introduction, Method, Results And Discussion*.

- Titre

Il incite un lecteur à parcourir les conclusions ou le résumé d'un article scientifique, puis à le lire en entier s'il est intéressé.

- Introduction

Elle présente le sujet et les raisons qui ont motivé le choix du travail, et de façon très claire la question qu'on se pose, et lorsque le sujet s'y prête l'hypothèse de départ.

En écho la conclusion indique la réponse qu'on peut donner à la question posée (ou l'impossibilité de répondre).

- Méthode

Ce chapitre décrit la façon dont on a conduit le travail, ce qui est indispensable au lecteur pour estimer la qualité de l'approche.

- Titre
- Introduction
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusions
- Résumé
- Références

- Résultats

Les résultats sont exposés le plus clairement possible par du texte, des schémas, des dessins, des tableaux. Le texte a ici pour but de présenter et d'expliquer les résultats, mais pas de les commenter. C'est au lecteur de mener sa propre réflexion critique sur ces résultats

- Discussion (ou commentaires)

C'est dans ce chapitre qu'on commente

- le **choix de son sujet, la méthode employée** en signalant les difficultés rencontrées, les biais qui peuvent remettre en cause certains résultats,
- les **résultats observés, en les comparant aux résultats d'autres auteurs** ayant fait des études similaires ou proches. **Tout sujet a déjà été abordé par d'autres dont on ne doit pas méconnaître la méthodologie ou les résultats,**
- les **perspectives** : conséquences et/ou prolongements possibles à l'étude.

- Conclusions

Dans la conclusion on trouve la réponse à la question posée dans l'introduction.

- Résumé

Placé au début dans les revues scientifiques, il donne en quelques lignes "la substantifique moelle" du travail.

- Références

C'est la liste des articles, livres, rapports, thèses et mémoires lus pour faire le travail.

- Cette structure de référence comporte quelques légères variantes selon les types de sujets. Le tableau ci-dessous montre les analogies de structure entre ces différents types.

Mémoire "original"	Mémoire de stage	Revue didactique Mémoire "historique"	Introspection
Introduction			
	Le contexte		Le contexte
Méthode			
Résultats	Résultats	Texte en un ou plusieurs chapitres selon les nécessités	
Discussion	Discussion		
Conclusion			
Résumé			
Annexes			
Références			

Tableau 1: Structures des divers types de thèses.

ANNEXE 2 TITRE III DE LA DELIBERATION N°171 RELATIVE AU SCHEMA DES URGENCES EN NC.

III – ORGANISATION GENERALE DU RESEAU DES URGENCES (accueil, traitement, transport)

A. Niveau 1 – niveau de proximité immédiate

Selon la zone géographique concernée, ce niveau est assuré par le tour de garde des médecins, libéraux et publics, qui répond à une obligation déontologique et conventionnelle.

B. Niveau 2 – niveau de proximité rapprochée : antennes d’urgence

Ce niveau doit permettre d’assurer :

- Les soins courants correspondant à des urgences vraies ou ressenties,
- Une prise en charge médicalisée de toute détresse vitale dans de brefs délais, afin de garantir au patient toutes ses chances de survie et de limiter au maximum les risques de séquelles,
- L’organisation du transfert vers la structure adaptée.

Il s’agit d’une fonction :

- De médicalisation de premier secours assurant les soins courant et/ou le tri et l’orientation,
- Pouvant être pré-hospitalière et, dans ce cas, nécessitant 24h/24 la conjonction :
 - . d’un médecin formé à l’urgence,
 - . d’un moyen de transport ambulancier adapté,
 - . d’un moyen de communication avec le centre 15 du centre hospitalier territorial,
 - . du matériel indispensable,
- Formalisée dans un schéma local élaboré par la province, après avis du comité territorial de l’organisation sanitaire et sociale.

Le schéma local prévoit les fonctions, les obligations et les moyens des différents acteurs ainsi que l’articulation de leurs interventions. Il inclut toutes les ressources disponibles matérielles et humaines sur un secteur donné. Il définit les zones fonctionnelles d’intervention. Il prévoit les liaisons soit avec les Unité de Proximité d’Accueil, d’orientation et de Traitement des Urgences, soit avec le Service d’Accueil des Urgences du centre hospitalier territorial, par l’intermédiaire du centre 15.

Structures concernées :

- Dans Nouméa et sa périphérie, cette fonction pourra être assurée, après déclenchement par le centre 15 : par un médecin libéral formé à la médecine d’urgence et ayant passé convention avec le centre hospitalier territorial. La participation à ce réseau de l’urgence est individuelle ou collective, à travers une association support telle que S.O.S. Médecins. Cette convention prévoit les obligations du médecin libéral : secteur et période desservis, moyens matériels, moyens téléphoniques, protocoles thérapeutiques, transmission de données au centre 15, formation continue auprès du Service d’Accueil des Urgences et formations qualifiantes. Elle prévoit, d’autre part, les modalités de rémunération du service rendu, avec l’accord des organismes de protection sociale ;

- Dans les autres communes : les circonscriptions médicales provinciales et leurs personnels, le centre hospitalier du Nord assurent cette fonction avec l'aide des médecins libéraux. Les services communaux d'incendie et de secours participent à cette mission avec le concours des services communaux d'incendie et de secours.

C. Niveau 3 – niveau de proximité relative : unité de proximité, d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPAOTU)

Ce niveau doit permettre au minimum :

- D'assurer l'accès à un accueil médicalisé polyvalent et à des soins de base, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge des urgences liées à des pathologies courantes pouvant être traitées par son plateau technique (soins courant relevant essentiellement de la médecine générale et de chirurgie générale, accouchements) ;
- De mettre en condition et d'orienter les cas les plus lourds sur le Service d'Accueil des Urgences, en organisant les transports en coordination avec le centre 15 ;
- D'intervenir dans le sens d'une prise en charge plus globale du patient (soins de suite) et pour les soins psychiatriques.

Les structures remplissant ces fonctions :

- Seront liées par convention avec le centre hospitalier territorial, siège du Service d'Accueil des Urgences référent pour :
 - . coordonner la prise en charge des urgences et assurer la continuité des soins,
 - . déterminer des protocoles précisant la nature des soins pouvant y être réalisés et des pathologies pouvant être prises en charge, les modalités de transfert, les démarches thérapeutiques cohérentes. L'évacuation secondaire sur le Service d'Accueil des Urgences référent doit être la règle dès que l'état du patient l'exige.
- Devront couvrir des secteurs géographiques d'attraction définis.

Fonctionnement : 24h/24

Dispositions techniques pour assurer ces activités :

L'Unité de Proximité d'Accueil, d'orientation et de Traitement des Urgences doit comporter au minimum :

1. Pour l'organisation médicale :
 - Un responsable (médecin thésé formé à la médecine d'urgence),
 - Un(e) infirmier(ère) spécialement affecté(e) à ce pôle d'activité et ayant acquis une expérience professionnelle ou une formation à la prise en charge des urgences, présent(e) en permanence,
 - L'accès à un avis chirurgical rapide,
 - L'accès rapide à :
 - . la radiologie conventionnelle et à l'échographie,
 - . aux examens de laboratoire courants.
 2. Pour une organisation des locaux :
 - Une salle d'attente ou une zone d'accueil,
 - Une salle d'examen et de soins, équipée en moyens de déchocage pour faire face à toute détresse cardiorespiratoire, en attente d'un transfert,
 - Une zone de surveillance de très courte durée,
- une aire d'atterrissage à proximité.

3. Pour l'organisation des transports : ambulance susceptible d'être médicalisée.
4. Un contrat de relais doit préciser les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques pour lesquels ces établissements s'engagent à remplir cette mission ainsi que les moyens qui y sont affectés, notamment les gardes.

Structures concernées :

Peuvent remplir cette fonction, sous réserve des obligations fixées par la réglementation :

- Le centre hospitalier du Nord (site de Koumac),
- Certains centres médicaux provinciaux,
- Un site privé de Nouméa pourrait également, pour les populations des agglomérations de Nouméa, en complémentarité entre elles et avec le centre hospitalier territorial Gaston Bourret, assurer cette fonction,
- Le centre hospitalier territorial Gaston Bourret assure ces fonctions pour les populations de Nouméa et du grand Nouméa.

D. Niveau 4 – niveau de référence : service d'accueil et de traitement des urgences (Service d'Accueil des Urgences)

Le Service d'Accueil des Urgences doit assurer 24h/24 tous les jours de l'année un service de proximité accueillant et prenant en charge toutes les urgences qui se présentent, y compris psychiatriques.

Il assure :

- La fonction de tri et d'orientation des patients,
- La fonction de diagnostic, de soins polyvalents et globaux dont les soins psychiatriques,
- Une fonction de recours pour toutes les urgences vitales et graves du territoire.

Le service doit disposer de locaux distribués en trois zones :

- Une zone d'accueil,
- Une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchochage,
- Une zone de surveillance de très courte durée comportant au moins 2 lits par tranche de 10 000 passages par an dans le service.

Le médecin responsable de ce service doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences.

Dans les établissements publics de santé, ce responsable est praticien hospitalier.

L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent 24h/24, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service.

Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des

internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans ce service.

L'équipe médicale doit pouvoir faire venir à tout moment un médecin spécialiste de l'établissement ou, le cas échéant, un médecin spécialiste du secteur libéral ou du centre hospitalier spécialisé.

L'équipe médicale doit pouvoir orienter les patients vers d'autres établissements de santé publics ou privés.

L'équipe paramédicale du service, dirigé par un cadre infirmier, doit être suffisante pour que, 24h/24, tous les jours de l'année, au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat soient effectivement présents pour dispenser les soins aux patients. Le service comprend, en outre, des aides-soignants ou éventuellement des auxiliaires de puériculture, des agents de service, un assistant de service social et un agent chargé des admissions.

Tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure.

Il dispose d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le Service d'Accueil des Urgences contribue à l'énoncé des protocoles de prises en charge des soins d'urgence sur le territoire.

Le Service d'Accueil des Urgences développe des actions de formation à l'attention des autres acteurs du réseau de prise en charge des urgences.

Le Service d'Accueil des Urgences est l'élément moteur d'un système de recueil des données et d'évaluation de la pertinence de l'organisation des urgences.

Le centre hospitalier territorial, siège du Service d'Accueil des Urgences :

- Passe des conventions ou des contrats de relais et établit des protocoles avec les autres établissements de Nouméa, des provinces ou des médecins spécialistes libéraux pour définir les modalités de prise en charge des urgences, notamment pour la prise en charge des urgences spécialisées (néonatales, cardiologiques, etc...) ;
- Organise, dans le délai d'un an, un pôle spécialisé pour la prise en charge des urgences pédiatriques et gynécologiques ;
- Passera, dans un délai de deux ans, une convention et établira des protocoles avec des établissements extérieurs au territoire pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales nécessitant des soins très spécialisés ;
- Devra répondre, dans un délai de trois ans, à toutes les normes de qualité relatives à l'amélioration des services d'accueil et de traitement des urgences et aux conditions techniques de fonctionnement qui seront publiées au Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie.

Localisation du Service d'Accueil des Urgences de Nouvelle-Calédonie : le centre hospitalier territorial Gaston Bourret de Nouméa.

ANNEXE 3 : MATERIEL D'ACCOMPAGNEMENT

Ce sont le mémo pour aider le médecin à mieux aborder le groupe de patients paraplégiques en Nouvelle-Calédonie et l'ébauche de guide pour les patients paraplégiques.

Le mémo pour le médecin est dans la sous-section 5 de la section C du chapitre IV.

L'ébauche de guide pour le patient est disponible sur la page Facebook Paraplégie Nouvelle-Calédonie @santesolidaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

4ème de couverture

Elaboration de pistes d'actions de prévention et d'éducation concernant le problème des handicaps par AVP en Nouvelle-Calédonie

Réflexion sur des vécus complété d'une revue de littérature

Résumé :

Il s'agissait de savoir comment améliorer la prévention et l'éducation liées aux handicaps par AVP en Nouvelle-Calédonie. L'objectif a été d'élaborer des pistes d'actions à ce sujet.

La retranscription résumée d'un vécu raconté d'une patiente paraplégique vivant en zone rurale, une réflexion sur la pratique de cette prévention en zone rurale complété d'une revue de littérature devaient permettre de réaliser une synthèse des mesures possibles en termes d'action.

Cette méthodologie a permis de trouver des idées de pistes d'amélioration prenant en compte la complexité globale de la Nouvelle Calédonie.

Les résultats ont été ordonnés, dans la discussion, de la strate la plus extérieure à la santé (garages solidaires, campagnes de santé publique, sécurisation du bord latéral des routes ...) en passant par une strate intermédiaire d'organisation du système de prise en charge des AVP par les institutions (révision du schéma législatif des urgences, formation aux urgences pour le médecin inexpérimenté, procédures de prise en charge de l'AVP) jusqu'à la strate centrée sur le patient dans le cadre de la prévention tertiaire. À ce niveau, on voit que la discussion rayonne de nouveau vers les strates intermédiaires et extérieures, ce qui est le propre de la communication entre patient, médecin et système de santé.

L'originalité de la discussion consiste en une analyse particulière du système calédonien — qui implique des réponses adaptées pour ces différentes préventions — s'efforçant de ne pas oublier le patient de zone rurale.

Un mémo consignait le produit de la discussion sur les personnes paraplégiques a été écrit pour le médecin. Il espère devenir l'ébauche d'un outil d'éducation et de prévention qui placerait le patient en position de sujet, pour développer avec lui un partenariat lui permettant de prendre en charge les risques liés au handicap installé.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : Accident de la circulation, handicap, prévention, éducation, centre médico-social, paraplégie, Nouvelle-Calédonie, soins primaires, prévention, anthropologie, maltraitance, accessibilité, schéma des urgences, médecine narrative.

U.F.R: U.F.R DES SCIENCES MEDICALES, N° 101, 146 rue Léo Saignat. 33000 Bordeaux. France.