

## **LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE**

# Programme de prévention en addictologie

Les consommations de produits psychoactifs constituent une préoccupation forte des familles et des pouvoirs publics. A 17 ans, neuf jeunes sur dix ont déjà bu de l'alcool, six sur dix ont déjà fumé une cigarette et près de la moitié déclarent avoir déjà fumé du cannabis.

L'essor conjugué des pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante, d'un tabagisme régulier souvent couplé à une consommation de cannabis significative expose les jeunes générations à certains risques sanitaires et sociaux.

Le service de prévention en addictologie, programme unique en Nouvelle-Calédonie, intervient au travers de trois champs.

## 1 – La prévention

La prévention s'effectue conformément aux recommandations de la Charte d'Ottawa de l'OMS, elle se décompose ainsi d'actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Quantitativement, les principales actions sont effectuées en milieu scolaire, les autres actions concernent soit des jeunes hors milieu scolaire de type chantiers d'insertion, soit des adultes dans le milieu du travail soit des populations indifférenciées dans le cadre d'action grand public. Elles touchent enfin des publics ciblés de types jeunes sous-main de justice ou des personnes porteuses de handicap.

### 1.1 – Le public scolaire

Ce public est essentiel pour la prévention dans la mesure où les messages et l'information diffusés couvre l'ensemble d'une classe d'âge chaque année au sein de la quasi-totalité des collèges et des lycées de la Calédonie.

Ces actions sont réalisées soit directement par l'équipe de prévention du PPSA soit par les éducateurs sanitaires de la Province Nord qui ont été préalablement « formés » par l'équipe de prévention.

En Province Nord et en Province des Iles Loyauté : 100 % de la classe d'âge a bénéficié d'une séance d'information de sensibilisation et d'une séance de théâtre-forum de 2h chacune. Ces séances de théâtre forum sont menées par l'ASS-NC en lien avec la DASSPS pour la Province Nord.

Ces actions sont réalisées en Province Sud à la demande des établissements scolaires, elles se déroulent dans les classes de 4<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> au collège et en 1<sup>re</sup> année de lycée.

Elles prennent la forme de séance de 2 heures d'interventions interactives et peuvent durer deux fois 1 heure pour les classes de SEGPA et de CAP.

En 2018, le nombre de séances en établissements scolaires a été de 276 pour un effectif total de 6 996 jeunes sensibilisés.

Outre les séances classiques des projets spécifiques pour 4 établissements ont pu être menés à bien en Province Sud et ont concernées plus de 100 élèves.

Ces séances donnent également l'occasion d'informer les jeunes sur les dispositifs disponibles au 1<sup>er</sup> rang desquels figurent DECLIC et la plateforme SOS Ecoute.

Le public étudiant a fait l'objet de demande d'intervention de la part de lycée pour des post bac et de l'Université. En tout, c'est 330 étudiants qui ont pu ainsi être sensibilisés, notamment par l'intermédiaire de théâtre forum permettant des échanges libres dans un format ludique.

## **1.2 - Les actions de prévention hors milieu scolaire**

### **a) Sensibilisation en milieu du travail**

Ces actions sont réalisées à la demande des entreprises ou du secteur public pour sensibiliser leur personnel.

Elles revêtent également une grande importance car les adultes concernées sont très souvent des parents à qui il est important de transmettre des connaissances sur les produits et de lever des préjugés ou représentations erronées.

Ces actions portant sur les normes sociales sont d'autant plus importantes qu'une grande partie du public ne situe pas correctement les problèmes que posent l'alcoolisation à titre d'exemple.

En 2018, 26 entreprises ont pu bénéficier de séances de sensibilisation.

### **b) Sensibilisation de publics prioritaires**

Il s'agit principalement de personnes en insertion professionnelle, de jeunes placés sous-main de justice ou de jeunes en déscolarisation.

En 2018 il y a eu 60 séances réalisées envers ces publics qui ont concernées environ de 750 personnes. Ces interventions sont parfois cadrées par une convention comme avec le service de la vie des quartiers de la ville de Nouméa ou s'insèrent au sein d'un protocole comme c'est le cas avec le RSMA. Elles font toutes l'objet d'une préparation basée sur les besoins exprimées et sont suivies d'un débriefing qui peut prendre la forme d'une évaluation.

En Province des Iles, il faut noter une action sur deux soirées à Maré qui a permis de rassembler plus de cent personnes autour de la question des addictions grâce à une intervenante de la prévention du PPSA qui a préparé cette action avec une infirmière présente sur la commune.

En Province Nord, sur les 205 tribus présentent l'agent relais du PPA est intervenu sur demande auprès de 102 tribus pour sensibiliser un public varié à la question des addictions. Ces actions permettent de renforcer les compétences des parents sur ce sujet très sensible pour eux.

### **c) Formation de personnels à l'abord des produits et au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB)**

En 2018 des séances d'information de personnels en lien avec des publics sensibles ont été organisées. Elles concernent surtout les travailleurs sociaux, et les personnels éducatifs et paramédicaux.

### **d) Activité de prévention grand public**

En 2018, le PPA s'est mobilisé avec ses partenaires pour réaliser de multiples actions de terrains permettant de relayer le discours de prévention du tabagisme. De nombreuses réunions ont permis de rassembler une cinquantaine d'acteurs de terrains ou d'institutions, cela entraîne la diffusion d'un discours préventif qui se poursuit tout au long de l'année et pas seulement le 31 mai.

## **2 - DECLIC**

La consultation *DECLIC* est un dispositif original dont la vocation est d'assurer un continuum entre prévention et soins.

La consultation *DECLIC* offre, gratuitement et anonymement, aux jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) et à leur entourage la possibilité d'effectuer un bilan de leurs consommations, d'obtenir information et conseil et, le cas échéant, une aide à l'arrêt de la consommation. Si nécessaire, peut être également proposé une prise en charge brève ou une orientation vers un structure spécialisée.

Le dispositif prend en compte toutes les substances psychoactives (cannabis, alcool, tabac, ...) ainsi que les addictions sans produit (jeux vidéo, usage d'internet, jeux de hasard,...).

## 2.1 – L'activité de consultation

L'activité principale de *DECLIC* en 2018 se caractérise par une stabilisation des jeunes reçus en consultation.

L'orientation des jeunes provenant du milieu scolaire s'avère largement perfectible et explique à elle seule la quasi-totalité de l'écart entre les orientations effectuées et celles qui ont été réellement honorées.

Cela est particulièrement vrai pour les établissements des communes de Nouméa et du Mont Dore, c'est pourquoi des améliorations de procédures et de partenariat sont intervenues en 2018.

Le tableau ci-dessous synthétise l'activité en termes de personnes orientées et reçues et de rendez-vous pris et honorés lors des consultations décentralisées :

Personnes orientées	495
Personnes reçues	322
Consultations proposées	890
Consultations honorées	527

## 2.2 – Les autres activités

Comme chaque année l'équipe *DECLIC* s'est impliquée dans des actions plus spécifiques répondant ainsi aux demandes émanant essentiellement du secteur scolaire.

Des soirées débats ont pu ainsi être organisées en présence de personnels de *DECLIC* dans plusieurs établissements et des séances de formations à l'attention de personnes encadrant des jeunes ont été effectuées, il s'agit principalement d'aider les personnels du milieu éducatifs à mieux repérer les situations problématiques et à être en mesure d'effectuer des orientations éclairées.

Un protocole concernant les addictions et les orientations vers *DECLIC* en milieu scolaire a été mis en place en 2017 afin notamment d'harmoniser les pratiques. Le travail de sectorisation des référents *DECLIC* par établissements a été mis en place et a facilité les procédures d'orientation.

*DECLIC* est également intervenu auprès des établissements scolaires afin de sensibiliser les acteurs de l'enseignement au repérage précoce et à l'intervention brève.

Des ateliers sur la parentalité sont également proposés.

## 3 – Le DRAA

Le dispositif permet d'aider les personnes ou les groupes dans le déploiement de comportements favorables à la santé dans un contexte où l'addiction tient une place importante, et de développer ainsi le sens des responsabilités et de la solidarité.

Les deux éducatrices proposent un panel d'actions socio-éducatives allant de la prévention des premières consommations à la prévention de la rechute, en passant par la prévention de la dépendance et des risques liés à une consommation avérée.

Pour 2018, 660 personnes ont été vues par l'équipe (contre 530 personnes en 2017).

- 198 personnes rencontrées lors de collectifs et de regroupements.
- 106 personnes accompagnées dont 95 nouvelles orientations.
- La plus grande majorité ont été vues en entretien plus de 6 fois (contre 3 fois en 2017).
- Une majorité de garçon à hauteur de 60% avec une prépondérance de jeunes de 18 à 25 ans.

Le motif largement prédominant des orientations demeure l'usage nocif du cannabis et le profil type des personnes suivies atteste d'une consommation quotidienne de 2 à 15 joints. Le plus jeune consommateur suivi à 15 ans.

Le maintien du partenariat DRAA et RSMA a permis de poursuivre la mise en œuvre d'une procédure d'orientation pour ces stagiaires en usage nocifs et en grande difficultés sociales.

Cette procédure comporte 4 entretiens permettant au stagiaire de s'évaluer, de se valoriser, de renforcer sa démarche d'arrêter sa consommation au THC. Puis de s'auto analyser afin de mieux adapter l'accompagnement avec des professionnels. Ces entretiens permettent ainsi de soutenir le projet d'intégration du stagiaire au SMA.

## Conclusion

L'année 2018 a vu la mise en œuvre progressive du transfert le centre de soins en addictologie de l'ASS-NC au CHS.

Les différents plans ont permis de donner des espaces de paroles nouveaux aux différents intervenants du service de prévention en addictologie.

Les partenariats initiés dans ce cadre vont perdurer sur 2019.

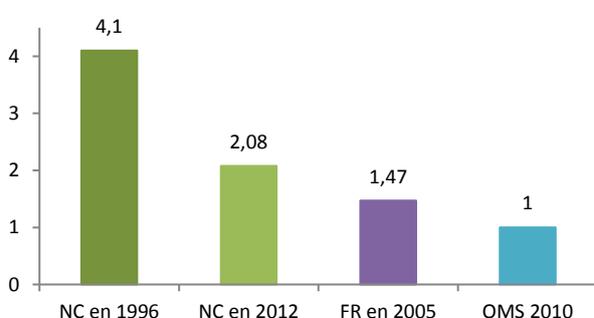
# Programme « Mes Dents Ma Santé »

## Introduction

En NC, bien que le nombre moyen de dents atteintes par la maladie carieuse à 12 ans ait largement diminué ces vingt dernières années (passant de 4,1 en 1996 à 2,08 en 2012), il reste deux fois plus élevé que ce que préconise l'OMS (cf. graphique ci-après). La maladie carieuse est deux fois plus fréquente en NC qu'en France métropolitaine avec 60 % des enfants qui ont au moins une dent atteinte à 6 ans, 28 % des enfants de 9 ans qui ont une infection d'origine dentaire, et un nombre moyen de dents atteintes par enfant également plus élevé à 6 ans et 9 ans (cf. enquête santé orale NC 2012).

Nombre moyen de dents cariées, obturées ou absentes (indice C3AOD) à 12 ans en NC, en France métropolitaine et recommandé par l'OMS.

Indice C3AOD moyen



Références: Bourgeois D et al. Comm Dent Health. 1996 ; Pichot H et al. Plos One. 2014; Bourgeois D. UFSBD. 2006; Petersen PE. Comm Dent Oral Epidemio. 2009

En 2014, les acteurs déjà investis dans la prévention buccodentaire sur le territoire calédonien se sont concertés pour élaborer un plan quinquennal de promotion de la santé orale baptisé « Mes Dents Ma Santé », et dont les deux objectifs stratégiques sont :

- 1 - Promouvoir les habitudes de vie saine (hygiène buccodentaire et alimentaire) auprès de la population générale de la NC.
- 2 - Réduire de 20 % le nombre moyen de dents cariées non traitées chez les enfants de 6 ans et de 12 ans (par rapport à l'évaluation réalisée en 2012).

Le programme « Mes Dents Ma Santé » cible toute la population calédonienne, avec certaines actions plus spécifiques pour des groupes à risque carieux élevé (femmes enceintes, enfants, personnes dépendantes porteuses de handicap).

## Activité du programme en 2018

### 1 - Coordination

Le responsable du programme en assure la coordination au sein de l'ASS-NC, et réalise pour cela :

- Un suivi continu des 27 actions du programme, par des échanges réguliers avec les pilotes et les partenaires des actions du programme et la mise à jour d'un plan d'actions global.

- L'animation des comités de pilotage annuels qui rassemblent les pilotes des actions du programme (23 mars 2018, 10 août 2018, 13 décembre 2018 et 20 décembre 2018).
- L'animation de groupes de travail thématiques (en 2018 : 3 réunions pour le « brossage des dents à l'école », 1 réunion en Province Nord et 2 réunions en Province Sud pour le scellement des sillons dentaires », 3 réunions pour le projet « jeu concours vidéo brossage à l'école »).
- La rédaction de communiqués de presse diffusés à tous les médias (presse écrite, tv, radio) et d'articles, la participation à des reportages/émissions afin de sensibiliser la population à la santé buccodentaire (en 2018 : 1 communiqué de presse pour la journée mondiale de la santé buccodentaire, 9 articles de presse écrite, 1 reportage tv, 2 interviews radio et 1 émission tv).
- En 2018, l'arborescence et l'écriture du site internet de l'ASS-NC ont entièrement été renouvelées. Sur la thématique buccodentaire : 37 pages web, 65 documents et outils téléchargeables ont été créés.
- La réalisation d'évaluations qualitatives ou quantitatives, nombreuses en cette fin de programme :
  - Evaluation qualitative externe du programme : supervision du protocole, recrutement des prestataires, planification des entretiens, restitution des résultats intermédiaires aux partenaires
  - Evaluation des pratiques de brossage à l'école : élaboration du protocole et du questionnaire, supervision de l'envoi des questionnaires et de la saisie des données, analyse statistique et rédaction du rapport de résultats
  - Evaluation de la connaissance du programme « Mes Dents Ma Santé » par le grand public : élaboration du questionnaire, recrutement et supervision du prestataire
  - Evaluation des bulletins d'actualités en santé orale : élaboration du questionnaire, supervision d'un stagiaire, analyse des résultats et rédaction du rapport
  - Evaluation épidémiologique de la prévalence des pathologies buccodentaires et du surpoids chez les enfants de 6, 9 et 12 ans prévue en 2019 : protocole en cours d'élaboration
- La formation des dentistes participant à la campagne de scellement des sillons dentaires (en 2018 : 15 nouveaux dentistes).
- Le suivi des objectifs fixés dans la convention de recherche liant l'ASS-NC et l'université d'Auvergne.
- La coordination du plan de communication du programme et la rediffusion des campagnes de communication.
- La supervision de l'activité du chef de projets (2 réunions mensuelles et 1 validation mensuelle des plans d'actions du chef de projets).
- La supervision de l'activité de l'assistante dentaire (2 réunions mensuelles).
- Le suivi du tableau budgétaire du programme (1 mise à jour hebdomadaire).
- L'intervention en tant que dentiste dans la caravane dentaire si nécessaire (en 2018, 3 journées).

Le chef de projets assure la coordination de plusieurs projets, cela implique :

- Un suivi continu des actions qu'il pilote, par des échanges réguliers avec les partenaires et les prestataires des actions du programme et la mise à jour de plans d'actions. En 2018 : pilotage de la campagne de scellement des sillons dentaires, du jeu concours « bross' à danse » et du projet pilote « éducation sanitaire pendant la grossesse ».
- L'animation de groupes de travail thématiques. En 2018 : 4 réunions pour le groupe « jeu concours vidéo » et 4 réunions pour le groupe « scellement des sillons dentaires ».
- La gestion de l'activité dans la caravane de prévention dentaire et dans les cabinets libéraux : Etablissement et transmission du planning d'intervention dans les écoles et des conventions avec les partenaires et les prestataires, rencontre des équipes pédagogiques, gestion du

matériel médical, collection et regroupement des données médicales, rédaction du bilan de l'action.

- La gestion de l'entretien et des travaux de la caravane dentaire.
- La gestion de l'action scellement des sillons pour les partenaires (MDF, MDN, CAFAT) et le soutien à l'action des provinces.
- L'intervention comme assistant dentaire dans la caravane ou dans des cabinets partenaires (en 2018 : 4 journées).
- Le pilotage d'actions ponctuelles à la demande des établissements scolaires. En 2018 : journée Université de NC, projets de l'internat du Lycée Lapérouse et du Lycée Jean 23.
- L'aide au responsable de programme pour la gestion budgétaire et l'animation des réunions du comité de pilotage

L'assistante dentaire intervient directement en tant qu'aide opératoire auprès des chirurgiens-dentistes (en 2018, 131 journées d'intervention de la caravane dentaire). Elle contribue ponctuellement à la coordination de l'action scellement des sillons en soutien au chef de projets (gestion du matériel dentaire).

## 2 - Evaluation

L'évaluation du programme repose d'une part sur une évaluation continue de ses actions, réalisée soit par les pilotes d'action, soit par des prestataires externes. D'autre part, une évaluation qualitative externe est réalisée par la société EFECT.

Les objectifs de l'évaluation proposée par la société EFECT sont :

- 1 - Analyser la pertinence du programme ainsi que la qualité des actions, leur effectivité et leur efficacité (analyser la raison d'être du programme, son processus, en termes de qualité des actions et d'atteinte de leurs objectifs propres).
- 2 - Identifier les facteurs facilitants et les freins au développement et à l'implantation du programme.
- 3 - Elaborer des préconisations/recommandations en vue de l'amélioration du programme : proposer des évolutions susceptibles d'améliorer l'implantation, la mise en œuvre, l'impact et l'efficacité du programme.

Une première phase de cette évaluation a pu être anticipée entre le 8 octobre et le 12 novembre 2018 par la société SPJ Conseil Santé. Une centaine d'acteurs de terrain, et 180 enfants ont été rencontrés. Les résultats de cet audit ont ensuite été discutés avec les partenaires opérationnels du programme.

La deuxième phase de l'évaluation consiste à rencontrer les acteurs stratégiques afin de les discuter les résultats préliminaires issus de l'évaluation de terrain et d'identifier les perspectives d'évolution pour le programme. Cette phase est prévue en août-septembre 2019 par la société EFECT.

## 3 - Promouvoir les habitudes de vie saine : « je choisis la santé » (axe 1)

### Rediffusion des campagnes de communication grand public « Mémé Sourire »

En 2016 et 2017, deux campagnes de communication ont été créées à l'effigie de « Mémé Sourire » :

- Pour des dents en bonne santé j'évite les produits sucrés
- Le brossage des dents en famille avec la « bross' à danse »



Une rediffusion a été réalisée cette année de ces deux campagnes du 1<sup>er</sup> au 31 août 2018 à la télévision (NC1ère, Caledonia), dans les cinémas (Nouméa, La Foa, Bourail), à la radio (RNC, RRB, NRJ), dans la presse écrite (LNC, Télé NC, Le pays, Bout de chou, Santé NC) et sur internet (campagne publicitaire Adwords display, sur le site calédonien E-kids, sur YouTube et sur Facebook).

#### Quelques chiffres :

- La campagne de publicité Facebook a touché 42 456 personnes en 1 mois.
- Entre le 1<sup>er</sup> et le 31 août 2018, 1882 personnes ont regardé la vidéo sur YouTube.
- La « bross’ à danse » de mémé sourire a été vue près de 17 000 fois sur YouTube depuis sa création.
- 35 % des personnes de plus de 15 ans ont le souvenir d’une des campagnes de communication « Mémé Sourire ».

**Retrouvez sur le site de l’ASS-NC : les messages de mémé sourire (coloriages, vidéos, affiches...)**

## 4 - Une école en santé, pour la réussite scolaire (axe 2)

L’éducation pour la santé est intégrée au Projet Educatif de la NC, dont le cadre général a été adopté par le Congrès de NC le 15 Janvier 2016. Article 12-3 : « *L’Ecole de la Nouvelle-Calédonie participe tout au long de la scolarité de l’enfant à l’éducation à la santé et au développement durable [..]. Elle vise ainsi au développement des compétences individuelles et collectives pour permettre à chaque enfant de s’approprier progressivement les moyens d’opérer des choix, d’adopter des comportements responsables pour lui-même, comme vis-à-vis d’autrui et de l’environnement* ».

### 4.1 - Formations des enseignants à l’éducation pour la santé

#### a) Formation initiale

La formation initiale des enseignants du primaire est dispensée par l’IFMNC et l’ESPE pour le secteur public et par l’ENEP pour le secteur privé. Chacune de ces formations comprend un module traitant de l’éducation sanitaire en lien avec les programmes scolaires, pour autant ces formations sont hétérogènes :

- IFMNC et ENEP : 12h de cours magistraux et 16h de travaux dirigés pour les étudiants de 3<sup>e</sup> année.
- ESPE : 10h de cours magistraux.

#### b) Formation Continue (DENC / IFMNC)

La formation continue des enseignants du primaire est dispensée par le DENC et par les directions de l’enseignement des provinces (DEFIJ, DEPIL, DES).

### 4.2 - Education pour la santé orale en milieu scolaire

Les actions d’éducation à la santé orale en milieu scolaire sont coordonnées par les directions sanitaires des provinces (DACAS, DASSPS et DPASS) et par l’union française pour la santé buccodentaire de NC (UFSBDNC). Le rôle de l’ASS-NC est, d’une part de réunir ses partenaires pour les inciter à harmoniser leurs modes d’intervention, et d’autre part, sur leur demande, de leur apporter une aide dans la gestion de leurs projets.

- a) **En Province Sud** : les interventions sont réalisées à la demande des écoles auprès des élèves de la maternelle au CM2 par les 5 éducatrices sanitaires de la DPASS Sud.

- b) **En Province Nord** : les interventions sont réalisées auprès des élèves de maternelle (petite et moyenne section et parfois grande section) et de CE1 par les 7 éducateurs sanitaires et/ou les auxiliaires de vie et de santé de la DASSPS Nord.
- c) **En Province Iles** : les interventions sont réalisées à Maré dans le secteur de Tadine par un membre bénévole de l'UFSBDNC et dans le secteur de La Roche par un infirmier de la DACAS ; à Ouvéa par l'infirmière de prévention de la DACAS et à Lifou par un infirmier, un dentiste ou un assistant dentaire de la DACAS.

**Bilan des actions d'éducation pour la santé orale en milieu scolaire**  
(d'après l'analyse réalisée par la société SPJ Santé Conseil)

**Forces**

- Au-delà des élèves ciblés, les intervenants élargissent dès que possible le public des séances d'éducation en santé.
- La majorité des acteurs concernés trouvent les interventions adaptées sur le fond et la forme et se disent satisfaits de leur qualité.

**Améliorations possibles**

- Une harmonisation des pratiques est souhaitable (modalités d'animation et moyens humains) afin de garantir l'équité des élèves du territoire.
- Faute de temps et de moyens suffisants, les interventions ne sont pas toujours réalisées en début d'année ou au moment de la demande.



Illustration des conseils alimentaires et d'hygiène corporelle à Ouvéa

**Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : Toutes les informations sur la santé buccodentaire et l'hygiène**

### 4.3 - Projets de classes et d'établissements

- a) **Journée « bien vivre sur mon campus » à l'université de NC**

Cette journée multithématique, organisée par l'Université de NC a permis de sensibiliser entre 80 et 100 étudiants à l'hygiène buccodentaire et aux soins dentaires. Pour cela, un stand été animé par le chef de projets.

En parallèle, 24 consultations dentaires ont été réalisées dans la caravane de prévention mise à disposition par l'ASS-NC par deux dentistes et une assistante dentaire membres de l'UFSBDNC.

#### **b) Projet au lycée Lapérouse « un internat en santé pour la réussite scolaire »**

Ce projet a été mis en place par l'infirmière scolaire. Les élèves de l'internat ont été invités à participer à une activité autour de la santé buccodentaire. Dans un premier temps, par petits groupes les élèves répondaient à un questionnaire sur l'hygiène buccodentaire puis une discussion s'ouvrait autour des réponses. Une quarantaine d'élèves a participé à ce temps d'échange.

Dans un deuxième temps, 22 personnes (16 lycées, 2 étudiants de BTS, 4 employés du lycée) ont bénéficié de consultations dentaires dans la caravane de prévention mise à disposition par l'ASS-NC par un dentiste et une assistante dentaire membres de l'UFSBDNC.



Affiche réalisée par les élèves de 6<sup>e</sup> du collège de Yaté en 2017

#### **c) Projet du lycée Jean 23 pour les élèves du collège St Joseph de Cluny**

Les élèves de 1<sup>ère</sup> et Terminale « Accompagnement soins et services à la personne », dans le cadre d'une épreuve du baccalauréat, ont proposé un projet de sensibilisation des élèves du collège de St Joseph de Cluny. Les thématiques de santé évoquées lors de cette journée de sensibilisation ont été choisies grâce à un questionnaire réalisé auprès des élèves du collège. L'ASS-NC et l'UFSBDNC ont soutenu les élèves du Lycée Jean 23 dans leur projet :

- En les conseillant sur les méthodes les plus adaptées pour faire passer les messages de santé.
- En mettant à leur disposition du matériel pour animer leur intervention.

#### **d) Projet « je relève le défi » des écoles St Joseph de Cluny Conception, Saint-Louis et Dumbéa-sur-mer**

Ce projet pilote a été mis en place en 2016 par la Mutuelle du Commerce et le syndicat des chirurgiens-dentistes de NC avec pour objectif d'améliorer l'état buccodentaire des élèves (périscolaire, maternelle et primaire).

Chaque trimestre, les élèves bénéficient d'un examen dentaire réalisé par un dentiste ; suite à cette visite les familles sont informées des besoins en soins dentaires de leur enfant dans un carnet de santé dentaire et elles peuvent faire réaliser les soins de leur enfant dans un cabinet libéral de la commune du Mont-Dore ou de Dumbéa, sans avance de frais. Les dentistes sont rémunérés directement par les mutuelles (commerce, nickel et fonctionnaires) et la CAFAT. Au sein de l'école, des ateliers d'éducation à la santé sont mis en place et le brossage des dents quotidien est instauré (distribution trimestrielle de matériel de brossage).

#### Quelques chiffres :

- En 2018, 376 enfants ont bénéficié de ce projet (maternelle au CM2).
- A Dumbéa sur mer 49 % des élèves du primaire étaient indemnes de caries au début du projet et ce pourcentage augmentait à 75 % en fin d'année.
- A St Joseph de Cluny (conception), 44 % des élèves avaient un brossage efficace au début du projet et ce pourcentage augmentait à 85% des élèves de maternelle et 76 % des élèves de primaire après 2 ans de projet.

**Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : Des outils pour mener à bien votre projet de promotion de la santé**

#### 4.4 - Mise en place du brossage des dents à l'école

Les actions de brossage des dents à l'école sont coordonnées par les directions sanitaires des provinces (DACAS, DASSPS et DPASS) et par l'association Union Française pour la santé buccodentaire de NC (UFSBDNC).

#### Quelques chiffres (d'après une enquête réalisée par l'ASS-NC auprès des écoles primaires) :

- En 2018, au moins 65 % des écoles ont déjà instauré le brossage des dents (soit 85 % des écoles ayant répondu au questionnaire).
- 69 % des écoles l'organisent toute l'année scolaire.
- 93 % des écoles veulent continuer et parfois étendre le brossage à d'autres classes.
- 40 % des écoles qui n'organisent pas encore le brossage pour leurs élèves veulent l'instaurer.
- Le brossage est réalisé après le déjeuner dans 80 % des cas en maternelle et 90 % en primaire.
- 98 % des écoles déclarent que les enfants sont supervisés pour le brossage en maternelle, 80 % en cycle 2 et 63 % en cycle 3.
- 90 % des écoles déclarent que le stockage des brosses à dents est hygiénique.



Illustration du brossage des dents pour les élèves de maternelle dans une école à Canala

## Les éléments qui facilitent le brossage des dents à l'école sont :

- La fourniture régulière en matériel de brossage (au moins 2 fois par an).
- L'identification d'une ou plusieurs personnes responsables du matériel et de l'encadrement des enfants pendant le brossage. Le plus souvent, l'encadrement des enfants est assuré par un surveillant de cantine, un enseignant ou une aide maternelle.
- Un moyen de stockage des brosses à dents pratique et hygiénique. Le plus souvent, les brosses à dents sont conservées dans un gobelet, une trousse ou une pochette individuelle. Les équipes pédagogiques font souvent preuve d'une grande ingéniosité pour fabriquer boîtes ou pochettes de rangement.

### Bilan de la mise en œuvre du brossage dans les écoles primaires de NC (d'après l'analyse réalisée par la société SPJ Santé Conseil)

#### Forces

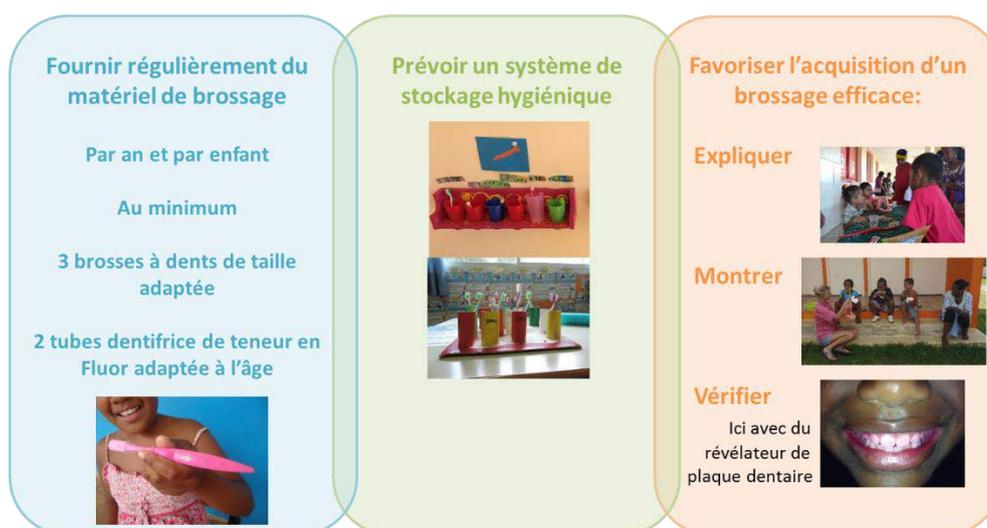
- Depuis 2014 le brossage des dents s'est largement développé dans les écoles de NC, notamment en Province Sud et Province Iles
- Le brossage des dents est légitimé par la totalité des acteurs rencontrés et est d'autant mieux mis en place à la suite de l'intervention d'éducation en santé.
- En Province Sud, la création des labels « Innov école » et « école en santé » et le projet de la mutuelle du commerce favorisent l'implication des équipes enseignantes.

#### Améliorations possibles

- La fourniture du matériel diffère entre les provinces.
- Le matériel de brossage, qu'il dépende de l'intervention en milieu scolaire ou pas, n'est pas toujours fourni en début d'année.
- Lorsque le brossage des dents est mis en place dans une école, tous les élèves de l'école n'en bénéficient pas pour autant.
- Le stockage des brosses à dents représente beaucoup de contraintes pour les écoles.

En 2018, un jeu concours a été proposé aux écoles primaires du territoire afin de réaliser une vidéo qui illustre les principes essentiels du brossage des dents à l'école (voir image ci-dessous). C'est la classe de CP/CE1 de l'école de Tingeting qui a gagné le concours de la plus belle vidéo. Elle sera transmise dès la rentrée 2019 à toutes les écoles du territoire.

#### Les points clés du brossage des dents à l'école



Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : la vidéo du jeu concours « la brosse à danse »

## 5 - Services préventifs et de soins : « travaillons ensemble » (axe 3)

### 5.1 - Sensibilisation des professionnels de santé à la prévention buccodentaire

Des bulletins d'actualités en santé orale, contenant des informations sur la situation sanitaire en NC et les soins de prévention buccodentaire, sont envoyés par les ordres ou les syndicats, par mail aux chirurgiens-dentistes, aux infirmiers, aux infirmiers scolaires, aux médecins généralistes, pédiatres et gynécologues, aux pharmaciens et aux maïeuticiens. Ces bulletins visent à :

- sensibiliser les acteurs de santé qui interviennent auprès d'enfants et de mères de famille sur la prévalence des maladies buccodentaires chez les enfants et sur les conséquences des maladies buccodentaires sur la santé générale
- promouvoir les soins de prévention buccodentaire auprès des professionnels de santé

En 2018, aucun nouveau bulletin n'a été rédigé. Cependant cette action a été évaluée à l'aide d'un questionnaire en ligne adressé à 374 professionnels de santé représentant la cible de cette action. Le taux de réponse à ce questionnaire est de 24 %.

#### Bilan des bulletins d'actualités en santé orale (d'après l'évaluation réalisée par l'ASS-NC)

##### Forces

- 85 % des professionnels qui ont lu un bulletin estiment que les informations leurs ont été utiles
- 87 % des professionnels souhaitent recevoir des informations sur la prévention sous cette forme
- Les bulletins les plus lus portent sur l'amélioration des pratiques médicales (prescription de fluor, prévention et grossesse).

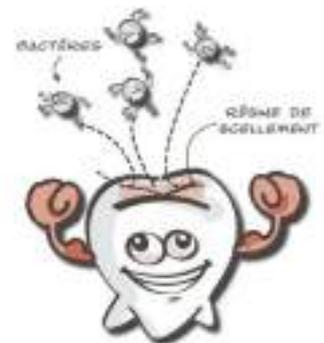
##### Améliorations possibles

- 59 % des professionnels n'ont jamais lu de bulletin ASO, ce qui illustre les limites de la diffusion par mail (par exemple l'ordre des médecins n'a jamais transmis les bulletins).

**Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : tous les bulletins d'actualités en santé orale**

### 5.2 – Dispositif de scellement prophylactique des sillons sur les premières molaires permanentes

Le scellement préventif des sillons dentaires est un soin préconisé par la Haute Autorité de Santé. Il consiste à appliquer une résine fluide sur les anfractuosités des molaires définitives afin de rendre la surface de la dent plus lisse. Le brossage est ainsi facilité et l'accumulation de résidus alimentaires diminuée. L'efficacité préventive de ce soin est d'autant plus importante lorsque l'enfant présente un risque carieux élevé, pour cause de dents cariées, de mauvaises habitudes alimentaires, ou d'un manque d'hygiène bucco-dentaire.



Depuis 2008, le dispositif de scellement préventif des sillons dentaires sur les premières molaires permanentes s'adresse aux élèves de CP de NC car les premières dents définitives sortent sur l'arcade dentaire en moyenne à l'âge de 6 ans.

L'ASS-NC intervient dans ce projet avec :

- un cabinet dentaire mobile (cf. photo ci-dessous) et une équipe (dentiste + assistante dentaire) qui se rend dans les écoles primaires sur tout le territoire,
- des dentistes prestataires dans des cabinets provinciaux ou libéraux, dans les communes où la caravane ne rend pas et dans le cas où le poste de dentiste de dispensaire est vacant

La DPASS Sud, la DASSPS Nord, la DACAS Iles, la mutuelle du Nickel, la mutuelle des fonctionnaires et la CAFAT accueillent des enfants dans leurs cabinets dentaires.

Les directions de l'enseignement (DENC, DEPIL, DEFIJ, DES, ASEE, DDEC, FELP) et les mairies contribuent également à la mise en œuvre de cette action, en autorisant l'accès aux écoles, en distribuant les documents aux parents d'élèves et en mettant à disposition des accompagnants scolaires lorsque cela est nécessaire.



La caravane dentaire dans une école

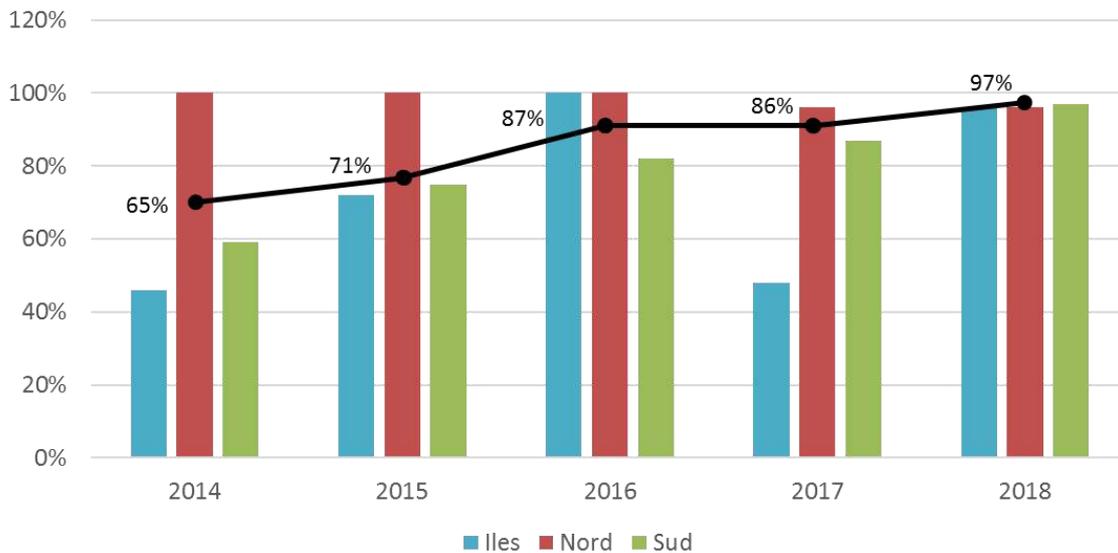


Les soins de prévention dans la caravane

#### Quelques chiffres :

- 4215 élèves de CP du territoire (soit 97 % de la cohorte) ont été invités à bénéficier d'un examen et/ou de soins préventifs, soit 494 enfants de plus qu'en 2017 (voir graphique ci-après).
- 91 % des parents autorisent l'examen et/ou les soins pour leur enfant.
- L'action scellement des sillons a mobilisé 40 dentistes public ou libéraux sur 249 jours d'intervention cumulés (soit 24 jours de plus qu'en 2017).
- 42,7 % des enfants examinés ont besoin de soins dentaires curatifs en raison de lésions carieuses (Iles : 75,7 % ; Nord : 70,8 % ; Sud : 51,6 %), signe que les soins de prévention sont nécessaires pour préserver les dents définitives.
- Seuls 9 % des enfants avaient déjà eu des scellements préventifs (parmi les enfants ayant des molaires permanentes).

Evolution du taux d'élèves de CP couverts par le dispositif de scellement prophylactique des sillons dentaires de 2014 à 2018 par province et en NC



### Bilan de la campagne de scellement prophylactique des sillons dentaires pour les élèves de CP (d'après l'analyse réalisée par la société SPJ Santé Conseil)

#### Forces

- Le processus est organisé de manière rigoureuse par l'ASS-NC.
- Les partenariats de l'ASS-NC avec les directions de l'éducation, les mairies, les provinces, la CAFAT, les mutuelles et certains dentistes privés favorisent la mise en œuvre de l'action.
- La nécessité d'une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de cette action a été mise en avant au début du programme.
- La campagne annuelle de scellement des sillons est très bien perçue et accueillie par la communauté éducative, la majorité des parents/familles et par les enfants.

#### Améliorations possibles

- La participation des dentistes libéraux à cette action de prévention reste limitée.
- La coordination de l'action (ou pilotage) nécessite des moyens humains qui ne sont pas disponibles dans toutes les provinces.
- Certains acteurs indiquent qu'une part de non-retours ou refus parentaux sont dus à la méconnaissance ou l'incompréhension du dispositif par certaines familles.
- Si une large majorité des enfants est touchée par la campagne, une part non négligeable (28 %) d'enfants ne bénéficie pas des soins préventifs (pour cause d'absence de molaires permanentes ou de molaires déjà cariées).

**Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : tous les bilans annuels des campagnes de scellement des sillons**

### 5.3 - Entretien dentaire préventif pour la femme enceinte

Lors de la grossesse, les femmes sont sujettes à des modifications physiologiques au niveau de la cavité buccale, qui favorisent les problèmes buccodentaires infectieux et inflammatoires. De plus, les vomissements, la consommation de soda ainsi que l'augmentation de la consommation de sucres pendant la grossesse favorisent les pathologies dentaires infectieuses. Ces pathologies peuvent en retour avoir des conséquences graves pour la santé du fœtus (hypotrophie fœtale, menace d'accouchement prématuré, pré éclampsie). Sur le plan de la prévention, la grossesse constitue une période privilégiée pour donner à la mère tous les conseils nécessaires avant la naissance de son bébé.

Ce projet vise ainsi à :

- Sensibiliser les femmes entre le 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois de grossesse à l'impact de la santé bucco-dentaire sur la grossesse et sur la santé du fœtus et sur les principes alimentaires et l'hygiène dentaire protecteurs pour leur santé bucco-dentaire.
- Réaliser, à la demande des femmes ayant bénéficié d'un entretien avec la sage-femme entre 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois de grossesse, un dépistage des pathologies bucco-dentaires et les soins dentaires nécessaires.
- Sensibiliser les femmes entre le 4<sup>e</sup> mois de grossesse et le 6<sup>e</sup> mois post-partum sur la contamination précoce du bébé par les bactéries pathogènes de la mère et sur les principes alimentaires et l'hygiène dentaire protecteurs pour la santé bucco-dentaire du jeune enfant.

Après Poya et Voh en 2017, le projet a été étendu en 2018 aux CMS de Montravel, Vao, Touho et Tadine.



Illustration du brossage des dents et de l'alimentation saine pendant la grossesse par un agent de l'ASS-NC

### **Bilan du projet pilote d'éducation sanitaire chez la femme enceinte (d'après l'analyse réalisée par la société SPJ Santé Conseil)**

#### **Forces**

- Selon les acteurs concernés, cette action permet une information, une éducation et suivi bucco-dentaires de la femme enceinte qui n'étaient pas ou peu réalisés auparavant.
- Plusieurs outils ont été réalisés de manière participative et évoluent dans le temps et selon les contextes (cf. plaquettes ci-dessous).
- Une orientation vers un dentiste est proposée pour un dépistage et des soins (d'où le choix du secteur public pour faciliter l'orientation).

#### **Pistes d'amélioration**

- Le manque de communication interne aux CMS entrave parfois la mise en œuvre du projet.
- L'indisponibilité, le turn-over et l'absence non remplacée de dentistes dans les CMS rend difficile l'accès aux soins.
- Selon les acteurs rencontrés, les femmes se rendent difficilement aux consultations de suivi pour des raisons organisationnelles (garde des autres enfants, disponibilité), géographiques (transports) et si celles-ci ne sont pas proposées immédiatement.



Plaquettes informatives créées dans le cadre du projet pilote coordonné par l'ASS-NC

Retrouvez sur le site de l'ASS-NC : les plaquettes de prévention pour les femmes enceintes

### Zoom sur une enquête sur la prévention dentaire réalisée auprès des sages-femmes de NC

L'objectif de ce sondage était d'interroger les sages-femmes sur leur pratique en termes de prévention buccodentaire et, à travers elles, de connaître les difficultés rencontrées par les femmes enceintes lorsqu'elles avaient besoin de soins dentaires. Sur les 149 sages-femmes sollicitées, 32 ont répondu au questionnaire en ligne relayé par le conseil de l'ordre des sages-femmes. D'après cette enquête :

- 10 % des sages-femmes déclarent proposer systématiquement un bilan dentaire à leurs patientes, 70% le proposent de temps en temps et 20% ne le proposent jamais.
- Un quart des sages-femmes déclarent que leurs patientes éprouvent souvent des difficultés pour consulter un dentiste (les causes les plus citées sont : délai de RDV incompatible avec la grossesse, réticence des dentistes à effectuer des soins, peur des soins dentaires, problèmes d'accessibilité du cabinet, problème financier, problème d'organisation personnelle).

## Conclusion

On notera que l'année 2018 a été l'occasion d'asseoir les partenariats à la faveur de projets existants (ex : scellement des sillons dentaires, brossage des dents à l'école, entretien dentaire éducatif pendant la grossesse). Ainsi, 4 215 élèves de CP ont eu la possibilité de bénéficier d'une intervention éducative, d'un examen dentaire et/ou de soins de prévention. De plus, 65 % des écoles organisent déjà le brossage des dents pour tout ou partie de leurs élèves, et reçoivent pour se faire du matériel et des conseils de la part des provinces, de l'UFSBDNC, de la mutuelle du commerce ou de l'équipe de la caravane dentaire de l'ASS-NC.

La première étape de l'évaluation externe du programme « Mes Dents Ma Santé » a pu être anticipée en 2018. Elle dresse un bilan positif quant à la mise en œuvre des actions, l'implication des acteurs de terrain et la perception des actions par les usagers. La complétion de l'évaluation sera l'occasion de mettre en perspective ces constats de terrain avec les choix stratégiques et politiques pour construire un nouveau plan d'actions en 2019.

# Programme de dépistage organisé du cancer du sein

## Introduction

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers en NC avec 117 cas diagnostiqués en 2015. 57 % des cancers du sein diagnostiqués l'ont été chez des femmes âgées de 50 à 75 ans. Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

A la suite des demandes du congrès et du gouvernement, l'ASS-NC a lancé en août 2009 la première campagne de dépistage organisé du cancer du sein. Cette action consiste à inviter, tous les deux ans, l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser gratuitement une mammographie de dépistage.

La prise en charge de ces actes est assurée par le fonds autonomes de compensation en santé publique via la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein.

Afin d'offrir des conditions de dépistage optimale, l'ASS-NC a inscrit dans ce programme une démarche qualité reposant notamment sur le contrôle technique du matériel par un organisme agréé, une formation obligatoire des professionnels, une double interprétation des mammographies de dépistage.

## Activité du programme 2018

### Coordination

La cellule de dépistage assure chaque jour un travail de coordination entre les acteurs du dépistage organisé. En 2018, le programme a fait l'objet d'une évaluation externe qui sera publiée en début d'année 2019. Ce travail a pour but d'optimiser l'organisation et l'animation du programme. Ainsi certaines modalités du dépistage feront l'objet de discussion avec les partenaires et des modalités du dépistage pourraient se voir modifiées.

En Province Nord, l'organisation du dépistage a été profondément modifiée à la suite de l'ouverture du pôle sanitaire du Nord. Le mammographe initialement basé à Koumac est désormais installé à Koné. Les vacances de radiologue pourront reprendre au premier semestre 2019.

### Activité quotidienne du programme

La population cible du dépistage est estimée à 28 425 femmes âgées de 50 à 74 an inclus.

En 2018, la cellule de dépistage a envoyé 17 518 invitations à réaliser une mammographie de dépistage. 2 995 (17 %) d'entre-elles ont été envoyées à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé.

La cellule de dépistage a également envoyé 12 116 courriers de résultat ou de suivi de mammographie, que ce soit auprès des femmes bénéficiaires du programme ou de leur médecin.

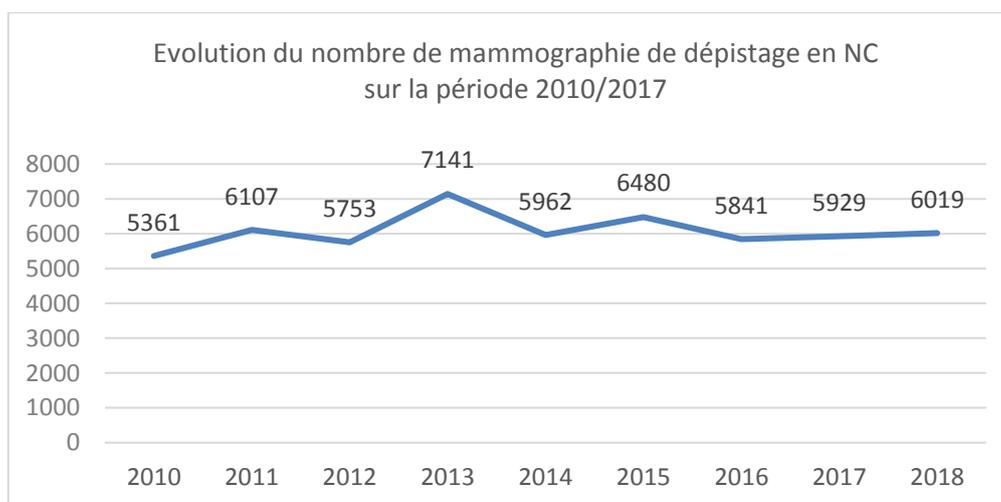
En moyenne, 3 séances de deuxième interprétation des mammographies de dépistage ont été organisées chaque semaine.

## Vacations en Province Nord

Au préalable du lancement de la campagne de dépistage, l'ASS-NC a acheté et mis à disposition du Centre Hospitalier du Nord (CHN) deux mammographes installés sur Koumac et Poindimié. À la suite de l'évolution des normes de qualité encadrant le dépistage, ces appareils ont dû être mis hors service en 2015. L'appareil de Koumac fut alors remplacé par un modèle de dernière génération.

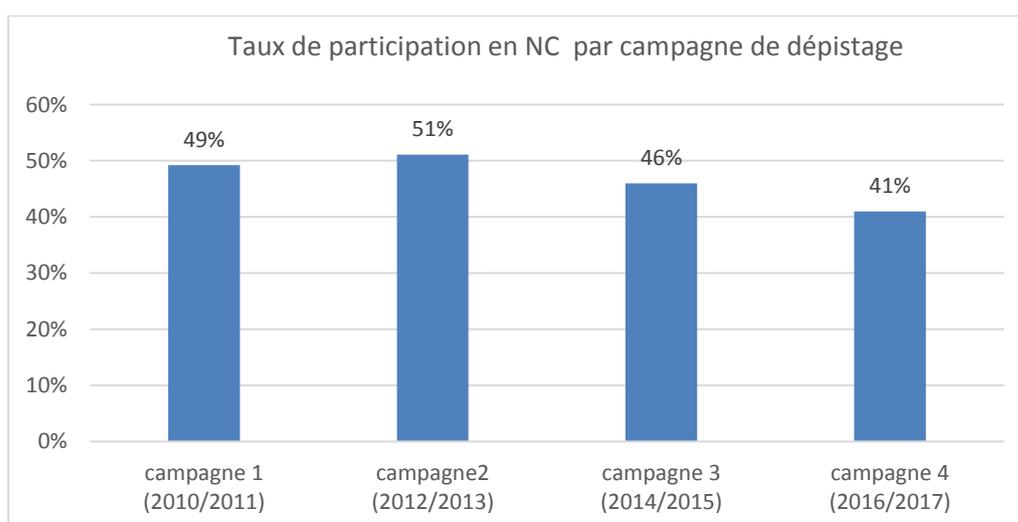
En 2018, ce mammographe a été déménagé au pôle sanitaire de Koné. Le CHN étant également dépourvu de radiologue, l'ASS-NC organise des vacations de radiologue exclusivement dédiées au dépistage et au suivi des femmes dépistées. Le financement de ces vacations est assuré par l'ASS-NC. En 2018, 4 vacations (12 jours) ont pu être organisée et 242 mammographies ont été réalisées.

## Evolution de l'activité et résultats

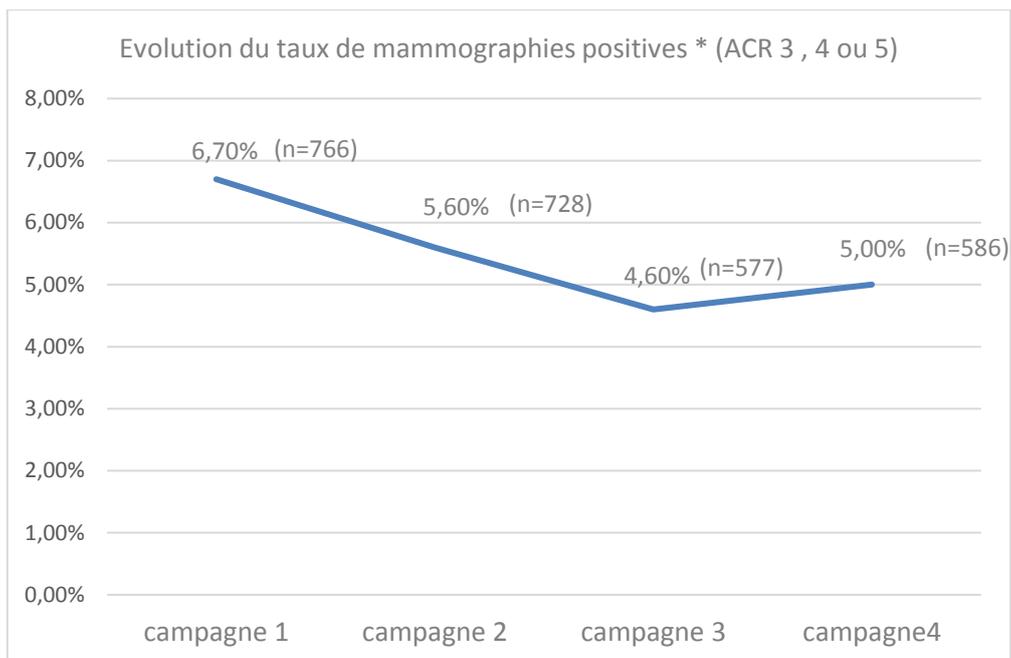


En moyenne, 6 065 mammographies de dépistage sont réalisées chaque année dans le cadre du programme.

En 2018, 6 019 mammographies ont été réalisées ce qui représente une augmentation non significative par rapport à l'année 2017.

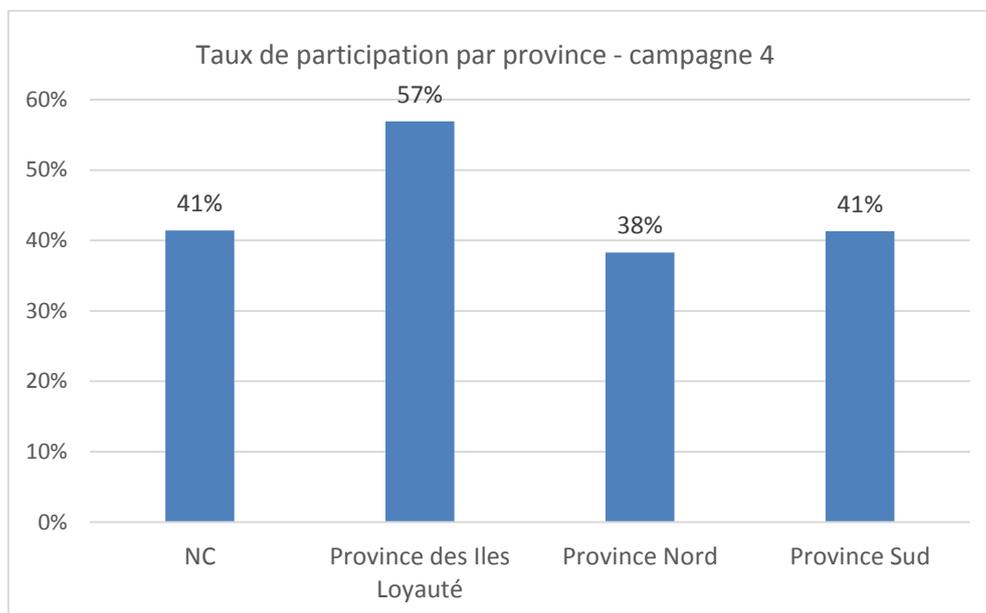


Les taux de participation ont été recalculés en prenant en compte l'évolution de la population cible. Les taux des campagnes 3 et 4 seront revus en fonction des données du prochain recensement. On note un ralentissement du taux de participation depuis la 3<sup>e</sup> campagne.



\*mammographies indiquant la nécessité d'un suivi ou d'une intervention

En moyenne, 665 mammographies sont classées positives pendant une campagne de dépistage (soit une période de deux ans). Les femmes ayant une mammographie positive sont soit orientées vers un suivi rapproché (renouveler la mammographie à court terme afin de mesurer l'évolution de l'image suspecte), soit bénéficiées d'examen complémentaires afin de déterminer si la lésion visible sur la mammographie est un cancer.



La participation globale à la dernière campagne de dépistage reste insuffisante. On note un écart important entre la Province des Iles Loyauté et les Provinces Nord et Sud.

### Chiffres clés

- 28 425 femmes potentiellement bénéficiaires de ce programme de dépistage.
- 6 019 mammographies réalisées dans le cadre du programme en 2018.

### Points forts

- Un programme qui s'inscrit dans le cadre des recommandations nationales, européennes et internationales.
- Une bonne adhésion des professionnels de santé à ce programme.
- Un accès au dépistage par mammographie qui s'est amélioré depuis le lancement de la campagne de dépistage.

### Axes d'amélioration

- Une participation qui reste trop faible.
- Une communication qui doit être renouvelée et relancée.

Un accès au dépistage qui doit être facilité sur la côte Est de la Province Nord.

### Perspectives

L'évaluation qualitative et quantitative du programme de dépistage du cancer du sein doit être publiée en début d'année 2019. Cette analyse permettra aux acteurs du dépistage de mieux appréhender la problématique du dépistage en NC et d'envisager de nouvelles modalités au sein du programme. Parallèlement, une nouvelle campagne de communication devrait être diffusée afin de mieux informer la population des possibilités de dépistage en NC.

# Programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus

## Introduction

Il existe deux moyens complémentaires afin de lutter contre le cancer du col de l'utérus :

- Le dépistage par frottis tous les trois ans,
- La vaccination anti-HPV des jeunes filles.

En NC, deux programmes ont été créés afin de faciliter le recours à ces moyens de prévention. En effet, il existe depuis 2011 un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et depuis 2015, une campagne de vaccination anti-HPV destinée aux jeunes filles de 12 ans scolarisées dans les collèges de NC.

## Activité du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en 2018

Ce programme consiste à inviter, tous les trois ans, les 80 000 femmes de 20 à 65 ans à réaliser gratuitement un frottis de dépistage. La prise en charge des actes de dépistage est assurée par le fonds de compensation en santé publique via la délibération n° 261 du 24 janvier 2013.

## Coordination

La cellule de dépistage assure chaque jour un travail de coordination entre les acteurs du dépistage (médecins, sages-femmes, laboratoires). Depuis 2015, la campagne médiatique a été stoppée car elle n'avait pas démontré son efficacité. Une nouvelle campagne de communication doit être lancée durant l'année 2019.

## Activité quotidienne du programme

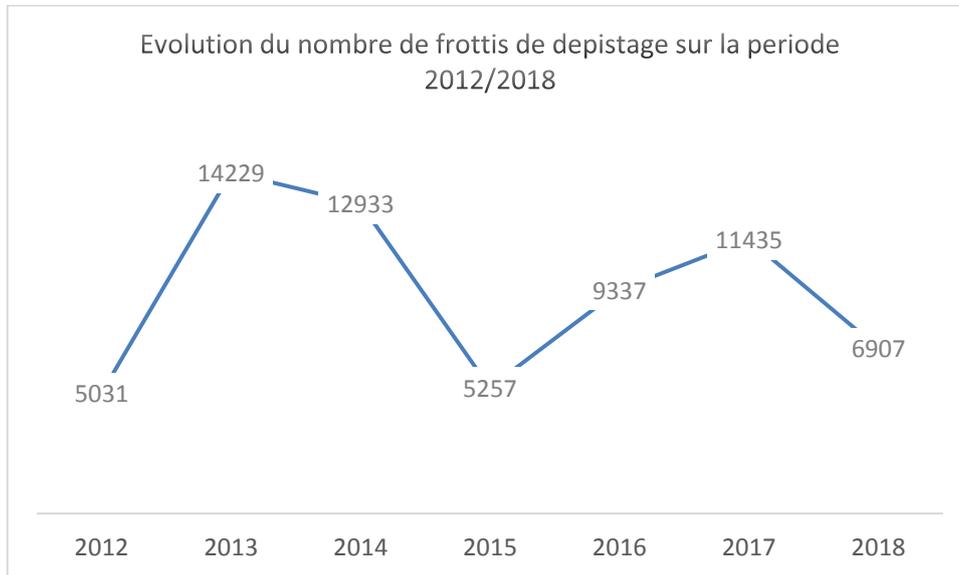
En 2018, la cellule a envoyé 63 838 invitations à réaliser un frottis dans le cadre du dépistage organisé, dont 4 928 à la demande de la bénéficiaire ou d'un professionnel de santé.

La cellule de dépistage a envoyé 15 907 courriers de résultats ou de suivi de frottis anormal, tant auprès des bénéficiaires du programme que de leur médecin.

Les professionnels de santé qui n'ont pas répondu au courrier de suivis sont relancés 9 mois après le frottis anormal, et, les femmes concernées 12 mois plus tard.

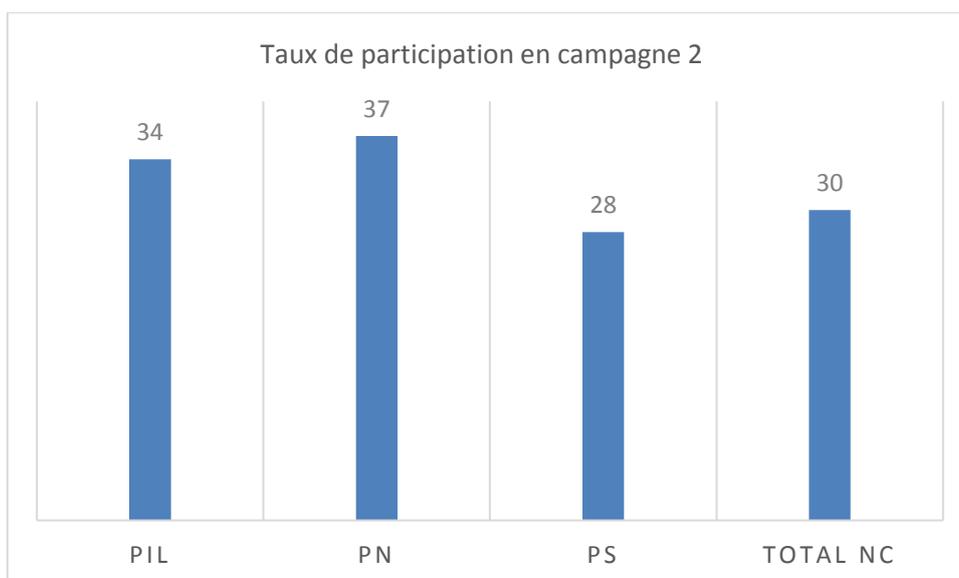
## Evolution de l'activité et résultats

Une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dure 3 ans. La prochaine campagne se terminera en 2020 lorsque l'ensemble des femmes de 20 à 65 ans auront été invitées à réaliser un frottis de dépistage. Les chiffres ci-dessous portent sur l'évolution annuelle du nombre de frottis et sur les deux campagnes ayant déjà eu lieu (2012/2014 et 2015/2017).



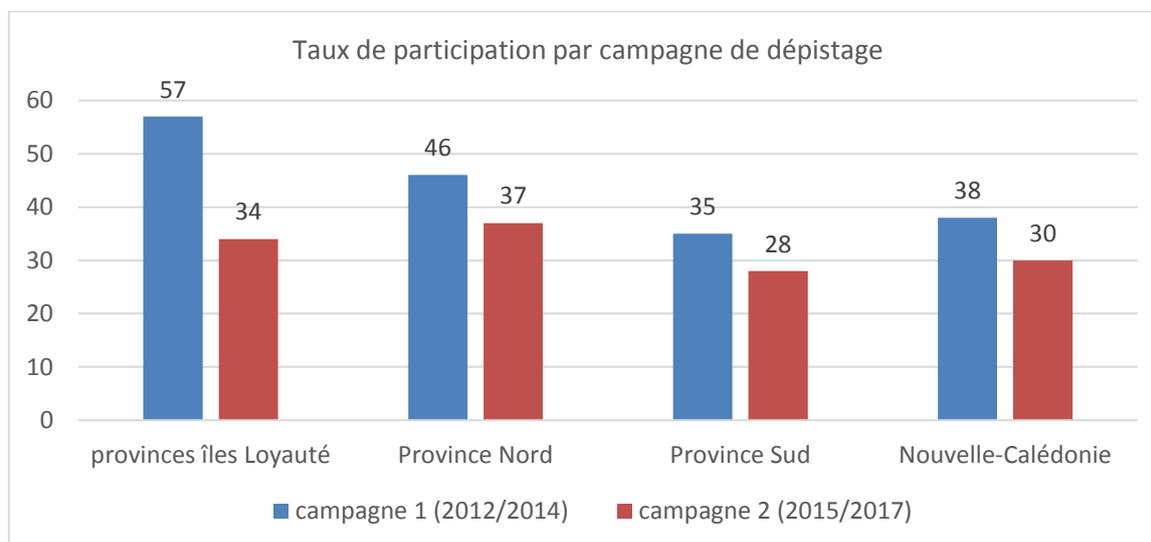
En moyenne, 9 304 frottis sont réalisés chaque année, depuis 2012, dans le cadre de ce programme de dépistage organisé.

En 2018, 6 907 frottis ont été réalisés, ce qui représente une diminution significative par rapport à l'année 2017. Cela s'explique notamment par le fait que le lancement de la première campagne s'est fait progressivement et que le principe des campagnes de dépistage est de fonctionner en cycle (réinviter les femmes tous les trois ans).



.25 628 femmes, soit 30 % de la cible, ont bénéficié d'un frottis de dépistage dans le cadre de la 2<sup>e</sup> campagne (2015/2017). On note une participation plus faible en province Sud. Il est important de

rappeler qu'un nombre conséquent de frottis sont encore réalisés en dehors de la campagne de dépistage et qu'ils ne sont pas pris en compte dans ce taux de participation.



On note une baisse du taux de participation en 2<sup>e</sup> campagne sur l'ensemble du territoire.

## Chiffres clés

- 80 039 (ISEE 2014) femmes potentiellement bénéficiaires du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- 9 303 frottis de dépistage réalisés en moyenne par an dans le cadre de la campagne, depuis 2012.
- 6 907 frottis réalisés en 2018 dans le cadre de la campagne.

## Points forts

- Des professionnels de santé du secteur public qui adhèrent au programme.
- Un examen de dépistage qui fait l'unanimité.
- L'organisation du dépistage du cancer du col utérin est une priorité du plan cancer 2014-2019. En Métropole, la généralisation du dépistage organisé du cancer du col utérin a été lancée en mai 2018.

## Axe d'amélioration

- Une participation qui reste trop faible.
- Une communication grand public qui doit être relancée.
- Une vision globale du dépistage du cancer du col NC difficile à avoir en raison du nombre important de frottis réalisés en dehors de la campagne.

## Perspectives

La communication devra être relancée afin de remobiliser le public et les professionnels de santé.

Un travail d'évaluation doit être programmé afin de mieux connaître le recours au frottis en NC que ce soit dans le cadre du programme de dépistage organisé ou en dehors.

Une organisation du dépistage est en vigueur en métropole depuis mai 2018. La mobilisation métropolitaine autour du dépistage du cancer du col de l'utérus pourrait influencer sur le programme de dépistage en NC.

## Activités de la campagne de vaccination anti-HPV au collège en 2018

Depuis 2015, l'ASS-NC propose, chaque année, une vaccination anti-HPV, destinée aux jeunes filles de 12 ans. Cette vaccination est proposée gratuitement au collège. Par le biais du collège, les parents reçoivent une autorisation parentale à compléter. Seules les jeunes filles ayant une autorisation signée par les parents pourront être vaccinées.

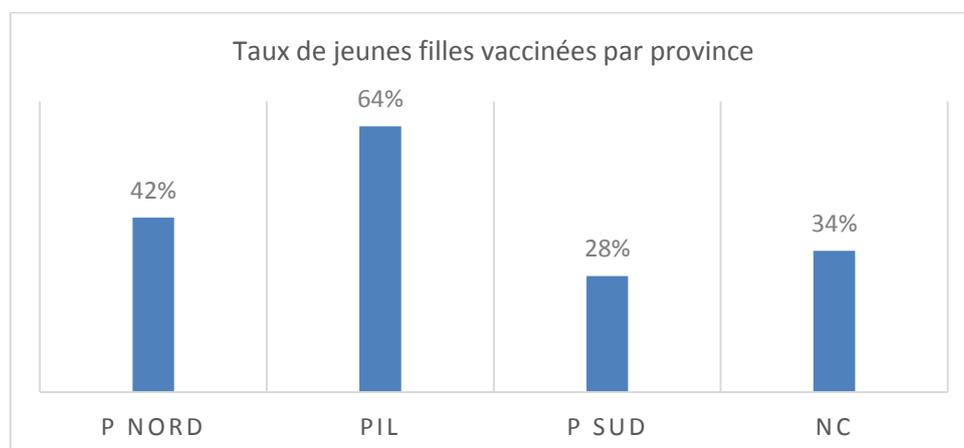
### Coordination

La communication grand public a été stoppée durant la première campagne (2015) à la suite de l'intervention des lobbies anti-vaccination. Une nouvelle campagne de communication adressée exclusivement aux familles ayant un enfant de 12 ans a été diffusée via les établissements scolaires en 2018. Elle intègre notamment une information en Ajië, Paicî, Drehu, Nengone.

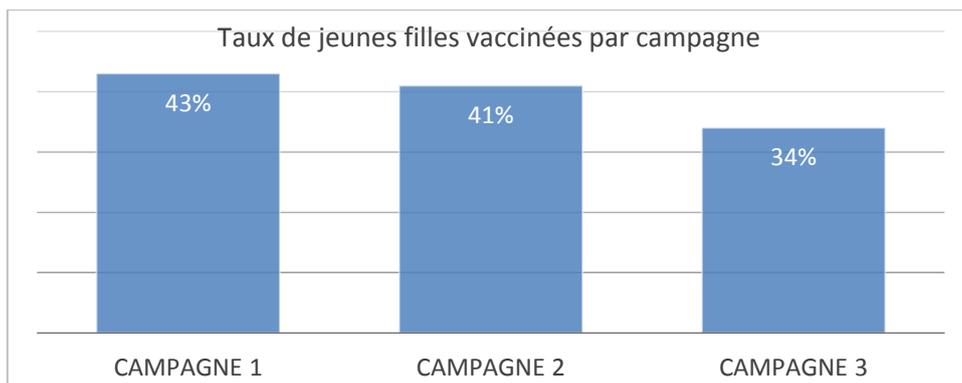
La mise en place du programme nécessite un travail important de coordination avec les 57 collèges de NC et le vice-rectorat. Un travail partenarial est également mené avec les provinces d'une part à travers l'implication des équipes des centres médico-sociaux parfois chargées d'administrer les vaccins et d'autre part avec les pharmacies provinciales permettant un stockage et un acheminement des vaccins dans un respect optimal de la chaîne du froid.

### Evolution de l'activité et résultats

En 2018, les jeunes filles nées 2006 se sont vu proposer la vaccination, soit 2 043 jeunes filles réparties dans 55 collèges. Deux collèges n'ont pas participé à la campagne en 2018.

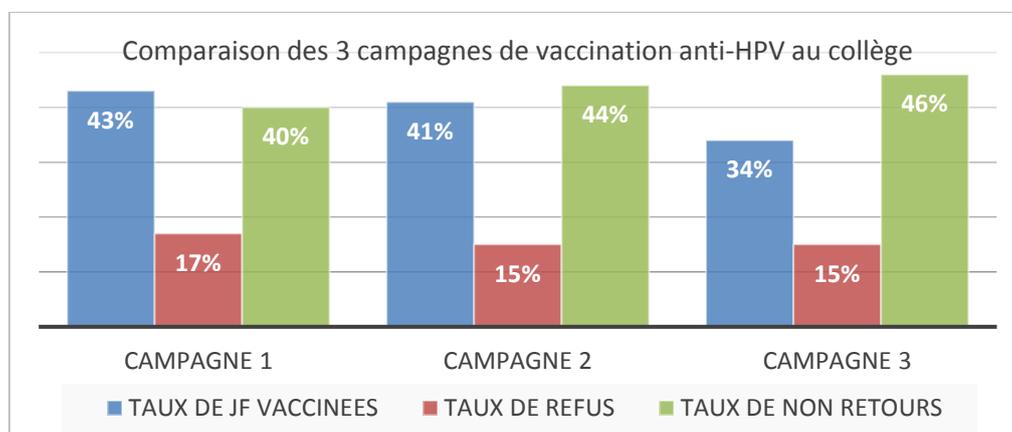


698 jeunes filles ont été vaccinées soit 34 % de la cible. Ainsi, 122 jeunes filles ont été vaccinées en Province Iles Loyauté, 165 en Province Nord et 411 en Province Sud.



Le taux de jeunes filles vaccinées est en diminution. Il était de 43 % lors de la 1<sup>re</sup> campagne, 41 % lors de la 2<sup>e</sup> campagne et atteint 34 % lors de la 3<sup>e</sup> campagne.

Par ailleurs, le taux de non-retour de l'autorisation parentale est en augmentation, passant de 40 % lors de la 1<sup>re</sup> campagne à 46 % lors de la 3<sup>e</sup> campagne.



## Chiffres clés

- 55 collèges ont participé à la campagne 2018.
- 698 jeunes filles ont été vaccinées.
- 46 % des familles n'ont pas rapporté la fiche de décision parentale.

## Points forts

- Une campagne de vaccination qui a permis d'améliorer la couverture vaccinale.
- Une action souhaitée et soutenue par la grande majorité des professionnels de santé.
- Une vaccination très pratiquée au niveau international.

## Axe d'amélioration

- Un taux de couverture vaccinal encore insuffisant.
- Une communication difficile notamment du fait de l'ingérence des mouvements anti-vaccination.

## Perspectives

La campagne de vaccination sera reconduite en 2019.

L'arrivée sur le marché d'un vaccin assurant une protection plus complète sur les virus HPV pourrait être une source d'évolution du programme.

# Le Centre d'Education

## Introduction

**La vocation** du Centre est d'apporter une réponse éducative de proximité en ambulatoire, adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète et de la broncho pneumopathie chronique obstructive.

**Ses objectifs** sont de prévenir l'apparition des complications, d'améliorer la qualité de vie des patients, de diminuer les coûts, et d'augmenter l'adhésion du patient au projet de soins.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) appartient au champ de l'**éducation pour la santé**. Elle concerne **les patients atteints de maladies chroniques**, et « vise à aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie au quotidien avec une maladie chronique** » (OMS). Il s'agit d'un transfert de compétence du soignant vers le patient : connaissance (savoir), capacité (savoir-faire) et attitude (savoir être).

Être atteint d'une maladie chronique augmente les risques de complications, de situations de dépendance et de précarité sociale préjudiciable à la qualité de vie. Ces pathologies représentent une charge de plus en plus lourde pour les malades et pour le système de santé.

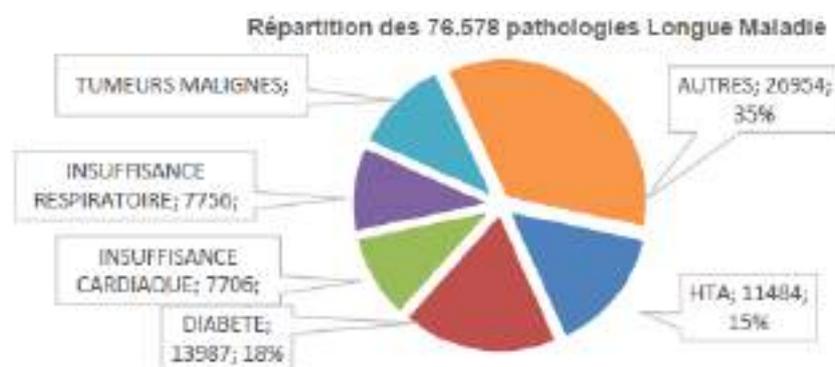
La prévention des complications, des récives, des exacerbations et des aggravations des maladies chroniques est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé. Elle passe par l'éducation thérapeutique du patient.

Le juste soin pour le malade, au moindre coût pour la collectivité est une nécessité.

Cette épidémie ne se musèlera qu'avec une nouvelle organisation des soins, une prise en charge globale non seulement médicale mais aussi psychologique et sociale.

L'accompagnement thérapeutique est un métier plus difficile que la prescription.

**Au 31 décembre 2017**, pour une population totale de 270 000 habitants, **plus de 49 000 personnes** étaient atteintes d'une maladie chronique prise en charge par la CAFAT en Longue Maladie, en NC. Parmi ce nombre, **13 987 sont atteints de diabète** et **7 756 sont insuffisants respiratoires**.



**Le diabète** est une maladie métabolique chronique, entraînant un excès de sucre dans le sang, liée à la surcharge pondérale en présence d'une fragilité familiale. L'enjeu est cardio-vasculaire.

**La broncho pneumopathie chronique obstructive (ou BPCO)** est une maladie respiratoire chronique entraînant une obstruction progressive et permanente des voies respiratoires, réduisant le passage de l'air pendant la respiration. Elle est liée 9 fois sur 10 au tabagisme.

Modifier son mode de vie grâce à un stage d'éducation thérapeutique est favorable évidemment à la santé métabolique et pulmonaire, mais prévient également le risque cardiaque.

## Activité du Centre d'Éducation en 2018

### Coordination

Un médecin de santé publique dédié coordonne une équipe multidisciplinaire, composée de deux infirmières (dont une vacataire), de deux diététiciennes (dont une vacataire), de deux psychologues (vacataires), de trois professeurs d'activités physiques adaptées (vacataires), de deux secrétaires médicales (dont une vacataire), de podologues (vacataires) et d'une assistante sociale (mutualisation).

Le Centre d'éducation travaille en collégialité avec l'ensemble des acteurs du secteur de la santé.

### Promotion de l'éducation thérapeutique

**Réalisation de sessions d'échange d'expériences autour de l'éducation thérapeutique**, à la carte, pour un public appartenant aux secteurs médical et paramédical (médecins, infirmiers, éducateurs sanitaires, diététiciens) des 3 provinces, du CHT, du CHN et libéral, dans les locaux du Centre d'éducation.

**Enseignement post universitaire** dans le domaine de l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé, en soirée à Nouméa et dans l'intérieur.

**Soutien à la formation** en « Education thérapeutique » organisée par l'IFAP avec le GRIEPS de Lyon, via le réseau des professionnels de santé.

**Participation** à la journée annuelle et **animation** d'une liste de diffusion « Education thérapeutique ».

### Éducation des patients diabétiques

#### Les stages au Centre d'éducation

- Cette année, 47 semaines de formation pour les patients diabétiques ont eu lieu. L'objectif de plus de 40 semaines est atteint.
- **555 stages d'éducation pour patients diabétiques** (ou pré diabétiques) ont été réalisés. L'objectif de 400 stages dans l'année (10 patients par semaine sur 40 semaines) est atteint. L'objectif de 33 patients par mois a été atteint avec un peu plus de 46 patients chaque mois.
- Les patients sont revus après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour un complément d'éducation et une évaluation.

### **Prolongement des stages**

A l'issue du stage, le patient est orienté vers l'Association des diabétiques de NC qui propose soutien, réunions et activités de groupe.

### **Jeunes diabétiques**

Le Centre propose aux jeunes diabétiques de l'Association d'aide aux jeunes diabétiques de NC de mesurer trimestriellement leur HbA1c par prélèvement capillaire.

### **Les actions d'éducation thérapeutique auprès des patients diabétiques des provinces Iles, Nord et Sud par les diététiciennes itinérantes**

Dans un souci de rééquilibrage, un nombre important de déplacements (384) de diététiciennes a permis de réaliser 2 131 consultations dans les 3 provinces en 2018, permettant d'atteindre tous les secteurs géographiques avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires et le CHN.

## **Education des patients BPCO**

### **Les stages au Centre d'éducation**

- Cette année, **36 patients souffrant de BPCO** adressés par leur médecin ont été pris en charge sous la forme d'un stage.
- Les patients sont revus après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour une évaluation et un complément d'éducation.
- Une évaluation externe a été conduite sur les 200 premiers patients en décembre 2015 par le Dr JM Grobois (Lille). Elle avait permis la validation du programme.

### **Prolongement des stages**

A l'issue du stage, le patient est orienté vers l'Association de patients « Souffle et partage » qui propose soutien, réunions et activités de groupe.

### **Poursuivre la mutualisation de moyen en partenariat avec le Centre de soins en addictologie**

- Un membre de l'équipe du Centre soins en addictologie (CSA) vient présenter la prise en charge possible lors de l'atelier « Tabac » mensuel du Centre d'éducation.
- Les patients diabétiques ou bronchitiques chroniques fumeurs sont orientés vers le CSA pour une prise en charge spécialisée.

### **Soutien aux Associations de patients**

- Pérennisation de l'appui financier.
- Appui technique pour les manifestations et les actions menées : édition de fiches pédagogiques et de dépistage, rédaction de dossier de presse...

### **Participation à des actions grand public**

- Journée mondiale, Semaine de prévention et Salon du Diabète.
- Journée mondiale de la BPCO.

## Conclusion

Le Centre d'éducation réalisé 555 stages pour personnes souffrant de diabète et 36 stages pour personnes souffrant de BPCO.

L'équipe multidisciplinaire qui y travaille est étoffée et bénéficie d'une formation continue.

La mutualisation de moyens avec les équipes du programme diabète, du programme de prévention des pathologies de surcharge et du centre de soins en addictologie du CHS est efficiente.

Le soutien aux 3 associations de patients est pérenne.

La mise en place par les ligues de natation et de tennis du « Sport santé » est soutenue.

La maîtrise de la problématique liée aux pathologies chroniques (Longues Maladies) est un véritable défi pour notre système de santé.

Elle nécessite, au-delà de l'action des soins primaires et hospitaliers, une implication forte des patients. C'est le travail de l'éducation thérapeutique du patient par le biais du développement d'une prise en charge multi professionnelle de la maladie.

Une montée en charge progressive de l'éducation thérapeutique est nécessaire, en identifiant les patients qui pourraient bénéficier en priorité de cette action.

# Programme Diabète

## Introduction

Être atteint d'une maladie chronique comme le diabète augmente les risques de complications, de situations de dépendance et de précarité sociale préjudiciable à la qualité de vie. Cette pathologie représente une charge de plus en plus lourde pour les malades et pour le système de santé.

Aussi, la prévention des complications et des aggravations du diabète est un enjeu majeur tant pour le bien-être des personnes que pour la pérennité de notre système de santé.

A la suite de l'étude CALDIA conduite en 1992-1993 et montrant une prévalence du diabète trois fois supérieure à celle de métropole, le Congrès a fait du diabète un des thèmes prioritaires de santé publique, par la délibération n°490 du 11 août 1994.

Dans le cadre de sa **mission de mise en œuvre des programmes de santé publique prioritaires** décidés par la Nouvelle-Calédonie, la coordination du programme Diabète a été confiée à l'Agence Sanitaire et Sociale, sous la tutelle de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS-NC), en 2003. Auparavant, le Comité de Prévention en assurait la charge.

La prévention primaire a été retirée du Programme diabète en 2006, afin de la démedicaliser, avec la création d'un programme dédié, le **Programme de prévention des pathologies de surcharge**.

Le Programme diabète se concentre donc aujourd'hui sur la **prévention secondaire et tertiaire**, et se décline en **quatre axes stratégiques** :

### Renforcer le dépistage du diabète :

- assurer un diagnostic précoce,
- assurer une prise en charge au plus tôt afin de diminuer les complications invalidantes et coûteuses.

### Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins :

- améliorer l'éducation diabétique,
- faciliter le suivi des diabétiques par les praticiens de terrain,
- améliorer la prise en charge hospitalière,
- diminuer les complications ophtalmologiques,
- diminuer le nombre d'amputations au niveau des membres inférieurs,
- dépister systématiquement et traiter le diabète gestationnel.

### Améliorer l'organisation des soins :

- apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant à proximité du diabétique les moyens nécessaires à sa prise en charge : éducation, diététique, podologie...

### Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé :

- responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.

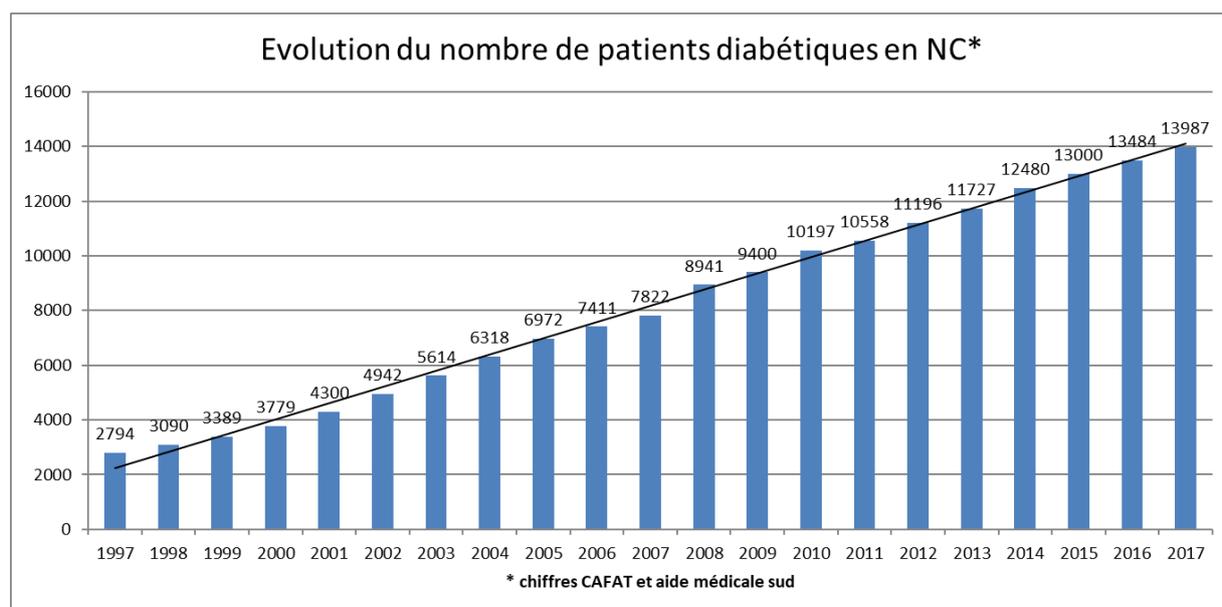
Le programme a fait l'objet d'une **évaluation** externe coûteuse en 2011 et se poursuit.

Responsable : un médecin de santé publique dédié, assisté d'une coordinatrice à tiers-temps pour l'organisation des réseaux de diététique, de podologie, et d'ophtalmologie.

Le Programme diabète œuvre en collégialité, avec l'ensemble des acteurs.

En 1992, l'étude CALDIA estimait la prévalence du diabète à 10,2 % de la population adulte (30-59 ans). Des écarts importants (du simple au double) existaient entre les communautés (Européens et Mélanésiens 8,4 % ; Polynésiens 15,3 %) permettant d'orienter le dépistage.

Aujourd'hui, le diabète constitue la première cause de maladie chronique prise en charge au titre de la longue maladie, avec près de **13 987 personnes** (5 % de la population) déclarées et suivies au 31 décembre 2017. Un nombre multiplié par 5 en 20 ans.



Cette hausse continue de la prévalence du diabète s'explique par la montée en puissance de la surcharge pondérale, mais aussi par l'épigénétique et le vieillissement de la population.

Cette pathologie, presque toujours évitable, fait également peser un lourd fardeau sur les comptes de la santé. Au 31 décembre 2017, le coût estimé du diabète représentait **7 milliards FCFP**, hors EVASAN et hospitalisation (soit 12 % des dépenses de santé). Auxquels s'ajoutent les coûts hospitaliers (près de 25 % des patients hospitalisés souffrent de diabète, et encore 25 % de pré-diabète). Le coût des médicaments innovants renchérit le prix des traitements, et la facture va malheureusement s'alourdir d'année en année...

## Activité du programme en 2018

### La prévention secondaire : repérer les populations à risque, organiser le dépistage, prendre en charge les pré-diabétiques

#### En population

Dépister les personnes souffrant de diabète le plus tôt possible permet de les inscrire dans une prise en charge et un parcours de soins efficaces permettant de faire reculer les complications.

Un **questionnaire** mettant l'accent sur les facteurs de risque de la maladie a été élaboré. Il est disponible sous la forme d'un dépliant et en ligne. Tout un chacun peut mesurer son niveau de risque vis-à-vis du diabète, et y trouver les mesures préventives pertinentes.

### Populations à risque et dépistage

A l'heure d'une prise en charge performantes dans le diabète, des stratégies de dépistage complémentaires au plus proche des personnes à risque sont efficaces.

Le dépistage est conduit de deux façons :

- Pour la première, classique, **les médecins** opèrent un dépistage opportuniste (lors d'une consultation pour un autre motif) sur la base de la présence de facteurs de risque.
- Pour la seconde, **l'Association des diabétiques de NC** propose un dépistage en allant à la rencontre de la population, **partout en NC**. Elle tient des stands lors de manifestations, plusieurs fois par semaine, tout au long de l'année. En effet, dépister hors les murs, c'est-à-dire hors cadres traditionnels (consultation médicale, dispensaire, hôpital) et gratuitement permet de faciliter l'accès au dépistage et l'entrée dans le parcours de soins pour des populations qui échappent au système de soins classique. Au préalable, une information sur la pathologie est délivrée et le questionnaire de niveau de risque est rempli. Un document support sur la maladie est remis. En cas de positivité du test de dépistage, les membres de l'association préalablement formés orientent la personne vers son médecin pour un test diagnostique cette fois.

### Les personnes pré-diabétiques

Prendre en charge des personnes au stade de pré-diabète permet de prévenir ou de retarder le passage au diabète de type 2, d'éviter les médicaments et de mettre en œuvre une prévention des complications. Le Centre d'éducation est ouvert aux personnes pré-diabétiques pour un **stage**.

## La prévention tertiaire : faire reculer les complications

### L'amélioration de la qualité des soins

#### a) Les actions des diététiciennes itinérantes auprès des patients diabétiques et pré-diabétiques des provinces Iles, Nord et Sud

**Dans un souci de rééquilibrage, 384 vacations** ont été réalisés dans l'intérieur et les îles des 3 provinces en 2018, avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires (CMS) et le CHN, ayant permis **2 131 consultations** de diététique auprès de patients. Par ailleurs, **20 animations de groupe** ont permis de toucher 385 personnes.

#### Actions dans les CMS

Il s'agit de l'activité principale :

- Des consultations individuelles.
- Des ateliers collectifs.
- Des journées centrées sur un repas réalisé en tribu.

#### Hôpitaux de jour dans les Centres Hospitaliers du Nord de Poindimié et Koumac

70 patients diabétiques ont été invités en hôpital de jour au total.

#### Autres activités

Participation à la Journée mondiale du diabète dans le Nord.

#### b) Intensifier la prévention des amputations par le suivi podologique

Dans un souci de rééquilibrage, des **vacations de podologie** sont déployées **dans les CMS de l'intérieur et des îles** des 3 provinces. Elles ont un triple objectif, **l'éducation des patients**, la **formation des professionnels** de santé sur site et une **prise en charge curative**.

**107 vacations** ont été assurées en 2018.

Au total, **998 consultations de patients** ont pu être réalisées au cours de ces vacations, pour un coût de **6 751 408 F CFP** (soit 6 765 F / consultation). Dans le Nord, 42 vacations ont permis de réaliser 390 séances. Dans le Sud, 39 vacations ont permis d'accomplir 362 séances. Dans les Iles, 26 vacations ont permis d'effectuer 246 séances.

Un **forfait de soins du pied** pour les diabétiques à risque du **Grand Nouméa** est financé par l'ASS-NC (sur le modèle de lettre-clé POD de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie), dans le cadre d'une enveloppe fixée annuellement.

Ce forfait comprend au maximum 6 séances par an d'un coût maximum de 30 000 F CFP par patient. Il est réalisé par un podologue formé.

Au total **1 355 actes de podologie** ont été réalisés cette année dans le cadre de ce programme, pour un coût de **6 775 000 F CFP** (soit 5 000 F / consultation).

Chaque semaine, un podologue du syndicat vient animer un **atelier de groupe d'éducation thérapeutique** autour du pied diabétique au **Centre d'éducation** de l'ASS-NC, pour un montant de **348 750 F CFP** cette année.

### **c) Intensifier le suivi en ophtalmologie**

Dans un souci de rééquilibrage, un **programme de dépistage de la rétinopathie diabétique dans l'intérieur et les îles** est déployé.

L'exploitation en réseau du rétinographe numérisé non mydriatique permet le dépistage des diabétiques non à jour pour l'examen annuel du fond d'œil recommandé, dans l'intérieur et les îles.

Au cours de **42 vacations**, trois orthoptistes ont photographié les fonds d'œil de **875 patients** cette année. Après interprétation des clichés par un ophtalmologiste, 739 patients (84 %) avaient des fonds d'œil normaux, et 136 patients (16 %) ont été orientés vers une consultation spécialisée d'ophtalmologie, selon différents degrés d'urgence. Le coût total s'élève à **3 577 019 F CFP** (soit 4 088 F par patient).

### **d) Intensifier le suivi en tabacologie**

Une collaboration est en place avec l'équipe du Centre de soins en addictologie (CSA) du CHS qui reçoit les patients diabétiques fumeurs compliqués en stage. En retour, les diététiciennes du programme reçoivent les patients pris en charge au CSA.

### **e) Améliorer le suivi en néphrologie**

Soutien au réseau de l'insuffisance rénale (RESIR), avec sessions d'échanges d'expérience et partage de données entre professionnels.

## **La formation des professionnels de santé**

**a) Des sessions d'échange d'expériences** à la carte sur le thème du diabète ont eu lieu en 2018, avec un public appartenant aux secteurs médical et paramédical (médecins, infirmiers, éducateurs sanitaires, diététiciens) des 3 provinces, du CHT, du CHN et du libéral.

**b) Collaboration et soutien au service diabétologie du CHT**, avec sessions d'échanges d'expérience infirmières, et suivi diététique des patients de l'intérieur et des îles après retour à domicile.

**c) Soutien technique aux équipes diabète des Cliniques**, avec sessions d'échanges d'expérience infirmières.

**d) Collaboration avec le Centre de suite de soins et réadaptation (CSSR)**, avec sessions d'échanges d'expérience diététiciennes, et suivi diététique des patients de l'intérieur et des îles après retour à domicile.

**e) Enseignement post universitaire (EPU)** pour les professionnels de santé en soirée, à Nouméa et dans l'intérieur.

**f) Enseignement du « module diabète »** à l'Institut de formation des professions sanitaires et sociales (IFPSS), par le médecin et l'infirmière, pour les étudiants de deuxième année.

**g) Terrain de stage** pour deux élèves diététiciennes, une élève infirmière, une étudiante en master de santé publique et une étudiante en art-thérapie.

**h) Développement de l'action de formation et de soutien en termes de diététique** auprès des équipes des CMS dans l'intérieur et les îles.

### L'éducation thérapeutique des patients

En 2018, **555 stages** ont été suivis par des patients diabétiques de type 1 et 2, de diabète gestationnel et de prédiabète au **Centre d'éducation**.

De nombreux diabétiques ont pu par ailleurs bénéficier d'éducation thérapeutique au CHT, au CHS, au CSSR, dans les cliniques et les CMS.

### 2Le soutien aux associations de patients

En 2018, le soutien technique et financier aux deux associations de patients a pu être reconduit.

### L'organisation d'événementiels et promotion de la médiatisation de la problématique du diabète

- Organisation de la 4<sup>e</sup> édition de la « **Semaine de prévention du diabète** » en juin.
- Organisation de la « **Journée Mondiale du Diabète** » en novembre.
- Participation à la 14<sup>e</sup> édition du « **Salon du Diabétique** » en août.

## Conclusion

En 2018, l'activité s'est située dans la continuité du programme diabète 2012-2016.

Un budget prévisionnel est alloué à l'évaluation d'axes du programme en 2019.

La conduite d'une étude de prévalence du diabète en population est prévue pour 2020.

Véritable défi pour notre système de santé, la maîtrise de la problématique liée au diabète nécessite une implication forte des patients dans la prise en charge de la maladie (éducation thérapeutique), une articulation étroite entre les différents professionnels de santé, une meilleure compréhension de la dimension humaine de la maladie, et une prévention primordiale, primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire pertinente.

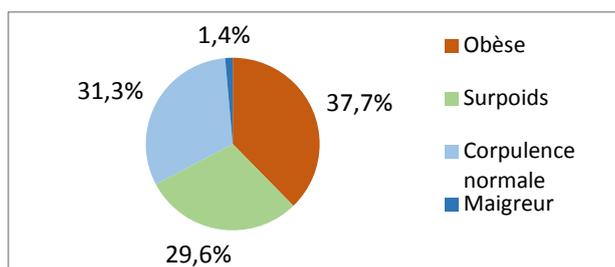
D'autant que la rareté des ressources, notamment financières, exige une logique d'efficience...

# Programme « Mange Mieux Bouge Plus »



## Introduction

La Nouvelle-Calédonie n'échappe pas à l'épidémie mondiale d'obésité.



Selon le « baromètre santé » 2015, la prévalence de l'excès de poids est de 67,3 % dans la population, soit plus de deux Calédoniens sur trois.

Le statut pondéral des jeunes Calédoniens est d'autant plus préoccupant que l'obésité infantile est déterminante pour l'avenir. En effet, 40 à 60 % des enfants obèses à l'âge de 8 ans le restent à l'âge adulte.

Données issues de l'enquête santé orale (ASS-NC 2012-2013) :

- **18,6 %** des enfants sont en surcharge à **6 ans** (7,8 % obèses)
- **29,5 %** en surcharge à **9 ans** (11,4 % obèses)
- **42,7 %** en surcharge à **12 ans** (20 % obèses)

En décembre 2007, le Territoire, via l'ASS-NC, s'est doté d'un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge (PPS 2008-2012), issu du programme « diabète ».

Dans la continuité de ce premier programme (évalué en 2012), le programme « Mange Mieux Bouge Plus » 2013-2017, coordonné par l'ASS-NC, s'est inscrit dans un processus participatif et multisectoriel. Les acteurs de la santé, de l'éducation, du sport, les consommateurs, les acteurs associatifs, économiques et de la société civile sont devenus les véritables acteurs du plan d'actions, qui s'articulait autour de 4 axes prioritaires :

- La promotion d'une alimentation équilibrée.
- La promotion d'une activité physique et sportive régulière.
- Les actions sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain.
- La coordination des professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale des adultes et des enfants.

**La vocation du plan d'actions « mange mieux bouge plus » :**

Informer et permettre à la population d'acquérir des connaissances pour faire des choix judicieux en matière d'alimentation et d'activité physique, dans un environnement plus favorable à adopter un mode de vie sain.

**Deux principaux objectifs :**

- Améliorer l'état nutritionnel de la population.
- Stabiliser la prévalence de surcharge pondérale chez les enfants.

**Les cibles prioritaires :**

- Les enfants sont la cible prioritaire du plan d'actions depuis sa création.
- Les femmes, mères ou futures mères de famille, ont été identifiées depuis 2013 comme nouvelle cible stratégique.

**Le mode opératoire :** la coordination d'une démarche multisectorielle et multidisciplinaire.



# Activité du programme en 2018

## Communication

Dans un contexte budgétaire contraint, le comité stratégique du programme « Mange Mieux Bouge Plus » a choisi pour 2018 de proposer la rediffusion de 3 campagnes de communication pour inciter les Calédoniens à équilibrer leur alimentation et à pratiquer plus régulièrement une activité physique :

- Du 12 au 18 mars 2018 : « Pour protéger la santé de ceux que j'aime, j'ai décidé qu'on allait manger moins salé. »
- Du 2 au 15 juillet 2018 : « Je bois de l'eau. »
- Du 3 au 16 septembre 2018 : « Astuces pour bouger malin. »
- 

Le groupe cible prioritaire était composé des adultes en position parentale, en particulier les femmes. Leurs enfants, scolarisés en primaire, étaient la cible secondaire des campagnes.

Les campagnes ont été déclinées :

- Dans la presse écrite (LNC, santé NC, télé NC, Le pays)
- Par affichage de visuels (CMS, réseau de partenaires)
- Par diffusion de spots radio (RNC, Djiido, RRB, NRJ, Océane FM)
- Par diffusion de spots TV (NC1ère ; Caledonia)
- Par diffusion de visuels et vidéos sur le site [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et sur les réseaux sociaux (Facebook)

### 1. Détail du projet de communication de la campagne « Pour protéger la santé de ceux que j'aime, j'ai décidé qu'on allait manger moins salé. » :



### L'enjeu de santé publique en NC :

- Près de 13 000 personnes bénéficient d'une prise en charge au titre de la longue maladie pour l'hypertension artérielle (32 %). C'est la pathologie la plus fréquente en NC !
- Les maladies cardio-vasculaires sont la 2<sup>e</sup> cause de décès (21,4 %) après les tumeurs et cela dès 45 ans.
- La réduction de la consommation de sel dans chaque famille affecte l'ensemble de la population mais surtout, protège les plus jeunes et prévient le plus grand nombre d'accidents liés à des poussées hypertensives.

Les pistes pour aboutir au changement de comportement :

Pour manger moins salé, je change mes habitudes :

- 75 % du sel consommé provient des aliments du commerce. **Mieux choisir ses aliments est l'une des clés de la santé.** Entre deux produits qui semblent identiques, en lisant les étiquettes, je peux choisir celui qui est le moins salé. Par ailleurs, dans la mesure du possible, je choisis des aliments frais, pas ou peu préparés, et je prends le temps de les cuisiner à la maison.
- **En cuisine, la règle, c'est moins de sel, + de goût !** Je réduis la quantité de sel ajouté mais je rajoute de la saveur et de la couleur à mes plats en utilisant des épices, de l'ail, de l'oignon, du citron...
- A table, **je prends l'habitude de goûter avant de resaler.**

## 2. Détail du projet de communication de la campagne « Je bois de l'eau » :

Le problème de santé publique identifié :

Dans la journée, 8 % des calédoniens consomment plus de boissons sucrées que d'eau. Ce chiffre s'élève à près de 20 % chez les 18-24 ans. (baromètre santé 2015)

Les pistes pour aboutir au changement de comportement :

Il est recommandé (en moyenne) de **boire environ 1,5 l à 2 l d'eau par jour** et de ne pas attendre d'avoir soif pour se décider à boire. Je prends donc l'habitude de boire tout au long de la journée. Cela est d'autant plus important :

- pour les enfants et les personnes âgées, car la sensation de soif peut être mal identifiée ou diminuer avec l'âge.
- lorsque l'on pratique une activité physique. Il est alors recommandé de boire un demi-litre d'eau environ deux heures avant l'activité, puis de boire tout au long de l'activité, suffisamment pour remplacer l'eau perdue par la sueur.

Afin de varier les plaisirs, **je n'hésite pas à consommer l'eau sous forme d'infusion** (la citronnelle ou la menthe du jardin s'y prêtent bien) ou à **presser quelques gouttes de jus de citron** dans l'eau fraîche. Je consomme du thé et du café avec modération (2 à 3 tasses par jour), et surtout, je ne rajoute pas de sucre !

### Les actions de proximité menées par les partenaires pendant la campagne :

En 2018, 5 partenaires ont mis en place des actions spécifiques pendant la campagne « Je bois de l'eau » pour relayer le message au plus près de la population :

- Dégustation de tisanes et sensibilisation à l'hydratation du personnel du CCAS de la ville de Dumbéa (2 au 15 juillet).
- Ateliers de dégustation d'eau proposé au public par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société de la Province Nord.
- Ateliers pour sensibiliser à la potabilité de l'eau et à la maîtrise de sa consommation, proposés par le CCAS de la ville de Nouméa avec la Calédonienne des eaux
- Ateliers pour découvrir des boissons naturelles (jus de fruits, tisanes) et sensibiliser à l'hydratation proposés au public par le CCAS de la ville de Dumbéa
- Remise des prix d'un concours de dessins sur le thème « bois de l'eau » proposé aux élèves de cycle 3 participant à la course de durée de l'USEP (organisé par la Direction de l'Enseignement de la NC)



L'évaluation de la campagne a été réalisée par la société I-scope, entre le 30 juillet et le 8 août 2018, par téléphone auprès de 1.004 personnes de plus de 15 ans résidant en NC.

On retiendra de cette évaluation :

L'impact de la campagne est mitigé sur l'ensemble de la population : **23 % de la population totale se souviennent avoir vu la campagne « Je bois de l'eau ».**

C'est moitié moins qu'habituellement pour les campagnes dans le thème des bonnes pratiques alimentaires et sanitaires.

L'impact est notamment très faible chez les moins de 30 ans et les CSP+.

Les supports ont tous été restitués, dans des proportions équivalentes à d'habitude :

- La télévision permet une large couverture de l'ensemble du territoire, notamment dans les zones rurales et éloignées (Province Nord Est, tribu et habitat isolé).
- Les autres médias principaux agissent en synergie, et plus particulièrement la radio, davantage citée que l'affichage ou la presse.

Le nombre moyen de citations de média est plus bas qu'à l'accoutumée, probablement du fait de la réduction du nombre de répétition des messages (2/jour au lieu de 3/jour les années précédentes du fait du budget contraint) qui peut expliquer en partie la faiblesse du souvenir de la campagne.

Pour autant, la communication est bien comprise et son pouvoir incitatif est efficace sur ceux qui s'en souviennent

En effet, quand on se souvient de la campagne, le message est restitué avec précision : Le score prouvé de 52 % est élevé.

La communication a séduit par la simplicité de son message qui touche et sa proximité avec la réalité de la population ; elle aide à faire prendre conscience. La création consensuelle ne suscite pas de rejet.

Le taux d'incitation de la campagne est dans la moyenne de ceux observés depuis 2015 :

- 34 % de ceux qui ont un souvenir déclarent avoir modifié leurs habitudes.
- 54 % adoptent déjà les bons comportements.
- et 11 % ne se sentent pas concernés par le sujet.

En conclusion :

Forces de la campagne :	Faiblesses de la campagne :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une compréhension précise du message</li> <li>- Une compréhension élargie à l'incitation à boire moins d'alcool</li> <li>- Une création appréciée qui génère peu de rejet</li> <li>- Un bon pouvoir incitatif au changement de pratiques, notamment sur la population océanienne et les moins de 30 ans, lorsque les personnes se sentent concernées par le sujet du surpoids, du diabète et ... parfois de l'alcool.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une faible visibilité de la campagne sur l'ensemble de la population, notamment les moins de 30 ans et les CSP'+</li> <li>- Un personnage auquel tout le monde ne peut pas s'identifier : qui s'adresse aux adultes (l'Oncle Bob) et aborde le sujet par le biais du surpoids</li> <li>- Un sujet qui peut indifférer ceux qui connaissent déjà les bonnes pratiques en matière de boisson</li> </ul>

**Le plan média réduit par rapport aux années précédentes a entraîné un faible impact de la campagne en termes de visibilité, mais cela n'a pas empêché une bonne efficacité lorsque le message a été mémorisé.**

### 3. Détail du projet de communication de la campagne « Astuces pour bouger malin » :



Le problème de santé publique identifié :

L'obésité et les maladies chroniques associées (diabète, maladies cardio-vasculaires en particulier), augmentent en NC comme dans le reste du monde. Plus de la moitié de la population adulte est en surcharge pondérale.

En NC, les maladies cardio-vasculaires tous sexes et âges confondus, sont la 2<sup>e</sup> cause de décès (21,4 %) après les cancers (31,5 %).

La sédentarité et l'alimentation déséquilibrée sont des facteurs de risques majeurs de la prise de poids.

### Les pistes pour aboutir au changement de comportement :

C'est l'égérie de la campagne « astuces pour manger malin », diffusée en août 2016, qui incite les femmes à découvrir les « astuces pour bouger malin ».

Après quelques rappels de fondamentaux autour de « bouger + » déclinés en 9 idées, les « astuces pour bouger malin » se déclinent autour de 4 thèmes :

- Lors des déplacements (6 astuces)
- Bouger à la maison (4 astuces)
- Bouger au travail (5 astuces)
- Bouger en faisant les courses (4 astuces)

### Les actions de proximité menées par les partenaires pendant la campagne :

En 2018, 3 partenaires ont mis en place des actions spécifiques pendant la campagne « astuces pour bouger malin » pour expliciter le message au public cible :

- Le CCAS de la ville de Nouméa a proposé :
  - Un atelier jardinage en famille les 7 et 14 septembre 2018 (maison de la famille et jardins familiaux de Rivière Salée).
  - Une séance de workout destinée aux séniors les 7 et 14 septembre 2018 (promenade Pierre Vernier).
  - Un atelier « bébé est arrivé » autour de la motricité des enfants de moins de 6 mois le 11 septembre 2018 (bougeothèque de la maison de la famille).
- L'école Frédéric Surleau a proposé une matinée récréative et sportive « parents-enfants » animée par les enseignants le 12 septembre 2018.
- Le CTOS a proposé une « aquamarche sur les baies » le 22 septembre 2018 à Lifou, le 23 septembre 2018 à Bourail et le 29 septembre 2018 à l'Anse Vata.

L'évaluation de la campagne a été réalisée par la société I-scope, entre le 16 et le 27 novembre 2018, par téléphone auprès de 1 004 personnes de plus de 15 ans résidant en NC.

On retiendra de cette évaluation :

### **La campagne de communication a eu un impact modéré sur la population :**

**28 % de la population totale** se souviennent avoir vu la campagne « Astuces pour bouger malin » : Ce score est très proche de celui concernant la campagne « Je bois de l'eau », et plus faible que les précédents scores observés pour les communications sur le thème « Mange mieux, bouge plus » (60 % en moyenne). Du fait de contraintes budgétaires, le média planning de cette campagne était moins important que les campagnes précédentes (pas de diffusion sur Caledonia, presse est restreinte au Télé NC,) et les diffusions à la radio étaient réduites à 2 par jour, ce qui peut expliquer le faible score de souvenir.

La campagne a été la plus remarquée par les Femmes, les CSP+ et les 30-49 ans.

La **télévision** reste le 1er média cité (notamment en Province Nord Est, tribu et habitat isolé).

Les autres médias sont cités en moindre proportion,

Les livrets qui ont été distribués lors de la campagne ont été cités par 3% de la population.

Pour ceux qui s'en souviennent, les messages sont bien compris et incitent à modifier les comportements.

Le score prouvé est très élevé (71 %), le message est bien restitué :

- Les répondants mentionnent l'importance d'une activité régulière pour être en forme.
- Et évoquent le fait que cela peut être fait de façon simple.

Le taux d'incitation est similaire à ceux observés depuis 2015.

- **37 % de ceux qui ont un souvenir** déclarent avoir **modifié leurs habitudes**.
- 40 % adoptent déjà les bons comportements et 6 % ne se sentent pas concernés par le sujet.
- L'incitation est supportée par des **messages jugés simples et clairs**, qui facilitent la prise de conscience et la mise en oeuvre de bonnes pratiques.

En conclusion :

Forces de la campagne :	Faiblesses de la campagne :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un <b>scénario adapté</b> et des personnages auxquelles on s'identifie (la femme et sa fille).</li> <li>- Soutenu par des <b>exemples concrets</b> et simples</li> <li>- Une bonne <b>synergie</b> avec les précédentes campagnes, misant sur le <b>côté répétitif</b>,</li> <li>- Et qui favorise une très bonne <b>compréhension</b> du message.</li> <li>- Un <b>pouvoir incitatif important</b> pour un changement de pratiques auprès de personnes se sentant directement concernées ou non, notamment auprès des Mélanésiens, vivant hors zone urbaine.</li> <li>- Une campagne qui s'adresse plus aux femmes (cible prioritaire).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La campagne a été relativement peu remarquée, comparativement aux campagnes menées jusqu'en 2017.</li> <li>- Un impact très modéré sur l'ensemble de la population au final.</li> </ul>

La campagne semble être efficace lorsqu'elle a été mémorisée : elle touche sa cible et la fait agir.

#### 4. La page Facebook, et le site mangemieuxbougeplus.nc

Depuis 2011, le programme « Mange Mieux Bouge Plus » figure sur les réseaux sociaux du web, par la mise à jour régulière de la page Facebook (<http://www.facebook.com/mangemieuxbougeplus>). Au 31 décembre 2018, la page comptait 3 278 utilisateurs actifs soit 4 % de plus qu'au 31 décembre 2017 (3 139).

La promotion de cette page a été faite directement sur la page Facebook, sur le site [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et lors des campagnes média (bas de page de l'affiche, packshot de fin du spot TV, diffusion d'une publicité via Facebook).

## Sensibilisations à l'équilibre alimentaire

En 2018, des partages d'expériences autour de l'équilibre alimentaire ont été organisés pour 52 jeunes scolarisés (école primaire) ou en structure d'accueil (APEHNC).

Par ailleurs, les agents de l'ASS-NC ont répondu aux demandes de sensibilisations en milieu professionnel :

- De 150 salariés de l'association « accompagnement vers l'autonomie »
- De 6 salariés (marins) de la Direction des Affaires Maritimes
- De 29 étudiants de l'École Supérieure du Professorat de l'Éducation, en formation initiale

On note que cette année 2018 a été marquée par un effectif réduit d'agents mobilisables pour les actions de sensibilisation.

Enfin, l'Office des Postes et Télécommunications a poursuivi son partenariat avec un prestataire privé pour le projet BEST : Bien Être et Santé au Travail. En complément, par convention avec l'ASS-NC, tous les supports pédagogiques diffusés par l'ASS-NC pour la promotion de l'équilibre énergétique ont été mis à disposition des 1 200 salariés de l'OPT.

## Formation continue des enseignants, projet éducatif

Après plusieurs mois de rédaction du projet, l'éducation à la santé a été intégrée au projet éducatif de la NC. Une matrice de formation continue est envisagée, les modes opératoires des différentes actions doivent encore être précisés.

L'action est pilotée par la DENC, corrélée à la mise en œuvre du projet éducatif. Le gouvernement affiche la volonté de gérer le dossier de la santé scolaire selon une double gouvernance santé/éducation. L'éducation pour la santé pourrait être intégrée au parcours civique.

Dans l'immédiat, des modules de formations initiale hétérogènes coexistent à l'ESPE, l'ENEP et l'IFM. Un module de formation continue est proposé par la DENC et la DASS-PS en partenariat avec la DEFIJ (projet STENSA) et depuis mars 2015, un module de formation continue « éducation à la santé » est également proposé aux enseignants en complément des « stages de cycles » obligatoires de 2,5 jours.

En 2018, un projet d'outils pédagogiques d'éducation pour la santé à l'école à destination des enseignants a été lancé. L'équipe « mange mieux bouge plus » de l'ASS-NC participe au projet de rédaction de fiches pédagogiques confié à un prestataire de service.



## Relations avec les organismes internationaux

L'OMS a clairement identifié la lutte contre le tabac, contre le sel et contre l'obésité infantile comme des priorités pour les pays du Pacifique. Le rapport cout/efficacité de santé publique des actions dans ces deux domaines est mis en avant au niveau international.

En 2018, le partenariat avec la Communauté du Pacifique s'est poursuivi, notamment pour le partage avec les autres pays francophones du Pacifique des différents outils de promotion de la santé élaborés.

Par ailleurs, le réseau « Pacific ECHO » (OMS) a concentré ses efforts sur la centralisation d'informations, et sur la définition des actions qui seront priorisées par les 3 groupes de travail animés par le réseau.

Le groupe de travail auquel participe l'assistant du chef projet « mange mieux bouge plus » de l'ASS-NC, qui a été désigné point focal pour la NC, œuvre sur la mise en place d'action de promotion de la pratique régulière de l'activité physique.

Il a été décidé de concentrer les efforts du groupe autour de la définition des contours d'une campagne de communication à l'échelle de la région Pacifique.

Trois réunions ont été organisées en vidéoconférence, un meeting est prévu au premier trimestre 2019.

Ce sera l'occasion de renforcer les partenariats, et d'approfondir la réflexion des projets soutenus par les groupes de travail.

## Evaluation du plan d'actions 2013-2017

### 1. Contexte : Le plan d'actions « mange mieux bouge plus »

Depuis 2008, l'Agence Sanitaire et Sociale de la NC coordonne un programme de santé publique « mange mieux bouge plus ». Un premier plan d'actions a été conduit entre 2008 et 2012 (évalué en 2013), un second entre 2013 et 2017.

Conformément aux recommandations de l'OMS, ce second plan d'actions s'est articulé autour de trois objectifs prioritaires :

- Inciter la population à faire les meilleurs choix en matière d'alimentation et d'activité physique,
- Rendre ces choix possibles dans un environnement favorable à adopter un mode de vie sain,
- Coordonner les professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale (nouvel objectif par rapport au plan d'actions précédent).

La principale mission de l'ASS-NC était de coordonner et fédérer des actions de terrain menées par une soixantaine d'acteurs concernés dans différents secteurs (santé, éducation, sports, agriculture, acteurs économiques, société civile...). Les cibles prioritaires étaient les femmes, mères ou susceptibles de l'être, et les enfants scolarisés à l'école primaire.

### 2. Synthèse des évaluations

L'évaluation du plan quinquennal « mange mieux bouge plus 2013-2017 » a été confiée à :

- « SPJ santé conseil » pour les projets pilotes de prise en charge de la surcharge pondérale (évaluation faite en décembre 2017),
- « itinere conseil », [www.itinere-conseil.com](http://www.itinere-conseil.com), qui a conduit sa mission entre mars et juillet 2018 pour le reste du plan d'actions.

## 2.1 - Projets pilotes de prise en charge de l'obésité infantile

L'analyse des conditions dans lesquelles la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile en NC est actuellement proposée montre que l'offre est différente d'un projet à l'autre avec :

- d'une part, un programme d'éducation thérapeutique relativement satisfaisant au CHT, qui répond en grande partie aux recommandations en la matière ;
- de l'autre, les projets développés par les Provinces, qui ne suivent pas systématiquement les étapes identifiées d'un programme d'éducation thérapeutique en tant que tel, et se sont plutôt orientés vers des suivis diététiques individuels au long cours qui offrent également une valeur ajoutée sur le territoire et notamment en brousse.

Points forts	Dimensions à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une volonté forte de développer une démarche d'éducation thérapeutique des patients de qualité sur le terrain.</li> <li>- Les projets évalués ont des effets et des impacts significatifs certains sur la file active autant que sur les professionnels.</li> <li>- Les projets mis en œuvre sont pertinents au regard des problématiques observées.</li> <li>- La cohérence de ces projets par rapport aux orientations de politiques de santé publique n'est plus à démontrer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau des patients : représentations culturelles, manque de prise de conscience de la maladie et de ses impacts tant chez le patient que chez son entourage.</li> <li>- Au niveau des soignants : manque de temps (moyens) et d'organisation (efficacité).</li> <li>- Des difficultés structurales : manque de coordination au service d'une filière de prise en charge identifiée (logique de parcours) et hétérogénéité territoriale.</li> <li>- L'efficacité n'est à ce jour pas objectivable au vu du manque de données mobilisables.</li> </ul>

## 2.2 - Autres actions du plan « mange mieux bouge plus » 2013-2017

Au total, 59 actions sont inscrites au plan, qui font intervenir de nombreux partenaires institutionnels, professionnels et associatifs des secteurs de la santé, de la jeunesse et des sports, de l'enseignement, de l'agriculture et des industries.

Points forts	Dimensions à améliorer
<b>Evaluation de la stratégie globale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une stratégie pertinente au regard des recommandations de l'OMS et des besoins identifiés par les partenaires.</li> <li>- Une stratégie d'intervention claire, structurée et qui suscite l'adhésion des acteurs.</li> <li>- Des actions globalement cohérentes, y compris celles menées en dehors du plan d'actions.</li> <li>- Un slogan « mange mieux bouge plus » qui est reconnu dans la sphère publique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'ampleur de la stratégie d'intervention questionne sur les moyens et capacités à agir dans l'ensemble des domaines (risque d'une ambition trop grande).</li> <li>- La nécessité de mieux identifier les spécificités culturelles pour adapter davantage le contenu du programme et les actions proposées.</li> <li>- Une définition des populations. prioritairement concernées à réinterroger.</li> <li>- Des articulations qui manquent entre les différents plans et programmes contributifs à la prévention des pathologies de surcharge.</li> </ul>
<b>Evaluation du pilotage du plan d'actions</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des données (notamment anthropométriques) collectées par les baromètres santé qui servent de référence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des actions qui n'ont pas pu être mises en œuvre faute d'engagement des partenaires</li> <li>- Des actions de renforcement de l'implication des partenaires et de la population réalisées</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un niveau satisfaisant d'actions réalisées ou partiellement réalisées au cours de la période.</li> <li>- Un processus de concertation multisectorielle effectif.</li> <li>- Une équipe de coordination dont les qualités sont globalement reconnues par les partenaires.</li> <li>- Des intervenants de proximité (diététiciennes, éducateurs sanitaires) très importants pour le programme.</li> <li>- Des actions média mise en œuvre selon un mode opératoire satisfaisant pour les partenaires.</li> </ul>	<p>ponctuellement, à la demande, sans rechercher une approche systématique (hormis pour la formation des enseignants).</p>
<b>Evaluation de la gouvernance du plan « mange mieux bouge plus »</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un effort de structuration de la gouvernance entre 2013 et 2017 (projet pilote de gouvernance).</li> <li>- Une adhésion générale des partenaires à la thématique et aux orientations du plan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une structuration de la gouvernance qui n'a pas eu les effets escomptés en l'absence de mobilisation des décideurs.</li> <li>- Une difficulté persistante à reconnaître l'ASS-NC comme le porteur d'un programme politique de prévention des pathologies de surcharge.</li> <li>- Une absence de portage politique du programme globalement préjudiciable à son efficacité car cela ne permet pas d'inscrire la prévention des pathologies de surcharge comme priorité à tous les niveaux de décision et dans l'ensemble des politiques publiques.</li> </ul>

### 3. Recommandations des prestataires

#### 3.1 - Projets pilotes de prise en charge de l'obésité infantile

Dans une logique de continuité et d'efficacité à long terme, SPJ santé conseil recommande que les professionnels constituent un réseau territorial de santé qui réponde à la double mission d'éducation thérapeutique et de coordination des parcours patient conduisant ainsi à la constitution d'une véritable filière de prise en charge de l'obésité.

#### 3.2 - Autres actions du plan « mange mieux bouge plus » 2013-2017

##### a. Positionnement du plan d'actions :

« Itinere conseil » recommande d'identifier les mécanismes de pérennité d'une politique de prévention des pathologies de surcharge qui est aujourd'hui éclatée entre différents plans (Do Kamo, projet éducatif, plan stratégique sport...) et entre différents niveaux d'intervention (provinces, communes).

Il est donc recommandé de définir clairement les responsabilités vis-à-vis de l'atteinte des objectifs ainsi que des sources de financement.

- b. Formalisation de l'engagement des décideurs  
« Itinere conseil » recommande de faire des conventions de financement et/ou d'objectifs formalisant les engagements réciproques des partenaires du programme (NC, provinces, communes notamment) pour la mise en œuvre du plan d'actions.
- c. Pilotage du plan « mange mieux bouge plus » 2019-2023 :  
« Itinere conseil » recommande de piloter le programme via :
- Un directeur de projet « mange mieux bouge plus » reconnu, positionné au niveau du gouvernement, chargé de la coordination stratégique, pour notamment garantir l'intersectorialité entre les différentes directions gouvernementales concernées et faire l'interface avec les autorités provinciales et communales ;
  - Une équipe d'appui chargée de la coordination opérationnelle du programme, de la mise en œuvre et de l'évaluation du plan d'actions, qui pourrait être renforcée par des personnels d'autres administrations.

#### 4. Propositions pour l'écriture du plan d'actions « mange mieux bouge plus » 2019-2023

##### 4.1 - Cible :

Conformément aux recommandations de l'OMS, les cibles du plan d'actions « mange mieux bouge plus » :

- les adultes en position parentale,
- les enfants de 3 à 11 ans (enfants scolarisés à l'école primaire),

Pourraient être élargies :

- aux enfants de la conception à 2 ans (1000 premiers jours => ce serait une nouvelle cible).

##### 4.2 - Etudes :

En complément du suivi des indicateurs de la santé, notamment des études du type « baromètre », des études sur les comportements et sur les représentations semblent indispensables pour identifier les freins et leviers, adapter la communication et développer des outils pour les actions de terrain.

##### 4.3 - Domaines d'intervention :

Pour que le plan d'actions du programme « mange mieux bouge plus » soit réaliste et mieux en adéquation avec les moyens mis en œuvre, les objectifs stratégiques :

- faire la promotion d'une alimentation équilibrée,
- faire la promotion d'une activité physique régulière,
- alerter les décideurs et acteurs agissant sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain,
- semblent nécessairement inscrits au titre du programme « mange mieux bouge plus ».



Conformément aux vœux des partenaires, le dépistage et la prise en charge de la surcharge pondérale, qui ne relèvent pas de prévention primaire, pourraient faire l'objet d'un programme spécifique hors « mange mieux bouge plus ».

Cet axe de travail serait donc abandonné dans le plan d'actions au profit de la création d'un nouveau réseau de professionnels.

## CONCLUSION

### Point fort

Depuis 2008, l'ASS-NC coordonne le programme « mange Mieux Bouge Plus » en partenariat avec de nombreux acteurs de la société civile, des secteurs sportifs, éducatifs, économiques, et de la santé de NC. Une véritable dynamique s'est mise en place. La coordination par l'ASS-NC d'une démarche multisectorielle et multidisciplinaire était LE point fort du plan d'actions.

### Axes d'amélioration

Pour relever le défi de maîtriser l'épidémie d'obésité en NC, il s'agit de définir une stratégie concertée au plus haut niveau de la gouvernance, en tenant compte de la place centrale du citoyen-usager, de la complexité des facteurs à l'origine de la prise de poids, et en impliquant l'ensemble des secteurs concernés dans un effort collectif pour inciter la population à faire des choix sains dans un environnement qui le permette.

### Perspectives

Voté par le congrès de la NC, le plan Do Kamo s'attache :

- à la réforme du modèle économique et de la gouvernance du système de santé
- au renforcement de la prévention
- à l'intégration de critères de santé dans les plans d'actions de toutes les politiques publiques
- à la place centrale du citoyen-usager et de la société civile
- à l'ancrage dans les racines et la culture océanienne.

Au-delà du bilan, l'évaluation du plan d'actions « mange mieux bouge plus » permet de disposer de recommandations pour l'écriture du programme 2019-2023, écriture qui pourrait être confiée à l'équipe Do Kamo.

Cette équipe pourrait également être amenée à piloter la politique de l'alimentation saine, des modes de vie sains et de la prise en charge des pathologies liées à la surcharge pondérale.



# Programme de contrôle du rhumatisme articulaire aigu (RAA) et de la cardiopathie rhumatismale chronique (CRC)

## Introduction

Le **rhumatisme articulaire aigu (RAA)** est une maladie auto-immune faisant suite à une infection (dans la majorité des cas une angine) causée par une bactérie (le streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A (SGA)).

La gravité du RAA est liée à sa séquelle cardiaque nommée **cardiopathie rhumatismale chronique (CRC)**, qui provoque à terme de graves dysfonctionnements cardio-vasculaires nécessitant dans de nombreux cas une prise en charge chirurgicale. L'**échocardiographie** est l'examen par excellence qui permet son diagnostic ainsi que la gradation de sa sévérité, à partir de critères définis par la Fédération mondiale du cœur (WHF) en 2012 et révisés en 2015<sup>36</sup>.

Le traitement pour la prévention des rechutes et l'évolution des complications est la pénicilline. Un antibiotique, qui dans sa forme injectable, s'administre toutes les 3 à 4 semaines pendant une durée minimale de 10 ans.

Alors que le RAA a quasiment disparu depuis plusieurs décennies dans les pays avec un mode de vie de type occidental, il constitue un problème de santé publique majeur dans certaines régions du monde comme le Pacifique<sup>37</sup>. L'Australie, la Nouvelle Zélande ou la NC, sont des pays où le RAA et la CRC restent **endémiques**, notamment dans les populations océaniques.

Depuis la délibération n°490 du 11 août 1994, le rhumatisme articulaire aigu fait partie des **thèmes prioritaires de prévention**. Sa déclaration est obligatoire. Les modalités de fonctionnement du registre sont fixées par la délibération n°423 du 26 novembre 2008 et les arrêtés n°2009-1271/GNC et n° 2009-1279/GNC du 17 mars 2009.

## 1 – Séminaire de construction du programme

Dans les suites de l'évaluation du programme, qui s'est déroulée fin 2017, l'ASS-NC a organisé, en mai 2018, un séminaire de construction du nouveau programme calédonien 2018-2023 de contrôle du RAA et de la CRC. Plus de 40 participants ont apporté leur contribution pour proposer et réviser les activités du plan d'action, à partir des résultats attendus. Le nouveau programme a été validé par le COPIL le 15 novembre 2018.

Ce nouveau programme évolue vers un renforcement de l'information des usagers, la reconnaissance du rôle des professionnels du secteur éducatif et la volonté de faire participer l'ensemble des professionnels de santé à la stratégie de contrôle du RAA et de la CRC.

---

<sup>36</sup> Reményi B, Wilson N, Steer A, Ferreira B, Kado J, Kumar K, et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease—an evidence-based guideline. *Nat Rev Cardiol.* mai 2012;9(5):297-309.

<sup>37</sup> Mirabel M, Bacquelin R, Tafflet M, Robillard C, Huon B, Corsenac P, et al. Screening for rheumatic heart disease: evaluation of a focused cardiac ultrasound approach. *Circ Cardiovasc Imaging.* janv 2015;8(1).

Les 5 axes stratégiques, validés par le rapport d'évaluation<sup>38</sup>, ont été ré-ordonnés dans une logique de progression menant de la prévention universelle à la prévention ciblée. Les activités de chacun des axes ont été réajustées à partir des recommandations de l'évaluateur et des propositions produites au cours du séminaire de construction du programme. Les évolutions les plus importantes concernent 3 axes :

- L'axe 1 qui vise à agir sur les déterminants de santé a été reformulé de manière à intégrer la prévention universelle dans la stratégie d'action. Un nouveau plan d'action<sup>39</sup> faisant intervenir de nouveaux acteurs a ainsi été développé. Cette nouvelle dimension dépasse largement le périmètre du secteur sanitaire et se situe à l'échelle de l'intersectorialité des politiques publiques menées dans le cadre du plan DO KAMO. Ce faisant **l'objectif général** du programme a été élargi. Il **ne vise non plus seulement à réduire les conséquences sanitaires et sociales du RAA en Nouvelle-Calédonie, mais à réduire l'incidence du RAA et la prévalence de la CRC.**
- L'axe 2, qui s'intéresse aux pratiques des professionnels de santé, a été renforcé, notamment pour ce qui concerne la communication, l'accueil des primo-arrivants, et l'animation du réseau des médecins généralistes et cardiologues.
- L'axe 4, qui s'adresse aux patients, est déployé avec des propositions de :
  - Création d'un dispositif de soutien aux professionnels de santé comprenant un volet formation à la consultation d'annonce et à l'éducation thérapeutique, et un volet échanges de pratiques
  - Création d'un dispositif d'annonce mettant l'accent sur l'information et le repérage des ressources pour fluidifier le parcours de soins des usagers.
  - Formalisation de réseaux de relais communautaires pour l'accompagnement des patients et des familles tout au long de la prise en charge

Les **cinq axes stratégiques**, reconnus et validés par la Fédération Mondiale du Cœur<sup>40</sup>, se déclinent ainsi :

1. Favoriser l'adoption de comportements adaptés aux différents stades de l'infection streptococcique, et en cas de RAA
2. Favoriser l'implication des professionnels de santé et l'adoption de bonnes pratiques en matière de dépistage, diagnostic et de prise en charge des infections streptococciques, du RAA et de la CRC
3. Dépister et traiter précocement la CRC
4. Améliorer le suivi des patients traités en prévention des rechutes de RAA.
5. Assurer un suivi épidémiologique, une veille documentaire et faire avancer les connaissances sur le RAA, la CRC et leurs déterminants.

<sup>38</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

<sup>39</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

<sup>40</sup> Wyber, R. Grainger Gasser, A. Thompson, D. Kennedy, D. Johnson, T. Taubert, K. Carapetis, J. Tools for implementing rheumatic heart disease control programmes. Quick Tips Summery. World Heart Federation and RhEACH. Perth, Australia 2014

## 2 - Axes opérationnels du programme

### 2.1 – Favoriser l'adoption de comportements adaptés aux différents stades de l'infection streptococcique et de RAA

#### 2.1.1 Sensibilisation des enfants et des parents

Une sensibilisation systématique annuelle est réalisée auprès des enfants scolarisés en classe de CM1 et CLIS à l'occasion de la séance d'information préalable au dépistage scolaire de la CRC. Au cours de cette séance, qui est réalisée en classe, le RAA et les moyens de le prévenir sont expliqués aux enfants. En 2018, la couverture des séances d'information a visé 100 % des enfants éligibles au dépistage, soit près de 4500 enfants.

Afin d'animer ces séances d'information de manière interactive et ludique, et de soutenir l'harmonisation des messages diffusés par les intervenants des trois provinces, un support pédagogique est utilisé : Jojo, un mannequin 2-D de la taille d'un enfant de 9 ans, avec des éléments modulables permettant d'expliquer le processus de la maladie.

Une règle d'écolier contenant un message de prévention, est distribuée aux enfants lors de la séance d'information.



Ce message rappelle une recommandation de prévention du RAA, qui a été expliquée lors des séances d'information.

Le programme a, par ailleurs, édité des flyers d'information grand public<sup>41</sup> à destination des parents qui sont, notamment, diffusés lors du dépistage. Ce flyer explique ce qu'est le RAA (causes symptômes et conséquences), les moyens de prévenir et son traitement. Cette année, ces flyers ont été distribués à près de 4 600 familles.

Comme chaque année, le programme a aussi communiqué dans divers supports de presse écrite, sur la thématique du RAA et du dépistage de la CRC (magazines jeunesse, grand public et quotidien).

#### 2.1.2 Le secteur éducatif : des professionnels relais

Dans le cadre de l'intervention réalisée en classe auprès des élèves, près de 300 enseignants ont été sensibilisés à la pathologie. Ils disposent de plusieurs supports vidéos<sup>42</sup> leur permettant d'animer des séances d'éducation à la santé avec les élèves. Nombre d'entre eux l'utilisent pour préparer ou reprendre avec les élèves ces interventions annuelles.

Le programme participe à la création de fiches pédagogiques visant à intégrer l'éducation à la santé dans les programmes scolaires. Ce projet, coordonné par la DENC, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet éducatif calédonien. Il trouve également sa place dans la 3<sup>e</sup> des 10 mesures proposées par le Pr Jourdan pour une politique de la santé en milieu scolaire. Quatre fiches pédagogiques sur la thématique du RAA devraient être produites en 2019.

<sup>41</sup> Disponibles sur le site de l'ASS-NC

<sup>42</sup> Disponibles sur le site et la chaîne YouTube de l'ASS-NC

## 2.2 - Favoriser l'implication des professionnels de santé et l'adoption de bonnes pratiques en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des infections streptococciques, du RAA, de la CRC

### 2.2.1 - Sensibilisation des professionnels de santé et diffusion des recommandations de bonnes pratiques médicales et paramédicales

**Ces recommandations de bonnes pratiques portent sur le diagnostic et le traitement des pharyngites streptococciques, le diagnostic, le traitement et le suivi du RAA et de la CRC, ainsi que la prise en charge des populations à risque majoré et la prévention des risques spécifiques.**

#### a) Actualisation et diffusion du livret de recommandations de bonnes pratiques

Depuis 2013, le programme édite un livret de recommandations de bonnes pratiques<sup>43</sup> s'appuyant sur les recommandations de la fédération mondiale du cœur, de l'organisation mondiale de la santé, de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et des publications internationales. Ce livret est réactualisé régulièrement en collaboration avec les professionnels de santé, et les médecins spécialistes et généralistes, en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques. En 2018, il a fait l'objet d'une réactualisation et a été **diffusé à plus de 300 exemplaires**.

#### b) Rédaction de protocoles

Le **protocole de gestion de la douleur liée à l'injection de pénicilline<sup>44</sup>**, co-rédigé avec l'inspection de la pharmacie et les directions sanitaires provinciales a été actualisé et très largement diffusé. En effet, les résultats de l'étude sur les pratiques des professionnels de santé en matière de gestion de la douleur<sup>45</sup> a montré une hétérogénéité des pratiques qui semble poser des difficultés de compréhension pour les patients et des problématiques de prise en charge pour les soignants.

#### c) Quelques éléments sur les pratiques

Concernant le diagnostic l'analyse des notifications des cas pour l'année 2018, montre que 57% des enfants de 16 ans ou moins (n=28) ont eu un diagnostic de RAA posé dans le cadre d'une hospitalisation, contre 9.5% pour les plus de 16 ans (n=21). Pour toute suspicion de RAA, et particulièrement chez les enfants, l'hospitalisation est recommandée afin de poser le diagnostic, traiter la crise et mettre en place le traitement préventif des rechutes. Concrètement, cette hospitalisation n'est pas toujours possible pour des raisons multiples, dont le nombre de places d'hospitalisation disponibles. Néanmoins, les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans ont été plus souvent hospitalisés que les plus âgés, conformément aux recommandations. De même, 100% des personnes notifiées en 2018 (n=128) ont eu une échographie de diagnostic

Pour ce qui est du suivi, 94% (n=887) des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA et suivies dans le secteur public, sont sous traitement injectable. La forme injectable est recommandée, car elle est plus efficace que la forme orale.

Enfin, d'après les résultats du Baromètre Médecins Généralistes réalisé en 2016 par l'ASS-NC, 85 % des répondants (n=271) adressent systématiquement à un chirurgien-dentiste leurs patients traités en prévention des rechutes de RAA, pour un suivi dentaire. Ces résultats, très positifs témoignent de pratiques conformes aux recommandations internationales

<sup>43</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

<sup>44</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

<sup>45</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

## *2.2.2 - Animation et participation à différents réseaux de professionnels de santé*

Les infirmiers référents RAA sont les interlocuteurs privilégiés du programme au sein des CMS, que ce soit pour répondre à une problématique de prise en charge ou pour relayer des informations ou des recommandations de bonnes pratiques au reste de l'équipe.

Les structures de soins sont confrontées à un turn over important des équipes médicales et paramédicales. Dans le cadre de l'animation du réseau des infirmiers référents RAA, le programme s'attache à soutenir ceux qui sont stabilisés dans une structure et à faciliter la prise de fonction dans la référence pour chaque nouvel arrivant. En 2018, 12 infirmiers ont été accueillis dans la référence RAA. A cette occasion, toutes les ressources utiles sont mises à la disposition du nouvel arrivant.

Le programme maintient également un lien entre les infirmiers RAA du territoire. Ce faisant, il initie, valorise et diffuse les travaux réalisés par les équipes ou en collaboration avec elles. Ainsi différents outils et supports sont mis à disposition des infirmiers afin que leurs missions de référent soient facilitées et que les nouveaux arrivants soient plus rapidement opérationnels.

L'équipe du programme rencontre chaque année de nombreuses équipes et professionnels de santé à leur demande pour échanger sur les pratiques et bénéficier d'une actualisation de leurs connaissances en matière de RAA. Comme chaque année, le programme est intervenu auprès des équipes de CMS de la Province Sud et des Iles Loyauté, les infirmiers référents RAA de la Province Nord, ainsi qu'auprès des infirmiers scolaires du Vice-Rectorat.

L'évaluation de ces rencontres a révélé une satisfaction à 100 % des participants qui jugent nécessaires ces « rappels sur la maladie et la prise en charge thérapeutique », qui leur « donnent les moyens d'être au clair sur leurs connaissances » et leur « permet de répondre aux questions des patients et envisager un accompagnement plus « compétant » et ont apprécié « l'abord des aspects utiles à la pratique » ainsi que « la clarté et la simplicité des informations ». Certains précisent qu'ils ont « pris conscience de l'importance de cette problématique de santé ».

Dans le cadre de la refonte du site internet de l'ASS-NC, les contenus ont été retravaillés pour une meilleure lisibilité et facilité d'accès, pour les professionnels de santé, qui ont désormais toutes les ressources à disposition.

## **2.3 - Améliorer le suivi des patients traités en prévention des rechutes de RAA**

### *2.3.1 - Information des patients pour améliorer l'adhésion au traitement préventif des rechutes de RAA*

L'annonce de la maladie et l'apport régulier d'une information adaptée, sont des temps essentiels de la prise en charge : plus le patient et la famille s'approprient la maladie, meilleure est leur capacité à faire des choix favorables à la santé, et notamment à adhérer au traitement.

Ce point est l'une des clés de voute du nouveau programme 2018-2023. Un groupe de travail a été constitué afin de mettre en place un programme de sensibilisation des professionnels à la consultation d'annonce dans le cadre de la formation continue.

A son niveau, le programme RAA intervient auprès des familles des enfants diagnostiqués avec une CRC lors du dépistage scolaire. Quelques mois près le dépistage, les parents sont sollicités pour un entretien téléphonique d'environ 30 à 45 minutes avec une infirmière du programme. L'objectif principal est de contribuer à améliorer le niveau de connaissance des parents pour favoriser une meilleure observance au traitement. L'objectif secondaire vise à mieux comprendre le vécu de l'annonce et de la maladie par le patient et les proches afin d'enrichir avec les équipes soignantes l'approche centrée sur le patient. En 2018, sur les 27 cas de CRC diagnostiqués, 26 entretiens ont été

menés (le dernier ayant été posé tardivement dans l'année, est programmé pour 2019). Les parents ont accueilli très favorablement cette démarche et ont été nombreux à poser des questions sur la maladie, le traitement et le suivi. Les réponses aux questions les plus fréquemment posées seront mises en ligne sur le site internet de l'ASS-NC afin qu'elles profitent au plus grand nombre.

### *2.3.2 - Mise à disposition d'un outil de partage de l'information et soutien des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients*

Bien suivre le traitement est vraiment très important pour guérir ou éviter les complications. Le traitement de la maladie dure plusieurs années, et il n'est pas toujours facile de s'organiser pour faire ses injections dans la vie de collégien, lycéen ou de jeune adulte.

C'est pourquoi, l'Agence Sanitaire et Sociale a mis en place un **dossier médical partagé** auquel seuls les médecins et infirmiers qui suivent des personnes touchées par la maladie peuvent accéder. Ce dossier médical partagé contient les informations de suivi utiles pour la prise en charge, et permet de rendre plus facile le suivi du traitement et la surveillance de l'évolution de la maladie, surtout si le patient se déplace sur le territoire.

De plus en plus de professionnels de santé font la démarche pour accéder à la plateforme collaborative de prise en charge du RAA et de la CRC, mise en place en 2015. La Province Nord et la Province Sud se sont pleinement saisies de cet outil. Quatorze des quinze CMS de la Province Nord utilisent la plateforme depuis 2016 et l'ensemble des CMS de la Province Sud ont été formés et l'utilisent depuis la fin de l'année.

En 2018, 31 professionnels ont été formés à son utilisation. Ce qui porte à 73 le nombre de structures de santé connectées, dont 5 médecins généralistes, 100% des infirmiers référents RAA, 80 % des infirmiers scolaires provinciaux et 50 % des infirmiers scolaires du Vice Rectorat.

Dans le cadre de l'animation de la plateforme, l'équipe du programme :

- Effectue, en partenariat avec les professionnels de santé, la recherche active de cas et d'informations de suivi pour maintenir le niveau d'exhaustivité des données de la plateforme.
- Contrôle la qualité de la saisie grâce à des procédures formalisées afin de préserver la fiabilité des informations enregistrées.
- Gère l'accès des professionnels de santé à la plateforme, ainsi que le système de traçabilité des actions des utilisateurs
- Assiste les professionnels de santé dans l'utilisation de l'interface
- Favorise les évolutions de l'application afin que celle-ci soit adaptée aux besoins des utilisateurs
- Développe le réseau des utilisateurs

### *2.3.3 - Production d'une rétro-information utile au suivi des patients*

#### **a) Les bilans de suivi**

Les données disponibles sur la plateforme ont permis de mettre en place un système de rétro-information systématique en direction des professionnels de santé sous la forme de bilans de suivi mensuels. Ceux-ci contiennent un certain nombre d'informations dont certaines facilitent le suivi des patients, d'autres permettent de disposer d'indicateurs d'activité de suivi pertinents.

### Le suivi des patients :

Les bilans de suivi classent les patients par ordre décroissant en fonction du délai écoulé en jour depuis la dernière injection. Le même système de classement peut être fait pour le suivi échographique.

Ces bilans dressent également la liste des patients perdus de vue.

Ainsi ces bilans contribuent à l'amélioration de l'efficacité du suivi à deux niveaux :

En premier lieu, ils facilitent le repérage des patients en retard pour les injections, le suivi cardiologique ou dentaire, avant l'activation du système de rappel avec la mise en place d'un accompagnement spécifique pour ceux qui le nécessitent.

En second lieu, ils permettent de repérer et recentrer l'attention des professionnels de santé sur des patients en rupture de traitement afin d'accompagner ces patients vers une reprise de traitement. En Province Nord, les auxiliaires de vie sociale ont été formées et se déplacent à domicile.

L'ensemble de ce système de suivi fait partie des recommandations de la Fédération Mondiale du Cœur<sup>46</sup>.

### L'indicateur de mesure de l'observance :

L'un des indicateurs proposés par la Fédération Mondiale du Cœur pour caractériser l'observance au traitement, est le nombre total d'injections administrées par rapport à celles prévues, sur une année. C'est cet indicateur qui a été retenu pour mesurer l'adhésion au traitement des patients calédoniens. Le seuil d'observance minimum au-dessous duquel les risques de récurrence de RAA sont très importants est de 80 %. Ainsi, et sans pour autant perdre de vue l'objectif de 100 %, un patient prenant au moins 80 % de son traitement peut être qualifié d'observant. A titre indicatif, dans les pays développés, l'observance évaluée au cours des pathologies chroniques atteint faiblement le taux de 50 %, ce taux chutant de façon importante après les six premiers mois de la prescription.

L'évaluation de la plateforme collaborative en 2015 a mis en évidence une nette amélioration de l'observance au traitement depuis la mise en place de l'outil de partage de l'information.

L'analyse a porté sur une cohorte de 130 patients constituant la file active de l'ensemble des CMS pilotes entre janvier et juillet 2015. Les résultats ont montré une progression significative de la compliance annuelle moyenne rapportée de près de 10 % pour ces patients. De même, l'évolution de la **proportion de patients avec une compliance annuelle supérieure ou égale à 80 %**, c'est-à-dire, la proportion de patients prenant au moins 80 % de leur traitement, s'était accrue de 23 % en juillet comparativement à janvier (variation relative).

Ces éléments sont d'ailleurs corroborés par les déclarations de professionnels, qui à l'unanimité, disent que ce travail collaboratif avec l'équipe du programme RAA à partir de la plateforme collaborative, les aide à mieux orienter leurs efforts envers les patients nécessitant une plus grande attention pour leur suivi.

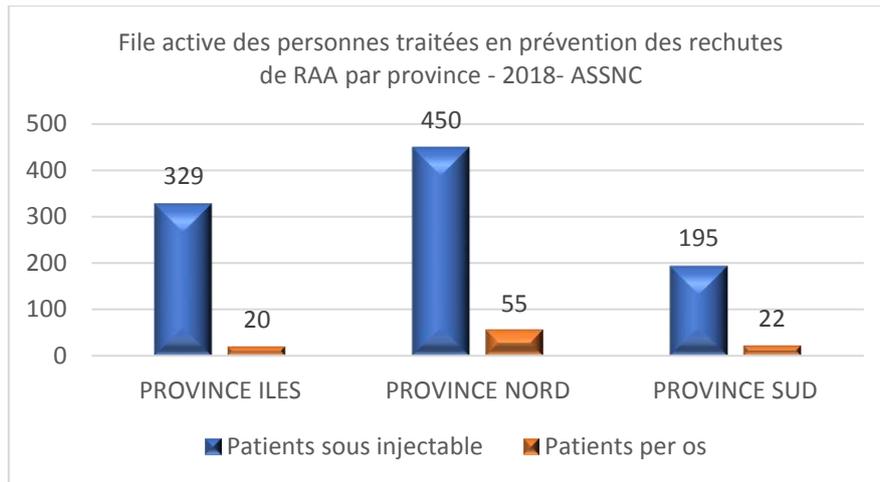
## **b) Les indicateurs de suivi des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA**

Les efforts fournis pour améliorer l'exhaustivité des données de la plateforme depuis sa mise en place portent à présent leurs fruits et rendent accessibles des indicateurs qui permettent de monitorer le suivi des personnes traitées en prévention des rechutes du RAA, à l'échelle des CMS et des provinces. Ainsi, le programme édite chaque année des bilans de suivi annuels à destination des professionnels de santé et des directions sanitaires provinciales. En 2018, ces bilans ont analysé les données de 1071<sup>47</sup> personnes suivies dans le secteur public.

---

<sup>46</sup> Wyber, R. Grainger Gasser, A. Thompson, D. Kennedy, D. Johnson, T. Taubert, K. Carapetis, J. Tools for implementing rheumatic heart disease control programmes. Quick Tips Summery. World Heart Federation and RhEACH. Perth, Australia 2014

<sup>47</sup> Personnes traitées en prévention des rechutes de RAA ou censées l'être (10 ans minimum à partir de la date de diagnostic ou de la dernière rechute) et dont la date théorique de fin de traitement est supérieure au 01/01/2018

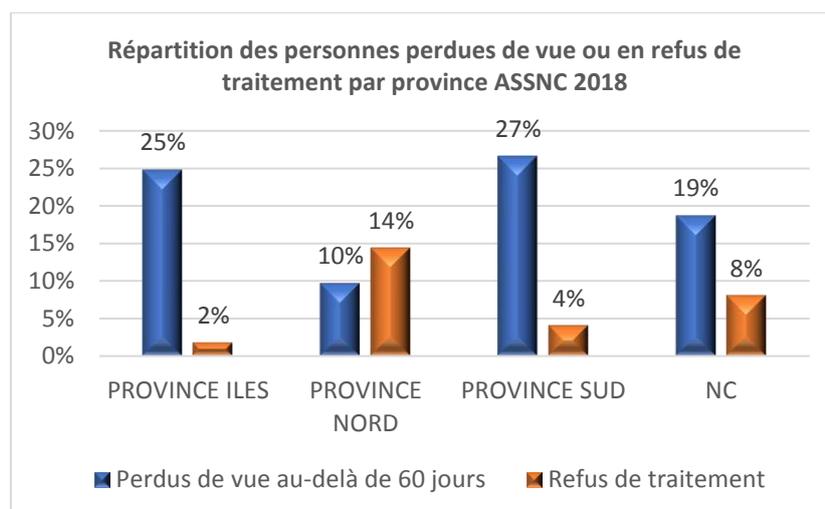


#### Le taux de patients en rupture de traitement :

Parmi les personnes censées être traitées<sup>12</sup>, un certain nombre d'entre elles ne vont pas jusqu'au bout de la durée de traitement préconisée. On distingue :

- **Les personnes perdues de vue** : personnes n'ayant pas eu d'injection depuis au moins 60 jours et qui font l'objet de procédures de relance par les infirmiers référents RAA. (En Province Nord, les AVS font des visites à domicile pour s'entretenir avec les personnes et les accompagner vers la reprise de traitement).
- **Les personnes, qui ont exprimé** verbalement ou par leur comportement (non reprise du traitement après le deuxième passage de l'AVS en PN) **leur refus de traitement**. Ces personnes savent qu'elles peuvent à tout moment reprendre leur traitement si elles reviennent sur leur décision.

Les trois provinces font chacune face à des contraintes spécifiques, qui impliquent souvent un parcours de soins difficile pour les patients et les familles, et une coordination de la prise en charge compliquée pour les professionnels de santé. Le suivi des indicateurs de rupture de traitement permet à chacune d'entre elles de cibler les mesures à mettre en place et d'évaluer l'impact de leurs actions.



#### Le taux d'observance annuelle moyenne au traitement :

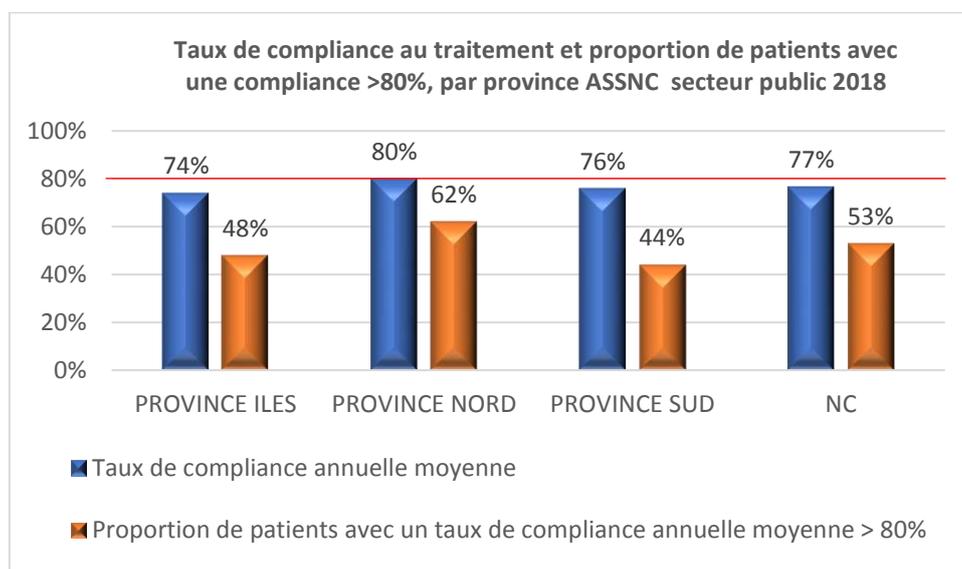
La mesure de la compliance annuelle moyenne de la file active par CMS permet de valoriser le travail des équipes et de mettre en place des objectifs de suivi mesurables.

Ainsi, la direction sanitaire de la Province Nord, a formalisé l'objectif d'une compliance annuelle pour la file active de chaque CMS à 80 %. Cet objectif a été atteint cette année (+6% par rapport à 2017). Parmi les 15 CMS de Province Nord, 8 d'entre eux affichent une compliance annuelle moyenne de la file active supérieure à 80 %. Les taux de compliance annuelle les plus élevés sont de l'ordre de 91 % et les moins élevées de 65 % (+5 % par rapport à 2017).

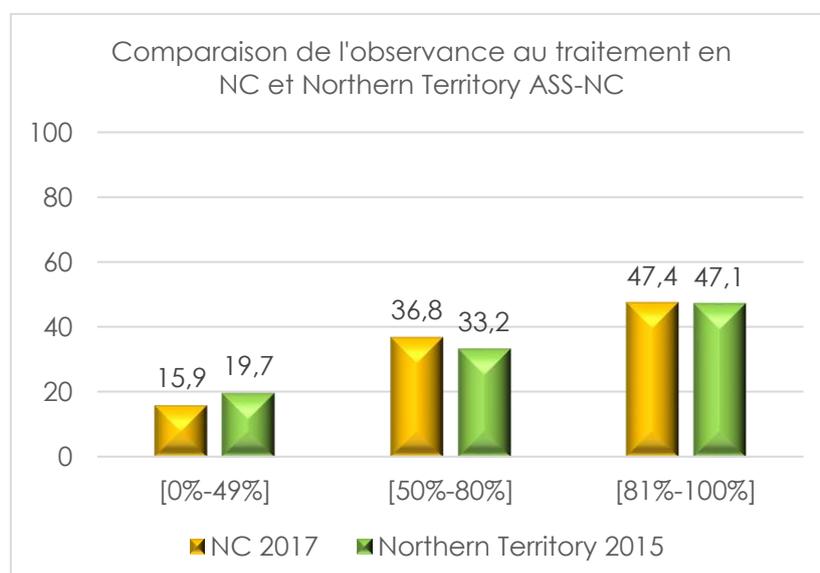
En Province Sud, la compliance annuelle moyenne pour les 11 CMS est passée de 70 % en 2017 à 76 % en 2018, et la proportion de CMS présentant une compliance supérieure à 80% a été multiplié par 4 (n=4). Les compliances les plus élevées et les moins élevées par CMS sont de l'ordre de 97 % et 54 %.

La compliance annuelle moyenne mesurée en Province des Iles est de 74% (-2% par rapport à 2017). Cette année, 1 des 7 CMS a atteint le taux de 80% de compliance annuelle pour la file active, et 2 d'entre eux en sont très proches (79 % et 77 %). La compliance la moins élevée est de 66%.

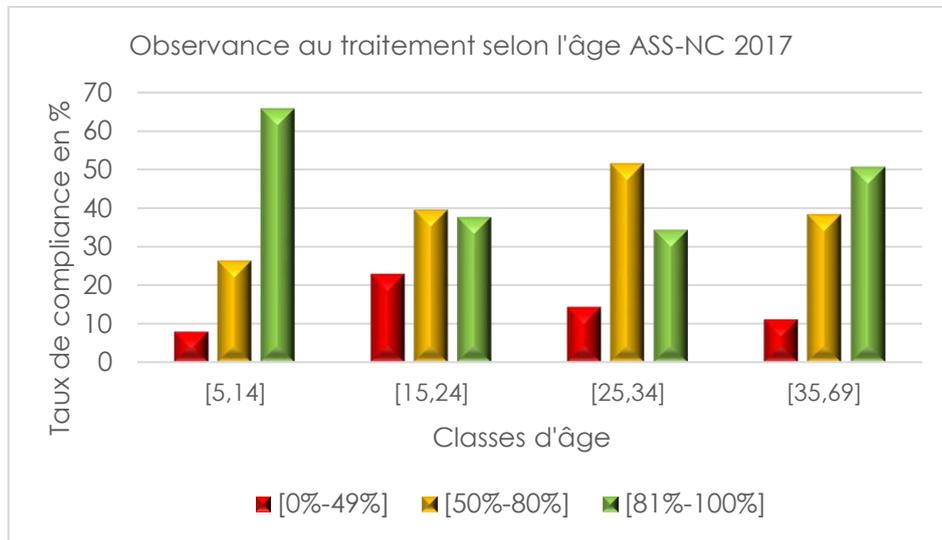
Le taux de compliance annuelle moyenne sur l'ensemble du territoire est de 77 % (+4 % par rapport à 2017), avec une proportion de patients présentant une compliance annuelle supérieure à 80 % de presque 53 % (+4 % par rapport à 2017).



Ces chiffres et ces évolutions sont très satisfaisants au regard des taux de compliance ailleurs dans le monde. Le graphique suivant compare le taux de compliance au traitement observé en NC et en Australie et permet de constater que nous sommes mieux placés dans ce domaine.



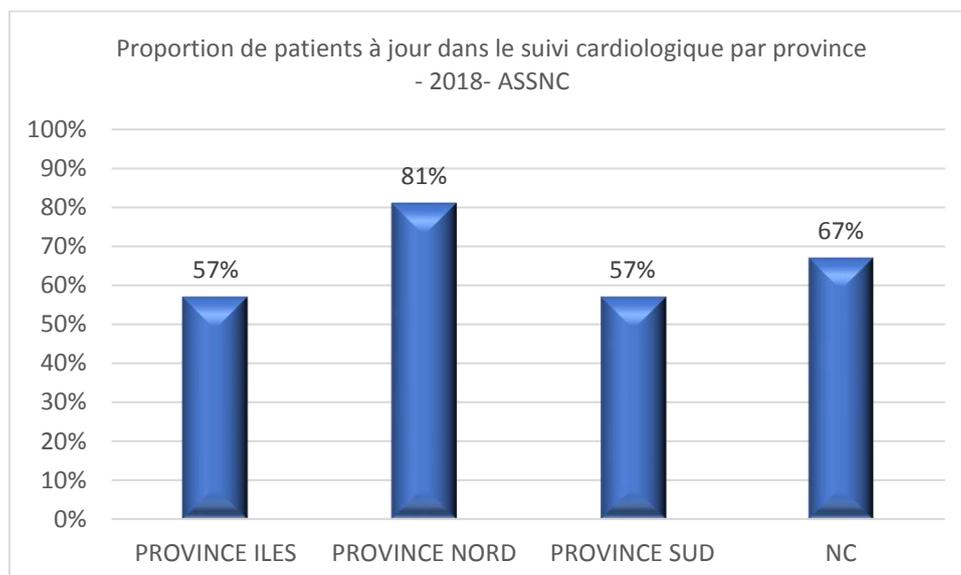
L'observance au traitement selon l'âge est également un indicateur très pertinent pour déterminer, d'un point de vue macro, la population qui doit bénéficier d'un accompagnement plus spécifique. Ainsi le graphique suivant, qui représente la répartition des taux de compliance (moins de 50 %, entre 50 % et 80 %, plus de 80 %) selon la classe d'âge, permet de mettre en évidence que les efforts d'éducation thérapeutique doivent en priorité porter sur les 15-34 ans.



#### Le taux de patients à jour dans le suivi cardiologique :

Le suivi cardiologique fait également l'objet d'un monitoring. En Province Nord, 81 %, des patients sont à jour dans le suivi cardiologique, en Province Iles et Sud, 57 %. Rapporté à l'échelle calédonienne ce taux est à 67 %.

A noter qu'en Provinces Sud, et Iles ces taux sont certainement sous évalués, notamment du fait d'un plus grand nombre d'interlocuteurs. La transmission des informations sur le suivi cardiologique doit être renforcée dans ces provinces.



#### Le suivi dentaire :

En Province Nord, le suivi dentaire fait également l'objet d'un bilan annuel, grâce à la participation des dentistes provinciaux à la saisie des données sur la plateforme collaborative pour la prise en charge du RAA et de la CRC. Depuis 2017 un bilan dentaire annuel systématique est proposé aux patients ayant un rendez-vous au CMS pour leur suivi cardiologique.

Au cours de l'année 2018, 109 personnes ont eu au moins un rendez-vous pour une consultation dentaire, soit 22 % de la file active, et 103 d'entre elles, soit 20 % de la file active, ont été vues par le dentiste. Parmi ces dernières, 13 n'avaient aucun soin à faire, 17 ont bénéficié d'une prise en charge et ont été jusqu'au bout du protocole de soins et 73 ont encore des soins en cours. On note par ailleurs 13 % (n=19) de rendez-vous non honorés. Au total 122 consultations dentaires ont été réalisées auprès des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA. Ces chiffres sont certainement sous-estimés car ils ont été calculés à partir des données disponibles, et le reporting du suivi dentaire n'en est qu'à ses débuts. Néanmoins ils mettent l'accent sur une réelle problématique pour le suivi dentaire sur l'ensemble du territoire.

Les données pour la Province Sud ne sont que partielles et celles concernant la Province Iles ne sont pas disponibles.

#### *2.3.4 - Promotion d'une démarche centrée sur le patient*

Chaque année, en partenariat avec les directions sanitaires provinciales de la Province Nord et des Iles Loyauté, l'équipe du programme rencontre les infirmiers référents RAA des CMS. En 2018, les infirmiers référents RAA de la Province Nord ont été réunis à trois reprises. Ces rencontres sont avant tout des échanges de pratiques pour améliorer la prise en charge des patients.

En 2018, un important travail a été accompli avec la DASSPS, les infirmiers référents RAA et les auxiliaires de vie sociale (AVS) auprès des personnes en rupture de traitement. L'objectif était de permettre à ces personnes de faire des choix éclairés par un apport d'information et une écoute centrée sur leur problématique. Une procédure a été mise en place par la DASSPS afin de coordonner les différents acteurs autour des patients en rupture de traitement. À un an de la mise en place de ce projet, le bilan est très positif puisque le nombre de personnes perdues de vue est passé de 98 (22% de la file active) à 45 (10% de la file active). Dans le même temps, la compliance au traitement est passée de 74% à 80%

En 2019, de nouvelles sessions de sensibilisation des professionnels de santé et des AVS de la Province Nord sont prévues.

Cette approche est également en train de se structurer en Province Sud, ainsi que dans plusieurs CMS de la Province des Iles Loyauté, à l'initiative des infirmiers référents RAA.

## **2.4 - Dépister et traiter précocement la CRC par un dépistage échographique systématique chez les enfants de 9-10 ans**

L'ASS-NC organise annuellement en lien avec les directions sanitaires provinciales et les directions de l'enseignement, un dépistage scolaire échographique systématique auprès des élèves calédoniens de CM1 et de CLIS.

### *2.4.1 - L'organisation du dépistage*

Le dépistage se déroule en plusieurs phases :

**Une séance d'information** sur la maladie, l'examen échographique et le déroulement du dépistage est réalisée en classe par un intervenant en éducation pour la santé. Ceci afin de dédramatiser l'examen et augmenter la participation au dépistage.

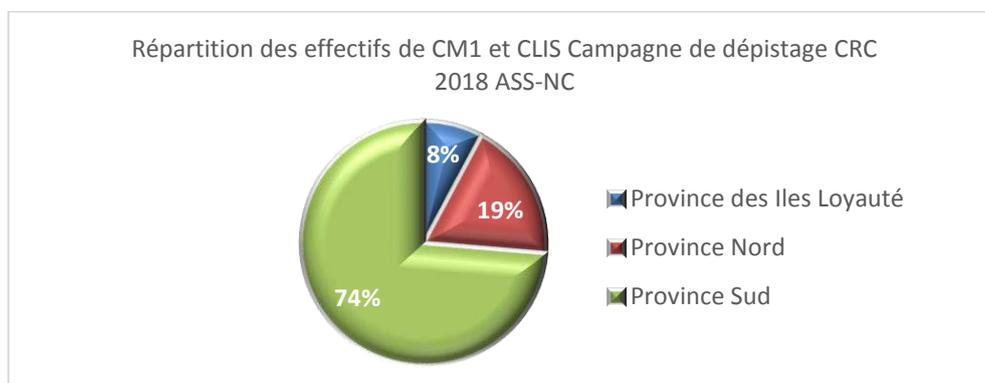
**Une première échographie de dépistage** est réalisée à l'école pour les enfants dont les parents l'ont autorisée. Le résultat de l'échographie est remis à l'enfant sous pli confidentiel à l'issue de la journée de dépistage.

**Une seconde échographie de contrôle** (ou confirmation) est proposée **pour les enfants chez lesquels une anomalie a été détectée**. Ce deuxième examen est réalisé dans le cadre de conventions passées avec des cardiologues libéraux pour être au plus près des bassins de vie de la population.

Les deux échographies sont entièrement prises en charge par l'Agence Sanitaire et Sociale, elles sont donc gratuites pour les parents.

#### 2.4.2 – Les résultats de l'organisation du dépistage 2018

Le dépistage a été réalisé par 3 cardiologues et 1 médecin échographiste dans les 170 écoles du territoire, du secteur public et privé, accueillant des enfants du niveau CM1 et CLIS (31 écoles en Province des Iles Loyauté, 54 en Province Nord et 85 en Province Sud). Il a concerné cette année 4 586 enfants, répartis à 74 % en Province Sud.



##### a) Les taux de participation

Avec un **taux de participation de 89 % pour la campagne 2018, plus de 4 500 enfants ont bénéficié de l'échographie de dépistage**, parmi lesquels 192 ont été orientés pour une deuxième échographie de contrôle.

Les rendez-vous pour la deuxième échographie de contrôle (confirmation) ont été honorés par 190 familles. Malgré les relances et les multiples reprogrammations 2 enfants n'ont pas été vus en deuxième lecture (1 en PN et 1 en PS) ; ce qui porte le **taux d'enfants vus en confirmation à 98 %**. Ces vacances d'échographies de confirmation ont été organisées en partenariat avec 8 cardiologues libéraux sur les 3 provinces.

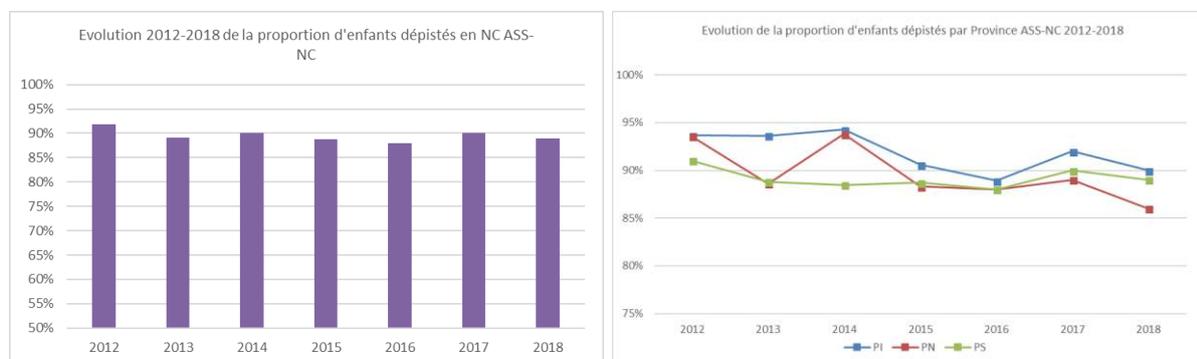
Table n°1 : Proportion d'enfants dépistés et d'enfants vus en confirmation 2018 ASS-NC

Provinces	Effectifs	Dépistés	Nombre d'enfants à revoir	Vus en confirmation
PI	358	90 %	17	100 %
PN	850	86 %	33	97 %
PS	3 378	90 %	142*	99 %
<b>TOTAL</b>	<b>4 586</b>	<b>89 %</b>	<b>192</b>	<b>98 %</b>

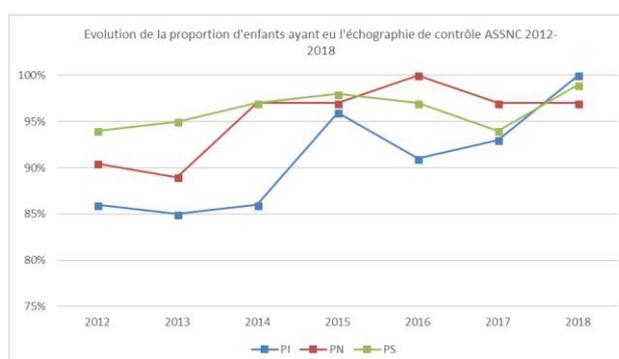
\*Dont un enfant avec un RAA connu et un enfant avec une anomalie congénitale connue envoyés en confirmation pour relancer le suivi

L'excellent taux de participation au dépistage reste constant au fil des ans. Il est en moyenne de 90% sur la période 2012-2018 et oscille entre 88% et 92%, avec quelques légères variations selon les provinces. A titre de référence, dans la littérature, les taux de participation à des dépistages organisés les plus fréquemment observés se situent autour de 40% à 50%.

La tendance vers la baisse des taux observés en Province Nord et Iles Loyauté est en grande partie liée, d'une part, à la mise en place de procédures visant à éviter la réalisation d'échographies sans autorisation parentale, d'autre part, à la mise en conformité des documents du dépistage avec les exigences règlementaires de la CNIL (ce qui s'est traduit par une complexification des documents). Cette année, la baisse du taux d'enfants dépistés en Province Nord est liée à un fort taux d'absentéisme scolaire le jour du dépistage.



Le taux d'enfants vus en deuxième lecture est en constante progression depuis 2012, et se situe en moyenne à 95 % sur la période 2012-2018. L'écart entre les provinces a tendance à se réduire, particulièrement grâce aux nombreux efforts d'organisation déployés par le programme.



## b) Les motifs de non-participation

Les motifs de non-participation font l'objet d'une surveillance. Ils sont de trois ordre :

- Le **non-retour d'autorisation parentale** : en l'absence d'autorisation parentale, les enfants ne sont pas examinés. Cette année, 203 enfants n'ont pas ramené l'autorisation parentale, soit 4,4 %. Parmi eux, 5 enfants étaient déjà suivis dans le cadre d'un RAA.
- Le **refus** des parents ou de l'enfant au moment de l'examen. En 2018 les refus ont concerné 72 enfants (1,6 %) dont 2 enfants qui étaient déjà suivis dans le cadre d'un RAA.
- **L'absentéisme scolaire le jour** du dépistage. Cette année, 296 enfants étaient absents, soit 6,5 % de l'effectif.

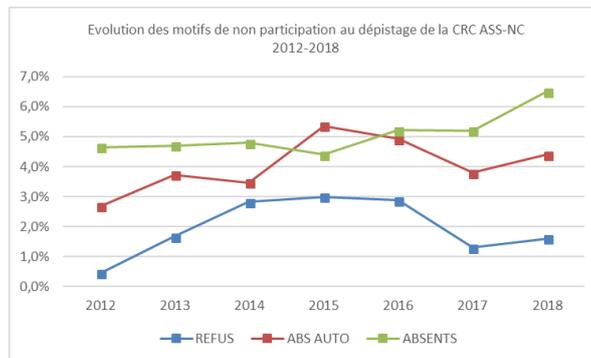
Table 2 : Motifs de non-participation au dépistage \*Chiffres ajustés par rapport aux enfants avec un RAA connu et suivi

Provinces	Non-retour d'auto	Refus	Absentéisme scolaire
PI	15 (4,2 %)	1 (0,3 %)	19 (5,4 %)
PN	40 (4,7 %)	13 (1,5 %)	79 (9,3 %)
PS	143 (4,2 %)	56 (1,7 %)	202 (6 %)
<b>TOTAL</b>	<b>198 (4,3 %)</b>	<b>70 (1,5 %)</b>	<b>296 (6,5 %)</b>

Un certain nombre des refus et de non-retour des autorisations parentales sont liés à un manque de compréhension des parents (refus par défaut), malgré tous les efforts de clarification des documents. Les enfants dans l'une ou l'autre de ces situations sont pourtant les plus à risque d'être concernés par la maladie. **Le non-retour des autorisations parentales et les refus par défaut sont l'un des paramètres sur lesquels nous pouvons et devons agir pour réduire les inégalités d'accès aux soins et les inégalités sociales de santé.**

C'est pourquoi, l'autorisation parentale<sup>48</sup> a fait l'objet d'une simplification : un document unique remplace les 3 documents utilisés antérieurement (lettre d'information + dépliant explicatif + autorisation parentale). Ces 3 documents complémentaires n'étaient, parfois et pour diverses raisons, pas distribués en même temps ; ce qui ne permettait pas aux parents de bénéficier de toute l'information disponible pour donner leur consentement éclairé. Le nouveau document sera mis en place pour la campagne de dépistage 2019.

L'animation de séances d'information a montré son efficacité pour améliorer la participation au dépistage<sup>49</sup>. Depuis 2017, 100 % du territoire est couvert par cette action. Les communes de Yaté, Thio, La Foa, Bourail, Moindou et l'île des Pins ont été les dernières à pouvoir bénéficier de cette intervention coordonnée par la Province. Sur le reste de la Province Sud c'est l'ASS-NC qui en assume l'organisation et le coût financier. En Provinces Nord et Iles Loyauté, ces interventions sont organisées et animées par des éducateurs sanitaires provinciaux.



Il est également à noter que 57 enfants qui ont changé d'école en cours d'année n'ont pas participé au dépistage (9 en PI, 9 en PN, 39 en PS). Cet indicateur a été mis en place cette année. Ces enfants n'étaient donc pas comptabilisés dans les effectifs des années précédentes. Afin de permettre les comparaisons d'une année à l'autre, ils ont également été exclus des effectifs pour les différents calculs cette année.

#### 2.4.3- Les résultats du dépistage 2018

Cette année, les échographies de confirmation ont permis de poser un diagnostic pour 132 enfants présentant des anomalies cardiaques non physiologiques, dont :

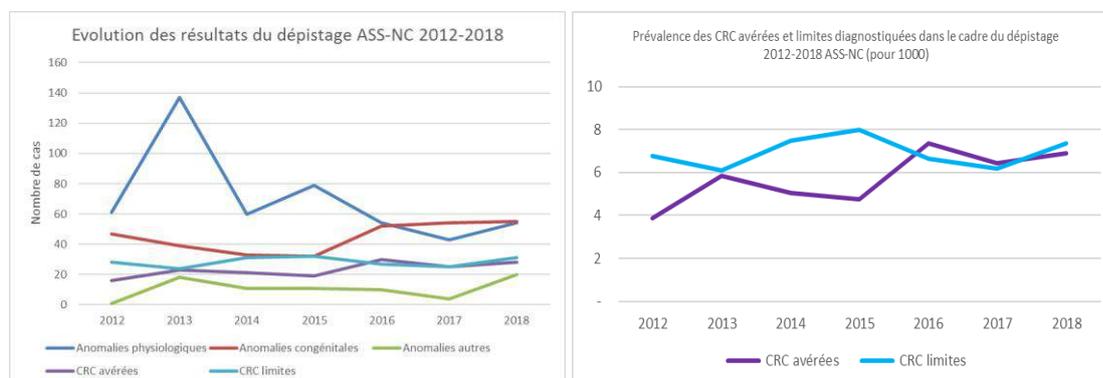
- **59 cardiopathies rhumatismales**, c'est-à-dire liées au RAA (28 CRC avérées et 31 CRC limites – anomalies qui ne réunissent pas tous les critères de la CRC avérée)
- **55 anomalies congénitales**
- **20 anomalies autres**

Le nombre de cardiopathies liées au RAA (CRC avérées et limites) dépistées ne varie pas dans le temps et se situe depuis 2012 autour de 60 cas par an. En 2018, la prévalence de la CRC avérée chez les enfants calédoniens scolarisés en classe de CM1 et CLIS, est de 10,3/1000 et la prévalence des

<sup>48</sup> Disponible sur le site de l'ASS-NC

<sup>49</sup> Voir rapport d'activité 2017 disponible sur le site de l'ASS-NC

anomalies cardiaques rhumatismales est de 13.8/1000. A titre indicatif, selon la Fédération Australienne du Cœur, un pays est considéré à forte prévalence à partir d'un taux de 2/1000 (tout âge confondu)<sup>50</sup>.



Le dépistage permet en outre chaque année de diagnostiquer un nombre important d'autres anomalies donnant lieu à une prise en charge adaptée pour ces enfants.

## 2.5 - Assurer un suivi épidémiologique, une veille documentaire et faire avancer les connaissances sur le RAA, la CRC et leurs déterminants

### 2.5.1 - Centralisation, et production de données permettant de connaître la situation épidémiologique de la NC

La base de données du registre est alimentée par les notifications et les recherches actives de cas. Ces informations permettent de produire des indicateurs pour connaître la situation sanitaire et faire les évaluations d'impacts.

Bien que maladie à déclaration obligatoire, le RAA et la CRC sont très largement sous-déclarés, notamment par le secteur privé. Les données épidémiologiques concernant le secteur public sont fiables et ont été considérablement consolidées depuis la mise en place de la plateforme collaborative, ainsi qu'avec le développement du partenariat avec les cardiologues. Grâce à ces avancées le programme est en mesure de produire des indicateurs assez représentatifs de la situation épidémiologique du territoire.

Cette année 74 cas de RAA et/ou CRC diagnostiqués avant 2018 ont été intégrés dans le registre, grâce à une recherche active opérée par l'équipe du programme.

#### a) Description des nouveaux cas diagnostiqués notifiés pour l'année 2018 au 5 février 2019

##### Selon l'âge :

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2018 et notifiés, s'élève à 131. La plus jeune avait 2 ans et 7 mois au moment du diagnostic et le plus âgé 60 ans et 10 mois.

Les 5-14 ans représentent 51 % de ces notifications, les moins de 25 ans, près de 80 %, et 89 % ont moins de 35 ans.

L'âge médian au diagnostic pour les cas de RAA était de 14.5 ans et de 13 ans pour les diagnostics posés au stade de la CRC. Dans les deux cas, l'âge médian est plus élevé qu'en 2017 où il était respectivement de 11.5 ans et 10 ans. L'élévation de l'âge médian pour les diagnostics posés au stade

<sup>50</sup> RHD Australia (ARF/RHD writing group), National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (2nd edition). 2012

de la CRC s'explique par le dépistage qui a été réalisé auprès des lycéens dans le cadre d'une étude visant à estimer la prévalence des valvulopathies chez les jeunes.

Parmi les 67 enfants de 5 à 14 ans, 53 (79 %) présentaient au moins une atteinte valvulaire à l'échographie de diagnostic. Seulement 26 d'entre eux (39 %) ont été diagnostiqués en phase aigüe de RAA. Pour les 41 autres, (61 %) diagnostiqués au stade de la CRC, la crise de RAA est passée inaperçue.

Pour la moitié des enfants, le diagnostic de RAA a été posé dans le cadre d'une hospitalisation (au-delà de 15 ans les hospitalisations ne représentent que 15 % des cas). Bien que l'hospitalisation soit recommandée, tout particulièrement pour les enfants, elle reste privilégiée, mais elle n'est pas systématique.

#### Selon le sexe :

Comme les années précédentes, ce sont les femmes (61 % ; n=80) qui sont les plus représentées parmi ces nouveaux cas notifiés. Elles sont également plus nombreuses à avoir été diagnostiquées au stade de la CRC (65 % ; n=52), tandis que pour les hommes la répartition est plus équilibrée (51 % de diagnostic en crise aigüe de RAA et 49 % au stade de la CRC).

Les femmes sont 89 % à présenter au moins une atteinte cardiaque (n=71), alors que les hommes ne sont que 72,5 % (n=37) (seulement 11 % des femmes n'ont pas d'atteinte cardiaque contre 27 % pour les hommes).

La sévérité des atteintes cardiaques touche aussi inégalement les hommes et les femmes. Elles sont 32,5 % à présenter au moins 2 atteintes cardiaques, contre 17,5 % pour les hommes.

*Table n°3 : Description du nombre d'atteintes au diagnostic en fonction du sexe ASS-NC (nouveaux cas 2018)*

Sexe	Nombre d'atteintes				Total
	0	1	2	3	
Homme	27,5 %	55 %	15,5 %	2 %	100 %
Femme	11,25 %	56,25 %	26,25 %	6,25 %	100 %

#### Les circonstances de diagnostic :

Parmi les nouveaux cas notifiés, 54 diagnostics ont été posés lors d'une crise aigüe de RAA et 77 au stade de sa séquelle cardiaque (CRC). Pour ces derniers, la crise de RAA est passée inaperçue.

Plus de 82 % (n=108) des cas notifiés présentaient au moins une atteinte cardiaque, et plus de la moitié des personnes diagnostiquées avec un RAA (57,5 % ; n=31) avaient une CRC associée, dont 48 % (n=15) avec au moins 2 atteintes valvulaires.

En 2018, 73 % des cas de diagnostic posés et notifiés au stade de la CRC l'ont été grâce à un dépistage échographique systématique. Le dépistage scolaire systématique permet de diagnostiquer précocement de nombreuses CRC consécutives à une crise de RAA passée inaperçue, avant que les atteintes cardiaques ne se manifestent cliniquement à un âge beaucoup plus tardif, et surtout à un stade beaucoup plus avancé. Un diagnostic posé précocement permet de mettre en place un traitement qui permet la régression, voire la disparition de ces atteintes cardiaques.

*Table n° 4 : Détail des cas diagnostiqués et notifiés en 2018 suite à un dépistage systématique ASS-NC*

Cadre du diagnostic	Types de diagnostic	Effectif
Dépistage 2018	CRC avérées	27
Cohorte de suivi des CRC limites suite dépistage	CRC avérées	7
Etude chez les lycéens - CHU de Saint Etienne - JC Chatard, DASS-NC	CRC avérées	15
Dépistage des valvulopathies cardiaques Chez les adolescents de NC	CRC limites traitées	7
<b>Total</b>		<b>56</b>

Les personnes diagnostiquées avec une CRC en dehors d'un dépistage sont plus nombreuses à présenter au moins deux atteintes cardiaques (41 %) que celles diagnostiquées grâce à un dépistage systématique (20 %).

Table n°5 : Répartition du nombre d'atteintes cardiaques en fonction du statut dépisté vs non dépisté 2018 ASS-NC

Type de diagnostic	Nombre d'atteintes	
	1	2 et plus
Diagnostic suite dépistage systématique	80 % (45)	20 % (11)
Diagnostic hors dépistage systématique	59 % (13)	41 % (9)

De même, la sévérité des atteintes est plus importante pour les cas diagnostiqués en dehors d'un dépistage. En effet on retrouve davantage de grades 2, 3 ou 4 chez les personnes diagnostiquées en dehors du dépistage systématique que dans le cadre d'un dépistage (38 % vs 26,5 %).

Table n°6 : Répartition de la sévérité des atteintes cardiaques en fonction du statut dépisté vs non dépisté 2018 ASS-NC

Grades	Diagnostiques posés hors dépistage		Diagnostiques posés dans le cadre d'un dépistage	
	Effectifs	Proportion	Effectifs	Proportion
1	21	62 %	50	73,5 %
2	8	23 %	14	20,5 %
3	2	6 %	3	4,5 %
4	3	9 %	1	1,5 %
Total	34	100 %	68	100 %

Ces chiffres montrent, une nouvelle fois l'intérêt du dépistage systématique pour le diagnostic précoce des CRC avant qu'elles ne se compliquent par une plus grande sévérité et un plus grand nombre d'atteintes. Dans les pays où ce dépistage n'existe pas, le diagnostic de la CRC lorsque le RAA est passé inaperçu se fait beaucoup plus tardivement dans la vie de la personne, lorsque les atteintes ont progressé et que la CRC se manifeste par des symptômes (essoufflement, décompensation cardiaque...).

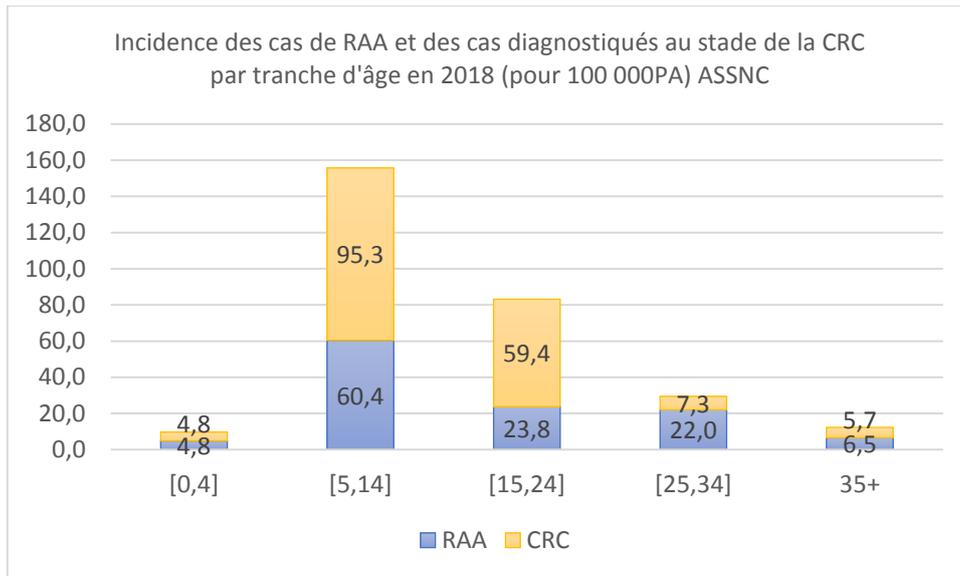
En 2017 nous avons démontré que le dépistage systématique est particulièrement bénéfique pour les femmes, puisque dans cette même période, les filles de 5-14 ans ont été plus souvent diagnostiquées grâce au dépistage que les garçons (49 % vs 37 %), et que, chez les femmes, celles qui ont été diagnostiquées dans le cadre d'un dépistage systématique, ont moins d'atteintes que les autres si l'on compare une seule atteinte vs au moins deux atteintes (20 % vs 40 %).

## b) Les incidences annuelles estimées

Selon la classe d'âge :

L'incidence annuelle de RAA des cas notifiés, diagnostiqués en 2018 pour la classe d'âge des 5-14 ans peut-être à minima posée à 60,4/100 000, et l'incidence des cas diagnostiqués au stade de la CRC à 95,3/100 000. Un pays est considéré à haute incidence annuelle de RAA à partir d'un taux de 30/100 000 chez les 5-14 ans.<sup>51</sup>

<sup>51</sup> RHD Australia (ARF/RHD writing group), National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand. Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (2nd edition). 2012

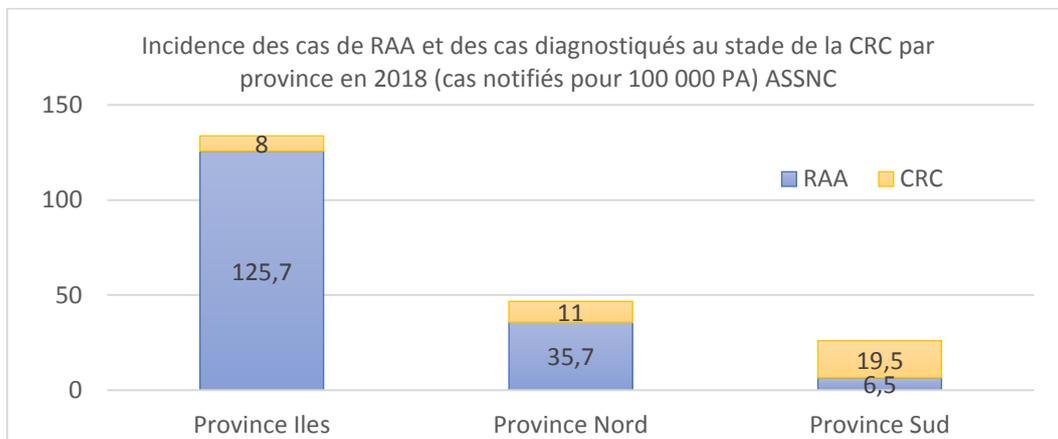


Depuis 2012, ces incidences sont distribuées à l'identique en fonction des classes d'âge.

Selon les provinces :

L'incidence des cas de RAA ou de diagnostics posés au stade de la CRC est significativement différente selon les provinces :

- L'incidence de RAA est beaucoup plus élevée en Province des Iles Loyauté (126/100 000) que dans les 2 autres provinces (36/100 000 dans le Nord et 7/100 000 dans le Sud).
- L'incidence des cas posés au stade de la CRC en Province Sud (20/100 000) est plus élevée qu'en Province Nord (11/100 000) et en Province Iles (8/100 000).



Entre 2012 et 2018 cette différence inter-provinces était semblable. Les incidences moyennes de RAA en Province Iles étaient plus élevées qu'en Province Nord et Sud, et plus élevées en Province Nord qu'en Province Sud.

Table n°10 : Incidences moyennes de RAA selon les provinces entre 2012 et 2018 ASS-NC (cas notifiés pour 100 000 PA)

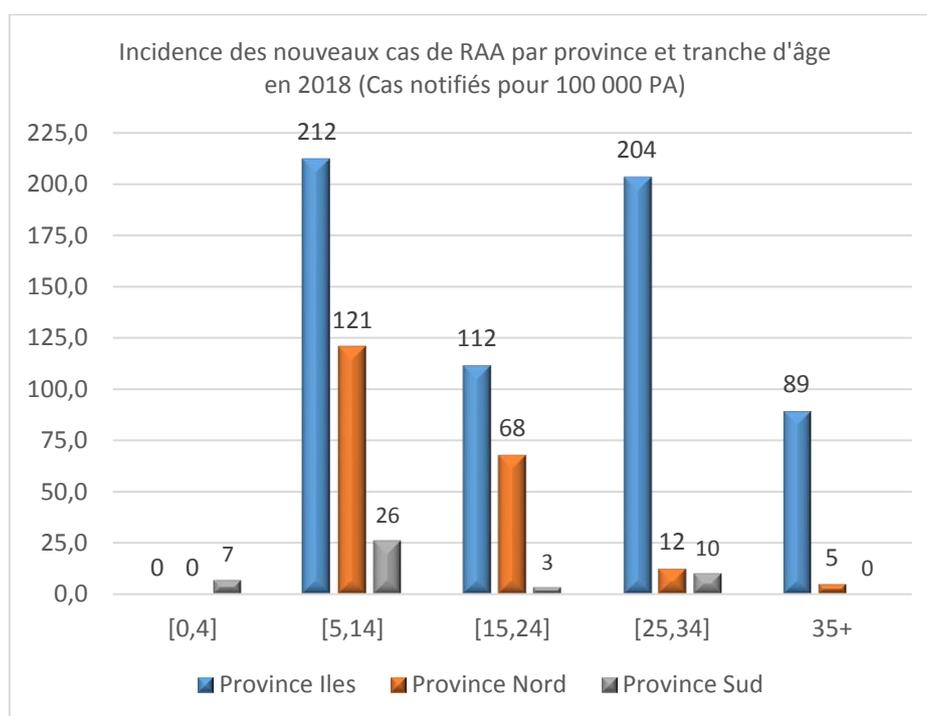
	Incidence moyenne
Province Iles	120,2
Province Nord	47,3
Province Sud	20,6

Si l'on s'intéresse à la classe d'âge, la différence entre provinces est encore plus flagrante. L'incidence pour la classe d'âge des 25-34 ans est beaucoup plus élevée en Province Iles (204/100 000) que dans les deux autres provinces (12/100 000 et 10/100 000). Dans une moindre mesure, elle est également plus élevée en Province Iles, pour les plus de 35 ans (89/100 000) qu'en Province Nord (5/100 000), tandis qu'en Province Sud aucun cas de plus de 35 ans n'a été notifié. En 2017, les incidences pour ces classes d'âges étaient voisines pour les trois provinces.

En revanche l'écart inter-provinces pour la classe d'âge des 5-14 ans a tendance à se réduire par rapport à 2017.

Ainsi nous pouvons constater que les diagnostics de RAA en Province des Iles ont été posés à un âge beaucoup plus tardif que l'année dernière, même si l'incidence pour les 25-34 ans depuis 2012 est en moyenne plus élevée en Province Iles que dans les deux autres Provinces.

Cette évolution explique également l'augmentation de l'âge médian au diagnostic en 2018 décrit précédemment.



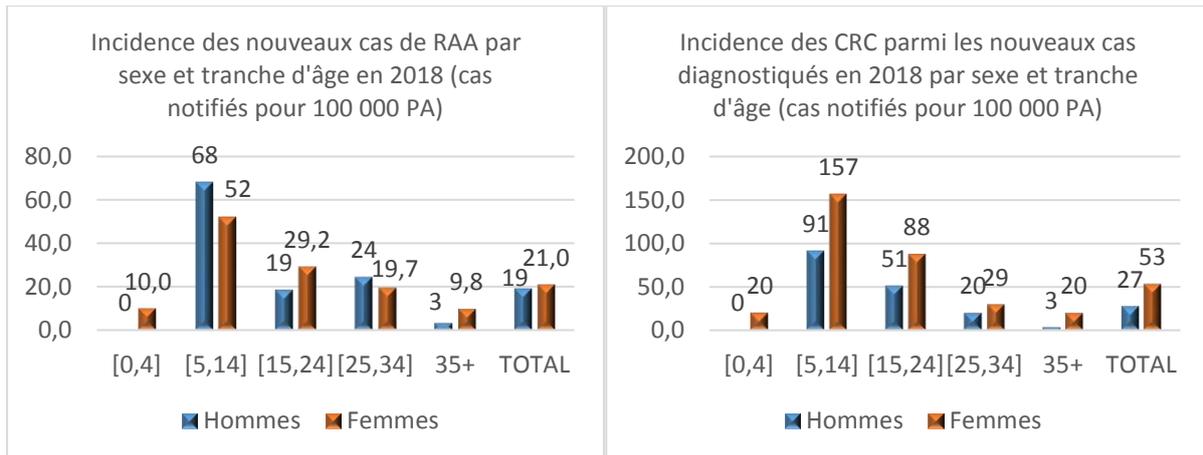
#### Selon le sexe :

Le pic d'incidence de RAA et de CRC se situe pour les garçons comme pour les filles entre 5 et 14 ans pour l'année 2018 comme pour les années précédentes. Le pic d'incidence des nouveaux cas de CRC, se situe dans la même tranche d'âge que celle du RAA, alors que dans l'histoire naturelle de la maladie, la CRC survient après le RAA. Cette superposition des pics d'incidences est liée au dépistage systématique de la CRC auprès des enfants scolarisés en CM1.

L'incidence des nouveaux cas de CRC est plus élevée chez les filles que chez les garçons pour toutes les classes d'âge. La différence est cependant plus particulièrement marquée chez les 5-14 ans (157/100 000 vs 91/100 000).

En revanche, l'incidence de RAA est plus élevée chez les garçons que chez les filles, et de manière plus spécifique pour les 5-14 ans (68/100 000 vs 52/100 000).

Les garçons sont plus souvent diagnostiqués en crise aiguë de RAA que les filles. Les filles présentent plus souvent une CRC que les garçons.



Cette tendance est la même sur la période 2012-2018.

### c) Les prévalences estimées

#### Prévalence de la CRC :

En 2018, la **prévalence de la CRC chez les 15-24 ans** est au minimum estimée à **12,9/1000**. Elle était à **9,1/1000 en Australie** en 2015<sup>52</sup> (Territoire du Nord, Queensland, Australie de l'Ouest et du Sud).

La **prévalence de la CRC chez les enfants scolarisés aux niveaux CM1 et CLIS est de 10,3/1000** (les calculs ont été faits à partir des données de 4080 enfants. Les résultats prennent en compte les 28 CRC diagnostiquées au cours du dépistage 2018 plus 14 CRC parmi les 28 enfants avec un RAA connu.

La prévalence de la CRC limite est de 7,4/1000 et la prévalence des anomalies rhumatismales est de 17,6/1000. A noter que 89 % des enfants calédoniens appartenant à ce niveau scolaire ont participé à ce dépistage systématique.

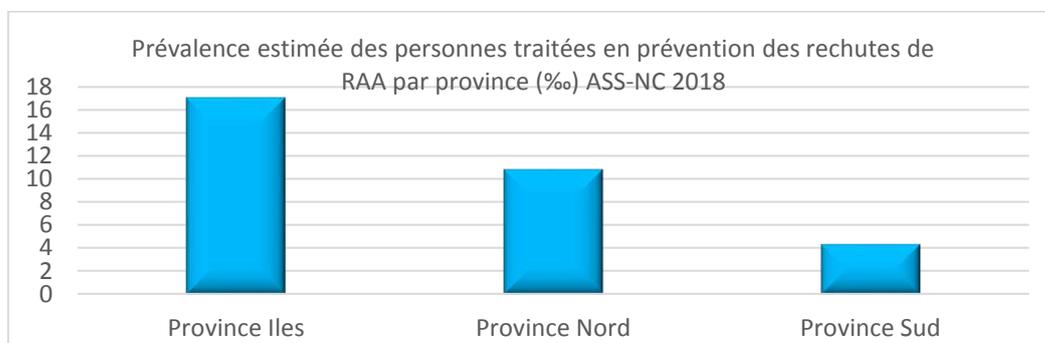
Un pays est dit à haute prévalence de CRC lorsque celle-ci, tout âge confondu, se situe au-delà de 2/1000<sup>16</sup>.

#### La prévalence des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA :

Le nombre de personnes notifiées, avec une date théorique de fin de traitement supérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2018, est actuellement de 1 744 personnes dont 994 femmes et 750 hommes.

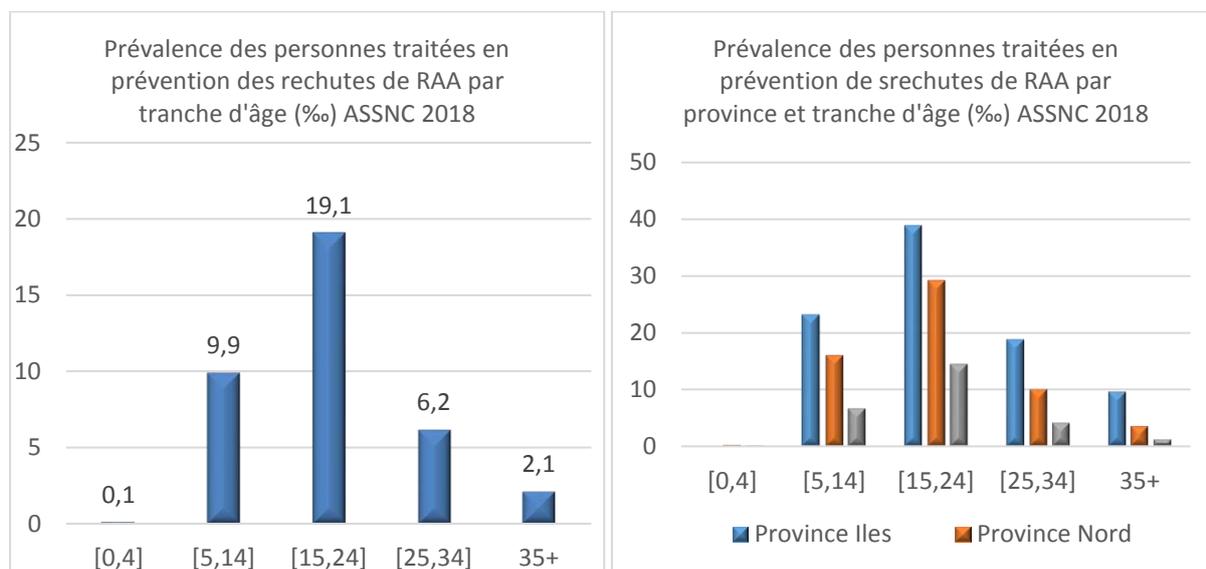
La prévalence des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA est significativement plus élevée chez les femmes (7,5 ‰) que chez les hommes (5,5 ‰).

La prévalence diffère également significativement selon les provinces : elle est plus élevée en Province Iles (17,1 ‰) que dans les deux autres provinces, et est significativement plus élevée en Province Nord (10,9 ‰) qu'en Province Sud (4,40 ‰).



<sup>52</sup> Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework 2017; Australian Institute of Health and Welfare; May 2017, [En ligne], disponible sur : <https://www.aihw.gov.au/reports/indigenous-health-welfare/health-performance-framework/contents/data-tables>

Les classes d'âge les plus représentées dans la file active sont les 5-24 ans et dans une moindre mesure les 25-34 ans, avec un pic de prévalence chez les 15-24 ans à 19,1 ‰. Cette même répartition en fonction de l'âge se retrouve dans les 3 provinces.



Les différences constatées entre les provinces, que ce soit pour ce qui concerne la prévalence ou l'incidence du RAA ou de la CRC, sont à relativiser du fait de la sous-notification des cas par le secteur privé essentiellement implanté à Nouméa et les communes alentour. La Province Iles est la province qui s'approche le plus de l'exhaustivité dans la notification des cas.

### 2.5.2 - Réalisation d'une veille documentaire et soutien à la recherche interventionnelle

#### a) Histoire naturelle des lésions de cardiopathie rhumatismale infraclinique limite en NC : cohorte prospective

Ce projet, initialement encadré par une convention passée entre l'INSERM et l'ASS-NC a débuté en 2012. L'analyse intermédiaire menée en 2015 n'a pas permis d'identifier de facteur de pronostic de stabilité ou de progression de ces lésions infracliniques. Aussi, dans l'attente d'un consensus d'experts sur l'attitude thérapeutique à adopter face à la CRC limite, l'ASS-NC organise et prend à sa charge le suivi annuel de ces CRC limites. Chaque année, les enfants dépistés avec une CRC limite à l'issue du dépistage, sont automatiquement inclus dans la cohorte de suivi.

Depuis 2012, 172 enfants ont été diagnostiqués avec une CRC limite. Parmi eux, 21 ont été mis sous traitement dès le diagnostic et sont donc entrés dans le système de prise en charge habituel. Ils font partie des 77 ayant été exclus de la cohorte de suivi (dont 11 en 2018) pour les motifs suivants :

- 8 ont refusé le suivi
- 1 a quitté le territoire
- 35 ont été diagnostiqués avec une CRC avérée
- 5 sont passés en anomalie physiologique ne nécessitant plus de suivi
- 9 ont eu un diagnostic infirmé

En 2018, 67 rendez-vous d'échographie de suivi ont été programmés et 45 adolescents ont été vus. 22 rendez-vous n'ont pas été honorés et 37 parents étaient injoignables.

Parmi ceux qui ont eu l'échographie de suivi, ont compte : 6 passages en CRC avérée, 13 anomalies physiologiques, 1 anomalie non rhumatismale et 25 sont restés en statut inchangé de CRC limite.

### **b) Enquête sur les pratiques de gestion de la douleur dans le traitement préventif des rechutes de RAA**

En coopération avec les directions sanitaires provinciales, l'ASS-NC a réalisé cette enquête auprès des équipes médicales et paramédicales du secteur public et des médecins généralistes du secteur privé. Cette démarche compréhensive visait à décrire les pratiques actuelles en matière de gestion de la douleur dans un contexte de changements de la spécialité injectable utilisée dans l'antibioprophylaxie. Dans les prolongements de cette étude, le groupe de travail souhaite évaluer l'efficacité des méthodes de gestion de la douleur et l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients. Les résultats de cette enquête sont détaillés dans le chapitre « Baromètre santé et autres études ».

### **c) Dépistage des valvulopathies cardiaques chez les adolescents de NC 2017-2018**

L'ASS-NC a offert son soutien à cette étude dont l'objectif est d'estimer la prévalence des valvulopathies cardiaques au moyen d'un dépistage échographique chez des jeunes âgés de 15 à 17 ans. Au total 1 530 jeunes ont été dépistés, et 59 échographies de confirmation ont été organisées et prises en charge par l'ASS-NC pour les jeunes pour lesquels une anomalie avait été détectée. Les résultats de cette étude ne sont pas encore définitifs et doivent faire l'objet d'une consolidation par le service épidémiologique de la DASS-NC.

## **Conclusion**

**L'incidence annuelle du RAA et la prévalence de la CRC restent encore élevées en NC** en raison de la prépondérance des déterminants socio-économiques et environnementaux qui pèsent sur cette pathologie. De fait, la prévention du RAA relève d'initiatives qui dépassent le champ du secteur sanitaire et qui s'inscrivent dans des dimensions sociales, économiques environnementales et culturelles.

En revanche les efforts déployés depuis plusieurs années pour **réduire les conséquences** sanitaires liées au RAA commencent à porter leurs fruits. Le RAA est une pathologie aux lourdes conséquences cardiaques dont les répercussions économiques et sociales, du fait de la morbidité et mortalité liées à la cardiopathie rhumatismale chronique (CRC), en font un problème de santé publique prioritaire pour la NC. Le programme de lutte contre le RAA et la CRC de l'ASS-NC s'est construit et a évolué à partir des recommandations internationales, et de leurs évolutions, portées par la fédération mondiale du cœur. Il s'est également inspiré des expériences de ses voisins du pacifique présentant une situation épidémiologique similaire.

Ainsi, au fil des ans, les stratégies déclinées par le programme ont permis d'améliorer le suivi des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA, seul moyen d'éviter l'apparition ou l'aggravation de la CRC. La prévention des conséquences sanitaires liées au RAA est rendue complexe par la durée des traitements, le nombre d'interlocuteurs, et par la jeunesse des personnes touchées par la maladie. La mise en place de la **plateforme collaborative** pour la prise en charge du RAA et de la CRC a contribué à améliorer la coordination de la prise en charge, tandis que la définition de nouveaux indicateurs a facilité le travail des professionnels de santé pour le repérage des personnes nécessitant le plus d'attention pour leur suivi, améliorant, ainsi l'administration du traitement antibiotique.

Au quotidien, le programme œuvre pour faire appliquer les **recommandations** de bonnes pratiques en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge de l'infection streptococcique, du RAA et de la CRC et favoriser la consultation précoce et l'adhésion au traitement.

Enfin, le programme coordonne et met en œuvre, avec les directions sanitaires provinciales, en lien avec les directions de l'enseignement, un **dépistage scolaire systématique de la CRC**. Ce dépistage organisé permet de détecter les CRC et d'en diminuer les conséquences à long terme grâce à la mise en place d'un traitement antibiotique précoce.

Début 2019 le plan d'action des nouvelles activités du programme 2018-2023 sera établi, pour une mise en œuvre effective le deuxième semestre 2019.

# Programme de prévention des IST-VIH/SIDA

## Introduction

Depuis 1986, il existe en NC des plans multisectoriels à moyen terme (PMT), historiquement focalisés sur la **prévention du VIH/SIDA**. Aujourd'hui, plus de 250 personnes sont déclarées séropositives en NC. En moyenne, 18 nouveaux cas sont recensés par an. Dans 79,5 % de cas, la transmission se fait sexuellement.

En 2011, le plan multisectoriel à moyen terme de prévention du VIH/SIDA et des IST 2009-2013 (PMT5) a intégré et mis en œuvre des actions de **prévention des IST**. Ce virage a été pris de façon naturelle par tous les partenaires du programme qui voyaient cette évolution comme indispensable compte tenu de la prévalence des différentes IST en NC. Par exemple, 20 % des 18-25 ans sont porteurs d'une chlamydia (enquête de prévalence des IST 2012 ASS-NC).

Depuis l'évaluation finale du PMT5 en 2013, le séminaire d'octobre 2014 et les groupes de travail qui ont suivi en 2015-2017, la nécessité de prendre en compte la **santé sexuelle** dans son ensemble s'est imposée à tous les acteurs. En effet, il existe des **grossesses** non désirées très nombreuses touchant essentiellement les 16-25 ans. 25 % d'entre elles ont déjà eu une grossesse. Parmi celles-ci, 53 % déclarent ne pas avoir désiré cette grossesse. Près d'un tiers des femmes ayant déjà eu des relations sexuelles ont déjà eu une **interruption volontaire de grossesse (IVG)**, sans différence selon la province de résidence ou la tranche d'âge. La contraception n'est pas forcément adaptée ou bien maîtrisée surtout chez les 16-30 ans. Selon le baromètre santé 2015, parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois, 33 % n'utilise jamais de **préservatif** et 13 % en utilise occasionnellement. Un dispositif de **dépistage** du VIH/SIDA existe en NC mais il est peu utilisé par la population. En effet, seulement 19 000 tests du VIH/SIDA sont effectués par an pour 160 000 personnes sexuellement actives. Selon l'étude de 2003, on sait que 22% des femmes sont victimes de **violences** physiques dans leur couple (vs 4% en France métropolitaine) et 9% subissent des **rapports sexuels forcés**. 10 % des 16-25 ans déclarent avoir subi des attouchements ou viols. Ainsi, les jeunes de 16-30 ans sont particulièrement touchés par les problématiques liées à la santé sexuelle.



Ainsi, un nouveau programme prenant en compte la promotion de la santé sexuelle a été construit avec l'ensemble des partenaires et proposé à la gouvernance. Le périmètre d'intervention, les axes stratégiques et les actions proposées sont en cours de validation.

En attendant la validation de ce futur programme, les actions récurrentes menées dans le cadre du PMT5 se sont poursuivies de 2013 à 2017 et ont été réalisées sous la coordination de l'ASS-NC et par les différents partenaires institutionnels et associatifs historiques de ce programme.

# Activité du programme en 2018

## 1 - Coordination

Les axes stratégiques du futur programme ont été finalisés fin 2016 et remis aux instances dirigeantes pour validation. La coordination en 2018 a porté sur les demandes de financement des associations ainsi que leurs bilans intermédiaires et finaux. Elle leur a également apporté un soutien technique à la demande. Par ailleurs, la coordinatrice de ce programme a contribué aux travaux effectués dans le cadre du projet éducatif de la NC et du Do Kamo.

## 2 – Actions menées en 2018

### 2.1 - Sensibilisation au centre de formation pastorale et théologique de Béthanie à Lifou

#### Contexte général :

Suite à l'évaluation à mi-parcours du plan multisectoriel de prévention VIH SIDA et des IST (PMT5), les partenaires du programme ont élaboré une feuille de route qui fixait les activités prioritaires à mener pour la période 2011-2013. Il a donc été décidé de se rapprocher de l'Eglise Protestante Kanaky – NC (EPKNC).

Ainsi, en 2011, de nombreuses rencontres ont eu lieu avec le président de l'EPKNC, les présidents des régions, le président et le bureau de la Commission Sociale, Santé et Environnement (la COMISSE) et d'autres représentants religieux (pasteurs et diacres). À la suite de ces rencontres, des demandes de sensibilisation en santé sexuelle ont émergé et ont été réalisées à Ouvéa, Maré, Koné et Lifou.

Lors d'une intervention en santé sexuelle à Lifou en janvier 2012, le pasteur Jacob XOWIE, Directeur du Centre de formation pastorale et théologique de Béthanie (CFPTB) a fait une demande à l'ASS-NC pour introduire des modules de sensibilisation en santé comme compléments au programme de formation existant au sein de l'école.

Le CFPTB est l'unique école du territoire, située sur Lifou, préparant les élèves et leurs conjoints à leurs futures fonctions pastorales. Une promotion dure 4 ans avec de nouvelles inscriptions tous les 2 ans.

Le programme de cette école présente un tronc commun : hébreu, grec, étude biblique, théologie systématique, histoire de l'église, éducation chrétienne, cours d'anglais ... Certains modules sont adaptés aux époux (ses) des futurs pasteurs, tels que des cours de tressage, de couture, de cuisine, d'organisation, d'éducation, d'entretien de l'habitat ... Par ailleurs, certaines personnes peuvent s'inscrire comme auditeur libre, suivre le cursus mais sans pour autant devenir pasteur.

Les élèves et leur famille résident sur le site-même pendant la durée de leur formation puis partiront dans un ministère décidé par une commission à la fin de leur 4<sup>e</sup> année et suite à la remise d'un mémoire.

En plus de ses fonctions, un pasteur peut devenir 'accompagnateur' et ainsi proposer des entretiens à ses paroissiens (entretiens individuels ou autre). Ce statut est décidé par le pasteur lui-même en fonction de ses qualités personnelles et de sa motivation. Il peut également organiser et animer des actions de prévention sur des thématiques de santé et/ou seconder un professionnel.

#### Descriptif des actions menées par l'ASS-NC à Béthanie :

Ainsi depuis 2012, l'ASS-NC organise des sessions de sensibilisation santé sous cette forme :

- Durée d'une sensibilisation : 5 jours consécutifs.
- Nombre de sensibilisation par année et par groupe : 1 sensibilisation de 5 jours par groupe.
- Modules abordés depuis 2012 :
  - La santé sexuelle et affective ;
  - L'addictologie ;
  - La prévention primaire des pathologies de surcharge ;
  - La promotion à l'hygiène ;
  - La violence conjugale et intrafamiliale ;
  - Violence : comment accompagner l'enfant ;
  - Le couple : les besoins de l'homme et les besoins de la femme ;
  - Approche de la crise suicidaire ;
  - La connaissance de soi ;
  - La primo-écoute.
- Durée pour chaque module : entre 1 et 2 jours selon les modules.
- Intervenants pour ces modules : formateurs, animateurs, professionnels des milieux institutionnels et/ou associatifs.
- Méthode d'évaluation : des questionnaires anonymes sont remis en début et fin de chaque formation ainsi qu'un questionnaire de satisfaction et un débriefing avec chaque groupe.
- Choix des modules : suite à l'analyse des questionnaires, le programme est adapté pour l'année suivante.

L'année 2018 a vu la sensibilisation d'un groupe d'élèves de 2<sup>ème</sup> année et un groupe d'élèves qui termine sa 4<sup>ème</sup> année, soit 22 personnes. Les participants sont âgés de 23 à 45 ans.

## **2.2 – Mis en place d'une sensibilisation auprès des diacres de l'église catholique et des catéchistes de Maré**

### Contexte général :

Les religieux sont en contact direct avec la population et accompagnent tout type de situation familiale (préparation au mariage, mariage, séparation, deuil, épanouissement dans le couple et la famille, grossesse ...), éducative, scolaire, professionnelle, santé ...

Des besoins et des demandes ont donc émanées du service de formation continue des diacres de l'église catholique de la Nouvelle-Calédonie et des catéchistes de Maré afin de parfaire leur accompagnement, en sus de leur mission religieuse, dans les domaines de santé actuels.

### Descriptif des actions menées par l'ASS-NC :

- Durée d'une sensibilisation : 5 jours consécutifs.
- Modules abordés :
  - Connaissance de soi via l'éducation émotionnelle
  - La primo-écoute
  - Les violences conjugales et intrafamiliales
  - Les besoins de l'homme, les besoins de la femme
  - Violence, comment accompagner l'enfant
  - La santé affective et sexuelle
  - L'approche de la crise suicidaire

### 3 - Actions d'information/sensibilisation en santé sexuelle du grand public

**SOS écoute** 05 30 30 est un n° de téléphone gratuit et anonyme à destination de toutes les personnes ressentant une urgence (violences, enfance en danger, détresse liée aux questions sur la santé sexuelle, handicap...). Les appels concernant la santé sexuelle représentent 12 % des appels en 2018. Il s'agit du deuxième plus gros pourcentage d'appels après la santé psychologique.

L'ASS-NC ainsi que les partenaires associatifs et certains partenaires institutionnels ont diffusé régulièrement des **messages de prévention** par le biais des nouvelles technologies (site internet, Facebook, SMS).

L'ASS-NC poursuit le financement des lieux d'écoute et d'accueil du public de chacune des 3 associations partenaires et soutient les actions de proximité réalisées par les partenaires associatifs et institutionnels. Elle a également poursuivi la sensibilisation des futurs pasteurs et leurs conjoints de l'EPKNC à la promotion de la santé en 2 semaines en mai et octobre 2018. Cette action est menée depuis 2011. Le rapport complet d'évaluation de cette action est disponible sur demande auprès de l'ASS-NC.

### 4 - Optimisation des circuits de distribution de préservatifs

L'ASS-NC a financé, comme chaque année, l'achat des préservatifs pour le réseau de distribution gratuite des associations tandis que les 3 provinces les ont achetés pour la distribution gratuite faite dans leurs structures de santé. Solidarité SIDA-NC a poursuivi son rôle de centrale d'achat de préservatifs et de gestionnaire de stock pour la NC

La distribution gratuite menée par les associations s'est faite dans les sex-shops, lieux de nuit, nakamals, des lieux d'accueil et autres associations partenaires... Ceci représente 129 points de distributions.

Par ailleurs, les préservatifs sont également distribués auprès des élèves lors des interventions en milieu scolaire, du public lors des manifestations diverses, des visiteurs dans des permanences des associations.

Le réseau payant de préservatifs « Caillou Kaoutchou » faiblit par manque de communication autour de la marque sociale. Solidarité SIDA-NC est responsable du réseau de vente de ce produit ce qui représente 254 points de vente. CP2S a arrêté le projet qui était celui d'alimenter et d'assurer la maintenance des automates à travers la NC car les automates ont fait l'objet de beaucoup de vandalisme.

### 5 - Modernisation du système de dépistage des IST en NC

Les partenaires habituels du programme à moyen terme de prévention du VIH/IST (PMT) se sont saisis des recommandations de l'évaluation du PMT5 et ont proposé en mars 2014, en comité technique, un projet pilote qui consistait à offrir, lors des permanences de l'association Homosphère (appelée désormais Diversités NC) en Province Nord, la possibilité de réaliser des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TRODS) pour le VIH en soirée pour rendre le dépistage plus accessible à la population. Ce projet pilote devait ainsi apporter des éléments sur les possibilités d'évolution du dépistage en NC. Ce projet pilote n'a malheureusement pas vu le jour car l'importation des TRODS n'a pas été autorisée. Aujourd'hui, l'utilisation des TRODS en dehors du périmètre d'un biologiste est toujours illégale en NC puisque la délibération concernant la réforme des examens biologiques n'a pas encore été votée. Il est important de noter que les TRODS ne concernent pas uniquement le VIH/SIDA mais aussi les autres

infections sexuellement transmissibles (IST) et que les partenaires du programme s'interrogent également sur la place des autos prélèvements et auto tests en NC.

## Conclusion

### Points forts du programme

- des partenaires associatifs et institutionnels investis dans les 3 provinces
- des actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire menées et évaluées chaque année
- des actions communautaires menées auprès des responsables religieux
- un système de distribution gratuit de préservatifs efficace sur l'ensemble de la NC
- un suivi des PVVIH performant

### Axes d'amélioration

La validation du futur programme et de la définition de son périmètre d'intervention permettront de relancer les groupes de travail (cluster, COTEC) avec l'ensemble des partenaires et ainsi poursuivre une coordination forte. Cela permettra également d'œuvrer à la mise en place du nouveau système de dépistage des IST en NC.

Il sera également intéressant d'intégrer de nouveaux partenaires au programme notamment en santé reproductive et de relancer la marque sociale « Caillou Kaoutchou » qui est en perte de vitesse.

# Baromètres santé et autres études

## 1 – Baromètre Santé

Les Baromètre Santé sont des enquêtes épidémiologiques transversales qui mesurent, auprès de différentes populations, les comportements, attitudes, perceptions et croyances liés aux prises de risques et à l'état de santé. Répétés dans le temps, les Baromètre santé suivent ainsi l'évolution de certains indicateurs fondamentaux de comportements de santé ou d'opinions sur la santé (consommations de tabac, d'alcool, sentiment d'information, pratiques sportives, utilisation du préservatif, etc.) et des déterminants de ces comportements ou opinions (facteurs sociodémographiques, représentations sur la santé, etc.)

Les Baromètre Santé de l'ASS-NC fournissent ainsi des informations et des analyses statistiques aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Une de ses finalités est de contribuer à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé.

Depuis 2010, quatre Baromètres Santé ont été réalisés par l'ASS-NC : le Baromètre Santé Adulte 2010, le Baromètre Santé Jeune 2014, le Baromètre Santé Adulte 2015 ainsi que le Baromètre Médecins Généralistes 2016. L'ensemble des rapports et articles sont téléchargeables sur le site internet de l'ASS-NC, rubrique « Etudes et Recherches » (<https://www.ass.nc/etudes-et-recherches/barometres-sante/barometre-sante-adulte-2015>).

Au cours de l'année 2018, aucune nouvelle enquête Baromètre Santé n'a eu lieu. En revanche, le prochain Baromètre Santé Jeune se déroulera en 2019.

## 2 – Baromètre Santé Jeune 2019

La santé et le bien-être des jeunes sont des questions essentielles, non seulement pour les jeunes, mais pour la société en général. Les jeunes représentent une population particulière et leur état de santé est une préoccupation constante en matière de santé publique. Il est important que la santé des jeunes soit considérée dans son sens le plus large, englobant le bien-être physique, social et émotionnel, et que, conformément à la perspective de l'OMS, la santé soit reconnue comme une ressource pour la vie quotidienne, et pas seulement en l'absence de maladie. La recherche sur la santé des enfants doit donc examiner les aspects positifs de la santé et du bien-être, ainsi que les facteurs de risque des problèmes de santé et des maladies. De nombreux comportements inhérents aux modes de vie des jeunes peuvent affecter directement ou indirectement leur santé à court ou à long terme : par conséquent, il convient de mesurer un large éventail de variables comportementales.

C'est dans ce cadre que l'ASS-NC a mis en place en 2014 le premier Baromètre Santé Jeune permettant d'améliorer nos connaissances sur la santé et les comportements en santé des jeunes. Ce Baromètre Santé doit être répété tous les 5 ans, avec une méthodologie comparable, afin de fournir des évolutions des principaux indicateurs populationnels en matière de comportements de santé. L'ASS-NC entreprend donc pour la seconde fois cette enquête transversale multithématique auprès des jeunes scolarisés en NC en adoptant une perspective de recherche sociale plutôt que biomédicale, qui consiste à étudier les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Les contextes et les relations de la famille, de l'école et des pairs, ainsi que l'environnement socio-économique dans lequel les jeunes grandissent, sont explorés pour permettre

de comprendre les caractéristiques de la santé et les comportements liés à la santé observés chez les adolescents.

L'objectif principal du Baromètre Santé Jeune est d'améliorer nos connaissances sur la santé et les comportements en santé des jeunes scolarisés (collèges et lycées) en NC.

De manière plus spécifique, le Baromètre Santé Jeune permet :

- de capitaliser des données sanitaires et élaborer des indicateurs populationnels qui décrivent les comportements et croyances en santé de la population cible ;
- de croiser ces indicateurs en fonction des données socio-démographiques pour identifier des groupes à risque ou des facteurs associés ;
- d'estimer la prévalence de certaines maladies ou problèmes de santé publique ;
- de suivre l'évolution à 5 ans de ces indicateurs ;
- de renforcer les capacités d'analyses des déterminants de santé, afin d'appuyer ou d'adapter les orientations des politiques publiques et des programmes de prévention.

Les travaux sur l'élaboration de l'enquête Baromètre Santé Jeune 2019 ont commencé en septembre 2018. Il s'agit d'une enquête transversale à visée descriptive dont la collecte des données aura lieu de juillet à octobre 2019 auprès d'un échantillon aléatoire de la population des jeunes scolarisés dans le second degré. L'enquête aura lieu sur l'ensemble du territoire de la NC.

Soucieuse de partager ce projet et d'élargir la réflexion avec d'autres acteurs institutionnels de santé publique du territoire, l'ASS-NC a constitué un comité de pilotage. Celui-ci a été réuni pour la première fois le 16 novembre 2018 afin de discuter des points méthodologiques importants (stratégie de communication, outil et mode de recueil, questionnaire...). De plus, sept groupes de travail, constitués d'experts dans chaque thématique, ont été réunis en novembre et décembre 2018 afin de construire le questionnaire qui sera utilisé pour l'enquête (choix des questions les plus pertinentes).

## **3 – Autres études ou activités du programme**

### **3.1 – Enquête sur les pratiques de gestion de la douleur dans le traitement préventif des rechutes de RAA, en NC, en 2018.**

Cette enquête, réalisée avec le programme RAA de l'ASS-NC, a fait l'objet d'un article publié dans le Bulletin Médical de NC et disponible sur le site de l'ASS-NC.

#### **3.1.1 Objectifs**

L'objectif principal de cette enquête est de décrire les pratiques actuelles des équipes médicales et paramédicales du secteur public et des médecins généralistes du secteur privé concernant les méthodes de gestion de la douleur utilisées dans l'antibioprophylaxie injectable du RAA en NC en 2018. Il s'agit d'une démarche compréhensive dont les prolongements prévus sont l'évaluation de l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées ;
- d'estimer la proportion de professionnels de santé utilisant la lidocaïne et déterminer le mode d'administration, les raisons et les circonstances de son utilisation ;
- d'informer et d'impliquer les professionnels de santé pour une future étude sur l'évaluation de l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

### 3.1.2 Matériels et méthodes

#### *Schéma et site de l'étude*

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale dont la collecte de données s'est déroulée du 22 mai au 6 juillet 2018 auprès de médecins et infirmiers. Elle a lieu sur l'ensemble du territoire de la NC.

#### *Population d'étude*

La population d'étude est composée de :

- l'ensemble des médecins et infirmiers exerçant dans les 31 CMS des trois Provinces de la NC ;
- l'ensemble des médecins hospitaliers exerçant dans les services de pédiatrie et de médecine interne du CHT (ont été exclus : les autres services hospitaliers ainsi que l'ensemble du personnel infirmier hospitalier qui ne sont pas susceptibles de réaliser des injections d'antibioprophylaxie) ;
- l'ensemble des médecins libéraux suivant au moins un patient atteint par le RAA (ont été exclus les médecins libéraux n'ayant aucun patient suivi en longue maladie RAA).

Aucun échantillonnage n'a été réalisé, l'ensemble des médecins et infirmiers au sein de la population source ont été contactés.

L'effectif total de la population source totale recensée est de 354 professionnels de santé dont les caractéristiques sont présentées dans le Tableau 1.

#### *Recueil des données*

Les données ont été recueillies sur une durée de 6 semaines *via* un questionnaire auto-administré consultable en ligne. Le questionnaire se compose de trois parties : consentement, caractéristiques professionnelles et pratique en matière de gestion de la douleur. Le temps de passation du questionnaire était estimé à 5 min.

### 3.1.3 Résultats

#### *Taux de participation, représentativité des répondants et description de l'échantillon*

##### *Taux de participation globale*

**Le taux de participation globale s'élève à 29% (n=104).**

##### *Représentativité des répondants*

Nous observons une surreprésentation des infirmiers ainsi qu'une sous-représentation des médecins libéraux dans notre échantillon par rapport à la population-cible.

Les taux de participation varient fortement en fonction des provinces. Ces différences entraînent une surreprésentation des professionnels de santé des îles Loyauté qui représentent près de 31% des répondants contre seulement 18% de la population-cible (cf. Tableau 1).

	Répartition de la population cible	Répartition des répondants	Taux de participation
<b>Genre</b>			
Homme	47 %	38 %	23 %
Femme	53 %	62 %	35 %
<b>Statut</b>	<b>p &lt; 0.05</b>		
Infirmier	40 %	56 %	41 %
Médecin public	23 %	18 %	23 %
Médecin libéral	37 %	26 %	21 %
<b>Province</b>	<b>p &lt; 0.01</b>		
Province des îles Loyauté	18 %	31 %	51 %
Province Nord	21 %	13 %	19 %
Province Sud	61 %	56 %	27 %
<b>Total</b>	<b>100% (n=354)</b>	<b>100% (n=104)</b>	<b>29 %</b>

Tableau 1 : Répartition de la population cible et des répondants et taux de participation en fonction du sexe, du statut professionnel et de la province

L'interprétation des résultats présentés ci-dessous doit tenir compte des différences observées entre la population-cible et la population des participants mais également des liens existants au sein de l'échantillon entre les variables socio-professionnelles (ceux-ci pouvant introduire des facteurs de confusion dans les analyses univariées). Un redressement de l'échantillon ainsi que des analyses multivariées n'ont pas été jugés pertinents, à la vue du faible effectif.

#### *Suivi de patients avec injections de BZT*

La première question permettait de sélectionner, pour la suite du questionnaire, seulement les professionnels de santé déclarant suivre actuellement au moins un patient recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA.

A la question « suivez-vous actuellement des patients recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA ? » :

- **94% (n=98) des professionnels de santé interrogés ont répondu « Oui »**
- 5% (n=5) ont répondu « Non »
- 1% (n=1) a répondu « Ne se prononce pas »

Dans la suite du document sont présentés les résultats des professionnels suivant au moins un patient recevant des injections de BZT en prévention des rechutes de RAA (n=98).

#### *Douleur et traitement*

Plus d'un professionnel de santé sur deux (53%, IC95% [43 ; 63]) a déclaré avoir rencontré, au cours des douze derniers mois, au moins un patient en rupture de traitement à cause de la douleur (Figure 1) et près de 9 professionnels sur 10 (87%, IC95% [78 ; 92]) ont le sentiment que la douleur est un problème dans l'adhésion au traitement préventif des rechutes de RAA (Figure 2).

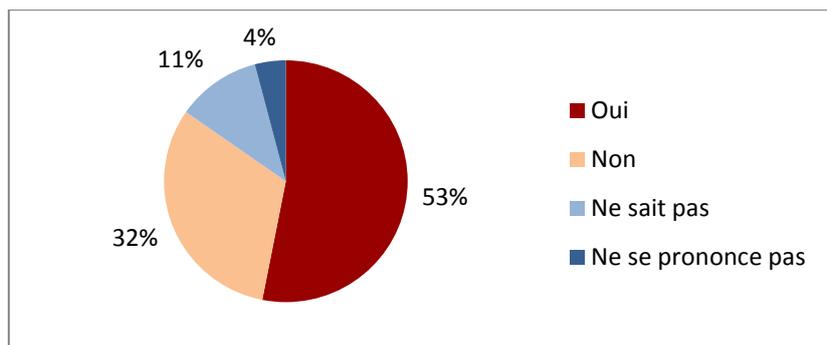


Figure 1 : Répartition des réponses à la question "avez-vous rencontré, au cours des douze derniers mois, au moins un patient en rupture de traitement BZT à cause de la douleur ?" (n=98)

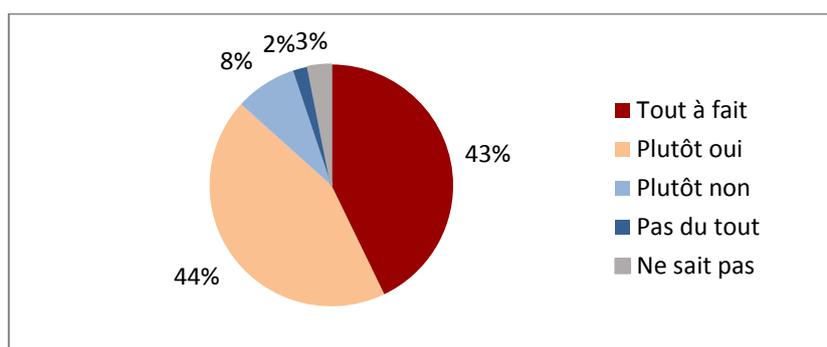


Figure 2 : Répartition des réponses à la question "Avez-vous le sentiment que la douleur est un problème dans l'adhésion au traitement préventif des rechutes de RAA ?" (n=98)

### *Méthodes de gestion de la douleur utilisées lors des injections*

Les méthodes de gestion de la douleur les plus souvent utilisées ou prescrites au cours des douze derniers mois sont :

- la lidocaïne/xylocaïne utilisée par 62%, IC95% [52 ; 72] des professionnels de santé
- le pack de glace utilisé par 60%, IC95% [50 ; 70] des professionnels de santé
- le Méopa utilisé par 48%, IC95% [38 ; 58] des professionnels de santé
- les antalgiques utilisés par 26.5%, IC95% [18 ; 37] des professionnels de santé (parmi les 26 professionnels utilisant des antalgiques, 25 ont cité le paracétamol et une personne a cité le tramadol).

D'autres méthodes non médicamenteuses de gestion de la douleur, qui ne figuraient pas dans les propositions de réponses du questionnaire, ont également été citées par 27,6%, IC95% [19 ; 38] des enquêtés. On retrouve principalement des techniques basées sur la relation soignant-soigné et l'accompagnement du patient dans son individualité : méthodes de relaxation (sophrologie, exercices de respiration, hypnose, musique ...), attention portée à l'accueil du patient (mise à l'aise du patient, bon relationnel, environnement calme, positionnement du patient assis/debout ...), distraction (films, jeux ou dessins pour les enfants...) mais aussi des astuces dans la préparation et la manière d'injecter (agitation énergique de la préparation, injection plus ou moins lente, diminution de la quantité de liquide, ...) et l'utilisation d'Emla patch.

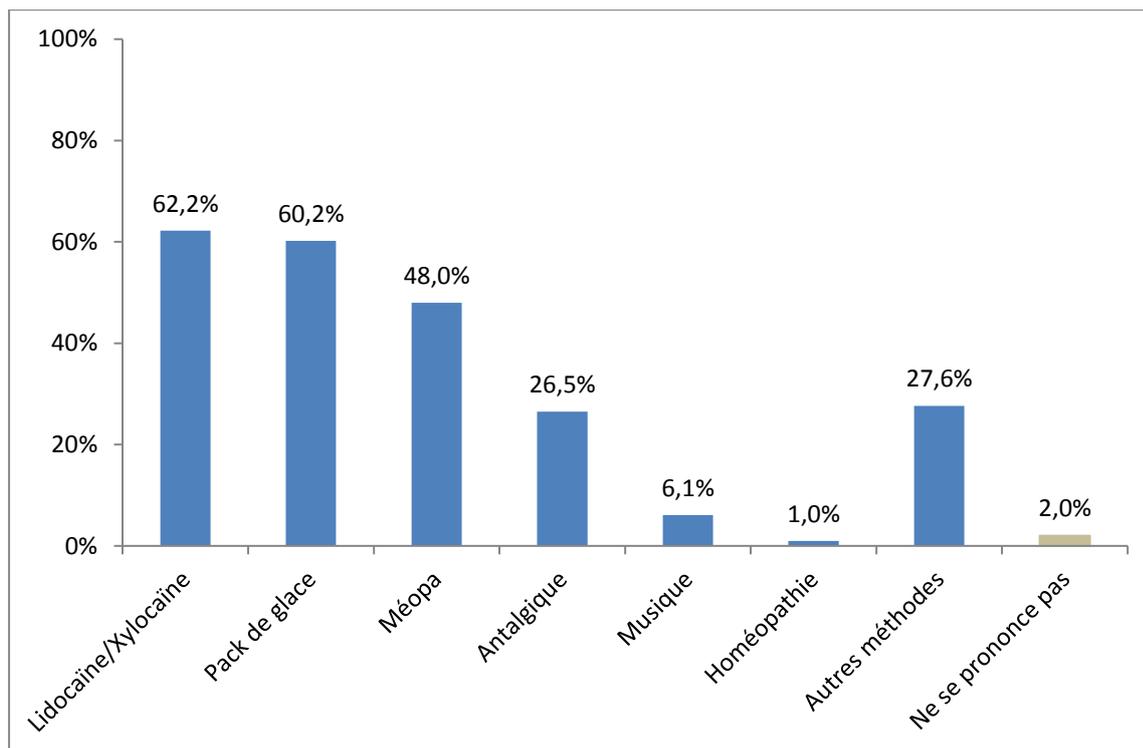


Figure 3 : Pourcentage de professionnels de santé déclarant avoir utilisés chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois (n=98)

Sachant d'une part, que la Province des Iles Loyauté est surreprésentée dans l'échantillon des répondants et que les professionnels de santé de cette province utilisent moins souvent la lidocaïne (cf. Figure 5 ci-dessous) et, d'autre part, que les médecins libéraux sont sous-représentés et utilisent plus souvent la lidocaïne, (cf. Figure 4), on peut supposer que la prévalence d'utilisation de lidocaïne est en réalité plus élevée que 62%.

Si l'on regroupe les méthodes dites médicamenteuses (lidocaïne, Méopa, antalgique et EmlaPatch) et les méthodes dites non médicamenteuses (pack de glace, musique, homéopathie et autres méthodes citées), les professionnels de santé sont :

- 61%, IC95% [51 ; 71] à déclarer utiliser au moins une des deux méthodes
- 28%, IC95% [19 ; 38] à utiliser seulement des méthodes médicamenteuses
- 9%, IC95% [5 ; 17] à utiliser seulement des méthodes non médicamenteuses
- 2%, IC95% [0 ; 8] à ne pas s'être prononcés

### *Statut*

Le statut professionnel semble influencer les méthodes de gestion de la douleur utilisées (cf. Figure 4). Les médecins libéraux sont 84%, IC95% [63 ; 95] à utiliser ou prescrire la lidocaïne contre 57%, IC95% [43 ; 70] des infirmiers et 47%, IC95% [25 ; 70] des médecins du secteur public. Les packs de glace et antalgiques sont plus souvent cités par les professionnels de santé du secteur public et le Méopa est exclusivement utilisé dans ce secteur.

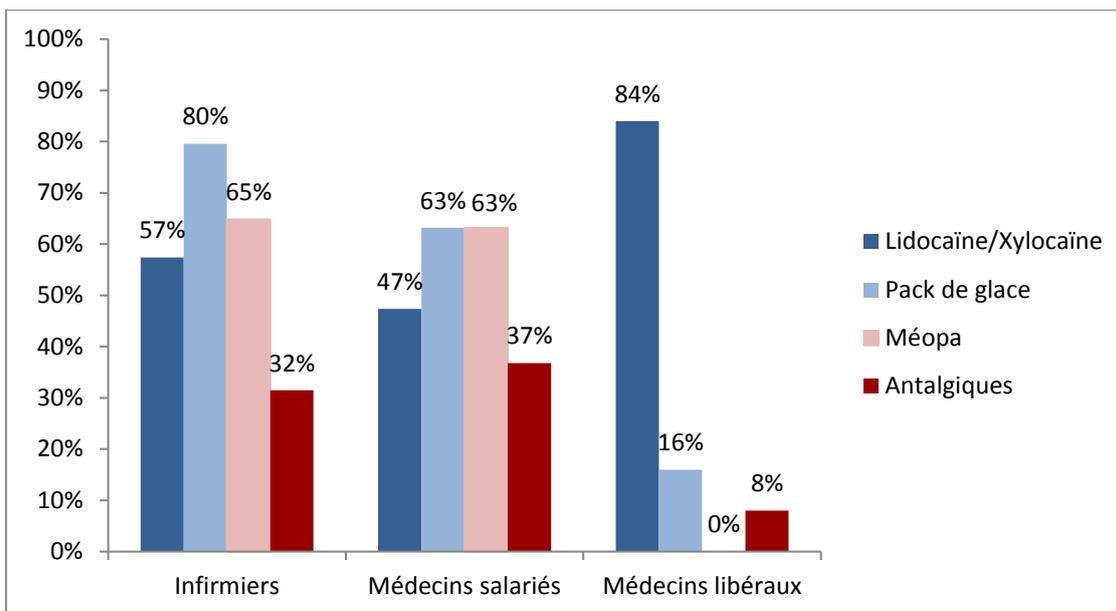


Figure 4 : Proportion de professionnels de santé déclarant avoir utilisé ou prescrit chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois, par statut professionnel (n=98)

### Province

En province Nord, 92%, IC95% [62 ; 100] des professionnels de santé utilisent la lidocaïne lors des injections. Ils sont 66%, IC95% [52 ; 78] en province Sud et 44%, IC95% [27 ; 62] en province des Iles Loyauté (cf. Figure 5). Ces chiffres s'expliquent par le fait que la province Nord a mis en place un protocole encadrant l'utilisation de la lidocaïne courant 2017.

Dans les Iles Loyauté, les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées sont le pack de glace (78%, IC95% [60 ; 90]) et le Méopa (75%, IC95% [56 ; 88]).

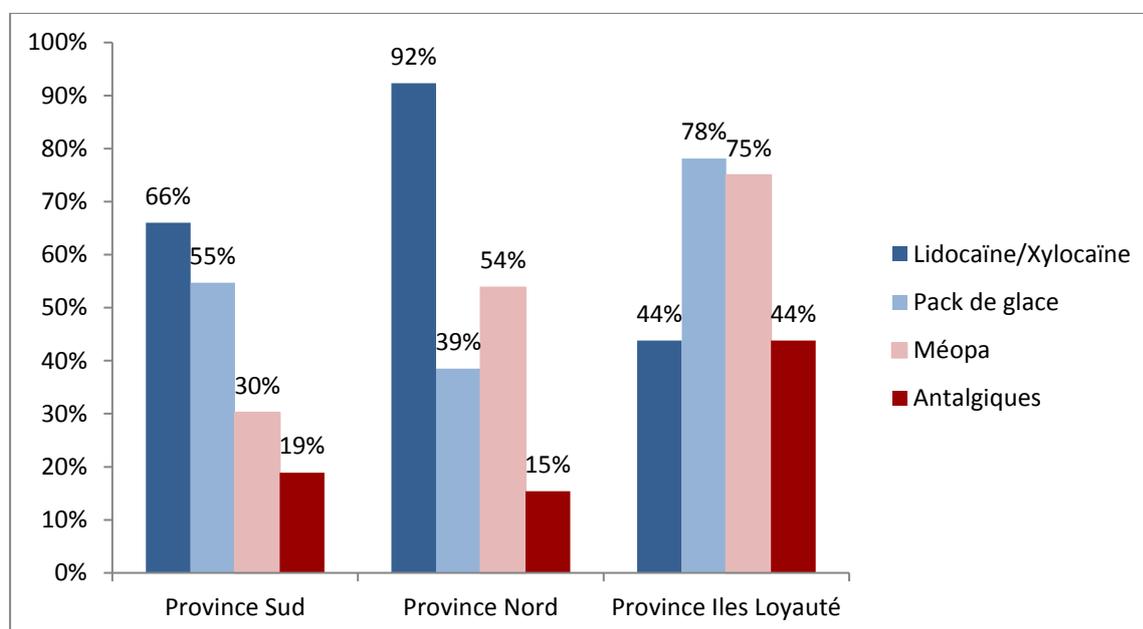


Figure 5 : Proportion de professionnels de santé déclarant avoir utilisé ou prescrit chaque méthode de gestion de la douleur au cours des douze derniers mois, par province (n=98)

### *Manière d'injecter la lidocaïne*

Parmi les professionnels de santé utilisant la lidocaïne :

- 50%, IC95% [38 ; 62] l'utilisent en pré-administration (avec la même aiguille laissée en place ou non)
- 33%, IC95% [22 ; 47] l'utilisent en remplaçant 1, 2 ou 3 cc du solvant par la lidocaïne
- 17%, IC95% [9 ; 29] des professionnels n'ont pas répondu précisément à la question et n'ont pas pu être classé dans une catégorie précise.

Rapporté à l'ensemble de la population enquêtée (utilisant ou non la lidocaïne, n=98), la proportion de professionnels de santé mélangeant la lidocaïne à la BZT s'élève donc à minima à 20 %.

### *Acceptation du traitement avec lidocaïne*

L'utilisation de la lidocaïne facilite l'acceptation de l'injection de BZT pour 95%, IC95% [85 ; 99] des professionnels de santé l'utilisant sans différence selon le sexe ou le statut.

### *Raisons de non-utilisation de lidocaïne*

Parmi les professionnels de santé n'ayant pas recours à la lidocaïne lors des injections de BZT (n=34, 3 n'ont pas répondu à la question), la principale raison de non-utilisation est pour 85%, IC95% [68 ; 94] d'entre eux le fait qu'il n'y a pas de protocole officiel ou pas d'AMM, qu'il existe une contre-indication du mélange ou qu'on leur a conseillé de ne pas le faire.

Douze pourcents d'entre eux, IC95% [4 ; 28] pensent que les autres techniques sont aussi efficaces que la lidocaïne et un médecin n'était pas sensibilisé au caractère douloureux de l'injection (injection réalisée par l'IDE).

### *Remarques diverses*

Les professionnels de santé avaient la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet en fin de questionnaire. Les résultats montrent que 3 thèmes principaux ressortent de ces remarques :

- la nécessité d'harmoniser les pratiques concernant l'utilisation de la lidocaïne sur le territoire (besoin d'une clarification sur les recommandations, de conseils sur les bonnes pratiques d'injection...)
- le fait que l'utilisation de la lidocaïne améliore la prise en charge de la douleur des patients (en référence à la question du chapitre 4.7)
- le fait que la douleur est propre à chaque patient et que les méthodes utilisées varient d'un patient à l'autre.

### **3.1.4 Conclusion**

Cette étude apporte de précieuses informations sur les pratiques des professionnels de santé en matière de gestion de la douleur dans le traitement préventif des rechutes de RAA. Elle met en avant le réel impact de la douleur sur l'observance au traitement et le vécu difficile de l'injection par les soignants.

Parmi les méthodes de gestion de la douleur les plus utilisées, la lidocaïne arrive en tête, et ce de façon encore plus importante chez les libéraux qui ne disposent pas en général du Méopa. De plus, son utilisation est très probablement sous-estimée aux vues des différences observées entre la population cible et celle des répondants. Après la glace, le Méopa et les antalgiques, et afin de répondre au mieux aux besoins de chaque patient, les professionnels privilégient la qualité de l'accueil et la relation avec le patient en s'orientant vers des méthodes dites non médicamenteuses. Si la lidocaïne est administrée à une très grande majorité des patients et ce, dès le début du parcours de soins, les besoins sont réévalués fréquemment par une partie des professionnels de santé. Enfin, cette étude montre qu'un certain nombre de professionnels de santé utilisent la lidocaïne et la Benzathine pénicilline G hors

AMM, en mélangeant les produits. A l'inverse, d'autres professionnels n'osent pas utiliser la lidocaïne au regard du protocole relatif à l'administration de Benzathine pénicilline G, rédigé par la DASS, l'ASS et les directions sanitaires provinciales en 2014.

Cette hétérogénéité des pratiques semble poser quelques difficultés de compréhension pour les patients et se traduire par des difficultés de prise en charge pour les soignants. Aussi ces derniers réclament une harmonisation des pratiques et une clarification des recommandations. Dans le prolongement de cette étude, le protocole relatif à l'administration de Benzathine pénicilline G a été révisé en prenant en compte les méthodes de gestion de la douleur les plus fréquemment citées dans cette étude, et en intégrant la possibilité d'utiliser la lidocaïne en pré-administration, en deux injections successives. L'objectif étant d'harmoniser les pratiques des professionnels de santé, dans le respect des AMM, et en prenant en compte la problématique de la gestion de la douleur.

Certains répondants ont également mis l'accent sur l'importance de l'accompagnement du patient dans sa relation propre à la douleur pour favoriser l'acceptation du traitement. Dans cette perspective, il semble primordial de prendre en compte son vécu pour mieux comprendre les contraintes de la maladie au quotidien. Ce sera l'objet d'une prochaine étude qui aura pour ambition d'évaluer l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients.

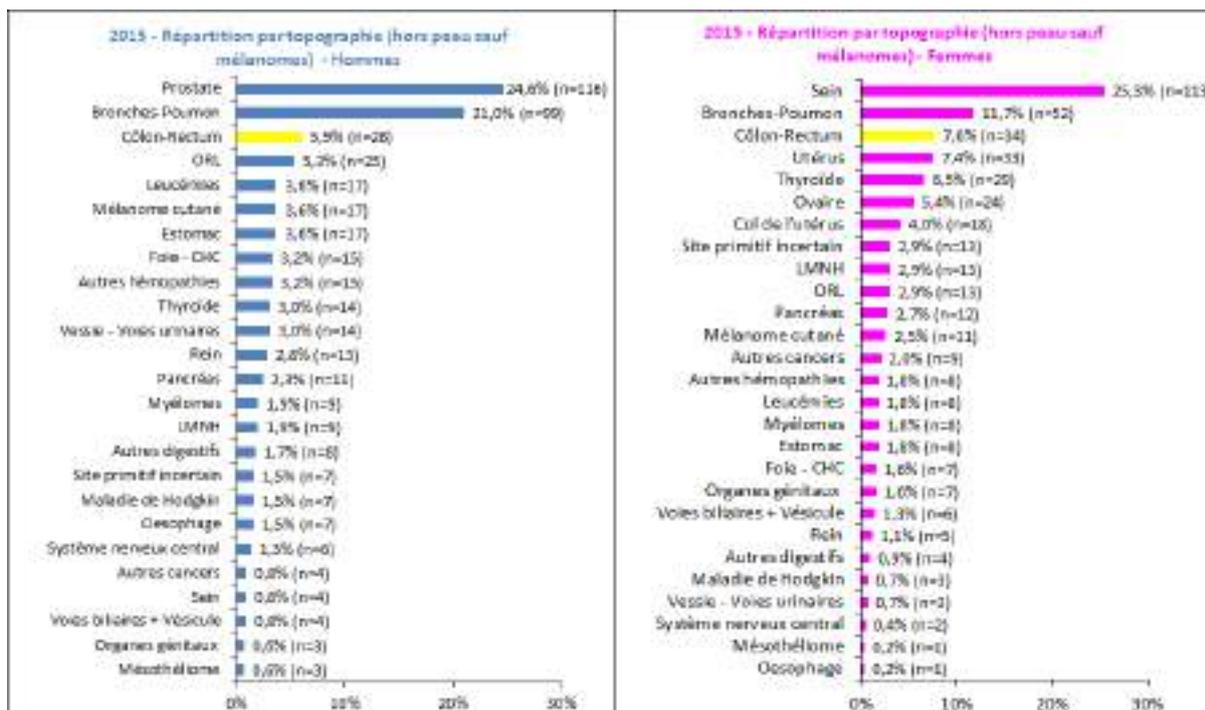
## **3.2 – Etude de faisabilité du dépistage organisé du cancer colorectal en NC**

L'ASS-NC a conduit cette première étude de faisabilité d'un dépistage organisé du CCR en NC. La promotion des habitudes de vie saines (activité physique, alimentation, alcool, tabac) doit jouer un rôle important dans une politique de lutte contre ce cancer. La prévention du CCR rejoint d'autres préoccupations importantes de santé publique en NC, notamment la lutte contre l'obésité et les addictions (alcool et tabac). Plusieurs études comparatives randomisées à travers le monde ont montré une baisse de l'incidence et de la mortalité dues au CCR à la suite de la mise en place d'un programme de dépistage organisé par recherche de sang occulte dans les selles suivi d'une coloscopie si le test est positif, ce qui en fait la méthode de référence. La stratégie optimale de dépistage en NC dépendra principalement de la capacité d'absorber une augmentation du nombre de coloscopies à la suite de la mise en place d'un tel programme. Un programme de dépistage doit également être accessible à tous les groupes ethniques et à toutes les zones géographiques du Territoire afin d'éviter d'accroître les inégalités.

Cette étude peut être consultée dans son intégralité et téléchargée sur le site internet de l'ASS-NC ([www.ass.nc/etudes-et-recherches/barometres-sante/depistage-organise-du-cancer-colorectal](http://www.ass.nc/etudes-et-recherches/barometres-sante/depistage-organise-du-cancer-colorectal)).

### **3.2.1 La place du dépistage dans la lutte contre le CCR**

A l'heure actuelle, il n'existe pas de dépistage organisé du cancer colorectal en NC. Le seul dépistage pratiqué est opportuniste et concerne, soit une file active de quelques personnes à risque élevé ou très élevé de CCR, soit certains individus présentant un risque standard de CCR parmi la population générale, dans le cadre d'une démarche personnelle. Le cancer colorectal est le quatrième cancer le plus fréquent dans la population néo-calédonienne. Le nombre de cas diagnostiqués a plus que triplé en 30 ans, se stabilisant aux alentours de 70 cas par an aujourd'hui.

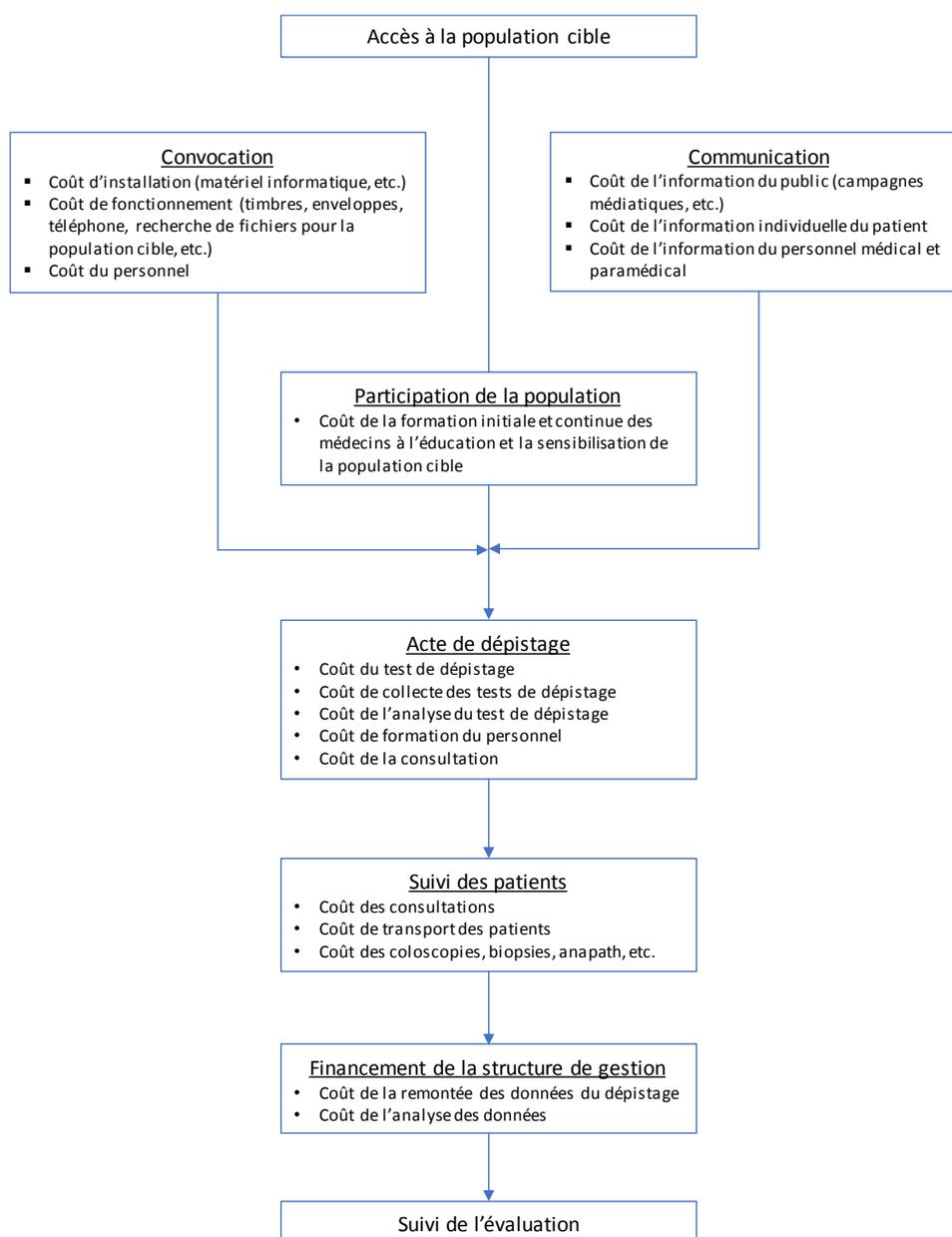


**Figure 1** : Répartition des cancers par topographies selon le sexe (Source : Registre du cancer de NC)

Le CCR réuni, dans l'absolu, les conditions préalables à la mise en place d'un dépistage organisé au sein d'une population avec un risque moyen de survenue. Des programmes de dépistage organisé du CCR, de différentes modalités stratégiques et techniques, sont aujourd'hui conduits un peu partout dans le monde, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande et en France métropolitaine.

Le cancer colorectal est donc une maladie qui se prête à une intervention de dépistage intégrée à une politique globale de lutte au cancer colorectal.

- L'histoire naturelle du cancer colorectal et sa probabilité élevée de guérison, lorsqu'il est diagnostiqué et traité à un stade précoce, en fait une cible pertinente pour le dépistage.
- Lorsqu'il est mis en œuvre dans un programme organisé, le dépistage doit s'intégrer aux autres piliers de la lutte contre le cancer que sont la prévention primaire, les traitements et les soins palliatifs.
- En cela, la prévention du CCR rejoint d'autres préoccupations importantes de santé publique en NC, notamment la lutte contre l'obésité et les addictions (alcool et tabac). Elle occasionne aussi de moindres coûts et contribue à la lutte contre d'autres pathologies importantes.



**Figure 2** : Etapes d'un programme de dépistage organisé du cancer colorectal (coûts directs) [Adapté de : Brown J et Buxton M. 1998]

### 3.2.2 La pertinence du dépistage du CCR en NC

- En NC, le CCR se situe au 3<sup>e</sup> rang chez les hommes et au 3<sup>e</sup> rang chez les femmes.
- Le dépistage doit distinguer deux populations qui ne sont pas touchées au même titre par le CCR. Le groupe des personnes avec un risque très élevé ou élevé qui est principalement composé de syndromes génétiques et de lien de parenté avec des personnes diagnostiquées avec un cancer colorectal. La population avec un risque moyen qui renvoie quant à elle aux autres personnes asymptomatiques âgées de 50 ans et plus.
- Les guides de pratique clinique internationaux recommandent que les personnes à haut risque de CCR soient évaluées pour préciser leur niveau de risque et qu'elles subissent des examens de dépistage et de surveillance par coloscopie. Plusieurs études internationales ont démontré que le dépistage opportuniste, comme c'est le cas en NC ne rejoint pas adéquatement les personnes à haut risque.

- La NC devrait mettre en place un système d'information permettant aux personnes diagnostiquées avec un CCR d'y inscrire les membres de leur famille. Ces derniers pourraient ainsi recevoir l'information adéquate sur leur niveau de risque et sur les recommandations cliniques. Les membres de la famille d'une personne diagnostiquée pourraient également s'y inscrire directement.
- Les plus récentes données scientifiques montrent que la mortalité par CCR peut être réduite par un dépistage par RSOSi effectué tous les deux ans chez les personnes à risque moyen âgées de 50 à 74 ans. Les personnes avec un résultat positif doivent subir une coloscopie pour la confirmation diagnostique.
- La confirmation diagnostique par coloscopie peut entraîner des complications. Dans plus de la moitié des cas, la coloscopie ne décèle aucune anomalie. Elle détecte un polype dans 30 à 40 % des cas et un cancer dans 8 % des cas. Le risque de complications est de l'ordre de 1 à 4,5 pour 1 000 coloscopies réalisées. Le risque de décès est estimé entre 1 pour 18 000 coloscopies et 1 pour 10 000 coloscopies.
- La recommandation du médecin de famille semble être un déterminant majeur de l'intention de participer.

**Tableau 1** : Nombre de décès potentiellement évités en fonction du taux de participation à un dépistage organisé du CCR

Cohorte 50-74 ans (au 1ier Janvier 2017)	Cohorte annuelle (test RSOS tous les 2 ans)	Taux de Participation	Cohorte en fonction du taux de participation	Nbre de décès par CCR évité par an
58 431	29 216	30 %	8 764	14
		40 %	11 687	19
		50 %	14 608	23
		60 %	17 530	28
		70 %	20 451	33
		80 %	23 373	37
		90 %	26 294	42

### 3.2.3 Les enjeux éthiques

Un programme de dépistage est un choix de la collectivité qui repose sur une démarche individuelle d'adhésion. Dans ce cadre, le questionnement éthique réside dans la balance entre le bénéfice recherché par la collectivité et l'exercice de la liberté individuelle.

La communication sur le dépistage doit donc inclure :

- Une information juste et compréhensible sur les bénéfices et les risques, soutenir le processus de décision individuelle et promouvoir la contribution de saines habitudes de vie liées à la diminution du risque du CCR.
- Une politique globale de lutte contre le CCR qui priorise ses actions et le déploiement de ses ressources pour assurer 1) l'accessibilité aux services diagnostiques et thérapeutiques pour les personnes symptomatiques et diagnostiquées, 2) l'offre de dépistage aux personnes avec une histoire familiale de cancer colorectal et 3) un programme de dépistage des personnes à risque moyen.
- L'affectation des ressources à un éventuel programme de dépistage ne doit pas être préjudiciable aux personnes qui ont besoin des mêmes services de soins (coloscopies, traitements du cancer, gastroentérologie, etc.).
- Par souci d'équité, tous les individus, qu'ils soient participants au programme de dépistage ou non, doivent bénéficier de services de même qualité et de performance.



**Figure 3** : Stratégie de dépistage du CCR (Adapté de : Haute Autorité de Santé, France, 2017)

### 3.2.4 Un projet pilote est-il nécessaire ?

S'il est décidé à s'orienter vers un programme de dépistage organisé, la première action à poser est de réaliser, ou non, un projet pilote.

- Malgré la population relativement faible de la NC à l'échelle mondiale, la détermination des caractéristiques cliniques de la population cible et l'organisation des services sont les deux principales spécificités qui doit être évaluées par un projet à échelle réduite avant de procéder au déploiement d'un programme à l'ensemble de la population.
- La définition du projet pilote et l'analyse des résultats devront être supervisées par un comité scientifique indépendant.
- Le projet pilote doit permettre d'évaluer la viabilité du cadre de référence, la capacité d'ajustement des services de santé et les différentes modalités d'un programme de dépistage par RSOS bisannuelle suivie d'une coloscopie si le résultat est positif.

Les objectifs du projet pilote auraient pour but de :

- Déterminer l'efficacité des procédures organisationnelles.
- Evaluer l'efficacité des méthodes d'invitation au dépistage et de distribution des kits de dépistage.
- Evaluer l'efficacité des procédures d'information sur la qualité de la décision des participants.
- Déterminer la performance (participation, positivité, détection) et les avantages de gestion du/des laboratoire/s d'analyse des kits RSOSi (standardisation, assurance qualité, implication sur les ressources).
- Mesurer les coûts générés afin de réaliser une analyse coûts-efficacité spécifique au contexte de la NC et au cadre de référence proposé.

**Tableau 2** : Estimations des coûts associés à un programme de dépistage en NC en fonction du kit immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) utilisé (Magstream, FOB Gold ou OC Sensor).

Taux de participation	Nombre annuel de tests RSOSi	Coûts annuels en fonction du kit RSOSi utilisé			Coûts annuels d'analyse des kits	Coûts annuels des consultations par les MG	Coûts des consultations par les MG si test positif*	Coûts annuels des coloscopies
		Magstream	FOB Gold	OC Sensor				
30 %	8 765	2 208 692	2 839 747	4 846 851	24 155 375	34 620 368	1 384 815	61 196 539
40 %	11 686	2 944 922	3 786 329	6 462 469	32 207 167	46 160 490	1 846 420	81 595 386
<b>50 %</b>	<b>14 608</b>	<b>3 681 153</b>	<b>4 732 911</b>	<b>8 078 086</b>	<b>40 258 959</b>	<b>57 700 613</b>	<b>2 308 025</b>	<b>101 994 232</b>
60 %	17 529	4 417 384	5 679 493	9 693 703	48 310 751	69 240 735	2 769 629	122 393 078
70 %	20 451	5 153 614	6 626 075	11 309 320	56 362 543	80 780 858	3 231 234	142 791 925
100 %	29 216	7 362 306	9 465 822	16 156 172	80 517 918	115 401 225	4 616 049	203 988 464

\* seuil de positivité de 4% ; Coûts en CFP

**Tableau 3** : Estimations du coût annuel des principaux actes de dépistage et de suivi en fonction du kit RSOSi utilisé et du taux de participation, pour un taux de positivité de 4 %.

Taux de participation	Coût annuel* (pour un seuil de positivité de 4%) - CFP		
	Magstream	FOB Gold	OC Sensor
30 %	125 844 598	126 475 652	128 482 757
40 %	167 792 797	168 634 203	171 310 343
<b>50 %</b>	<b>209 740 996</b>	<b>210 792 754</b>	<b>214 137 929</b>
60 %	251 689 195	252 951 305	256 965 515
70 %	293 637 394	295 109 856	299 793 100
100 %	419 481 992	421 585 508	428 275 858

\* inclus les coûts des kits RSOSi, des analyses des kits, des consultations primaires par les médecins généralistes (MG), des consultations par les MG si le test est positif et des coloscopies. Hors coûts d'hospitalisation et de transport. Calcul effectué avec l'hypothèse de 50% de coloscopies simples et 50% de coloscopies avec une ablation de polype et examen anatomopathologique.

### 3.2.5 La faisabilité d'un programme organisé

Les ressources nécessaires pour organiser un programme de dépistage ne pourront pas être précisés avant d'avoir obtenu les résultats du projet pilote. Cependant, la faisabilité d'un programme populationnel de dépistage du CCR est aussi conditionnelle à la résolution des difficultés rencontrées actuellement dans les services cliniques. Celles-ci se manifestent essentiellement dans l'offre de service en coloscopie et, dans une moindre mesure, en première ligne et dans les laboratoires de pathologie.

- Avant la mise en place d'un programme de dépistage du CCR en NC, il sera nécessaire de régler les questions actuelles concernant l'accessibilité notamment pour les populations de Brousse et des Iles. Un programme de dépistage doit être accessible à tous les groupes ethniques dans toutes les zones géographiques du Territoire afin d'éviter d'accroître les inégalités.
- Un éventuel programme doit être structuré de façon à soutenir l'activité des professionnels de la santé et en prenant en charge le plus de tâches administratives et organisationnelles possible.
- Le médecin de famille pourrait jouer un rôle central dans le dépistage des personnes à haut risque afin d'évaluer la nature du risque, en informer le patient et l'orienter vers les services cliniques appropriés. Le médecin de famille devrait être informé de la décision de participation de ses patients à un programme de dépistage et recevoir systématiquement les résultats des tests et des examens.
- Les critères de qualité et d'uniformité de la performance des tests de RSOS ne pourront être atteints qu'avec un seul laboratoire central, voire deux par précaution de redondance.
- La capacité en coloscopie semble actuellement insuffisante en NC et la stratégie optimale de dépistage dépend principalement de la capacité d'absorber une augmentation d'environ 25% du nombre de coloscopies à la suite de la mise en place d'un tel programme.
- Un programme de dépistage du CCR chez les personnes à risque moyen nécessitera un cadre de référence détaillé.
- La direction et la coordination doivent être assurées par une structure centrale.
- Le programme devrait structurer un système d'information pour la collecte, la redistribution et l'analyse des données cliniques et organisationnelles.

Les informations recueillies et compilées dans ce rapport révèlent trois scénarios possibles et spécifiques à la NC :

**Scénario 1 :**

Ne pas mettre en place un dépistage organisé mais se concentrer sur le dépistage opportuniste actuel et en améliorer l'efficacité.

**Scénario 2 :**

Mettre en place une étude pilote permettant une analyse fine des besoins, notamment pour les populations ayant un accès aux soins plus difficile (Brousse et Iles) avant un déploiement éventuel sur tout le Territoire.

**Scénario 3 :**

Mettre en place progressivement un dépistage organisé sur tout le Territoire.

### 3.3 – Enseignement et Formation

Des cours magistraux d'épidémiologie (répartition, fréquence, gravité des états pathologiques, population, statistiques, enquête, indicateurs...) sont réalisés à l'IFPSS pour l'UE Santé Publique et Economie de la Santé par la statisticienne-épidémiologiste du programme.

### 3.4 – Appui technique pour les autres programmes de l'ASS-NC

- Préparation de l'étude « consommation d'alcool et grossesse en NC 2019 ». Cette étude est pilotée par l'équipe projet Do Kamo. La coordination de la mise en œuvre et le suivi des enquêtes au sein des maternités sont confiés au Réseau Périnatal de NC. L'équipe baromètre santé de l'ASS NC apporte un appui scientifique à l'élaboration du protocole et à l'analyse des résultats.
- Participation au comité de pilotage de l'enquête sur les conditions de vie des jeunes au collège (Observatoire de la Réussite Scolaire).
- Préparation de l'évaluation territoriale 2019 de l'état buccodentaire et staturopondéral des enfants de 6, 9 et 12 ans en NC.
- Production d'indicateurs pour le programme RAA et amélioration de la base de données de la plateforme.
- Production d'indicateurs pour le programme de dépistage des cancers féminins dans le cadre de son évaluation.

## 4 – Projets pour 2019

- Réalisation du Baromètre Santé Jeune 2019.
- Préparation du Baromètre Santé Adulte 2020.
- Pour donner suite à l'étude de faisabilité du dépistage organisé du cancer colorectal en NC une étude d'impact va être réalisée en collaboration avec l'équipe projet Do Kamo, le service de gastro-entérologie du CHT, le registre du cancer de la DASS et l'ASS-NC. Cette étude d'impact est axée sur 1) la mise en place d'un registre de suivi des personnes à risques et 2) la mise en place d'une étude qui va permettre d'identifier des obstacles socio-culturels à la mise en place du programme, notamment dans les zones hors de Nouméa, et ainsi faciliter l'accès au dépistage dans ces zones.