

*L'agence sanitaire et sociale de la NC est un établissement public engagé dans une mission de service public, dédiée au mieux-être et à la préservation de la santé de tous les calédoniens.*

*Les expertises qualitatives qu'elle réunit et le fonds documentaire de prévention et de la promotion de la santé, unique en NC, lui permettent de fédérer et de coordonner sur le plan territorial, des programmes de santé et de prévention. Le processus de concertation multi sectorielle et multi partenariale qu'elle orchestre, en fait aujourd'hui un acteur majeur de la promotion de la santé et de la prévention en NC.*

Les **programmes** de santé et de prévention de l'ASS-NC :

- Addictologie (tabac, alcool, cannabis)
- Santé orale (hygiène bucco-dentaire)
- Cancers féminins (sein et col de l'utérus)
- Centre d'éducation
- Diabète
- Rhumatisme articulaire aigu
- Pathologies de la surcharge pondérale
- Tuberculose
- VIH/SIDA et IST
- Enquête baromètre santé

Quelques **chiffres significatifs** (2014)

**47** collaborateurs

**3** localisations (dont une sur Koné)

**41 078 724 843** F CFP perçus par l'ASS-NC

**1 365 002 971** F CFP dédiés pour la prévention



Editorial du président du conseil d'administration	4
Entretien avec le docteur Bernard Rouchon, directeur	5
<b>L'ASS-NC en bref</b>	<b>7</b>
Ses missions	7
Ses forces vives	8
Ses atouts et les moyens mis en place pour remplir ses missions	9
<b>Son mode d'administration</b>	<b>10</b>
Son organisation générale	10
Son conseil d'administration	12
<b>Son mode de financement et sa situation financière</b>	<b>13</b>
Les recettes de l'ASS-NC	13
La présentation générale de l'exécution du budget 2014	14
<b>Ses programmes de prévention et de promotion de la santé</b>	<b>17</b>
Programme de prévention et de soins en addictologie	23
Programme de promotion de la santé orale	36
Programme de dépistages organisés des cancers féminins (sein et col)	48
Centre d'éducation	66
Programme diabète	72
Programme de prévention primaire des pathologies de surcharge pondérale	78
Programme de prévention du rhumatisme articulaire aigu	98
Programme de prévention de la tuberculose	105
Programme de prévention du VIH/SIDA et des IST	109
Enquête Santé : Baromètre Jeunes	122

# Editorial du président du conseil d'administration



*« Lutter contre le surpoids et l'obésité, véritable fléau ; Financer la solidarité : minimas retraite et personnes âgées, l'aide au logement, l'équilibre des régimes sociaux ; Poursuivre le financement du grand chantier du Médipôle de Koutio et de l'hôpital de Koné. »*

L'année 2014 a été marquée notamment par les élections provinciales qui ont entraîné une modification de présidence et un renouvellement presque complet du conseil d'administration de l'ASS-NC.

J'ai ainsi l'honneur de présider ce conseil d'administration pour la première fois et j'ai pu découvrir un établissement aux missions multiples dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

Quelques temps forts pour cette année 2014 :

- L'ASS-NC s'était fortement engagée aux côtés des services du gouvernement précédent dans la réflexion et les propositions de réglementation devant entrer dans le cadre du plan ISA (Informer Sensibiliser Agir en addictologie).  
Le nouveau gouvernement a souhaité poursuivre la démarche en faisant entrer la réflexion sur le plan ISA dans le cadre plus général d'assises de la santé dont le travail devrait démarrer au premier trimestre 2015. L'ASS-NC a par ailleurs poursuivi son travail de proximité en prévention, soins et réinsertion en addictologie.
- Le programme de prévention primaire des pathologies de surcharge qui avait fait l'objet d'une évaluation en 2012 a été reformulé lors d'un séminaire multi sectoriel en début d'année 2013. Il a été présenté avec le plan ISA à l'OMS lors de l'atelier sur les pathologies non transmissibles d'Auckland en septembre et discuté en octobre en Polynésie Française en présence d'experts métropolitains, québécois et néo-zélandais. Ce plan ambitieux de plus de soixante actions regroupées au sein de quatre axes stratégiques a été mis en phase d'application et a reçu une demande forte des élus du conseil en fin d'année pour des actions encore plus soutenues en 2015.
- Le premier baromètre de santé « jeunes » a pu être réalisé au sein des établissements scolaires secondaires de la NC.

L'ASS-NC a également poursuivi, en 2014, son implication dans l'animation et la coordination des multiples programmes de prévention, tels que les programmes sur la santé orale (hygiène bucco-dentaire), le rhumatisme articulaire aigu (RAA), les infections sexuellement transmissibles (IST), les dépistages des cancers féminins, etc.

Elle a maintenu son soutien financier aux réseaux de soins : « ONCO » (association d'oncologie de NC), « RESIR » (réseau de l'insuffisance rénale), « Naître en NC » (réseau périnatal), etc.

Le financement des dépenses relatives au minimum vieillesse et au complément retraite a pu être poursuivi grâce au renouvellement de l'affectation de la contribution de solidarité additionnelle (CSA), en attente d'un financement pérenne de ces dépenses sociales.

Parallèlement, le financement pour la construction de nos établissements hospitaliers se poursuit. Les travaux pour le Médipôle de Koutio avancent à grands pas. Concernant l'Hôpital de Koné, le prestataire en conception/réalisation a été choisi en 2014 et les travaux devraient débuter au cours du premier semestre 2015.

En conclusion, l'ASS-NC est devenue, depuis sa création en 2006, un acteur incontournable de la promotion de la santé. Elle rencontre de nouveaux challenges dans le développement des programmes de prévention en lien étroit avec les autres collectivités, avec lesquelles cette compétence est aujourd'hui partagée.

Au nom de l'ensemble du conseil d'administration, je souhaite saluer l'engagement et la qualité du travail accompli par tous les collaborateurs de l'ASS-NC.

Monsieur Bernard DELADRIERE,  
Membre du gouvernement de la NC  
Président du conseil d'administration

# L'année 2014 vue par Dr Bernard Rouchon, directeur de l'ASS-NC



## Synthèse des activités de prévention 2014 de l'ASS-NC et actions nouvelles prévues pour 2015

Les actions de prévention ou de promotion de la santé développées par l'agence sont, sauf exception, des actions de fond, soient-elles de coordination et d'animation, ou de financement des programmes.

Le financement alloué à ces opérations représente un budget « prévention » dans lequel tous les achats et actifs immobiliers ainsi que la totalité des salaires et charges de l'ensemble du personnel de l'agence sont comptabilisés.

Jusqu'à présent, ce budget « prévention » dont la limite a été posée par le conseil d'administration à 1,2 milliard, soit environ un tiers du rendement de la TAT3S, n'avait jamais été l'objet d'affectation/consommation totale.

Afin de démontrer la capacité de l'agence à répondre à son objectif de financement des infrastructures hospitalières, différentes études d'ingénierie financière ont été effectuées et il a été acté qu'une augmentation de 3% par an des dépenses de prévention à compter de 2015 était possible sans remettre en cause sa participation sur ces projets hospitaliers.

L'effort de prévention qui a déjà sensiblement augmenté en 2014 est proposé à son plus haut niveau financier pour 2015, intégrant pour la première fois l'augmentation de 3% portant le budget prévention, à 1 milliard 236 millions.

Une synthèse thématique des réalisations 2014 et des projets émergents 2015 est présentée ci-après.

### Prévention des pathologies de surcharge, programme « mange mieux bouge plus »

A la suite du Séminaire d'élaboration du programme de prévention des pathologies de surcharge qui s'est tenu en début d'année 2013, de profondes modifications de l'architecture du programme sont intervenues.

Un nouvel axe à part entière, relatif au développement de l'activité physique et sportive s'est créé ainsi qu'une coordination des professionnels de santé autour du dépistage précoce et de la prise en charge de l'obésité.

En effet, l'obésité et son précurseur, la surcharge pondérale concernent plus de 53% de la population calédonienne. Il est intéressant de constater que si la prise en charge des pathologies entraînées (diabète, hypertension) est excellente techniquement et financièrement

(100% LM), la prise en charge de leurs états précurseurs (surcharge pondérale, obésité) est peu développée.

Un projet pilote de cette prise en charge a donc été travaillé avec les syndicats de médecins libéraux et la CAFAT. Ce projet doit démarrer en mars 2015. Si les résultats sont positifs, il pourra être exporté au secteur libéral sur une plus large échelle. Dans le premier temps, c'est l'agence qui va rémunérer l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le projet.

Le partenariat avec le CTOS s'est renforcé en ce qui concerne le développement de l'activité physique et sportive. Le CTOS a pu recruter un nouveau collaborateur dont l'action se concentre sur cette activité grâce à un complément de subvention de l'agence. Ce partenariat se développera probablement avec la création du label « Sport Santé » au sein de clubs pilotes en 2015.

Deux campagnes de communication majeures ont été élaborées en 2014, l'une sur l'alimentation et le sel, l'autre sur l'activité physique.

En fin d'année, un séminaire sur les impacts des politiques publiques pour améliorer l'offre alimentaire a été organisé et a tracé la voie d'un important travail à finaliser afin de rendre l'environnement des calédoniens plus favorable tout en prenant en compte les contraintes des industriels locaux.

Une montée en charge des opérations de communication associées à des actions de proximité est prévue pour 2015 : trois guides « mange mieux bouge plus » en milieu professionnel, une étude sur la consommation réelle de sel, l'aménagement pilote des escaliers de l'immeuble de l'agence pour les stagiaires du centre d'éducation et pour le bien-être de la majorité de ses salariés, ainsi qu'un projet pilote de promotion de la santé alimentaire à domicile sont les points forts du développement 2015.

### Promotion de la santé orale, programme « mes dents, ma santé »

Les résultats de l'enquête de santé orale des jeunes calédoniens ont été publiés. Cette enquête rendue possible grâce à la mise en place d'un partenariat de recherche de trois ans avec l'université de Clermont Ferrand a permis d'aboutir à la construction du premier programme de promotion de la santé orale calédonien.

Un canevas de priorités de santé publique doit se développer sur une échelle territoriale sur les cinq prochaines années.

Certains des développements de ce programme, dont l'extension du projet de scellement de sillons au-delà de la désormais célèbre caravane bucco-dentaire dont le revêtement extérieur doit être refait après 7 ans, expliquent l'augmentation du budget bucco-dentaire qui vient compléter l'effort de prévention du programme de pathologies de surcharge.

## Santé sexuelle

Les suites de l'évaluation du plan à moyen terme N° 5 de prévention du VIH/SIDA/IST (PMT 5) ont donné lieu à la réalisation d'un séminaire d'élaboration du programme suivant qui s'est tenu en 2014. 70 personnes sont venues construire les fondations du prochain programme sur la base de la théorie d'action, outil de programmation en santé publique utilisé dans le monde depuis une trentaine d'années. C'est la première fois que cet outil est utilisé en Calédonie de manière formelle. De nombreux partenaires nouveaux se sont révélés et au-delà des difficultés maintenant récurrentes de pilotage dues à la multiplicité des partenaires et des compétences, une réserve de subvention est prévue au budget 2015 afin de pouvoir alimenter des appels à projet sur des actions nouvelles de ce programme.

## Addictions

L'agence qui était par ailleurs très impliquée dans le travail initié et coordonné sur le plan addictologie ISA (Informer Sensibiliser Agir) par la précédente équipe du gouvernement a poursuivi son action importante en prévention, soins et réinsertion en addictologie.

D'importants travaux d'aménagement ont été effectués au centre de soins de la rue de la république, alors que de la place était libérée grâce au transfert des équipes de prévention dans des locaux plus vastes et fonctionnels de l'immeuble Gallieni.

Pour autant, le fonctionnement de l'addictologie qui représente déjà plus d'un quart du budget total de la prévention, n'a pas connu d'augmentation importante et il n'en est pas prévu non plus en 2015 sans l'approbation par le Congrès du plan ISA revisité, dont les politiques publiques qui le portent devraient permettre, outre un changement de représentation attendu, la mise en place de nombreuses actions de prévention et de soins grâce à une augmentation des taxes affectées à un fonds spécifique addictions.

## Education thérapeutique

Au sein de l'agence, les équipes du Centre d'Education Diabétique et Diététique (CEDD) ont proposé une prise en charge éducative aux patients porteurs de Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Ce projet BPCO qui répond à une demande de l'ensemble des pneumologues publics et privés, et surtout de leurs patients, est un parfait exemple de collaboration public/privé.

Ce projet pour l'heure encore pilote, basé sur une offre de diététicien, de professeur d'activité physique adaptée, de psychologue et d'infirmier, est monté grâce à un recours à de la prestation de service. Après évaluation des résultats et des besoins exacts en expertise, une phase d'installation avec création de postes est envisagée.

Le centre est donc tout naturellement devenu le centre d'éducation (CE) de l'agence sanitaire, il a gagné en périmètre de recrutement tout en gardant son expertise reconnue sur le diabète.

Il n'est donc pas prévu de développement particulier en dehors des projets pilotes (BPCO et adultes en surpoids) pour 2015. En effet c'est cette équipe qui prendra en charge les personnes présentant un surpoids et dépistées par leur médecin traitant et désirant diminuer leurs facteurs de risques.

## Rhumatisme articulaire aigu

L'action sur le Rhumatisme Articulaire Aigu se poursuit, s'améliorant, sans besoins supplémentaires particuliers. En effet sont reconduits en 2015, le dépistage des cardiopathies rhumatismales en milieu scolaire, le suivi du registre des patients, la formation des professionnels de santé et la prévention primaire en milieu scolaire

## Dépistage des cancers féminins

### Le cancer du sein

En 2013, la deuxième campagne de dépistage du cancer du sein se concluait avec des taux de participation augmentés de plus de quinze points atteignant 74% sur Ouvéa et une moyenne territoriale de 64%. L'objectif est toujours de dépasser la barre des 70% et surtout d'atteindre les femmes qui n'ont pas de suivi médical régulier par ailleurs. L'adhésion des femmes montre une bonne adéquation des dispositifs à leur motivation.

L'un des mammographes de l'agence doit être renouvelé en fin d'année 2014. Plutôt que de changer le deuxième et le placer au sein d'une structure où il serait peu utilisé en dehors des missions de radiologue, il a été fait le choix d'investir quelques millions de plus, et mettre cet appareil neuf dans une structure mobile. Cette mobilité permettra de mieux répondre aux difficultés de transport que connaissent les femmes de la grande terre en particulier celles de la province Nord.

### Le cancer du col de l'utérus

En tout début année 2013, les élus du congrès ont modifié la délibération relative au fonds de compensation en santé publique permettant la prise en charge des frottis de dépistage en tiers payant quelle que soit la couverture sociale. Cette modification a permis de vraiment rendre universelle l'invitation au dépistage du cancer du col, le dispositif précédant (datant de 1994) ayant montré ses limites.

La première campagne est presque terminée avec un taux de participation supérieur (37%) aux objectifs fixés à 30%. Une étude de la population des femmes ayant présenté un cancer du col ces cinq dernières années montre un pourcentage très important de femmes n'ayant jamais réalisé un frottis de dépistage ou bien très en dehors des normes de périodicité recommandées.

## Ses missions

Cette étude du CHT confirme les observations faites ailleurs qui montrent une amélioration de la participation au dépistage dans les premières années de mise en place, puis une stagnation avec une population résiduelle qui ne se fait pas dépister et semble en même temps présenter des facteurs de risques importants.

Cette population par ailleurs n'a pas accès à la vaccination si elle n'est pas organisée.

Sur la base de la réglementation votée par le Congrès, nous proposons de suivre les recommandations métropolitaines et de prendre en charge l'organisation de cette vaccination en milieu scolaire.

Cette organisation centralisée demande bien sûr un financement important et nouveau. Ce financement doit être pondéré du fait des engagements possibles des caisses CAFAT et AMG à participer à l'effort d'achat du vaccin qui représente le plus gros poste budgétaire de cette activité.

### Etudes/Baromètres

La phase terrain du Baromètre Jeunes a pu être réalisée malgré quelques retards. Les résultats seront disponibles au deuxième semestre 2015.

Le questionnaire du Baromètre Adultes est en phase de finalisation et la phase terrain se fera au troisième trimestre 2015, une fois les données du recensement connues afin de permettre l'échantillonnage.

Cette phase terrain sera réalisée en direct à l'aide de prestataires de service. Son coût élevé est justifié par l'échantillonnage et la qualité des personnes qui seront recrutées pour administrer le questionnaire et faire les mesures physico-chimiques. C'est la suite logique du baromètre de santé 2010.

Une collaboration avec la DAVAR et l'ERPA a été mise en place depuis le début d'année sur une étude de suivi de consommation alimentaire, une étude sur le sel doit aussi être réalisée.

Enfin, un baromètre des comportements des professionnels de santé (médecins) face aux problématiques de prévention est en cours d'élaboration.

Dr Bernard ROUCHON  
Directeur de l'ASS-NC

L'ASS-NC est un établissement public de la NC. Elle a été mise en place par la délibération n°264 du 23 novembre 2001 du Congrès. Elle a été modifiée par la délibération n°189 du 31 mai 2006 qui encadre la mission de financement des structures hospitalières, précise et renforce la mission de prévention. La délibération n°361 du 18 janvier 2008 a permis quant à elle l'intégration du Centre d'Education Diabétique et Diététique (aujourd'hui devenu Centre d'Education) à l'ASS-NC.

L'article 2 de la délibération mentionne :

« L'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie a pour objet, dans le respect des compétences des diverses collectivités de Nouvelle-Calédonie en matière sanitaire et sociale, de faciliter la garantie du droit à la santé pour tous au travers d'un niveau adapté de protection sociale. Cet objet qui s'inscrit en accompagnement des objectifs prioritaires de la politique sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie concerne, notamment, l'offre de soins hospitaliers, les actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire de la Nouvelle-Calédonie, les objectifs de protection sociale. »

### Participation aux actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire via :

- L'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique.
- L'émission de recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé.
- La coordination des programmes prioritaires de la NC.

### Soutien à l'offre hospitalière de soins :

- Le financement et le suivi des investissements hospitaliers conformément aux dispositions de la carte sanitaire, aux schémas d'organisation sanitaire et aux plans de financement arrêtés par le Congrès.
- Le financement des contrats d'objectifs conclus entre la NC et les établissements hospitaliers ou les organismes de protection sociale.

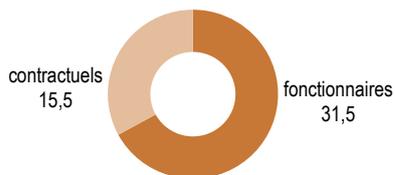
### Facilitation de la garantie du droit à la santé pour tous, accompagnement des objectifs de protection sociale :

- Aide au financement de la CAFAT.
- Financement du RHPA (Régime Handicap et Perte d'Autonomie).
- Financement de l'augmentation des minima vieillesse et complément retraite.

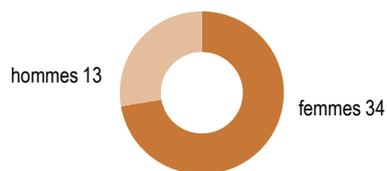
# Ses forces vives en 2014

47 collaborateurs

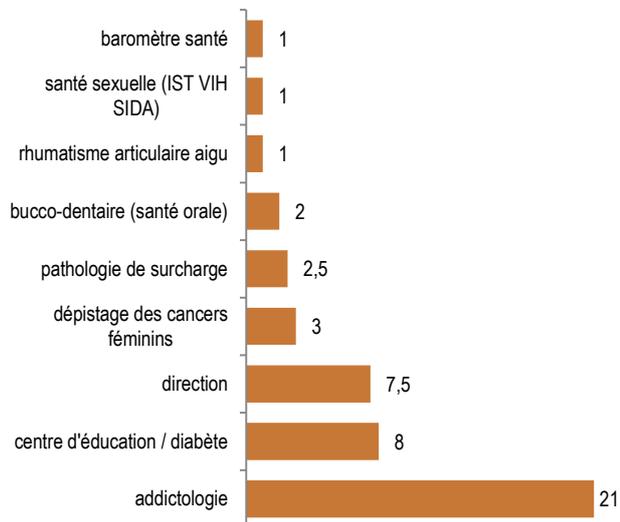
## Diversité des statuts



## Structuration par sexe

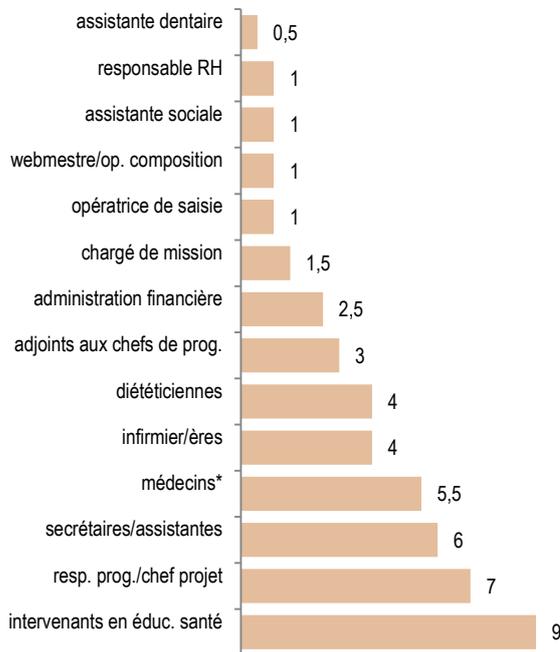


## Segmentation par programme



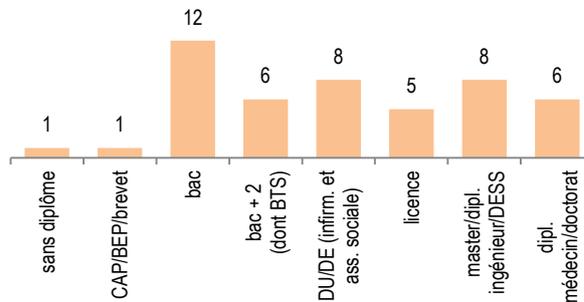
A rajouter : le programme tuberculose avec le directeur en tant que responsable médical.

## Structuration par métier/fonction occupé(e)

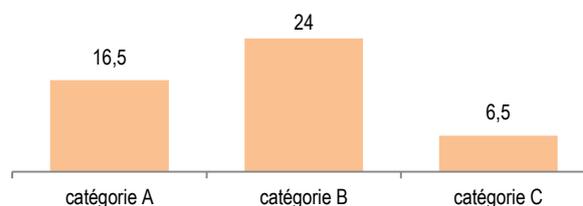


\*dont le directeur

## Structuration par niveau de diplôme



## Structuration par catégorie



En 2014, les agents de l'ASS-NC ont bénéficié de 94 formations hors thèse, pour 40 agents bénéficiaires. Un agent a validé un doctorat de faculté durant son année de stage, cinq agents du centre de prévention et de soins en addictologie ont obtenu leur D.U. d'addictologie.

En plus de ses 47 salariés, l'ASS-NC fait appel à des prestataires de service, par exemple :

- Addictologie : un médecin tabacologue, un médecin généraliste, une psychologue, une diététicienne et une troupe de théâtre ;
- Santé orale : des chirurgiens-dentistes ;
- Cancers féminins : des radiologues, un cadre manipulateur en radiologie, une opératrice de saisie ;
- Diabète : des médecins ophtalmologues et endocrinologues, des orthoptistes, des podologues, des diététiciennes, des infirmières, des professeurs d'activité physique adaptée, des psychologues ;
- Rhumatisme articulaire aigu : des médecins cardiologues, des infirmières, une chargée d'étude, des agents de préventions, une opératrice de saisie ;
- Santé sexuelle : des agents de prévention en santé, un enquêteur santé.

A noter également :

- Le recrutement de contrat à durée déterminée pour des surcroits d'activité ou des séminaires.
- Le demi-poste de psychiatre, ici comptabilisé comme un poste occupé par un salarié de l'ASS-NC mais qui est en fait lié à une convention signée avec le CHS.
- Les stagiaires reçus à l'ASS-NC en 2014 :
  - trois stagiaires dans le cadre du D.U. d'addictologie,
  - un stagiaire de l'école de gestion et de commerce (EGC) en ressources humaines,
  - trois stagiaires de BTS diététique,
  - deux stagiaires de deuxième année de BTS en économie sociale et familiale,
  - un stagiaire en 3ème année de licence en ingénierie santé,
  - un stagiaire de la MIJ,
  - un stagiaire en 3ème année de soins infirmiers,
  - un stagiaire infirmier,
  - deux stagiaires de master 1 en santé publique
  - deux stagiaires en master 2, l'un en santé publique et environnement et l'autre en statistique et traitement de données.

## Ses atouts et les moyens mis en place pour remplir ses missions

### Ses atouts :

Sa dimension territoriale, le niveau de qualité de ses expertises internes, de son réseau de partenaires et d'experts calédoniens, métropolitains et internationaux, constituent ses principaux atouts.

### Les moyens mis en place :

- Constitution de ressources documentaires spécialisées sur les pratiques du domaine de la prévention et de la promotion de la santé à la disposition des professionnels, des médias et des associations.
- Volonté d'établir pour chaque action des critères de qualité, d'impact et d'évaluation.
- Développement et diffusion de référentiels de bonnes pratiques en matière de prévention en santé publique.
- Conception, production et coordination des campagnes et supports de communication liés aux programmes de prévention menés.
- Participation active aux actions de prévention, aux recherches et études en rapport avec ses missions, menées dans la région Pacifique.
- Mise en place de conventions de partenariat (INPES Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire, Université de Clermont Ferrand, CPS Secrétariat de la Commission du Pacifique, INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).



# Son mode d'administration

## Son organisation générale

### DIRECTION

**directeur**  
bernard rouchon  
**responsable administratif et financier**  
christian viallis  
**webmestre/opératrice de composition**  
nancy klingler  
**épidémiologiste**  
philippe corsenac

**secrétaire**  
weena penehata  
**assistante comptable**  
natacha hamblin\*  
**chargé du budget**  
abel gope  
**responsable ressources humaines**  
hélène nugues

### PROGRAMME ADDICTOLOGIE

**responsable de programme**  
patrice hoarau  
**chef de projet  
prévention/réinsertion**  
catherine cataldo

#### UNITE PREVENTION

**secrétaire**  
haimoana toto  
**intervenants éducation santé**  
armelle de rancourt, aurélie rollot,  
lorraine dupuis, nathalie hecq,

**relais de prévention Nord**  
irmin tiavouane

#### UNITE SOINS ET LIAISON

**référente cadre de santé**  
dominique moreau  
**secrétaire médicale**  
claire donneger  
**médecins**  
marianne pin\*, pierre henri genty,  
philippe gicquel/estelle nataf  
**infirmiers**  
agnès germain, oliver schillé,  
vanessa top  
**assistante sociale**  
cathy gopoea

#### DISPOSITIF REINSERTION SOCIALE

**assistante socio-éducative**  
jeannette kaparin  
**éducatrice de santé**  
christine jean de dieu

#### DECLIC

**secrétaire**  
laurence vautravers  
**psychologue**  
emmanuel rivet  
**éducateurs de santé**  
aurélie gonzalez

### PROGRAMME DIABETE

**responsable de programme**  
dominique mégraoua

#### CENTRE D'EDUCATION

**médecin généraliste**  
marianne pin\*  
**infirmière d'éducation**  
armelle ruffin  
**diététicienne**  
pierrette morand  
**secrétaire-coordinatrice**  
christelle chatellard  
**diététiciennes itinérantes**  
isabelle descamps  
/benjamine briaud  
elise brion, marie quantin

#### ACCUEIL - RESEAUX

**secrétaire**  
natacha hamblin\*

### PROGRAMME DEPISTAGE CANCERS FEMININS

**chef de projet**  
loïc broquart  
**coordonnatrice du  
dépistage du cancer du col**  
sonia sorel  
**assistante-accueil**  
amandine gattet  
/sandrine muller

### PROGRAMME RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

**chef de projet**  
nina guillot

### PROGRAMME PATHOLOGIES DE SURCHARGE

**chef de projet**  
isabelle raobelina  
**assistant**  
dick forest

NB :

- certains postes ont fait l'objet de succession d'agents
- \*temps partiel

## PROGRAMME SANTE ORALE

**chef de projet**  
hélène pichot

**chef de projet caravane**

karine noyant  
**assistante dentaire**  
delphine sivera/isabelle faatoa  
/lisa rutily

## PROGRAMME VIH/SIDA/ IST

**chef de projet**  
gwendal boursicot

## ENQUETE BAROMETRE SANTE

**chef de projet**  
isabelle virem



# Son conseil d'administration

Selon la délibération n°264 du 23 novembre 2001 portant création de l'ASS-NC, modifiée par les délibérations n°189 du 31 mai 2006 et n°361 du 18 janvier 2008, l'administration de l'ASS-NC est confiée à un conseil d'administration présidé par le président du gouvernement ou son représentant.

**Le conseil d'administration est composé de 11 membres :**

- 5 représentants de la NC désignés par le gouvernement dont un membre du gouvernement ou son représentant, président, et quatre membres du Congrès, ou leur représentant
- le président de l'assemblée de la Province Sud ou son représentant
- le président de l'assemblée de la Province Nord ou son représentant
- le président de l'assemblée de la Province des Iles Loyauté ou son représentant
- le directeur de la CAFAT ou son représentant
- le président du conseil de l'ordre des médecins de la NC ou son représentant
- 1 personnalité qualifiée désignée par le gouvernement de la NC



**AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE**  
de la Nouvelle-Calédonie

## En 2014

11 membres dont la composition nominative a été fixée par l'arrêté n° 2014-3733/GNC du 16 décembre 2014 :

### Représentants de la NC :

En qualité de membre du gouvernement de la NC :

Monsieur Bernard Deladrière, président

### En qualité de membre du congrès de la NC :

Monsieur Philippe Dunoyer, ou Madame Sutita Sio Lagadec, sa représentante

Monsieur Grégoire Bernut, ou Monsieur Thierry Santé, son représentant

Monsieur Jacques Lalié, ou Madame Henriette Hmaé, sa représentante

Madame Yvanna Bouanou, ou Mme Monique Poithily, sa représentante

### Membres représentant les Provinces :

Monsieur Paul Neaoutyine, président de l'assemblée de la Province Nord ou son représentant

Monsieur Philippe Michel, président de l'assemblée de la Province Sud ou son représentant

Monsieur Néko Hnepeune, président de l'assemblée de la Province des Iles Loyauté ou son représentant

### Administrateurs désignés :

Monsieur Philippe Ouamba, Directeur de la CAFAT, ou son représentant

Monsieur Bruno Calendreau, Président du conseil de l'ordre des médecins de la NC, ou son représentant

Madame Vanessa Nicol, personnalité qualifiée, ou sa représentante, Madame Pascale Doniguan

# Son mode de financement et sa situation financière

L'agence sanitaire et sociale est un établissement public administratif de la NC créé par la délibération modifiée n°264 du 23 novembre 2001 (modifiée par la délibération n°189 du 31 mai 2006 et la délibération n°361 du 18 janvier 2008) qui a pour objet, dans le respect des compétences des diverses collectivités de NC en matière sanitaire et sociale, de faciliter la garantie du droit à la santé pour tous au travers d'un niveau adapté de protection sociale.

Cet objet qui s'inscrit en accompagnement des objectifs prioritaires de la politique sanitaire et sociale de la NC concerne notamment l'offre de soins hospitalière, les actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire de la NC, et les objectifs de protection sociale.

Pour exercer ses missions, l'ASS-NC dispose de subventions, dons et legs, emprunts, impôts et taxes affectés et de tous produits issus de son activité.

## Les recettes de l'ASS-NC

### La taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S)

Cette taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social, dénommée TAT ou TAT3S, est l'héritière de deux taxes plus anciennes aujourd'hui abrogées : la surtaxe sur les boissons alcooliques et les tabacs (TBA) ainsi que la cotisation spéciale sur les tabacs et les boissons alcooliques (CSTBA).

La taxe sur les alcools et tabacs en faveur du secteur sanitaire et social a été créée par la loi du pays n° 2001-14 du 13 décembre 2001, celle là même qui a abrogé la cotisation spéciale sur les tabacs et boissons alcooliques, pour une mise en application au 1er janvier 2002.

Jusqu'au 31 janvier 2009, elle était affectée pour 33 % à la CAFAT et pour 67 % à l'ASS-NC.

Depuis le 1er janvier 2010 elle est affectée pour 100 % à l'ASS-NC.

Son taux est fixé par le tarif douanier pour les alcools. Ce taux est inchangé depuis 2001, à savoir par exemple pour la bière et le vin de 12 F CFP/L, le champagne de 117 F CFP/L et le whisky de 390 F CFP/L.

Pour les tabacs, le taux qui avait été reconduit à 19,5 % en 2002 a été porté à 26 % en août 2005 par délibération n°79 du 15 juin 2005 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, à 32 % en mai 2006 par délibération n°179 du 29 mars 2006 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et sociale et à 36 % par délibération n°368 du 14 février 2008, associé à une augmentation du coefficient fiscal du tabac à rouler afin d'en augmenter le prix. L'arrêté 2011-31/GNC du 4 janvier 2011 augmente les prix de vente en gros et au détail du prix du tabac, cigare et cigarette et par conséquence, augmente le rendement de la taxe.

Compte tenu de cette révision de taux, la taxe sur les tabacs qui représentait 77 % de la TAT3S à sa création en 2002, en représente aujourd'hui plus de 85 %.

La forte augmentation de la TAT3S est bien corrélée à la taxe sur les tabacs et à son augmentation de taux. Par contre, la taxe sur les alcools, importés ou de fabrication locale, sans variation de taux, est quasiment stable.

Le rendement de la TAT3S pour l'ASS-NC est passé de 1,033 milliard de F CFP en 2005 à 1,755 milliard de F CFP en 2009 sous l'effet des augmentations des taxes sur le tabac. Il est passé à 3,564 milliards en 2010 sous l'effet conjugué de l'affectation des 100 % de la taxe et d'un effet spéculatif d'augmentation de l'achat de tabacs en décembre 2010 en prévision de l'augmentation de 2011.

En 2014 il est de **3 892 914 251 F CFP**.

### La subvention de la NC

En 2014, l'ASS-NC a également perçu une subvention de **5 122 000 000 F CFP** de la NC.

### La taxe de solidarité sur les services (TSS)

A compter du 1er janvier 2010, la recette de la TSS est affectée à l'ASS-NC.

D'un montant de **19 188 832 545 F CFP** en 2014, elle a été entièrement reversée.

### La contribution de solidarité additionnelle

Depuis l'année 2011, la contribution de solidarité additionnelle (CSA) est affectée à l'ASS-NC.

En 2014, d'un montant de **5 275 336 042 F CFP**, elle a également été entièrement utilisée.

### L'emprunt

En 2014, pour la première fois, un emprunt est réalisé, à hauteur de **7 599 642 005 F CFP**, pour le Médipôle de Koutio.

# Présentation générale de l'exécution du budget 2014

Budget prévisionnel et exécution, opérations d'ordre compris :

		Prévisions 2014	Réalisations 2014
<b>Investissements</b>	recettes	20 641 258 225	15 880 495 268
	dépenses	19 788 900 230	8 682 851 224
	résultat	852 357 995	7 197 644 044
<b>Fonctionnement</b>	recettes	34 911 078 770	33 477 582 838
	dépenses	34 911 078 770	30 062 796 348
	résultat	0	3 414 786 490
<b>Total</b>	recettes	55 552 336 995	49 358 078 106
	dépenses	54 699 979 000	38 745 647 572
	résultat	852 357 995	10 612 430 534

Le budget prévisionnel 2014 est arrêté en suréquilibre de 852 357 995 F CFP.

Son exécution a abouti à un résultat excédentaire de 10 612 505 330 F CFP.

Hors opérations d'ordre, le budget se présente comme suit :

Sections	Mandats émis	Titres émis	Reprise des résultats	Solde
Investiss.	8 682 851 224	15 880 495 268	-7 994 692 502	-797 048 458
Fonctionn.	30 062 721 552	33 477 582 838	2 221 890 898	5 636 752 184
<b>Total budget</b>	<b>38 745 572 776</b>	<b>49 358 078 106</b>	<b>-5 772 801 604</b>	<b>4 839 703 726</b>

**Note :** les opérations d'ordre comprennent les dotations aux amortissements qui sont des opérations comptables équilibrées en recette et en dépense, ainsi que les transferts entre sections (virement de la section de fonctionnement vers la section investissement). Ces opérations ne donnant pas lieu à transfert de trésorerie, elles n'apparaissent pas dans certains tableaux et graphiques où il est plus intéressant de connaître le montant réel des opérations.

Compte administratif (hors opérations d'ordre) :

	Total	TAT3S	TSS	CSA	Subvention NC	Emprunt
<b>MISSION SOLIDARITÉ</b>	<b>28 462 206 782</b>	<b>0</b>	<b>18 570 161 117</b>	<b>4 949 936 042</b>	<b>4 942 109 623</b>	<b>0</b>
• handicap et dépendance	4 994 022 446	0	2 349 022 446	0	2 645 000 000	0
• protection sociale	21 566 184 336	0	14 856 138 671	4 949 936 042	1 760 109 623	0
• aide au logement	1 902 000 000	0	1 365 000 000	0	537 000 000	0
<b>MISSION SANTÉ</b>	<b>10 001 216 982</b>	<b>1 457 503 549</b>	<b>618 671 428</b>	<b>325 400 000</b>	<b>0</b>	<b>7 599 642 005</b>
• prévention, veille et surveillance	1 365 002 971	1 039 602 971	0	325 400 000	0	0
• Médipôle de Koutio	8 517 542 583	417 900 578	500 000 000	0	0	7 599 642 005
• travaux hospitaliers privés	118 671 428	0	118 671 428	0	0	0
dépenses	38 463 423 764	1 457 503 549	19 188 832 545	5 275 336 042	4 942 109 623	7 599 642 005
recettes	41 078 724 843	3 892 914 251	19 188 832 545	5 275 336 042	5 122 000 000	0
recettes - dépenses	2 615 301 079	2 435 410 702	0	0	179 890 377	0

## Le financement des missions de solidarité :

Il s'agit du subventionnement d'associations et du fonds de handicap, du subventionnement de la CAFAT, des Provinces, et de l'aide au logement. Ces missions coûtent en 2014, hors opérations d'ordre, **28 462 206 782 F CFP**.

## Le financement des infrastructures hospitalières :

Le financement des investissements hospitaliers est réparti par les contrats de plan entre la NC, l'Etat et les établissements hospitaliers publics.

La part de la NC est prise en charge par l'ASS-NC qui a perçu à cet effet les 2/3 de la taxe sur l'alcool et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S) jusqu'en 2009, et sa totalité depuis 2010.

La NC fait l'avance de la totalité des opérations.

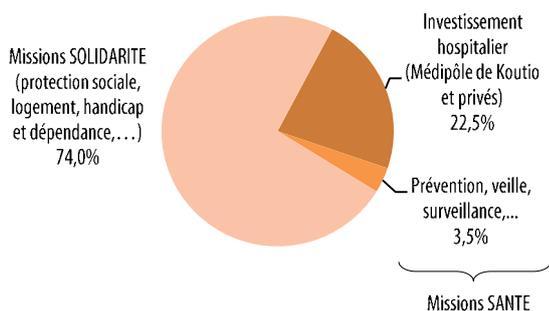
En 2014, les dépenses liées aux infrastructures hospitalières s'élèvent à **8 636 214 011 F CFP**, hors opérations d'ordre (dont 8 517 542 583 F CFP pour le Médipôle de Koutio) ; pour financer ces dépenses, aux 417 900 578 F CFP de la TAT3S s'est rajouté un emprunt de 7 599 642 005 F CFP ainsi que 500 000 000 F CFP de la TSS.

A noter qu'au 31 décembre 2014, le Médipôle de Koutio a bénéficié d'un cumul de remboursement de 23 204 695 941 F CFP.

## Le financement de prévention :

Les dépenses des missions de prévention, veille et surveillance s'élèvent, hors opérations d'ordre, en 2014 à **1 365 002 971 F CFP**.

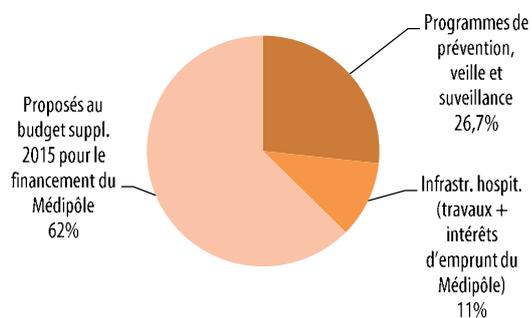
**Proportion des 38 463 423 764 F CFP de dépenses par mission :**



**Dépenses par financeur :**

► Dépenses financées par la TAT3S :

Programmes de prévention, veille et surveillance	1 039 602 971
Infrastructures hospitalières (remboursement des travaux + intérêts d'emprunt du Médipôle de Koutio)	417 900 578
Proposés au budget supplémentaire 2015 pour le financement du Médipôle de Koutio	2 435 410 702
<b>Total dépenses financées par la TAT3S</b>	<b>3 892 914 251</b>



► Dépenses financées par la TSS :

CAFAT	14 477 509 894
Convention (secteurs aidés, minima retraite)	14 375 183 036
FACTUR	102 326 858
Handicapés et personnes âgées (subvention et 10% TSS)	2 349 022 446
FSH Aide au logement	1 365 000 000
Reversement de la TSS aux travaux hospitaliers	618 671 428
Reversement à la NC de 2% de recettes de TSS	378 628 777
<b>Total dépenses financées par la TSS</b>	<b>19 188 832 545</b>

► Dépenses financées par la CSA :

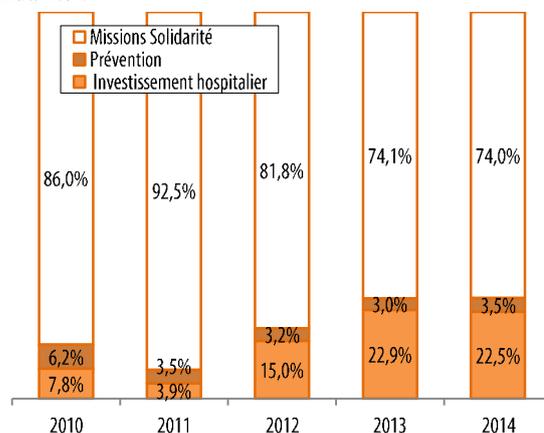
Minimum vieillesse provinces	2 406 750 838
Régime allocation familiales de solidarité de la CAFAT	2 150 000 000
Complément retraite solidarité	393 185 204
Subvention CHS	187 000 000
IPNC+ Registre Cancer	138 400 000
<b>Total dépenses financées par la CSA</b>	<b>5 275 336 042</b>

► Dépenses financées par la subvention de la NC :

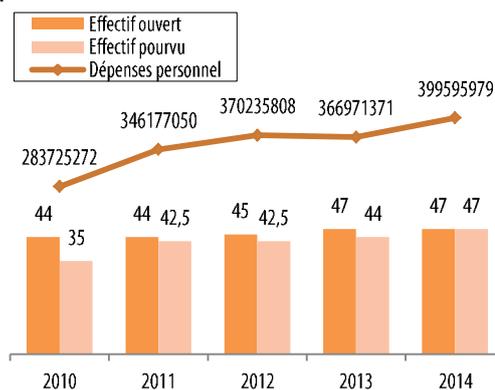
Régime handicap et des personnes en perte d'autonomie	2 645 000 000
Complément retraite de solidarité CAFAT	1 760 109 623
Aide au logement	537 000 000
Affecté lors du budget supplémentaire 2015	179 890 377
<b>Total dépenses financées par la subvention de la NC</b>	<b>5 122 000 000</b>

**Evolutions annuelles 2010-2014 :**

► Proportion des dépenses pour les missions Santé (prévention et investissement hospitalier) et les missions Solidarité :



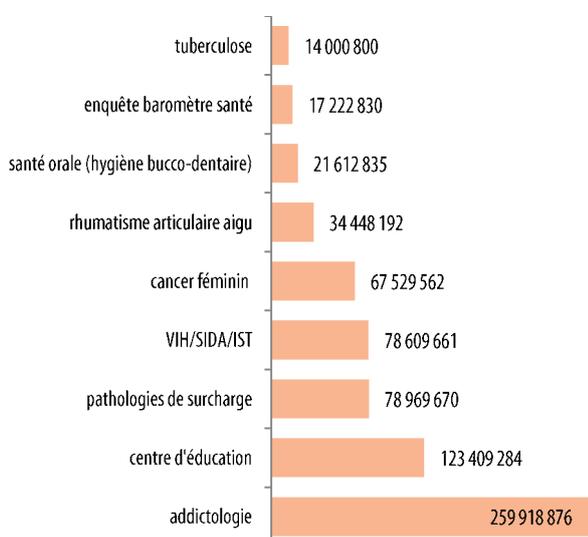
► Le personnel :



## Zoom sur les dépenses de prévention :

► Proportion des dépenses 2014 par programme de l'ASS-NC :

addictologie	259 918 876
centre d'éducation & diabète	123 409 284
pathologies de surcharge	78 969 670
VIH/SIDA/IST	78 609 661
cancer féminin	67 529 562
rhumatisme articulaire aigu	34 448 192
santé orale (hygiène bucco-dentaire)	21 612 835
enquête baromètre santé	17 222 830
tuberculose	14 000 800
<b>Total des dépenses par programme de prévention ASS-NC</b>	<b>695 721 710</b>



► Les autres dépenses de prévention :

- Direction, soutien et pilotage de programmes (acquisition de locaux, entretien, affranchissement, etc.) : 323 492 285 F CFP.

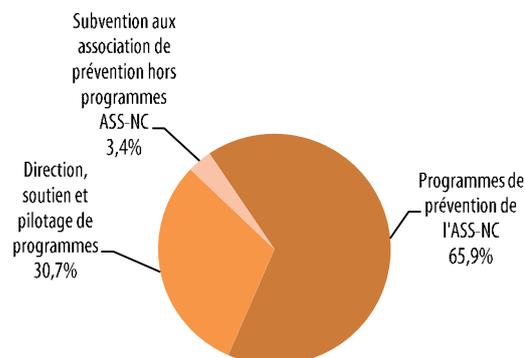
A noter que lors des bilans financiers antérieurs à 2013, ces dépenses de soutien et pilotage des programmes étaient réparties par programme ; la comparaison avec les publications annuelles correspondantes n'est donc pas réalisable.

- Subventions aux associations de prévention, hors programmes ASS-NC :

- Naître en NC\* : 11 800 000 F CFP
- Oncologie NC (ONCO NC)\* : 12 000 000 F CFP
- Réseau insuffisance rénale (RESIR) : 12 000 000 F CFP

\* Ces associations bénéficient également de la mise à disposition par l'ASS-NC d'un local et des outils bureautiques pour les coordinatrices.

► Le total de dépenses en prévention s'élève donc à 1 055 013 995 F CFP (opérations d'ordre comprises).



# Ses programmes de prévention et de promotion de la santé

- Addictologie (tabac, alcool, cannabis)
- Santé orale (hygiène bucco-dentaire)
- Dépistage des cancers féminins (cancers du sein et du col de l'utérus)
- Centre d'éducation
- Diabète
- Pathologies de la surcharge pondérale
- Rhumatisme articulaire aigu
- Tuberculose
- VIH/SIDA et IST
- Enquête baromètre santé

## Des programmes pour répondre à des problématiques de santé publique calédoniennes.

Les thématiques des programmes de prévention et de promotion de la santé menés par les équipes de professionnels de l'ASS-NC ont été déterminées en fonction des priorités de santé publique définies par le gouvernement de la NC, validées par le Congrès et les instances provinciales dont des représentants siègent au conseil d'administration de l'ASS-NC.

Chacun d'eux a été élaboré selon un processus de concertation multi-sectorielle avec l'ensemble des partenaires susceptibles d'être impliqués dans sa mise en œuvre.

Il s'agit principalement :

- de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la NC (DASS-NC),
- des Directions Provinciales des Affaires Sanitaires et Sociales des 3 Provinces et des différents services concernés,
- des associations actives sur les différentes thématiques,
- des acteurs du monde scolaire (Vice-rectorat, Directions de l'enseignement de la NC et des Provinces),
- des acteurs institutionnels territoriaux et provinciaux des services de la Jeunesse et des Sports,
- de la division « Santé et développement humain » du Secrétariat de la Communauté du Pacifique (CPS),
- de la Cafat,
- des CHT, CHS et CHN,
- de certains services de l'Etat.

## L'ASS-NC : un rôle d'initiateur des stratégies et de coordination des énergies.

Avant d'être formalisées selon l'architecture et la méthodologie d'un « Programme de santé et de prévention », certaines thématiques de santé publique présentées ci-après faisaient déjà l'objet d'actions ponctuelles mais bien souvent sans lien, ni coordination entre elles.

En formalisant la réflexion et les apports opérationnels de chacun des acteurs concernés au sein d'un « Programme » et en assurant la coordination de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle ainsi que son financement, l'ASS-NC apporte une valeur ajoutée certaine, que ce soit en termes de cohérence, d'homogénéité dans les messages, de mise en place de synergies et d'économies d'échelle pour le bénéfice de tous.

## L'ASS-NC : une source d'informations qualifiées sur les problématiques de santé traitées et sur la prévention et la promotion de la santé en général.

En amont de la conception et de la mise en place des programmes de santé et de prévention, l'ASS-NC a procédé à la recherche des informations pertinentes, s'est inspirée des expériences d'autres programmes mis en place en France ou dans d'autres régions du Pacifique.

Elle a ainsi constitué un fond documentaire qualitatif, unique en NC, sur l'ensemble des problématiques qu'elle traite, et qu'elle s'emploie à remettre constamment à jour.

**Ce fond documentaire est à l'entière disposition des publics professionnels de la promotion de la santé et des médias qui le souhaiteraient.**

### **L'ASS-NC : une mission d'organisation de l'évaluation des programmes.**

La coordination de chacun des programmes par l'ASS-NC facilite également leur évaluation. Celle-ci est organisée en continu par chacun des chefs de projet. Une évaluation principalement réalisée par des professionnels de cabinets spécialisés extérieurs est prévue tous les 2 à 5 ans. Ainsi, la reconduction de chacun des programmes tient compte du bilan d'évaluation, de l'évolution des données épidémiologiques et donne lieu à l'élaboration d'un nouveau plan stratégique selon un processus de concertation multi-sectorielle et multi-partenaire.

### **Partager la connaissance et communiquer vers tous publics : tout un état d'esprit.**

*« Partager la connaissance et communiquer vers une diversité de publics : tout un état d'esprit au service du développement de la promotion et de la prévention de la santé en NC. »*

#### **Partager ses expertises**

Les collaborateurs de l'ASS-NC sont bien souvent des experts reconnus dans leur domaine d'intervention. Désireux de partager et de communiquer leurs expertises, nombreux sont ceux qui dans le cadre de leurs missions, dispensent des formations à l'attention de différents types de publics.

Ainsi en est-il en direction des professionnels de santé du Territoire et de ses partenaires associatifs pour lesquels l'ASS-NC organise des conférences ou des formations sur des thématiques spécifiques avec le concours de ses experts internes ou celui de spécialistes, dont elle coordonne et finance la venue en NC.

Par ailleurs, certains de ces collaborateurs exercent une activité régulière de formation s'inscrivant dans le catalogue ou le programme de certains organismes de formation initiale ou continue, comme l'Institut de Formation de l'Administration Publique de la NC (IFAP), l'Institut Universitaire de Formation des Maîtres (IUFM) et l'Institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de NC (IFPSS).

Ils dispensent également des formations ponctuelles sur l'ensemble du Territoire à l'intention de publics variés à la demande de certains de leurs partenaires provinciaux, principalement sur les thématiques du diabète, de l'addictologie et de la surcharge pondérale.

Enfin, toutes les études menées à l'initiative de l'ASS-NC ainsi que celles auxquelles elle collabore ponctuellement, sont systématiquement mises en ligne sur son site internet pour en favoriser l'accès gracieux au plus grand nombre.

#### **Informé au travers de campagnes de communication médiatiques et de son site internet**

Les stratégies opérationnelles de ses programmes de prévention et de la promotion de la santé impliquent la conception et le lancement de campagnes de communication régulières et thématiques en direction du grand public calédonien.

La presse est un élément de renforcement de ces campagnes. Aussi, l'ASS-NC entretient une campagne de relations avec les médias lors d'actions de communication terrain lors de la Journée Mondiale du Diabète (14 novembre) et de la Journée Mondiale du SIDA (1er décembre), en collaboration avec ses partenaires.

L'ASS-NC a par ailleurs concentré ses efforts de communication avec ses partenaires et le grand public calédonien en développant et en actualisant régulièrement le contenu informationnel, événementiel et documentaire de son site Internet, de même qu'en direction des médias calédoniens, en lui mettant à disposition un dossier de presse institutionnel présentant ses missions ainsi que le contenu et les objectifs poursuivis par ses différents programmes de prévention et de promotion de la santé.

#### **Le financement des réseaux :**

Les réseaux sont des associations de professionnels de santé qui se retrouvent autour d'un groupe cible de patients afin d'optimiser le service à rendre. L'ASS-NC en a soutenu l'émergence et poursuivra son action de soutien. Pour autant, elle ne peut à elle seule financer l'ensemble des actions qui ont pour objet principal l'amélioration de la qualité des soins; d'autres financements sont donc à trouver, notamment du côté des caisses.

## Le réseau Périnatal « Naître en NC »

[www.naitreennc.com](http://www.naitreennc.com)

Favoriser une prise en charge précoce des grossesses et permettre aux futures mères d'accoucher dans les meilleures conditions de sécurité de sérénité, tels sont les objectifs que s'est fixé le réseau périnatal « Naître en NC ». créé officiellement en décembre 2006.



En terme de sécurité, l'objectif prioritaire est d'améliorer la qualité de la prise en charge en amont et en aval de la naissance en coordonnant l'ensemble des professionnels, en harmonisant et en évaluant leurs pratiques médicales.

Une charte régit le fonctionnement du réseau et tous ses adhérents s'engagent à en respecter le contenu.

Le réseau favorise donc les collaborations inter-professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du libre choix des usagers.

Quant à la sérénité apportée aux futures mères, elle se trouve renforcée par la volonté de proposer une prise en charge coordonnée et, le plus souvent possible, de proximité afin de permettre le maintien des liens sociaux et familiaux. Ce dispositif novateur replace la patiente au centre du réseau de soins afin de lui offrir une meilleure prise en charge tant sur les aspects médicaux que psychologiques et sociaux.

Le réseau doit donc permettre de décloisonner et d'assurer une égale accessibilité à l'offre de soins en périnatalité sur le territoire. Il doit en ce sens contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, à la diminution de l'incidence de la prématurité et du handicap chez les enfants.

Ce réseau bénéficie en 2014, d'une subvention de l'ASS-NC de 11,8 millions de F CFP, en plus de la mise à disposition d'un local et des outils bureautiques pour la coordinatrice du réseau.

## Le réseau ONCO-NC

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

Créé en 2005, le réseau ONCO-NC implique une cinquantaine de médecins spécialistes issus du secteur public et privé ayant signé la charte du réseau.

Ils participent régulièrement aux réunions de concertation pluri-disciplinaire ou sont traités les dossiers des patients atteints du cancer dans le respect des référentiels propres à chaque spécialité.

Environ 80 réunions se déroulent par an au cours desquels environ 900 dossiers sont examinés.

Une coordinatrice et une secrétaire gèrent au quotidien la vie du réseau et la gestion des réunions ainsi que les fiches patients traitées au sein de ces réunions.



ONCO-NC bénéficie de locaux ainsi que du mobilier et du matériel de bureaux prêtés par l'ASS-NC. En 2014, une subvention de 12 millions de F CFP lui est également accordée par l'ASS-NC.

## Le réseau de l'insuffisance rénale en NC, le RESIR

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

Ce réseau a pour objectif :

- de mettre en place ou de renforcer des programmes de prévention des maladies chroniques non transmissibles comme le diabète ou l'hypertension artérielle afin de stabiliser ou de limiter la croissance de l'IRC en NC et à Wallis et Futuna ;
- d'améliorer la prise en charge globale et précoce des patients atteints d'insuffisance rénale chronique.



La prévalence de l'insuffisance rénale chronique en NC et à Wallis et Futuna est élevée et en constante progression. Le nombre croissant de malades traités pour l'IRC fait que cette pathologie représente un problème de santé publique.

20 à 35 % des patients admis en dialyse sont adressés moins de six mois avant la mise en dialyse.

10 % des IRC pourraient être évitées et 30 % pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée.

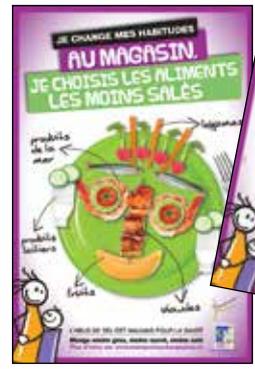
Cette prise en charge tardive s'explique en partie par un manque de coordination entre médecins généralistes, spécialistes et néphrologues.

En plaçant le patient au coeur du dispositif, le RESIR a pour vocation de permettre à l'ensemble des acteurs de santé du territoire concernés par l'insuffisance rénale chronique de mieux coordonner leurs actions afin de dépister précocement la maladie, d'en ralentir la progression et de retarder la mise en dialyse, de prévenir et traiter les complications et d'optimiser le suivi du patient. L'amélioration de la coordination entre les différentes ressources de soins se fait notamment au travers de la mise en place d'un système informatique commun protégé, vecteur d'informations médicales et de recommandations pratiques.

Ce réseau bénéficie en 2014, d'une subvention de l'ASS-NC s'élevant à 12 millions de F CFP.



# Les programmes





# Programme de prévention et de soins en ADDICTOLOGIE

## 1 - Equipe du programme

### Les responsables du programme

- Un responsable du programme de prévention et de soins en addictologie.
- Un chef de projet prévention, réinsertion, consultation jeunes consommateurs.
- Un responsable du centre de soin.

### L'équipe de prévention

- Quatre intervenants en éducation pour la santé dont un basé à Koné (diplômés dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation et de la promotion de la santé).
- Un relais de prévention issu du milieu associatif, basé à Koné.
- Un secrétaire.

### L'équipe DECLIC (Consultations Jeunes usagers 12-25 ans)

- Une équipe pluridisciplinaire de 3 personnes.
- Une secrétaire.

### L'équipe du centre de soins

- Trois médecins.
- Deux médecins psychiatres assurant un quart temps chacun.
- Un médecin tabacologue deux demi-journées par semaine.
- Trois infirmiers.
- Une assistante sociale.
- Une psychologue.
- Une secrétaire médicale.
- Une diététicienne vacataire pour le suivi des sevrages tabac.

### L'équipe de réinsertion et d'accompagnement

- Deux éducatrices spécialisées basées en Province Nord.

## 2 - Comment définir l'addictologie ?

Il est important de distinguer **addiction**, **conduites addictives** et **addictologie** :

L'**addiction**, est habituellement définie comme la dépendance physique et/ou psychologique à une substance ou à un comportement. La personne n'est plus en capacité de gérer sa consommation, elle est prisonnière du produit psycho actif (alcool ou tabac ou cannabis par exemple) ou d'un comportement qu'elle n'arrive plus à maîtriser (jeu pathologique, achats compulsifs).

**Les conduites addictives** sont des consommations ou des comportements problématiques, animés au départ par la recherche du plaisir mais aboutissant rapidement à des problèmes.

Les conduites addictives sont susceptibles de mener à une addiction.

Il existe en effet un continuum entre les conduites « banales » et les conduites problématiques et il est nécessaire de mettre une frontière aussi claire que possible entre le normal et le problématique, et définir des repères permettant de prédire le passage de l'un à l'autre.

L'**addictologie** est la discipline qui prend en compte l'étude des conduites addictives et des addictions. Elle ne peut en aucune façon être réduite au domaine médical mais doit intégrer également les dimensions sociales, culturelles, sociétales, ainsi que la parentalité, la réglementation, la répression, l'éducation, la formation, l'économie... Elle est à la croisée de nombreuses disciplines s'intéressant à l'être humain, à son histoire et à son milieu.

# 3 - Contexte épidémiologique calédonien

Le Baromètre Santé, réalisé en 2010 auprès de 2513 personnes âgées de 18 à 67 ans, sur l'ensemble du territoire de la NC, auquel s'ajoute une étude faite en milieu scolaire sur un modèle de l'OMS, permettent de fixer précisément les idées sur la situation en NC.

## Les produits :

### L'alcool

La quasi-totalité de la population calédonienne adulte (95%) a déjà consommé de l'alcool dans sa vie. L'initiation à l'alcool débute très précocement et 16 ans est l'âge médian de la première ivresse.

Les principaux indicateurs généraux sont les suivants :

- 80 % de la population a consommé de l'alcool dans l'année écoulée ;
- 38,5 % de la population consomme de l'alcool 1 ou 2 fois dans le mois ;
- 40 % des 18-67 ans consomment de l'alcool régulièrement (c'est à dire en semaine et/ou le week end ou tous les jours) ;
- 14,5 % des 18-67 ans consomment de l'alcool tous les jours.



La fréquence des ivresses est particulièrement élevée puisque près d'un quart (23,7 %) de la population affirme avoir été ivre au cours du dernier mois ; cette proportion s'élève à 38 % pour les jeunes de 18 à 27 ans.

67% des personnes qui déclarent avoir été ivres dans les 30 jours écoulés l'ont été de 1 à 4 fois dans le mois et 5 % ont eu entre 5 et 8 ivresses dans le mois.

- Plus d'un tiers des consommateurs d'alcool (38,5%) a déjà ressenti le besoin de diminuer sa consommation ;
- 35 % reconnaissent « avoir l'impression de trop boire » ;
- 31 % ont eu des remarques de leur entourage et 4% déclarent avoir déjà eu besoin d'alcool le matin pour se sentir en forme.

La bière est l'alcool le plus consommé par les consommateurs d'alcool au cours du dernier mois : 72 % déclarent en avoir consommé, vient ensuite le vin (64 %) et les alcools « forts » (53 %).

### Le cannabis

Plus de la moitié (55 %) des personnes de l'échantillon de l'étude Baromètre Santé déclarent avoir déjà fumé du cannabis au cours de la vie, et plus de 17 % au cours du dernier mois.

Les usages problématiques du cannabis (consommation en étant seul, consommation avant midi, remarques de l'entourage, problèmes de mémoire, etc.) sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Ils varient également selon la tranche d'âge, la communauté d'appartenance et la zone de résidence.

Pour 66 % des usagers de cannabis, l'initiation à la consommation du produit s'est déroulée entre 15 et 20 ans, près de 15 % des usagers ont expérimenté le produit avant 14 ans.

Selon l'étude réalisée en milieu scolaire, en 2010, 15 ans devient le nouvel âge médian d'expérimentation (soit un an plus tôt qu'en 2005).

Les copains/copines apparaissent très nettement dans les circonstances de la première expérience de cannabis : c'est le cas de 82 % des fumeurs. Le critère de la communauté d'appartenance est significatif sur les circonstances de cette première expérience.

### Le tabac

Les fumeurs actuels (occasionnels ou réguliers) représentent près de la moitié de la population (47 %), avec une moyenne de 12,5 cigarettes par jour. Il existe une différence significative selon la tranche d'âge, la zone de résidence et la communauté d'appartenance.

22 % fument leur première cigarette dans les 5 minutes après le réveil, et presque 2/3 dans l'heure qui suit leur réveil.

Plus de 67 % des fumeurs actuels déclarent avoir envie d'arrêter de fumer (dont 21 % avec l'appui d'un professionnel de santé). Cette envie varie selon la tranche d'âge et la province de résidence. 76 % des fumeurs déclarent avoir déjà arrêté de fumer pendant au moins une semaine.

Selon l'étude en milieu scolaire en 2010, 12-13 ans devient l'âge médian d'initiation. Il existe des différences significatives selon l'âge, la communauté d'appartenance et la zone de résidence.

La première cigarette est principalement (74,7 %) fumée avec des copains.

65 % de la population sondée se dit gênée par la fumée des autres et 70 % semblent plutôt favorables à des actions visant à protéger les non-fumeurs et à lutter contre le tabagisme.

## Le kava

Plus de la moitié de la population interrogée déclare avoir déjà bu du kava au cours de sa vie ; 1 personne sur 10 au cours des 30 derniers jours ; 1 personne sur 10 déclare l'avoir fait juste une fois pour y goûter.

L'âge de la première consommation de kava est tardive comparativement à l'âge d'expérimentation des autres produits. L'âge médian de la consommation du kava par la jeunesse calédonienne est de 15-16 ans en 2010 (il était de 17-18 ans en 2005).

On constate des similitudes entre les circonstances de la première consommation de kava avec celles de la première consommation d'alcool. Tout comme pour l'alcool, la première expérience de consommation de kava est faite avant tout entre amis (61 %) ou en famille (31 %).

La consommation de kava relève également de pratiques culturelles propres aux populations locales. On note ainsi que près de 3% des expérimentations de kava ont été réalisées dans le cadre d'une cérémonie coutumière.

Le sexe, la tranche d'âge, la communauté d'appartenance et la zone de résidence influent sur la fréquence, l'âge et les circonstances de la première consommation.

## Les autres substances

L'usage d'autres substances psychoactives (type datura, champignon, ecstasy, buvard, alcool à brûler) au cours de la vie est déclaré par 7 % des 18-67 ans et 2 % déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois.

Cet usage varie également selon le sexe, la communauté d'appartenance et la zone de résidence.

## Les addictions sans produits

Le jeu pathologique, qu'il implique de l'argent ou pas, comme pour les jeux vidéo devient une préoccupation de santé publique. Il concerne une partie de la société qu'il est à ce jour difficile de définir compte tenu du manque d'enquête sur le sujet.

La prévalence de ces questions au niveau du centre de soins est quasi inexistante mais cela ne signifie pas l'absence de problématique.

D'autres addictions sans produits peuvent concerner les achats, le sexe, le travail. Au delà de toute énumération tout comportement qui devient problématique par sa répétition et la difficulté à s'en priver peut faire l'objet d'une approche addictologique.



# 4 – Objectifs du programme

## Objectif général

Diminuer les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres produits psycho actifs.

Le gouvernement de la NC a commandé à l'ASS-NC un plan d'action qui engloberait l'ensemble des secteurs concernés par les consommations de substances psycho actives.

Sa préparation et son élaboration ont abouti à l'adoption par le gouvernement du plan baptisé ISA (Informer, Sensibiliser, Agir) en fin d'année 2012.

Ce plan prévoit d'agir sur la réglementation, la formation des acteurs, le développement des actions de prévention, mais aussi sur l'amélioration de l'offre de soins. Il vise également à amplifier la communication, à favoriser le renforcement de l'application de la loi et à organiser et maîtriser la coordination.

Afin que les mesures concrètes qu'il comporte puissent être mises en œuvre, le gouvernement avait transmis les projets de textes au Congrès mais leur adoption n'est pas intervenue avant les élections provinciales de mai 2014. L'ensemble du projet de plan ISA devrait être représenté au Congrès après avoir été revisité dans le cadre des assises de la santé 2015.

## Objectifs spécifiques

- Décourager l'initiation de l'alcool, du tabac, du cannabis chez les plus jeunes.
- Retarder l'âge des premières consommations.
- Prévenir l'usage nocif dans le cadre d'une politique de réduction des dommages.
- Encourager et accompagner l'arrêt.
- Permettre l'accompagnement et la réinsertion.
- Former les professionnels de santé et les travailleurs sociaux.
- Assurer des interventions de prévention à la demande de toutes structures professionnelles, institutionnelles ou associatives.

# 5 - Cibles du programme

- La population générale de NC.
- Les jeunes scolarisés, en formation ou en parcours d'insertion.
- Les publics prioritaires : détenus, personnes sous le coup d'une mesure de justice, femmes enceintes, publics en difficulté sociale, contrevenants routiers.
- Les personnes ayant une mission éducative, les travailleurs sociaux ainsi que les professionnels de santé.

## 6 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

### Institutionnels

- Les services du Gouvernement
- Les services provinciaux
- Les mairies et leurs CCAS
- Le sénat coutumier
- L'Etat et ses services
- La justice
- Les autorités coutumières
- La DDEC, le FELP, l'ASE

### Professionnels

- Les centres de formation (E.T.F.P.A., I.F.P.S.S, BIEF/AFPEC, IFAP, Chambres consulaires)
- Le milieu du travail
- Les centres hospitaliers
- Les travailleurs sociaux
- La médecine du travail
- La médecine libérale
- L'enseignement

### Associatifs

- Le CHRS, le Conseil des femmes de la Province Nord, les associations de prévention (ADFA, AVSD, APAA, ligue contre le cancer), l'ACAF, le collectif cannabis de Ponérihouen, les associations de jeunes.
- Les associations religieuses et/ou caritatives (Croix bleue, Pionniers du sacré cœur, Secours Catholique, Eglise Protestante, ...)
- L'ASEANC
- Les MIJ
- Les associations de jeunes
- Les associations d'étudiants



## 7 – Principales actions menées en 2014 par les partenaires

### 7-1. Les actions menées par l'Etat

- Poursuite de l'interdiction de la vente d'alcool le week-end à Nouméa et dans le Grand Nouméa et dans certaines communes de brousse.
- Renforcement de l'application de la réglementation concernant l'alcool au volant. Poursuite des contrôles d'alcoolémie.
- Renforcement des mesures de lutte contre l'usage et le trafic de cannabis.
- Poursuite des actions en direction des personnes en obligation de soins.
- Renforcement des injonctions thérapeutiques dans le cadre de l'action publique relative à la lutte contre les infractions à la législation sur les stupéfiants et contre la toxicomanie
- Poursuite des actions de prévention dans les collèges et lycées par les FRAD et FRADA.

### 7-2. Les actions menées par la NC

- Renforcement de la réglementation concernant l'alcool au volant.
- Actions de prévention menées par la DITTT sur le thème de la sécurité routière.
- Mise en œuvre effective de l'interdiction de fumer dans les établissements recevant du public.
- Poursuite des actions de sensibilisation de l'ensemble des agents en partenariat avec l'ASS-NC.

### 7-3. Les actions menées par les provinces

#### En Province Nord

- Poursuite des actions de prévention menées dans tous les collèges et lycées de la province (information et théâtre forum) par l'intervention de 7 éducateurs sanitaires de la DASS-PS Nord en collaboration avec les agents de prévention de l'antenne ASS-NC de Koné permettant ainsi une couverture à 100 %, d'une classe d'âge en collège et en lycée.
- Maintien de la prise en charge des substituts nicotiques pour les personnes bénéficiant de l'aide médicale.
- Participation à la Journée Mondiale Sans Tabac (JMST).
- Maintien d'une consultation médicale addictologique dans plusieurs communes du Nord.

### En Province des Iles

- Poursuite de la coordination des actions de prévention.
- Participation à la JMST avec l'édition d'affiches dans les 3 langues des Iles

### En Province Sud

- Poursuite de la formation des personnels de certains CMS au sevrage tabac.
- Maintien des consultations de sevrages tabagiques dans 10 structures de prévention sur les 15 de la Province Sud (CMS et centre de prévention).
- Actions de prévention du tabagisme en écoles primaires.
- Participation à la Journée Mondiale Sans Tabac.
- Formation de personnes ressources :
- Moniteurs éducateurs du CAFME.
- Auxiliaires d'accompagnement et de vie sociale de l'ETFPA.
- Intervention de prévention du tabagisme à l'Espace Jeunes.

### 7-4. Les actions menées par les mairies dans le cadre des conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD)

- CLS de la Mairie de Nouméa
- CLS de la Mairie de Païta
- CLS de la Mairie de Bourail
- CLS de l'intercommunalité de La Foa, Sarraméa et Farino
- C.L.S. de la Mairie de l'Ile des Pins.



### 7-5. Les actions menées par les associations

#### L'Association Vivre Sans Dépendance (AVSD)

Pérennisation du partenariat avec l'ASS-NC, en particulier avec le service de prévention en addictologie.

Cette collaboration permet d'augmenter les actions de prévention en milieu scolaire en Province Sud et Province des Iles Loyauté et d'améliorer ainsi la couverture par classe d'âge.

L'association organise également des activités au CHS dans le cadre des ateliers thérapeutiques.

Des permanences sont assurées dans certaines maisons de quartier de la Ville de Nouméa, en particulier celle de Magenta.

Des séances de sensibilisation ont été organisées auprès des services de la Mairie de Nouméa.

Elle participe également aux actions « santé, prévention environnement » organisées par la MIJ dans différentes communes.

L'association participe également à la Journée Mondiale Sans Tabac.

La salariée de l'AVSD mène également des actions d'information et de prévention en co-animant une émission de radio.

#### L'Association pour la Prévention des Abus d'Alcool (APAA)

- Accueil-écoute pour le grand public (27 83 43) suivi d'une éventuelle rencontre et/ou orientation.

#### La ligue contre le cancer de NC

- Participation à la préparation de la journée mondiale sans tabac.
- Actions de prévention contre le tabac tout au long de l'année.

#### L'association médicale de lutte contre l'ivresse publique et manifeste (AML/IPM)

Association financée par l'Etat, la Province Sud, la Mairie de Nouméa et l'ASS-NC, elle regroupe des médecins qui assurent des astreintes ou permanences au commissariat de Nouméa pour examiner les personnes qui ont été interpellées et vérifier si leur état est compatible avec la mise en cellule de dégrisement.

#### Les autres associations

- Actions multiples de la Fédération, des associations et conseil des femmes du Nord ainsi que de l'Association des femmes protestantes de NC.
- Actions de la croix bleue sur l'ensemble du pays.

# 8 – Principales actions menées en 2014 par l'ASS-NC

## 8-1. Les missions

### Les missions de l'équipe de prévention

- Développer des actions d'éducation pour la santé en rapport avec l'alcool, le tabac, le cannabis et autres produits psycho actifs au niveau des trois provinces en lien avec les acteurs locaux.
- Être un appui méthodologique pour tout projet d'éducation pour la santé.
- Favoriser les actions communautaires en santé, les accompagner, les évaluer.

Le public :

- Auprès du public scolaire,
- En milieu du travail,
- Auprès du public en difficulté sociale: les détenus, le public en parcours d'insertion,
- Auprès du public prioritaire: les femmes enceintes, les jeunes, le public des maisons de quartier, les personnes ayant une suspension administrative du permis de conduire...
- Auprès des associations de femmes, de parents d'élèves, d'adultes ayant une mission parentale ou éducative,
- En milieu tribal.

### Les missions de l'équipe DECLIC (consultations Jeunes usagers 12-25 ans)

- Faciliter la rencontre avec un public peu ou non demandeur.
- Aider une famille inquiète et très demandeuse face à un jeune qui refuse de se mobiliser.
- Aider le jeune demandeur à faire le point sur sa ou ses consommations.
- Aider le jeune demandeur à modifier son usage.

Le cadre :

- Gratuité.
- Anonymat possible.
- Horaires adaptés aux horaires scolaires.
- Bilan d'évaluation lors du premier entretien.
- Accueil non médical lors de ce premier entretien.
- Possibilité d'entretien parents/enfant.

### Les missions de l'équipe du centre de soin adulte (CSA) et de l'équipe de liaison (ELSA)

Le centre de soin adulte (CSA) :

- Accueil, par demande volontaire ou par orientation de la justice, de toute personne en difficulté, directement ou indirectement, avec l'alcool, le cannabis, le tabac ou tout autre produit psycho actif.
- Evaluation de la consommation et de ses conséquences familiales, sociales et sanitaires.
- Préparation et suivi du sevrage.
- Accompagnement du consommateur et de son entourage.
- Aide au changement de comportement.

L'équipe de liaison (ELSA) :

- Répondre à toute demande des services hospitaliers.
- Informer les patients, leur donner des repères de consommation.
- Évaluer leur consommation et leur éventuelle dépendance.
- Les aider à changer de comportements.
- Les aider à envisager un éventuel sevrage si nécessaire.
- Assurer la liaison avec les autres structures de soin intra, inter ou extra hospitalières.

### Les missions du dispositif de réinsertion et d'accompagnement

Depuis le 1er janvier 2011, le « Dispositif de Ré-insertion et d'Accompagnement en Addictologie » a été intégré au programme Addictologie de l'ASS-NC. Ce dispositif propose 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. Autrement dit, l'action socio-éducatrice en addictologie est bien transversale aux trois niveaux de prévention, car, il s'agit d'aider les personnes, les groupes dans le déploiement de comportements favorables à la santé et de développer ainsi le sens des responsabilités et de la solidarité.

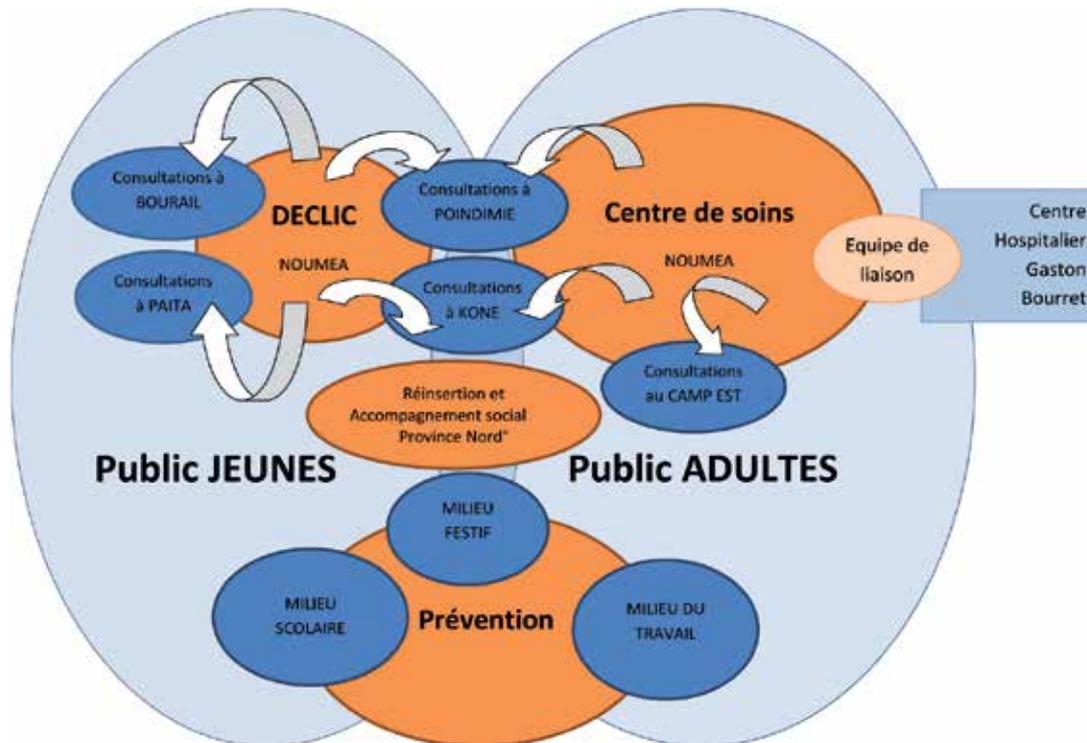
Deux éducatrices spécialisées répondent ainsi à la demande et aux sollicitations en constante augmentation, de la population, des partenaires et des élus.

### Les missions de formation communes au PPSA

Les missions assurées par les équipes de prévention et de soins :

- Assurer les formations des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux en lien avec l'I.F.A.P., l'I.F.P.S.S., les centres de formation...
- Assurer des formations à la carte à la demande de toutes structures institutionnelles ou associatives.

Présentation schématique du programme de prévention et de soins en addictologie :



## 8-2. Le bilan d'activité

### L'activité de l'équipe de prévention

#### Les actions en collège

La mise en place de projets de prévention aux conduites addictives dès le collège a pour objectif principal de retarder l'initiation des premières consommations d'alcool et d'éviter les consommations de tabac, et de cannabis.

#### ► Le projet transversal : un travail en deux temps :

a) En classe de 5ème dont le programme scolaire intègre le thème des conséquences physiologiques des conduites addictives :

Des informations peuvent être apportées par l'enseignant lui-même dans le cadre des cours et du programme scolaire.

A cet effet, il dispose d'une part du guide pédagogique réalisé par l'Education Nationale (« Prévention des conduites addictives - Guide d'intervention en milieu scolaire », Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche – Direction de l'enseignement scolaire – Edition Repères - Centre national de documentation pédagogique).

b) D'autre part, en complément de ce guide et afin de ne pas rajouter du travail aux enseignants, des fiches d'activités ont été élaborées par le service de prévention en addictologie, en partenariat avec le Vice-Rectorat.

#### ► En classes de 4ème (ou 3ème en Province Sud) :

Afin de rentrer dans le cadre de la prévention expérientielle, des actions sont prévues pour les classes de 4ème ou de 3ème des établissements publics et privés (une séance d'information de 2 heures sur les produits et les risques liés à leur usage, complétée le plus souvent par une séance de théâtre forum de 2 heures).

Les objectifs spécifiques :

- Acquérir des connaissances sur les produits alcool, tabac, cannabis.
- Affiner la perception du risque.
- Valoriser les comportements alternatifs à la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis.
- Être capable de se positionner au sein d'un groupe et prendre des décisions responsables.
- Développer des compétences pour réaliser des choix positifs.

Les outils pédagogiques :

- « Alcool, tabac, cannabis, parlons-en avec Kévin et ses amis » : jeu interactif mettant en scène une bande de copains obligeant chaque élève à se positionner, à faire des choix, les argumenter et permettant l'acquisition de connaissances sur les produits et les stratégies de réduction des risques.
- Brochure « Alcool, tabac, cannabis : ce que vous devriez savoir ».

Le théâtre forum :

Réalisé en complément de la séance de sensibilisation, la séance du théâtre forum a eu lieu cette année de façon très sporadique en Province Sud, dans certains établissements scolaires qui ont pu répondre à son financement. En revanche cette séance a normalement lieu de manière systématique en Province Nord et en Province des Iles.

Cette séance permet de :

- Favoriser chez les élèves l'acquisition d'aptitudes individuelles et collectives permettant de s'affirmer lors de situations les exposant à des consommations d'alcool, de cannabis, de tabac.
- Repérer plus facilement les mécanismes de pression du groupe.
- Les aider à mieux identifier les habiletés mobilisables pour faire face à ces pressions.
- Leur donner l'opportunité d'entraîner leurs habiletés de refus des consommations.

Les intervenants et leur rôle auprès des élèves :

- Le médiateur : un professionnel en éducation pour la santé formé aux techniques du théâtre forum. Il énonce les règles du jeu, confronte et remet en question les conclusions des élèves, renvoie les doutes au public,
- Les comédiens : des élèves volontaires sollicités par le médiateur et 2 comédiens professionnels formés aux techniques du théâtre forum afin de susciter la parole de l'élève au cours d'un scénario semi directif.
- Le professeur : responsable du groupe classe, il assure la continuité et l'accompagnement des actions. Par sa discrétion au cours des séances, il favorise la libération de la parole chez l'élève.
- Les supports : dépliant « Oser dire non ».

Le bilan quantitatif :

- En Province Nord : 100 % des classes de 4ème ont bénéficié d'une séance d'information de 2h puis, à distance, d'une séance de théâtre forum. Ces séances sont menées en collaboration par l'ASS-NC et la DASSPS Nord et concernent environ 1 000 élèves.
- En Province des Iles Loyauté : un rattrapage a été effectué en 2014 afin de compenser l'absence de séances en 2013. Ainsi 41 classes dont 22 4ème et 19 3ème soit 800 élèves ont pu bénéficier d'une séance de sensibilisation.
- En Province Sud : environ 70 % des élèves de 3ème ou de 4ème, selon les établissements, ont bénéficié d'une séance d'information de 2h. Ces séances concernent environ 2 700 élèves.

Au total, près de 4 500 élèves de collège ont pu bénéficier des séances de sensibilisation en 2014.

## Les actions en lycée

Les interventions ont lieu généralement auprès des classes de seconde. Il s'agit d'une séance de deux heures animée par un agent d'intervention en éducation pour la santé.

Les objectifs spécifiques (classes de 2nde) :

- Aider les élèves à affiner leurs connaissances des produits alcool/tabac/cannabis et leur perception sur les risques associés à leur consommation.
- Favoriser la prise de décisions responsables et valoriser les comportements alternatifs à la consommation des produits psycho actifs.
- Aider les élèves à repérer leurs limites face à leurs consommations d'alcool présentes et/ou futures.
- Développer les compétences individuelles et collectives permettant de faire des choix positifs pour la santé.

La méthode :

- Techniques d'animation interactive comme le brainstorming suscitant un échange avec la salle et une discussion de groupe, etc.

Les outils pédagogiques :

- Simulateur d'alcoolémie.
- Lunettes de simulation.
- Témoignages et spot vidéo de prévention autour des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis.
- Quiz sur les croyances et idées reçues.
- Questions/réponses.
- Brochures « Faire la fête sans prendre de risque ».

Le théâtre forum lycée :

- A l'initiative de la DASSPS Nord et de la troupe de théâtre « Pacifique et Compagnie », les classes de 2nde de la Province Nord bénéficient de séances de théâtre forum au lycée.
- Un nouveau type de théâtre forum a été testé cette année auprès de 2 établissements scolaires de Nouméa. Cette formule permet de faire participer les jeunes de façon différente et plus active. Un débriefing d'environ une heure doit avoir lieu ensuite afin de revenir sur les situations jouées et d'exploiter au mieux les compétences psychosociales proposées par les acteurs. Ces séances pourront être reconduites à la demande des établissements scolaires sur présentation d'un projet autour de la prévention des conduites addictives.
- En Province Sud, à l'initiative de certains lycées dans le cadre d'un projet global, des séances de théâtre forum ont pu être réalisées en lien avec l'équipe de prévention en addictologie de l'ASS-NC.

Le bilan quantitatif :

- En Province Nord : 100 % des classes de 2<sup>nd</sup>e générales ou professionnelles ont bénéficié d'une séance de 2 heures d'information, menée en collaboration par la DASSPS Nord et l'ASS-NC.
- En Province Sud : Les séances de sensibilisation ont concerné environ 3000 lycéens
- En Province des Iles, les 5 classes de 2<sup>nd</sup>e du lycée de Lifou regroupant 87 élèves ont également bénéficié de séances de sensibilisation.

Au total, c'est environ 4 000 lycéens qui ont pu bénéficier des séances de sensibilisation.

En NC, sur l'ensemble des établissements scolaires (collèges et lycées), les séances de sensibilisation ont ainsi concerné plus de 8 000 élèves.

### Les actions d'accompagnement de projets d'élèves ou d'établissements

En outre, l'équipe de prévention a accompagné en 2014 plusieurs projets d'élèves ou d'établissements dans différents lycées.

Des séances de sensibilisation et d'information pour les équipes pédagogiques et éducatives ont été initiées et réalisées. Outre les infirmières scolaires du vice rectorat, près de 300 adultes relais en milieu scolaire ont pu ainsi être sensibilisés en 2014.

Ces actions ont pour objectifs de :

- Permettre d'aborder les difficultés rencontrées.
- Permettre de mieux repérer les élèves à problèmes.
- Apporter des connaissances en addictologie.
- Réfléchir sur ses propres représentations par rapport aux différents produits en particulier l'alcool et le cannabis.
- Mieux comprendre les phénomènes d'alcoolisation.
- Aborder les consommations associées et leurs conséquences.
- Apprendre à anticiper les situations à risques afin de mieux les gérer.
- Identifier les ressources mobilisables face aux problèmes de consommation.

L'équipe de prévention a également participé aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) des établissements scolaires dont l'une des missions est de définir un programme de prévention des conduites addictives, d'opérer le bilan des actions mises en place durant l'année écoulée et tracer les perspectives pour l'année à venir.

### Les actions menées en entreprises

Les objectifs spécifiques :

- Apporter des connaissances en alcoologie et en addictologie.
- Permettre à chacun de se situer par rapport à sa propre consommation d'alcool et d'autres produits.
- Mieux comprendre les phénomènes d'alcoolisation et leurs conséquences.
- Aborder les consommations associées (cannabis, tabac, kava) et leurs conséquences.
- Apprendre à anticiper les situations à risque afin de mieux les gérer.

La méthodologie :

- Le diagnostic de la situation de départ.
- La fiche d'identité de l'entreprise.
- Pourquoi souhaite-t-elle mettre en place un plan de prévention ?
- Pour qui ?
- Avec quels objectifs initiaux ?
- Quelle est la politique de l'entreprise en matière d'hygiène et de sécurité ?
- Quelles sont les actions déjà mises en place, par qui, avec quel résultat ?
- Que dit le règlement intérieur ?
- Y a-t-il un protocole de gestion des crises d'ivresse ? Est-il appliqué ?
- Quelles sont les personnes ressources au sein de l'entreprise ?
- Quel est l'avis du CHSCT ?

La mise en place des actions :

- Proposition d'actions adaptées aux besoins de l'entreprise.
- Formation de l'encadrement : le cadre légal, les sanctions, la responsabilité de l'entreprise et du salarié...
- Animation de la démarche de prévention auprès de tous les salariés (en petit groupe, pédagogie interactive, remise de documents pédagogiques)
- Evaluation.

Le bilan quantitatif :

En 2014, 6 entreprises du secteur privé ont ainsi bénéficié de ces interventions. En outre les personnels relevant de la DRHFPNC sont progressivement sensibilisés aux addictions dans le cadre d'une convention avec l'ASS-NC. Les personnels de l'IFAP ont également bénéficié de ces séances d'information et de sensibilisation en 2014.



## Les actions menées en direction des personnes en parcours de formation et d'insertion et en direction du milieu carcéral

Les actions de sensibilisation, d'information ou de formation menées en direction des personnes en parcours de formation et d'insertion et celles en direction du milieu carcéral se sont poursuivies.

### Les actions de prévention secondaire

En NC, les stages de sensibilisation ont été mis en place par la justice depuis 2009.

Le stage de sensibilisation est prononcé au titre des mesures alternatives aux poursuites. Il s'adresse aux personnes ayant une consommation occasionnelle de cannabis, avec pour objectif de les sensibiliser au danger de cette consommation et d'en prévenir la récurrence.

En 2014, 83 personnes ont été reçues en stage de sensibilisation.

### Les actions menées en direction du grand public

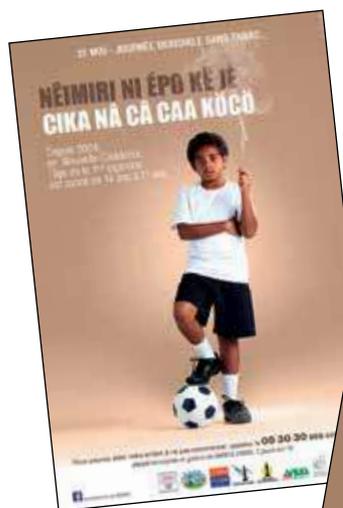
Les objectifs spécifiques :

- Apporter des connaissances en addictologie, notamment en alcoologie.
- Permettre à chacun de se situer par rapport à sa propre consommation d'alcool et d'autres produits.
- Mieux comprendre les phénomènes d'alcoolisation et leurs conséquences.
- Aborder les consommations associées (cannabis, tabac, kava) et leurs conséquences.
- Apprendre à anticiper les situations à risque afin de mieux les gérer.
- Permettre d'identifier les lieux et personnes ressources.

Le bilan quantitatif :

Dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac (JMST) une campagne d'affichage s'est tenue en 2014, elle avait pour public cible les parents qui ont également reçus des flyers via les établissements scolaires.

Cette campagne avait la particularité d'être traduite en 6 langues Kanak. Les premières évaluations ont montré que cet effort de traduction avait été bien ressentie notamment en Province Nord.



De nombreuses autres actions grand public ont eu lieu :

- Nouméa plage
- Salon de l'étudiant
- Journée des droits de l'enfant
- Journée contre les violences faites aux femmes
- Journée mondiale du diabète
- Tournoi SLN
- Trophée Sic à Tindu
- Café des parents au Mont Dore
- No smoke party dans le cadre d'une action du comité de vigilance tabac...

Pendant ces manifestations, des agents de prévention ont pu sensibiliser le public sur les problèmes liés à l'addictologie, avec des outils spécifiques adaptés.

### L'activité de l'équipe DECLIC (consultation Jeunes usagers 12-25 ans)

L'activité du dispositif spécialisé pour les 12 – 25 ans s'est à nouveau accrue en 2014. Notamment dans le cadre de la consultation de Païta.

Le bilan quantitatif :

En 2014, la file active de DECLIC s'est établie à 700 (639 en 2013 soit une hausse de 10 %).

Les actes (usagers + entretiens familles) ont augmenté passant de 1 780 à 2 115 actes.

La file active demeure composée en grande majorité de garçons (64 % vs 36 % de jeunes filles). La proportion des filles continue à progresser.

Le profil majoritaire des jeunes reçus à DECLIC reste assez stable :

- 73,1 % des scolarisés,
- 53,4 % ont entre 16 et 20 ans,
- l'âge le plus représenté est 17 ans comme les années antérieures.

30,4 % des jeunes sont orientés à DECLIC par la justice et 47 % par le milieu scolaire. Ils sont 14 % à venir dans le cadre d'une démarche personnelle ou sur incitation de la famille ou des proches contre 14% en 2013.

Le cannabis reste le produit numéro un à l'origine de la consultation (près de 53 %).

Le bilan des consultations décentralisées s'établit ainsi pour 2013 :

- 37 demi-journées de consultations à Koné (soit 141h)
- 54 demi-journées de consultations à Poindimié (soit 203h)
- 50 demi-journées de consultations à Païta (soit 160h)
- 37 demi-journées de consultations à Bourail (soit 112h)
- 22 demi-journées de consultation au Mont Dore (soit 70h)

Autres actions :

Des interventions de sensibilisation et d'information à destination des jeunes :

- 2 demi-journées d'intervention grand public

Des interventions de formation et d'information auprès des partenaires :

- 11 interventions de formations d'équipe de partenaires
- 22 interventions d'information et de présentation du dispositif Déclic.

### L'activité du centre de soins adulte (CSA)

Les consultations adultes se déroulent géographiquement au centre de Nouméa. Des consultations décentralisées ont lieu en Province Nord à raison de 2 fois par mois dans chaque structure. Elles ont été assurées au centre médico-social (CMS) de Koné jusqu'en juin 2014. Le relai a été pris par un médecin du CMS formé en addictologie. Une consultation a été mise en place à partir de juillet au CMS de Houaïlou. Les consultations au CHN de Poindimié se poursuivent.

22 déplacements de médecins et infirmières du CSA ont été effectués sur l'année 2014 à ce titre.

Nombre de consultations : 7 590 actes (contre 7 481 en 2013) :

- dont 4 350 réalisés par les médecins (3 731 en 2013)
- 2 531 par les infirmiers/ières (2 898 en 2013)
- 323 par la psychologue (328 en 2013)
- 331 par l'assistante sociale (419 en 2013)
- 55 actes par la diététicienne (71 en 2013)
- la file active est de 1 517 patients (1 402 en 2013)
- la moyenne d'actes par patient est de 5,3 actes
- 80 % sont des hommes et 20 % des femmes
- l'alcool est à l'origine de la demande dans 54 % des cas, le cannabis dans 24 % des cas et le tabac dans 15 % des cas
- dans 23 % des cas, il s'agit d'une démarche personnelle, dans 26 % des cas, d'une orientation par un médecin ou des services sociaux, dans 14,5 % d'une injonction thérapeutique, dans 25 % d'une obligation de soins et dans 13 % de personnes vues en milieu carcéral (soit 52 % de personnes sous main de justice).

On constate une augmentation de la file active en 2014. L'alcool continue à être le 1er produit de prise en charge il en représente 54% contre 51% l'année dernière. De la même façon, le nombre de patients orientés par la justice accuse une croissance de près de 25 %. Ceci est particulièrement vrai pour les patients incarcérés dont le nombre a doublé. En effet, devant la demande croissante de cette population pour accéder aux soins addictologiques, le nombre de demi-journées de consultations médicale et infirmière au Centre pénitentiaire a été accru.

Cette année, l'équipe de soins a été complétée par l'arrivée d'un médecin addictologue à partir du mois de juin, et par l'accroissement du temps de présence de la psychologue.

Les soins proposés au CSA :

- Les consultations sous forme d'entretiens individuels constituent la majorité de l'activité du CSA. Les infirmiers assurent le 1er entretien d'évaluation puis la prise en charge s'organise en suivi conjoint médecin/infirmier, auxquels s'adjoindront ensuite, si besoin, les volets psychologique, psychiatrique et social.
- Les entretiens visent la démarche motivationnelle, l'aide et le soutien, appuyés par l'emploi de techniques cognitivo-comportementales.
- Le groupe de parole de soutien à l'abstinence a lieu une fois par semaine. C'est un espace qui permet à chacun de parler de ses émotions, ses angoisses, ses questions, d'écouter et d'être écouté. Il apporte soulagement à ne pas être seul face aux difficultés causées par la consommation de produit, entraide à résister aux tentations de rechute, réflexion sur la dépendance et le sens de celle-ci, réappropriation de son histoire. Un thème est choisi collégialement à chaque rencontre. Animé par un médecin et une psychologue, ce groupe a concerné 13 patients.
- L'activité NADA (acupuncture auriculaire adaptée à la prise en charge des patients présentant des conduites addictives) a été réalisée en 2014 par deux infirmières. 54 patients en ont bénéficié dont 24 pour le tabac, 22 pour l'alcool, 5 pour le cannabis 21 ont terminé à ce jour leur cycle de séances. Les patients se sentent plus détendus, plus forts face aux envies irrésistibles de consommer ; ils gèrent mieux leurs émotions (angoisse, colère, tristesse, ruminations), dorment mieux. L'estime de soi s'en trouve augmentée, ce qui favorise le bien-être et le maintien de la personne en dehors des conduites addictives. En 2014, des séances de groupes NADA ont également été possibles grâce à la création d'une salle d'activité dans le service. Elles se développent prudemment.



Ainsi, de nouvelles activités thérapeutiques groupales ont été mises en place fin 2014 :

- L'atelier méditation-pleine conscience (Mindfulness) animé par un médecin depuis fin octobre 2014 à raison d'une séance de 2h par semaine. Cet atelier a pour objectif de permettre aux patients de calmer les ruminations de l'esprit, de développer leur équilibre émotionnel, d'augmenter leur concentration, de mieux appréhender et gérer leurs émotions et d'avoir une vision plus claire de la réalité.
- Le groupe de parole Entourage mis en place en décembre à raison d'une fois par mois (2 heures) est animé par une infirmière et une psychologue. Il s'adresse aux personnes dont les proches souffrent de dépendance et qui ont besoin de partager leur questionnement et de trouver des réponses. Il a pour objectif de rompre l'isolement, de parler de son expérience, d'aider à prendre du recul vis-à-vis de la situation et de tenter de déterminer ensemble des axes d'amélioration possibles.
- Un groupe de parole a été mis en place au Quartier de Préparation à la Sortie du Centre Pénitentiaire. Animé par un médecin et une infirmière, il a lieu tous les 15 jours depuis fin octobre 2014. Il a pour objectifs d'aider les détenus à préparer leur sortie et d'éviter la récidive en tirant profit de la dynamique du groupe (temps de partage du vécu, synergie). Il aide à trouver des solutions à des problèmes rencontrés ou craints, en rapport avec les consommations.

### L'activité de l'équipe de liaison ELSA

- Cette activité se déroule exclusivement au CHT. Elle est assurée par deux infirmiers et un médecin.
- Pour 2014 l'activité ELSA correspond à 224 actes pour 185 personnes.
- 73 % des actes concernent des hommes et 27 % des femmes.
- Dans 40 % des cas, l'alcool est à l'origine de la demande ; dans 55 % il s'agit du tabac et dans 3,2 % du cannabis.

L'activité de liaison est en baisse par rapport à 2013 malgré une poursuite de sa réorganisation.

Cinq demi-journées y sont consacrées pour répondre aux demandes de consultations addictologiques pour les patients hospitalisés.

La consultation décentralisée du CHT Magenta a été déplacée du service de gynéco/obstétrique au service de médecine interne, afin de concerner les patients de tous les services. Cette nouvelle offre a été peu investie.

A partir de mi-septembre, cette consultation a été abandonnée pour revenir à un passage systématique du médecin référent dans les services de soins.

A présent, il apparaît nécessaire de développer l'information sur les missions de l'ELSA et la sensibilisation des soignants au repérage des patients concernés, en particulier à destination des services peu demandeurs comme le service de chirurgie orthopédique.

## Les activités extérieures au CSA

- Formation des étudiants en soins infirmiers de 2 promotions de 3ème année à l'IFPSS-NC : 34h dont 18h assurées par les médecins et 16h par les infirmiers
- Formation de l'équipe de médecine du travail du CHT : sensibilisation à l'abord des produits, du repérage à la prise en charge : 16 h en co-animation médecin/infirmière
- Accueil de 2 groupes de patients des ateliers thérapeutiques du CHS : 4 h pour 2 infirmiers
- Participation de 2 infirmiers à la préparation de la formation des personnels soignants des cliniques dans le cadre du projet « Clinique sans tabac » : 3h pour 2 infirmiers
- Sensibilisation d'une infirmière de la PMI Montravel à la prise en charge tabac par une infirmière du CSA
- Animation d'un café-rencontre à Macadam par un médecin et une infirmière du CSA
- Organisation et participation à la soirée AMNC d'août 2014 sur le thème « Grossesse et addictions » : une infirmière et deux médecins
- Participation d'un médecin du CSA à la préparation de la JMST et des documents y afférant.
- Accueil et encadrement de 13 stagiaires pour le DU d'addictologie organisé par l'UNC (60h par stagiaire)
- Encadrement d'une étudiante en BTS Economie Sociale et Familiale : stage de 2 mois auprès de l'assistante sociale du CSA.
- Accueil d'une infirmière du CHS en stage de découverte au CSA sur 2 semaines et demie.

## L'activité de l'équipe du dispositif de réinsertion et d'accompagnement

L'action socio-éducative de ce dispositif concerne uniquement la Province Nord. Les repérages et les orientations se font en majorité par le milieu scolaire, cela résulte d'un travail collaboratif permanent avec les établissements scolaires.

La file active qui s'élève à 215 pour les personnes suivies est composée d'un peu plus d'hommes que de femmes (57% / 43%), une majorité de mineurs (120 pour 95 majeurs).

La majorité des personnes accompagnées a des consommations régulières, voire quotidiennes de cannabis.

L'action socio-éducative consiste à accompagner l'utilisateur et son entourage social dans le développement de compétences psycho-sociales au travers de projets personnalisés. Il s'agit en majorité de projets de formation et d'insertion professionnelle mais aussi d'accompagnement vers un meilleur équilibre et d'un renforcement des liens avec leur entourage.

Toutes les personnes accompagnées ont fait un réel travail de réduction de leur consommation de produits psycho actifs, certains ont réussi à complètement arrêter.

## Conclusion

L'année 2014 a été marquée par les travaux d'amélioration des locaux permettant un meilleur accueil des usagers du centre de soins comme du dispositif DECLIC.

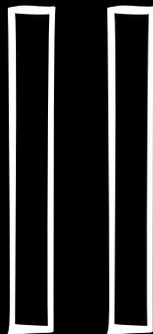
Avec la création d'une salle d'activité, les activités groupales sont dorénavant facilitées et permettront en 2015 une diversification des parcours de soins.

L'équipe de prévention a rejoint l'immeuble du 16 rue Gallieni gagnant en espace ce qu'elle perd en proximité directe avec les équipes du soin et de DECLIC.

Malgré ces travaux, l'activité s'est poursuivie et même développée à un rythme soutenu avec une file active de 1500 personnes au soin et de 700 à DECLIC.

Des formations concernant ces deux équipes ont également été organisées en 2014, l'une sur les TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) et l'autre sur le logiciel éO addictions qui permettra en 2015 de remplacer le dossier papier des patients par un dossier informatisé.

Le principe de l'adoption du plan ISA n'a pas été remis en cause mais les textes préparés, dont la hausse des taxes sur l'alcool, n'ont pas été transmis au Congrès issu des élections de mai 2014. Ils le seront à la suite des assises de la santé 2015.



# Programme de promotion de la SANTÉ ORALE

## Introduction

Selon l'Association Dentaire Canadienne: « La santé orale est un état des tissus et des structures orales et faciales d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer (parler, sourire), de s'alimenter (mordre, mâcher, déglutir) et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne (intégration sociale, image de soi) ».

L'ASS-NC est impliquée dans la promotion de la santé orale depuis 2008, avec le projet de prévention « caravane buccodentaire ». Ce projet s'est largement développé ces dernières années grâce à la participation croissante de ses partenaires de la santé et de l'éducation.

De 2010 à 2012, une nouvelle étape est franchie, avec la réalisation d'une enquête épidémiologique territoriale sur « l'état buccodentaire et les paramètres associés à la santé orale chez les enfants de 6 ans, 9 ans et 12 ans de NC ». Cette étude a montré la nécessité de développer des stratégies de prévention et d'éducation en santé buccodentaire afin de réduire la prévalence des maladies infectieuses. Les résultats complets de cette évaluation sont disponibles en ligne ([www.ass.nc](http://www.ass.nc)).

Sur la base de ces résultats et en considérant les ressources disponibles sur le territoire, un programme territorial de promotion de la santé orale a été élaboré durant l'année 2013. Ce programme, intitulé « **mes dents ma santé** », est également consultable sur le site [www.ass.nc](http://www.ass.nc).

Le programme « **mes dents ma santé** » est entré dans sa première année de mise en œuvre en 2014. Le bilan de cette première année est très positif avec une implication forte des partenaires, tant publics que privés, pour faire aboutir les actions du programme.



## 1 - Une équipe

### Le responsable du programme

Il est responsable de la réalisation des objectifs du programme en collaboration avec les partenaires de l'ASS-NC. Il est également chargé de la coordination de projets transversaux avec d'autres programmes de l'ASS-NC.

### Le chef de projets

Il coordonne certains projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre du programme.

### L'assistante dentaire

Elle est associée à la réalisation des activités au sein du projet caravane buccodentaire.

### Les dentistes prestataires

Ils sont responsables de la réalisation des activités au sein du projet caravane buccodentaire.

## 2 - Partenaires du PPSO

Certains partenaires sont co-responsables de la réalisation des objectifs du PPSO :

- Les administrations sanitaires
- Les organismes de protection sociale
- Les professionnels de santé

Les autres partenaires sont associés à la mise en œuvre des actions du PPSO :

- Les administrations non sanitaires
- Les établissements de santé
- Les services de l'enseignement
- Les associations à vocation sanitaire et sociale

L'équipe du laboratoire EA 4847 de l'université d'Auvergne) apporte une expertise scientifique dans le cadre de la mise en œuvre du PPSO.

### 3 - La santé orale dans la politique de santé actuelle

Encore aujourd'hui, la promotion de la santé orale est peu souvent associée aux politiques de santé publique des pays développés. En NC, la santé orale n'est pas mentionnée dans les priorités de santé définies par la délibération n°490 du 11 août 1994 du Congrès. En France métropolitaine, on a observé récemment un retrait de certaines actions buccodentaires prévues dans le plan national de santé publique de 2011, notamment les actions éducatives en milieu scolaire (maladies métaboliques, cancers,...).

Les dépenses de santé publique, notamment pour la promotion de la santé sont généralement orientées vers des pathologies qui font peser un plus lourd fardeau sur les comptes de la santé.

Pourtant la carie dentaire reste, dans la plupart des pays développés, une pathologie infectieuse fréquente dans l'enfance. L'impact des pathologies dentaires sur la qualité de vie est connu, en raison d'épisodes douloureux, de problèmes d'alimentation et de sommeil [1,2]. De plus, il a été démontré que les enfants qui ont un état dentaire altéré ont 12 fois plus de risque d'être inattentifs à l'école, avec des conséquences visibles sur la réussite scolaire [3].

Enfin, il est désormais reconnu que les maladies buccodentaires, le surpoids et les maladies non transmissibles comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, respiratoires et les cancers partagent les mêmes facteurs de risque individuels (alimentation, stress, tabac) [4].

La prévention des maladies buccodentaires contribue ainsi à améliorer la santé orale, la santé générale et le bien-être des individus et à favoriser l'épanouissement et la réussite scolaire des enfants.



### 4 – La situation sanitaire en NC

Entre juillet 2011 et septembre 2012, une évaluation de l'état buccodentaire et des paramètres associés à la santé orale chez les enfants de 6, 9 et 12 ans, a été réalisée sur le territoire. Les résultats de cette étude ont été publiés dans la revue PlosOne en 2014 [5] et des résultats complémentaires sont en cours de publication.

#### Premier constat : En NC Les maladies buccodentaires infectieuses et inflammatoires sont encore fréquentes.

- A 6 ans, plus de la moitié des enfants présentaient déjà les signes d'une inflammation gingivale aiguë (gingivite) et la proportion d'enfants atteints augmentait avec l'âge des enfants (tableau 1).
- A 6 ans et à 9 ans, 3 enfants sur 5 avaient besoin de soins dentaires pour des lésions carieuses sur les dents temporaires et/ou permanentes.
- A 12 ans, près de la moitié des enfants avaient au moins une dent permanente atteinte par des lésions carieuses non traitées.
- Par rapport aux évaluations récentes réalisées en France métropolitaine, la prévalence de la maladie carieuse était jusqu'à deux fois supérieure en NC [6,7].

Tableau 1 : Pourcentage d'enfants avec de la plaque dentaire ou des signes cliniques des maladies buccodentaires à 6, 9 et 12 ans (enquête santé orale NC 2012)

	6 ans		9 ans		12 ans	
	N	%	N	%	N	%
Plaque dentaire*	740	51.9 %	789	68.4 %	1201	73.9 %
Gingivite*	731	53.1 %	787	59.6 %	1201	62.2 %
Lésions carieuses non traitées**	593	60.4 %	716	62.3 %	1201	46.9 %

\*De manière étendue sur l'ensemble d'une arcade dentaire.

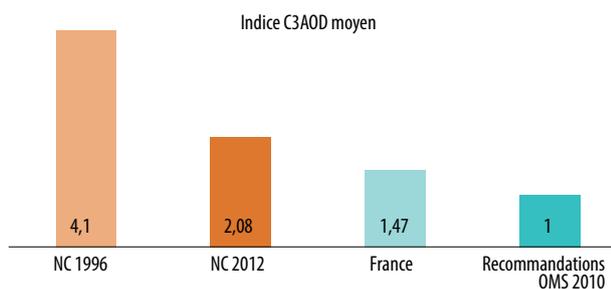
\*\* En denture mixte.

N : nombre d'enfants

#### Deuxième constat : L'objectif fixé par l'OMS pour l'amélioration de la santé buccodentaire dans les pays développés reste encore à atteindre en NC.

- A 12 ans, les enfants avaient en moyenne 2 dents cariées, obturées ou absentes pour raison de carie (indice C3AOD) (graphique 1).
- Bien que l'indice C3AOD ait diminué de moitié par rapport à l'évaluation réalisée en NC en 1996 [8], il reste encore deux fois plus élevé par rapport à l'objectif fixé en 2010 par l'OMS pour les pays dotés d'un système public de santé et nettement supérieur à celui de la métropole.

**Graphique 1 : Nombre moyen de dents cariées, obturées ou absentes (indice C3AOD) à 12 ans en NC et en métropole et recommandé par l'OMS**



### Troisième constat : Il existe des inégalités de l'état de santé orale entre les enfants.

- Les enfants dont la mère ou le père était sans emploi et les enfants couverts par l'Aide Médicale Gratuite étaient plus atteints par la maladie carieuse (nombre de dents cariées non traitées) que les enfants issus de milieux sociaux plus aisés [5].
- Les inégalités sociales de santé ont déjà été décrites en France et dans d'autres pays européens [6, 11]. et la réduction de ces inégalités constitue un des enjeux majeurs du programme « **mes dents ma santé** ».

### Quatrième constat : L'état buccodentaire des enfants était influencé par leurs habitudes de vie.

- Plus d'un tiers des enfants déclaraient consommer des boissons sucrées de manière habituelle (tableau 2).
- Un tiers des enfants de 6 ans et de 9 ans et près de la moitié des enfants de 12 ans ne se brossaient pas les dents tous les jours (au moins une fois par jour).
- Près de 12% des enfants avaient déjà consommé du tabac à 12 ans.

Les enfants qui consommaient des boissons sucrées, du tabac et/ou ne se brossaient pas les dents quotidiennement avaient plus de dents cariées non traitées en moyenne par rapport aux enfants qui avaient des habitudes de vie saine [5].

**Tableau 2 : Pourcentage d'enfants selon le mode de vie à 6, 9 et 12 ans (enquête santé orale NC 2012)**

	6 ans		9 ans		12 ans	
	N	%	N	%	N	%
Consommation habituelle de boissons sucrées	741	30.4 %	789	35.1 %	1199	35.4 %
Brossage dentaire (<1/jour)	739	33.7 %	789	44.2 %	1196	44.7 %
A déjà fumé du tabac	NE		NE		1201	11.7 %

NE : non évalué à cet âge. N : nombre d'enfants

### Dernier constat : L'état dentaire des enfants influençait leur capacité à mastiquer et leur qualité de vie.

- A 12 ans, les enfants qui avaient plus de dents cariées non traitées déclaraient plus souvent avoir des problèmes pour mastiquer [5].
- A 9 ans, les enfants les plus atteints par la carie dentaire (nombre de dents cariées non traitées) avaient une capacité masticatoire diminuée (nombre d'unités fonctionnelles postérieures = couples antagonistes de prémolaires et de molaires) [5].
- A 12 ans, la qualité de vie des enfants atteints par la maladie carieuse ou présentant un foyer infectieux dentaire était significativement diminuée (score du Child Oral Health Impact Profile) (tableau 3).

**Tableau 3 : Etude de l'influence de l'état dentaire sur la qualité de vie des enfants de 12 ans selon le score de COHIP (min : 0 max : 136). Test de Kruskal-Wallis (enquête santé orale NC 2012)**

Moyenne (écart-type)	N	Score global du COHIP	P
Nombre de molaires permanentes cariées	0	154	104.10±16.09
	≥ 1	82	97.87±17.54
Présence d'au moins un foyer infectieux d'origine dentaire	Non	205	103.13±16.29
	128	31	94.03±18.47

NE : non évalué à cet âge. N : nombre d'enfants

## 5 – Notre stratégie

Le programme « **mes dents ma santé** » emprunte les cinq principes fondamentaux de la promotion de la santé\* et sa mise en œuvre respecte le partage des compétences en matière de prévention entre les différentes collectivités et organismes de santé de la NC.

\* *Adoption de politiques publiques favorables à la santé, développement d'environnements favorables, renforcement des actions communautaires, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé.*

### 5-1. Se fixer des objectifs

Le programme « **mes dents ma santé** » est un plan quinquennal (2014-2018) dont les deux objectifs principaux sont de :

- Promouvoir les habitudes de vie saine (hygiène bucco-dentaire et alimentaire) auprès de la population générale.
- Réduire de 20 % l'indice carieux (nombre moyen de dents cariées) chez les enfants de 6 ans et 12 ans.



## 5-2. Identifier nos cibles

Pour répondre à ces objectifs, le programme « **mes dents ma santé** » cible toute la population néo-calédonienne, avec certaines actions plus spécifiques pour des groupes à risque carieux élevé (femmes enceintes, enfants scolarisés, personnes dépendantes porteuses de handicap).

Les professionnels de la santé et de l'industrie agroalimentaire et les membres de la communauté éducative (enseignants, personnel scolaire et parents d'élèves) sont également ciblés par certaines actions afin de transmettre les compétences et les connaissances nécessaires à la promotion de la santé aux personnes qui côtoient la population au quotidien.

## 5-3. Agir à tous niveaux

### Axe 1 : Pour promouvoir les habitudes de vie saine

La première mission du programme « **mes dents ma santé** » est de promouvoir auprès de la population générale, l'acquisition de comportements sains. Cette orientation est complémentaire de la démarche du programme « mange mieux bouge plus », puisque certains objectifs de ces deux programmes sont communs.

Ainsi un des objectifs opérationnels du programme consiste à sensibiliser les dirigeants politiques pour qu'ils adoptent des mesures concrètes qui rendent l'environnement plus favorable aux modes de vie sains ; certaines pistes ont ainsi été évoquées :

- interdire la distribution gratuite de produits manufacturés sucrés lors des manifestations sportives et festives subventionnées par des organismes publics.
- plafonner le taux de sucres ajoutés dans les boissons fabriquées en NC.
- réguler la diffusion de messages publicitaires pour les produits alimentaires sucrés.
- appliquer une taxe supplémentaire sur les barres chocolatées qui seraient dédiée à la promotion de la santé.

De plus, la population générale sera sensibilisée à l'importance de l'hygiène buccodentaire et d'une alimentation saine pour la santé orale à travers des campagnes de communication.

### Axe 2 : Une école en santé : pour la réussite scolaire

La deuxième mission du programme « **mes dents ma santé** » est d'agir pour que l'environnement physique quotidien des élèves du primaire favorise l'acquisition d'habitudes de vie saine dès le plus jeune âge, avec le soutien des équipes pédagogiques.

Pour cela, plusieurs actions sont prévues :

- Une campagne d'information visant la communauté éducative (enseignants, personnel scolaire et parents d'élèves) sur l'importance de la santé orale pour la réussite scolaire des élèves.
- La formation des enseignants et des futurs enseignants du primaire et du secondaire à l'éducation pour la santé.
- La mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires du primaire et du secondaire et le soutien des projets de classe sur la thématique de la santé orale.
- La mise en place du brossage dentaire quotidien supervisé à l'école primaire.

### Axe 3 : Pour développer les soins dentaires préventifs

La dernière mission du programme « **mes dents ma santé** » est de promouvoir le recours aux soins dentaires par la population et de développer l'accès aux soins dentaires préventifs.

Tout d'abord, les professionnels de santé (médecins, infirmiers, maïeuticiens, dentistes, et pharmaciens) sont sensibilisés par des bulletins d'actualités en santé orale qui traiteront de différentes techniques préventives buccodentaires et les informeront de la situation sanitaire en NC.

Par ailleurs, le dispositif de scellement prophylactique des sillons dentaires est renforcé avec une volonté de proposer chaque année à tous les élèves de bénéficier d'un examen dentaire et de soins préventifs gratuits pendant leur année de cours préparatoire. Une campagne de communication est prévue pour sensibiliser la population à l'utilité des soins préventifs pour les enfants.

Une étude sera réalisée pour évaluer l'état de santé orale des personnes en situation de handicap et les résultats de cette étude pourront justifier du développement d'actions spécifiques de promotion de la santé pour cette population.

L'accès à l'eau fluorée est également un moyen de prévenir efficacement les pathologies buccodentaires quelle que soit la tranche d'âge. C'est pourquoi, une volonté a été exprimée de mettre sur le marché une eau embouteillée fluorée. Ce nouveau produit bénéficierait d'un marketing commercial.

Enfin, l'évaluation de 2012 a montré qu'il était nécessaire d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour les enfants. Pour cela, une enquête sur les freins et les leviers du recours aux soins dentaires est en cours de réalisation afin d'identifier les éventuelles réformes à apporter au système de soins actuel. De plus, une consultation gratuite de prévention dentaire sera proposée pendant la grossesse. Cette consultation a pour but de sensibiliser les futures mères à l'hygiène buccodentaire et alimentaire pour elles et pour leur(s) enfant(s).

#### 5-4. Mettre en oeuvre nos actions

La mise en œuvre des actions du programme « **mes dents ma santé** » a débuté à la rentrée 2014. Les actions d'éducation en santé orale et de prévention buccodentaire qui étaient déjà existantes ont été intégrées au programme, avec un effort d'harmonisation des objectifs de ces actions et une mise en commun des résultats par leurs promoteurs.

Chaque action est mise en œuvre par un ou plusieurs pilotes qui sont chargés de la coordination des équipes d'intervention et qui participent à la rédaction des protocoles et des bilans. Pour une même action, les différents pilotes s'apportent une aide et un conseil mutuel et forment une véritable équipe bien qu'ils fassent partie d'institutions différentes.

Tous les trimestres, les pilotes sont réunis lors d'un comité de pilotage au cours duquel chacun peut exposer ses résultats, ses difficultés et émettre son point de vue sur les autres actions du programme. Le comité de pilotage est animé par le responsable du programme, qui envoie un compte rendu de la réunion aux pilotes et à leurs supérieurs hiérarchiques afin de tenir informés tous les partenaires de l'avancée des actions.

En début d'année, un représentant de chaque partenaire du programme « **mes dents ma santé** » est invité lors du comité stratégique afin d'étudier les résultats des actions de l'année précédente et de fixer les nouveaux objectifs pour l'année qui débute.

#### 5-5. Evaluer nos actions

Dans un souci d'impartialité l'évaluation du programme sera confiée à l'équipe du laboratoire EA 4847 de l'Université d'Auvergne). Cependant, tout au long de la mise en œuvre du programme, le responsable du programme est chargé de réaliser un bilan annuel des actions ainsi qu'une évaluation intermédiaire du programme et de tenir les résultats de cette évaluation à la disposition des administrateurs de l'ASS-NC. Les partenaires de l'ASS-NC seront associés lors de ces différentes évaluations.



## 6 – Bilan des actions en 2014

### Habitudes d'hygiène dentaire et alimentaire des jeunes calédoniens (Axe 1. Action 2.1)

Un baromètre santé a été réalisé auprès de 1526 jeunes de 15 ans à 18 ans scolarisés dans les collèges et les lycées de NC. Cette étude permettra notamment de connaître les habitudes d'hygiène buccodentaire et de consommation de produits sucrés des jeunes et d'identifier le niveau de besoin en promotion de la santé pour cette population. Ses résultats sont attendus dans le courant de l'année 2015.

### Education à la santé orale en milieu scolaire (Axe 2. Actions 1.4 - 1.5)

Les actions d'éducation à la santé orale qui sont menées en milieu scolaire sont coordonnées par les directions sanitaires des provinces et par l'association Union Française pour la santé buccodentaire de NC (UFSBDNC). Le rôle de l'ASS-NC est, d'une part de réunir ces différents intervenants pour les aider à harmoniser leurs pratiques, et d'autre part, sur leur demande, de leur apporter une aide dans la gestion de leurs projets.

**En Province Nord**, la direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société de la Province Nord (DASSPS Nord) a reconduit son programme d'éducation à la santé en milieu scolaire avec des interventions d'apprentissage de l'hygiène buccodentaire et l'encadrement quotidien du brossage dentaire pour les élèves de petite et moyenne section de maternelle et de CE1. Ces actions sont animées par les éducateurs sanitaires et/ou les auxiliaires de vie et de santé provinciaux. En 2014, toutes les écoles de la Province Nord ont bénéficié de ces actions. De plus, la DASSPS Nord a soutenu deux projets de classe sur le thème de l'hygiène buccodentaire (dans une école de tribu et un internat). Le matériel pour le brossage est distribué par les services provinciaux. Enfin, les agents provinciaux organisent une distribution quotidienne gratuite de comprimés de fluor aux élèves de maternelle, sous autorisation parentale.

**En Province Sud**, la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale de la Province Sud (DPASS Sud) a accompagné 12 écoles dans la mise en place du brossage dentaire à l'école, avec la formation des enseignants et des cantinières et la distribution du matériel pour le brossage. De plus, 12 écoles supplémentaires ont souhaité bénéficier du projet « Dr Quenottes dans ma classe » pour des classes de maternelles, CP et/ou CE1. Ce projet consiste à accompagner des classes qui souhaitent travailler sur la thématique de la santé orale et mettre en place le brossage des dents à l'école. Ces actions sont réalisées par des dentistes ou des assistantes dentaires. De plus, l'association UFSBDNC a soutenu cette année 3 écoles dans la mise en place du projet « mon école à pleines dents ». Cette association fait intervenir des chirurgiens-dentistes libéraux et des assistantes dentaires qui animent une séance d'éducation à la santé orale et réalisent un dépistage individuel des pathologies buccodentaires. L'UFSBDNC fournit également du matériel pour la mise en place du brossage dentaire quotidien à l'école. Les bénévoles de l'association ont également animé des séances éducatives avec des lycéens lors de deux matinées de « carrefour santé ».

**En Province des Iles Loyauté**, la direction de l'action communautaire et de l'action sanitaire des Iles Loyauté (DACAS) a mis en œuvre des séances d'éducation à l'hygiène buccodentaire dans toutes les écoles maternelles à Lifou et dans une école maternelle à Ouvéa. Ces séances ont été animées par deux dentistes et une infirmière de tribu. Les enfants de maternelle de Lifou ont également bénéficié d'un dépistage buccodentaire gratuit et des plages horaires ont été aménagées dans les cabinets dentaires des dispensaires pour les accueillir pour leurs soins dentaires.

Les outils disponibles en NC (jeux, quizz, affiches) utiles pour l'animation de projets sur l'hygiène buccodentaire ont été recensés et un catalogue de ces outils et des contacts utiles pour les obtenir est publié sur le site [www.ass.nc](http://www.ass.nc).

## Etat des lieux en vue de la mise en œuvre du brossage dentaire à l'école (Axe 2. Action 2.1)

Une fiche d'état des lieux a été créée et testée sur un pannel de 20 écoles pour faciliter la mise en place du brossage des dents à l'école. Cette fiche a pour objectif d'identifier les moyens matériels et humains disponibles afin de proposer une organisation optimale pour le brossage dentaire quotidien supervisé à l'école. En effet, le brossage dentaire dans le cadre de l'école doit être réalisé dans de bonnes conditions et sous la supervision d'un adulte afin de :

- vérifier que les enfants respectent le temps de brossage nécessaire,
- permettre l'apprentissage des bons gestes pour le brossage,
- éviter la contamination croisée entre les enfants par échange de brosses à dents,
- assurer des conditions d'hygiène satisfaisantes lors du brossage.

Cette fiche est à la disposition de tous les établissements qui souhaitent mettre en place le brossage dentaire au quotidien auprès de l'équipe du programme : [preventionbuccodentaire@ass.nc](mailto:preventionbuccodentaire@ass.nc). L'équipe du programme « **mes dents ma santé** » ou les services de prévention des directions sanitaires provinciales peuvent ensuite conseiller les enseignants quant aux modalités d'organisation à préférer pour le brossage des dents quotidien supervisé à l'école.

## Sensibilisation des professionnels de la santé (Axe 3. Action 1.1)

Les bulletins d'actualités en santé orale contiennent des informations sur les soins de prévention buccodentaire et sur la situation de la santé orale en NC. Leur vocation est, en premier lieu, d'interpeller 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 leurs conséquences sur la santé générale. D'autre part ces bulletins visent à promouvoir les soins de prévention buccodentaire auprès des professionnels de santé afin qu'ils se fassent le relai auprès de leurs patients.



Les bulletins sont rédigés par le responsable du programme « **mes dents ma santé** » en collaboration avec un groupe d'une vingtaine de relecteurs qui représentent les divers professionnels de santé visés par cette action. Les bulletins sont ensuite transférés par courrier électronique :

- Aux chirurgiens-dentistes.
- Aux infirmiers.
- Aux médecins généralistes, pédiatres et gynécologues.
- Aux pharmaciens.
- Aux maïeuticiens.

**Actualités en santé orale**  
Novembre 2014

**Résumé:**  
Le scellement prophylactique des sillons dentaires est une action essentielle pour prévenir la carie dentaire qui est présente par la Haute Autorité de Santé pour les enfants et les adolescents à risque carieux élevé et complémente une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.

**Le scellement prophylactique des sillons des molaires permanentes**

**Définition :**  
Avec une résine fluide il comble les sillons dentaires avec un matériau adhésif. Cette offre de réaliser une barrière physique étanche. Elle est ainsi qui s'oppose à l'accumulation de plaque dentaire et prévient la carie dentaire. Son action de l'arrêt à ce niveau, dans la carie dentaire.

**Objectifs d'indication :**  

- Patients de moins de 20 ans.
- Présence et/ou absence de caries permanentes.
- Période post-orthopédie (durant les 2 à 4 années qui suivent l'arrêt de la dent en raison de l'immaturité de l'os).
- Molaire saine ou avec une lésion pré-carieuse de l'os.

**Doit classer à « PCI élevé » les patients qui ont ou moins un facteur de risque :**

- Absence de brossage dentaire quotidien
- Ingestion excessive de sucres (à l'exception des boissons ou du goûter) (y compris médicaments sucrés)
- Présence de plaque dentaire visible à l'œil nu (sans révélateur de plaque)
- Présence d'un antécédent de caries (caries de fissure pré-carieuses de l'os) (examens visuel et radiologique)
- Sillons anfractueux sur les molaires permanentes
- Présence d'éléments identifiés (ex : appareils orthodontiques)
- Présence de défauts structurels de l'os sur les molaires permanentes
- Altération du flux salivaire (conjonctive, chirurgicale, médicamenteuse ou liée à une irradiation)
- Situations spécifiques de soins dentaires liés à l'état de santé généralisé (ex : déficience ou handicap physique ou mental)
- Présence de caries actives chez le frère ou dans la fratrie
- Sous-utilisation des ressources de soins dentaires (absence de consultation dentaire > 12 mois)

**Quelques données santé orale NC 2012 (enfants de 5 ans)**

Proportion d'enfants sans caries dentaires	55%
Proportion d'enfants présentant au moins une carie dentaire	45%
Proportion d'enfants présentant au moins une carie dentaire	30%
Proportion d'enfants sans de la plaque dentaire	87%
Proportion d'enfants ayant moins de 1000 unités de plaque dentaire	98%

Le premier bulletin a été édité en septembre 2014 sur le thème des scellements préventifs des sillons dentaires sur les molaires permanentes. La majorité des relecteurs ont participé à la rédaction participative de ce premier bulletin, ce qui représente un succès pour cette action. Il est disponible sur le site Internet [www.ass.nc..](http://www.ass.nc..)

Une évaluation de l'impact de ce bulletin et de la satisfaction des professionnels de santé qui l'ont reçu est prévue début 2015 afin d'améliorer les bulletins suivants.

## Campagne de scellement préventif des sillons dentaires (Axe 3. Action 2.1)

**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, et ainsi de faciliter le brossage et diminuer l'accumulation de résidus alimentaires. L'efficacité préventive de ce soin est d'autant plus importante lorsque l'enfant présente un risque carieux élevé, en raison de caries sur les dents de lait, de mauvaises habitudes alimentaires ou d'un manque d'hygiène bucco-dentaire [12].**

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

## Partenaires de la campagne

L'ASS-NC intervient avec la caravane buccodentaire qui est un cabinet dentaire mobile et une équipe (dentiste + assistante dentaire) qui se rend dans les écoles primaires ou avec des dentistes prestataires qui interviennent dans des cabinets dentaires vacants mis à disposition pour cette action (cette année à Houailou).

La DASSPS Nord, la DACAS, la mutuelle du Nickel, la mutuelle des fonctionnaires et la CAFAT contribuent en accueillant les enfants dans leurs cabinets dentaires.

En parallèle, les directions de l'enseignement (DENC, DEPIL, DEFIJ, DES, ASEE, DDEC, FELP) et les mairies contribuent à la mise en œuvre de cette action.

## Objectifs opérationnels de la campagne en 2014

1. Faire bénéficier gratuitement 70% des enfants scolarisés en CP de scellements préventifs des sillons dentaires sur les molaires permanentes, sous condition d'autorisation parentale.
2. Familiariser les enfants avec le cabinet dentaire et le dentiste.
3. Dépister les maladies buccodentaires (lésions carieuses et malformations dentofaciales) et le manque d'hygiène buccodentaire, informer les parents d'élèves de l'état dentaire de leur enfant et les inciter à consulter un chirurgien-dentiste en cas de besoin en soins dentaires.
4. Eduquer les enfants de CP à la pratique de l'hygiène buccodentaire, (ce quatrième objectif concerne plus particulièrement l'équipe de la caravane buccodentaire de l'ASS-NC).

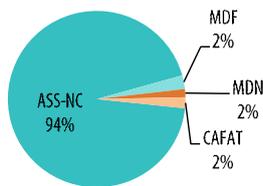


Caravane de prévention buccodentaire de l'ASS-NC.

## Bilan de la campagne en 2014

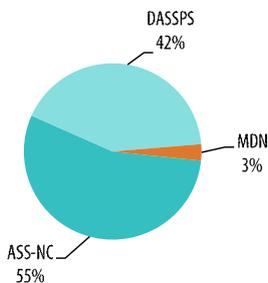
### i. Un nombre d'enfants invités en hausse

En 2014, 2867 élèves de CP ont été invités à bénéficier de scellements préventifs des sillons dentaires, soit 65% de l'effectif total des élèves de CP du territoire. Ceci marque un net progrès du projet par rapport à l'année précédente puisqu'en 2013, 50% des élèves de CP avaient été invités.



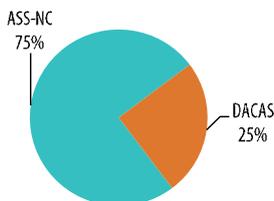
En Province Sud, 59% des élèves de CP ont été invités (50% en 2013).

La distribution des élèves invités selon le promoteur de l'action est illustrée ci-contre.



En Province Nord, le projet a concerné la totalité des élèves de CP (69% en 2013).

La distribution des élèves invités selon le promoteur de l'action est illustrée ci-contre.



En Province des Iles, le projet a concerné uniquement les élèves de Lifou, soit 46% de l'effectif provincial des élèves de CP.

La distribution des élèves invités selon le promoteur de l'action est illustrée ci-contre.

### ii. Optimisation de la caravane buccodentaire

En 2014, la caravane buccodentaire a pu être exploitée pendant 84% du temps scolaire (132 journées d'école), ce qui marque une optimisation des moyens puisqu'en 2013, 72% du temps scolaire avait été exploité.

### iii. Un projet bien accueilli par les familles

Le taux d'autorisation parental est excellent puisque 91% des enfants invités avaient un accord parental signé. Les enfants qui ne rendent ni autorisation ni refus parental bénéficient tout de même d'un examen de dépistage des maladies buccodentaires. Les enfants qui rendent un refus parental signé ne bénéficient ni d'examen ni de soins de prévention.

### iv. Un projet adapté à la situation sanitaire

Parmi les 2057 enfants de CP qui ont été examinés dans le cadre de la campagne 2014, 66% des enfants avaient au moins une dent temporaire ou permanente porteuse de lésions carieuses non traitées. Ceci confirme l'intérêt de ce type de dispositif puisque le scellement préventif des sillons est particulièrement indiqué pour les enfants déjà affectés par la maladie carieuse.

De plus, seulement 6% des enfants avaient déjà bénéficié de scellements préventifs des sillons dentaires alors que 61% des enfants avaient déjà quatre molaires permanentes présentes sur l'arcade dentaire.

### v. Mise en place d'un protocole d'action commun

Le projet « scellement préventif des sillons dentaires sur les premières molaires permanentes » a été restructuré en 2014. Un protocole a été rédigé par l'ASS-NC et tous les dentistes qui ont participé à cette action ont été formés et calibrés pour garantir :

- Le respect du protocole de l'action
- L'exactitude des données recueillies

### vi. Vers un partage du pilotage de l'action

Cette année, la DACAS Iles et la DASSPS Nord ont assuré elles-mêmes le pilotage de ce projet pour leurs équipes. L'ASS-NC a coordonné la mise en œuvre du projet pour les autres partenaires.

## En conclusion du projet scellement

L'objectif 2014 qui était d'inviter 70% des élèves de CP n'a pas tout à fait été atteint. Cependant, le projet a largement évolué vers un plus grand partage des tâches entre les partenaires et avec une expansion du dispositif (+15% d'élèves invités par rapport à l'année précédente).

De plus, le dispositif de la caravane buccodentaire a été optimisé, en accord avec l'évaluation qui avait été faite en 2013.

NB : Les enfants qui sont examinés dans la caravane buccodentaire de l'ASS-NC reçoivent un kit de brossage qui comprend une trousse, un dentifrice et une brosse à dents. Les enseignants sont libres de mettre en place le brossage des dents à l'école, au moins pour une période.



## Remerciements aux partenaires du projet scellement

Aux directions de l'enseignement privé et public des différentes provinces qui nous transmettent les listes nominatives des élèves de CP.

Aux municipalités qui autorisent le stationnement au sein des établissements scolaires ou sur les terrains municipaux ou qui organisent le transport des élèves vers la caravane (regroupement d'écoles).

Aux directeurs d'école, aux enseignants de CP et aux personnels municipaux scolaire qui relaient les informations liées à la campagne auprès des parents et recueillent les demandes d'autorisations parentales.

**Cette année encore, l'équipe de la caravane buccodentaire a bénéficié d'un excellent accueil dans les établissements scolaires.**

### Enquête sur les freins et les leviers du recours aux soins dentaires (Axe 3. Action 2.2)

Une enquête qualitative à la recherche des freins et des leviers du recours aux soins dentaires a été initiée par l'ASS-NC à la demande de l'ensemble des partenaires du programme « **mes dents ma santé** ». Cette enquête s'inscrit véritablement dans la démarche de promotion de la santé orale puisqu'elle vise à identifier les améliorations à apporter au système de santé selon les concepts et attentes de la population.

Cette enquête est réalisée auprès des familles des enfants qui ont été dépistés pour un besoin de soins dentaires lors du passage de la caravane buccodentaire en 2014. Elle est réalisée par le responsable du programme sous la supervision d'un membre du laboratoire EA 4847 de l'université d'Auvergne. Le protocole de cette enquête a été soumis à l'approbation du comité d'éthique de NC.

Les résultats de cette enquête sont attendus pour mi-2015. Ils permettront aux différents acteurs de la santé de NC d'identifier de nouvelles actions à mettre en place (ex : communication aux assurés) ou des modifications à apporter (ex : réorganisation des structures de soins, formation des professionnels de santé) pour favoriser le recours aux soins dentaires par la population.

# 7 – Perspectives pour 2015

## 7-1. Mise en œuvre de nouvelles actions

**L'inscription de la santé orale dans le plan territorial de promotion de la santé sera proposée aux élus du Congrès (Axe 1. Action 1.1).**

Cette reconnaissance de la santé orale comme une thématique prioritaire de santé sera argumentée sur la base des résultats obtenus lors de l'étude « santé orale NC 2012 ». De plus, cette requête correspond aux recommandations de la fédération dentaire internationale et de l'OMS d'intégrer la santé orale dans la promotion de la santé. Enfin, le lien étroit qui existe entre la santé orale et la surcharge pondérale, par la présence de facteurs de risque communs, sera également explicité pour appuyer cette proposition.

**Une demande sera faite aux élus du Congrès afin d'étendre à l'ensemble du territoire l'interdiction de distribuer gratuitement des boissons sucrées lors des manifestations festives et sportives qui sont subventionnées par un ou plusieurs organismes publics (Axe 1. Action 1.2).**

Cette mesure a déjà été prise par les assemblées de province pour les îles et le Nord. Cette mesure vise à réduire la visibilité des produits sucrés, particulièrement auprès des enfants. Les associations organisatrices d'événements devront être accompagnées, avec la levée de nouveaux financements dans le cas où leurs sponsors se désengageraient suite à l'application de cette mesure.

**Les associations des maires et les services techniques des mairies seront informés par l'ASS-NC de la volonté de favoriser la mise en place du brossage dentaire quotidien supervisé à l'école primaire (Axe 2. Action 2.1).**

Dans un premier temps, leur accord sera demandé pour faire un état des lieux des locaux scolaires afin d'adapter les recommandations pour le brossage à l'école aux moyens matériels et humains disponibles.



## 7-2. Evaluations

### **Bilan des habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire des jeunes et des adultes calédoniens** (Axe 1. Action 2.1)

D'une part, les résultats du baromètre santé jeunes seront connus en 2015 et un rapport spécifique sera rédigé pour rendre compte des comportements des jeunes en matière d'hygiène buccodentaire et de consommation d'aliments et de boissons sucrées.

D'autre part, le baromètre santé adultes sera renouvelé et des questions relatives aux pratiques d'hygiène buccodentaire et au recours aux soins dentaires ont été intégrées au questionnaire.

### **Enquête sur la santé orale des personnes en situation de handicap** (Axe 3. Action 1.2)

Le protocole d'une enquête sur l'état buccodentaire et les paramètres associés à la santé orale des personnes en situation de handicap sera rédigé et proposé au comité stratégique du programme « **mes dents ma santé** » en cours d'année 2015. Cette enquête sera réalisée en 2016.

### **Enquête qualitative sur les freins et les leviers du recours aux soins dentaires** (Axe 3. Action 3.1)

Les résultats de l'enquête sont attendus en 2015. Un rapport de résultats sera présenté au comité stratégique du programme « **mes dents ma santé** ».

## 7-3. Communication

### **Une campagne de communication presse, radio et télé, sera mise en œuvre mi-2015 pour sensibiliser la communauté éducative à l'importance de la santé orale pour le bien-être et pour la réussite scolaire des enfants** (Axe 2. Action 1.1).

La communauté éducative, telle que définie par le comité de pilotage de cette action, regroupe :

- Les parents d'élèves.
- Les professionnels de l'enseignement (primaire et secondaire).
- Les professionnels de la vie scolaire (cantine, garderie, vie scolaire).
- Les professionnels de la médecine scolaire.

Cette action initie l'axe 2 : « Santé à l'école », pour lequel ces mêmes groupes seront sollicités à nouveaux pour promouvoir l'hygiène buccodentaire chez les enfants, notamment avec la mise en place du brossage quotidien supervisé à l'école.

### **Informers les professionnels de santé sur les recommandations en prévention buccodentaire et en promotion de la santé, et sur le programme « mes dents ma santé »** (Axe 3. Action 1.1)

De nouveaux bulletins d'actualités en santé orale seront édités en 2015 et traiteront :

- De la situation sanitaire en NC d'après l'enquête santé orale NC 2012.
- Du lien entre santé orale et surpoids.
- Des recommandations pour la prescription de fluor
- De la mise en œuvre du programme « **mes dents ma santé** ».

Nous espérons que ces bulletins seront relayés auprès des professionnels de santé par tous les partenaires qui ont été sollicités, c'est à dire :

- le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de NC
- le syndicat des infirmiers à domicile
- le Vice Rectorat
- le conseil de l'ordre des médecins de NC
- le conseil de l'ordre des pharmaciens de NC
- le conseil de l'ordre des maïeuticiens de NC

## 7-4. De nouveaux objectifs pour les actions renouvelées

### **Réaliser des actions d'éducation à la santé orale dans les établissements du primaire et du secondaire, soutenir les projets de classe** (Axe 2. Actions 1.4 - 1.5)

Les promoteurs d'actions éducatives sur le thème de la santé orale en milieu scolaire seront appelés à se réunir et à définir des objectifs communs afin d'harmoniser leurs interventions. Les projets de classe sur le thème de la santé orale seront soutenus, notamment par le partage d'outils et l'accompagnement dans la gestion de projets par l'ASS-NC, les directions provinciales sanitaires ou l'UFSBDNC.

### **Développer le dispositif de scellement de sillons** (Axe 3. Action 2.1)

Le dispositif de scellement prophylactique des sillons dentaires est reconduit pour la même cible des élèves de CP. L'objectif est d'inviter au moins 75% des élèves à bénéficier de cette action, notamment grâce à la participation des dentistes de la DACAS à Maré et Ouvéa et des dentistes de la DPASS Sud. En province Nord, la formation des assistantes de vie et de santé permettra éventuellement d'améliorer les retours d'autorisation parentale.

## Conclusion

Pour sa première année de mise en œuvre, le programme « **mes dents ma santé** » affiche un bilan de fonctionnement plutôt positif. Les partenaires du programme ont tous participé activement à la mise en œuvre des actions. Cette implication est également concrétisée par le partage du pilotage pour certaines actions avec les partenaires de l'ASS-NC et avec le programme « mange mieux bouge plus ».

En termes de résultats, le point fort du programme est la progression de 15% de la proportion d'élèves de CP invités à bénéficier de soins de prévention dentaires cette année (action scellement des sillons dentaires).

Les perspectives pour 2015 traduisent un développement de tous les axes du programme « **mes dents ma santé** ». Un élément primordial pour se faire sera sa reconnaissance par les membres du conseil d'administration et les élus du Congrès au rang des autres priorités de santé publique pour la NC.

### Documents destinés aux professionnels de santé, téléchargeables sur [www.ass.nc](http://www.ass.nc) :

- Rapport de résultats enquête santé orale NC 2012 (réactualisation janvier 2014).
- Référentiel du programme « mes dents ma santé ».
- Dental status of New Caledonian Children : is there a need for a new Oral Health Promotion programme? (article en anglais).
- Bulletin d'actualités en santé orale N°1: le scellement prophylactique des sillons dentaires.
- Référentiel de l'action 3.2.1 du programme mes dents ma santé : « dispositif de scellement des sillons sur les premières molaires permanentes ».



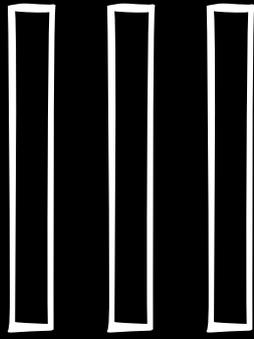
## Références

- Malden PE and al. Changes in parent-assessed oral health-related quality of life among young children following dental treatment under general anaesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:108-117.
- Versloot J and al. Dental Discomfort Questionnaire: assessment of dental discomfort and/or pain in very young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006 Feb; 34:47-52.
- Kwan SY and al. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):677-85.
- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):661-9.
- Pichot H, Hennequin M, Rouchon B, Pereira B, Tubert-Jeannin S. Dental status of new caledonian children: is there a need for a new oral health promotion programme? *PLoS One.* 2014 Nov 7;9(11):e112452.
- Enjary C and al. Dental status and measures of deprivation in Clermont-Ferrand, France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 Oct;34(5):363-71.
- Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Manevy R, Lecuyer MM, Pegon-Machat E. Caries prevalence and fluoride use in low SES children in Clermont-Ferrand (France). *Community Dent Health.* 2009 Mar;26(1):23-8.
- Bourgeois D and al. Caries prevalence in 12-year-old schoolchildren in New Caledonia. *Community Dent Health.* 1996 Jun;13(2):93-5.
- Bourgeois DM. Enquête nationale sur la santé bucco-dentaire des enfants de 6 et 12 ans. *UFSBD* ; 2006.
- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 31 Suppl 1: 3-23.
- Guarnizo-Herreño CC and al. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health.* 2013 Sep 1;67(9):728-35.
- Haute autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons de premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Novembre 2005.

## Plan d'actions global du programme « mes dents ma santé »

<b>AXE 1</b> Les habitudes de vie saine: choisir la santé	<b>AXE 2</b> Une école en santé : pour la réussite scolaire	<b>AXE 3</b> Services préventifs et soins de santé : travaillons ensemble
<b>Actions</b> 1.1 Proposer aux élus du gouvernement l'inscription de la santé orale au plan territorial de promotion de la santé. ○ 1.2 Proposer aux élus du gouvernement l'application d'une réglementation visant à interdire la distribution gratuite de produits alimentaires sucrés lors de toute manifestation subventionnée ou financée par un organisme public. ○ 1.3 Rédiger un rapport pour les élus et les producteurs de boissons sucrées de Nouvelle-Calédonie sur le plafonnement du taux de sucres dans les boissons sucrées. □ 1.4 Etudier la possibilité de réguler la diffusion de messages publicitaires pour les produits alimentaires sucrés (boissons sucrées, confiseries, barres chocolatées...). □ 1.5 Proposer aux élus du gouvernement l'adoption d'une loi de pays pour l'alignement des taux de sucres dans les produits vendus en Nouvelle-Calédonie sur ceux vendus en France métropolitaine. ▲ 1.6 Proposer aux élus du gouvernement l'application d'une taxation sur les barres chocolatées importées. ▲ 2.1 Etablir un bilan des habitudes alimentaires et d'hygiène buccodentaire des jeunes et des adultes Calédoniens. ○ 2.2 Recenser les représentations individuelles de la santé orale en Nouvelle-Calédonie et évaluer l'impact de l'environnement sur les habitudes de vie des Calédoniens. ▲ 2.3 Réaliser une campagne de communication pour promouvoir l'hygiène buccodentaire quotidienne et l'alimentation saine. □	<b>Actions</b> 1.1 Informer la communauté éducative des établissements du primaire et du secondaire des résultats de l'enquête santé orale et de la mise en œuvre du programme « mes dents ma santé ». ○ 1.2 Inclure un module d'éducation à la santé orale dans le programme de formation initiale des enseignants du primaire. □ 1.3 Inclure un module d'éducation à la santé orale dans le programme de formation continue des enseignants du primaire et du secondaire et des infirmiers scolaires. □ 1.4 Réaliser des actions d'éducation à la santé orale dans les établissements du primaire et du secondaire en partenariat avec les enseignants, le personnel scolaire et les parents. ○ □ ▲ 1.5 Soutenir les projets de classe autour du thème de la santé orale. ○ □ ▲ 2.1 Faire un état des lieux des moyens (humains, locaux et sanitaires) dans les écoles primaires et proposer des aménagements pour faciliter la mise en place du brossage dentaire quotidien supervisé. ○ 2.2 Informer la communauté éducative de la mise en place du brossage dentaire dans les écoles primaires. □ 2.3 Former des référents pour le brossage dentaire dans les écoles primaires. □ ▲ 2.4 Mettre en œuvre le brossage dentaire quotidien dans les écoles primaires. □ ▲	<b>Actions</b> 1.1 Informer les professionnels de santé sur les recommandations en prévention buccodentaire et en promotion de la santé et sur le programme « mes dents ma santé ». ○ □ ▲ 1.2 Réaliser une enquête sur la santé orale des personnes en situation de handicap en NC et informer les professionnels de santé des résultats de cette enquête. □ 2.1 Développer le dispositif de scellement des sillons sur les premières molaires permanentes pour tous les élèves de CP du territoire. ○ □ ▲ 2.2 Réaliser une campagne de communication grand public sur le scellement prophylactique des sillons sur les molaires permanentes. □ 2.3 Mettre sur le marché une eau embouteillée fluorée bénéficiant d'un marketing social subventionné. ▲ 2.4 Mettre en œuvre un plan de communication grand public (utilisation du floor). ▲ 3.1 Réaliser une enquête sur les freins et les leviers au recours aux soins dentaires pour les enfants et leurs parents. ○ 3.2 Réaliser une campagne de communication sur la consultation dentaire préventive pour les femmes enceintes et les enfants. ▲ 3.3 Inviter les femmes enceintes et les enfants de CP à haut risque carieux à consulter un dentiste (consultation dentaire préventive = CDP). ▲

Action inscrite pour une mise en oeuvre en : ○ 2014-2015 □ 2015-2016 ▲ 2016-2017



# Programme de dépistage organisé des CANCERS FEMININS

## Introduction

### **Le dépistage organisé du cancer du sein**

En août 2009, l'ASSS-NC a lancé la première campagne de dépistage organisé du cancer du sein. La deuxième campagne de dépistage s'est terminée en 2013 avec un taux de participation de 65%. Le nombre de mammographies a été particulièrement élevé en 2013 et l'année 2014 a comparativement connu une baisse sensible.

### **Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**

Depuis le lancement de la première campagne de dépistage en novembre 2011, de nombreuses femmes ont pu bénéficier d'un frottis de dépistage gratuit. La gratuité de cet examen a pu être possible, grâce au financement par le fonds de compensation en santé publique. Ce fonds, financé par la CAFAT, les provinces et la Nouvelle-Calédonie, assure le règlement des honoraires des professionnels de santé, dispensant ainsi la bénéficiaire de faire l'avance des frais. L'accès au dépistage est ainsi facilité pour toutes les calédoniennes. Cette année, nous pourrions vous présenter les premiers résultats de la campagne, qui s'est achevée en novembre, et en tirer les premières conclusions.



## Equipe du programme

### **Le directeur de l'ASS-NC**

Médecin, il est le responsable médical et administratif de la cellule de dépistage organisé des cancers féminins.

### **Le chef de projet**

Il a pour mission la coordination globale de la cellule de dépistage : organisation des relations avec les partenaires médicaux, suivi et évaluation des deux programmes de dépistage programme.

### **La coordonnatrice du dépistage du cancer du col de l'utérus**

Elle assure le suivi opérationnel de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, elle participe aux réflexions globales portant sur l'organisation des dépistages organisés des cancers féminins.

### **L'assistante de la cellule de dépistage**

Elle assure la gestion des invitations, l'accueil téléphonique, la saisie et l'archivage des fiches d'interprétation des mammographies et des comptes-rendus de frottis. Par ailleurs, elle participe à l'amélioration du service proposé aux femmes concernées par le dépistage.

### **Le prestataire, chargé de mission**

En collaboration avec l'ASS-NC depuis novembre 2008, il assure le pilotage du programme avec l'aide de l'assistante et du directeur de l'ASS-NC jusqu'au recrutement d'un chef de projet. Aujourd'hui, il se concentre principalement sur les aspects techniques (relation avec les sociétés de maintenance, contrôles qualité des appareils), sur la formation et l'organisation des vacations en Province Nord.

### **Le prestataire de saisie**

Depuis 2011 et le lancement de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus, le nombre de fiches de résultats d'examen à saisir a considérablement augmenté. Afin de réaliser cette saisie, l'ASS-NC fait appel à des prestataires extérieurs environ 4 jours par semaine.

# Programme de dépistage organisé du cancer du sein

## 1 - Qu'est-ce que le cancer du sein ?

Le sein, tout d'abord, est un tissu graisseux constitué de glandes mammaires divisées en lobules. De ces lobules part un système de canaux galactophores qui achemine le lait jusqu'au mamelon. Sa fonction première est la lactation.

Le cancer du sein est une tumeur maligne : prolifération anormale des cellules du tissu de la glande mammaire. En l'absence de diagnostic précoce, ces cellules malignes se multiplient de manière anarchique, s'attaquent aux tissus sains avoisinants, produisent des amas de cellules cancéreuses secondaires hors du foyer d'origine, dans tout l'organisme, par la circulation sanguine et lymphatique : on dit alors que la tumeur se métastase (os, poumons, cerveau, foie, tissu cutané, ganglions lymphatiques).

### Que faire face à ce cancer ?

A l'heure actuelle, on ne peut pas prévenir le cancer du sein. Par contre, ce cancer peut être soigné et on sait que plus un cancer est dépisté tôt, plus son traitement est simple et les chances de guérison meilleures.

La stratégie la plus efficace reste de développer un programme de dépistage organisé, fiable et entraînant une forte adhésion des femmes (au moins de 70 %).

### La mammographie

Dans le cadre des campagnes de dépistage organisé du cancer du sein, la recherche de tumeurs mammaires est réalisée grâce à la mammographie (radiographie des seins). Cette technique permet d'identifier près de 90 % des tumeurs mammaires avec seulement 5 % de faux positifs.

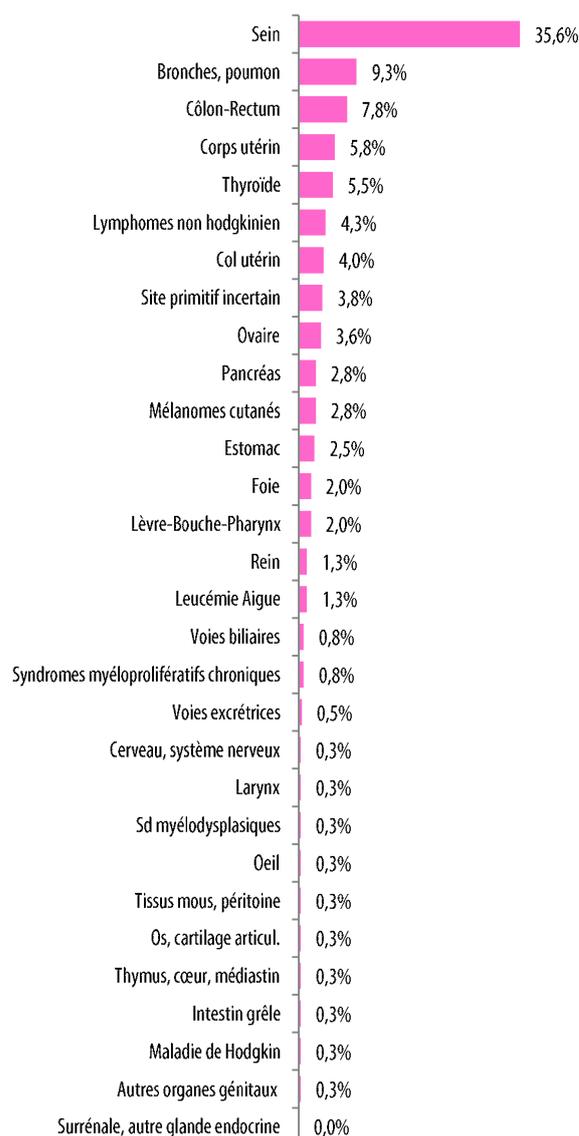
Afin d'améliorer le dépistage, la mammographie doit être couplée à un examen clinique des seins (palpation).

## 2 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

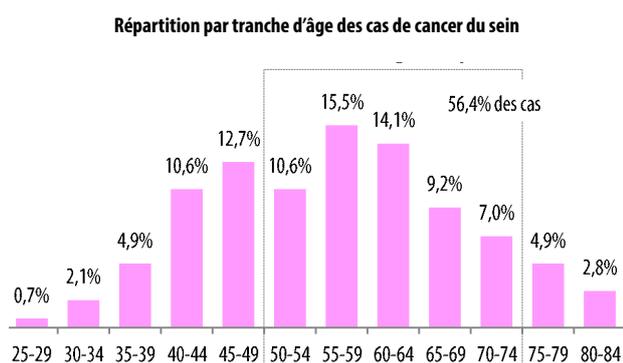
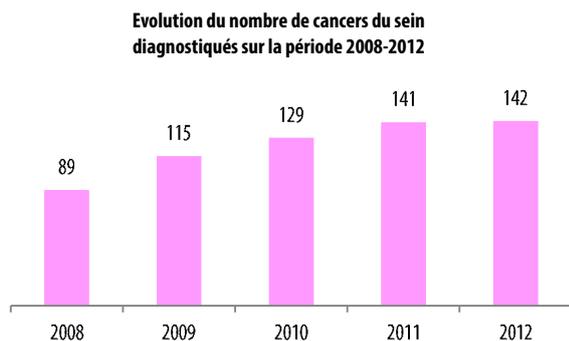
(source : le registre du cancer du sein de la NC, 2012)

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers en NC. Il est également la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

Cancers (2012) : répartition par topographies chez les femmes



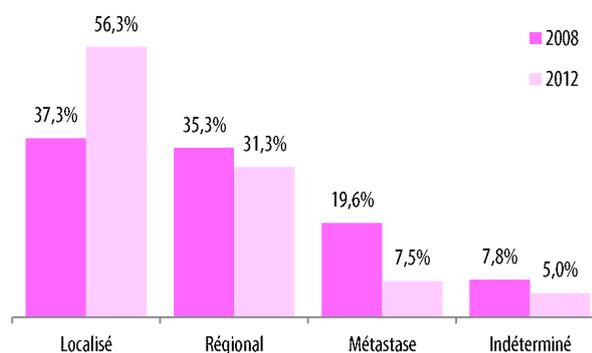
## 3 - Vocation et principaux objectifs du programme



Le nombre de cancers du sein diagnostiqués est en augmentation depuis 2008. Un effet de rattrapage lié à la mise en place de la campagne doit probablement contribuer à cette évolution.

56,4% des cancers diagnostiqués l'ont été chez des femmes ayant entre 50 et 74 ans.

**Répartition des cancers du sein diagnostiqués chez les femmes de 50 à 74 ans selon le stade au diagnostic - comparaison 2008/2012**



Entre 2008 et 2012, on constate une baisse des cancers diagnostiqués au stade métastatique ou régional, au profit de ceux diagnostiqués au stade localisé.

### Vocation

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein consiste à inviter, sur deux ans, l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser une mammographie.

Grâce au vote par le Congrès de la délibération n°425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein et au vote par le gouvernement de l'arrêté n°2009-1045 du 3 mars 2009 fixant le modèle d'invitation, la campagne a pu débuter à la fin du mois de mars 2009 pour une période test et le lancement officiel sur l'ensemble de la NC a eu lieu au mois d'août 2009.

### Objectifs spécifiques

- Réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans.
- Favoriser l'administration de traitement conservateur et moins lourd, grâce au dépistage précoce.

### Objectif opérationnel

Atteindre ou dépasser un taux de participation au dépistage de 70 % des femmes éligibles.

## 4 - Cibles du programme

- La population générale et plus particulièrement les femmes.
- Les femmes éligibles pour le dépistage organisé du cancer du sein (résider en NC et être âgée de 50 à 74 ans).
- Les professionnels de santé :
  - médecins généralistes
  - gynécologues/obstétriciens
  - sages-femmes
  - infirmiers libéraux
  - pharmaciens
  - radiologues
  - manipulateurs en électroradiologie

## 5 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

- DPASS Sud
- DASSPS Nord
- DACAS Iles Loyauté
- DASS-NC (gouvernement de la NC)
- Radiologues des secteurs public et privé
- Ligue contre le cancer en NC
- Conseil de l'ordre des médecins en NC
- Syndicats de professionnels de santé libéraux de NC
- CAFAT
- Syndicat des pharmaciens
- Laboratoires d'anatomopathologie

## 6 - Assurance qualité

Les **principaux critères de l'assurance qualité** sont les suivants :

- Examens répondant aux normes de réalisation (inscrites dans le cahier des charges).
- Formation des intervenants : les techniciens en électroradiologie et les radiologues doivent avoir suivi une formation FORCOMED (organisme agréé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament - ANSM).
- Contrôle quotidien et hebdomadaire des appareils de sénologie (mammographe) par le personnel des centres de radiologie.
- Contrôle tous les neuf mois du matériel par un organisme extérieur agréé par l'AFSSAPS.
- Sécurisation d'interprétation (double lecture des mammographies).
- Gestion et archivage des résultats par l'ASS-NC.

L'ensemble des critères de qualité est repris dans le cahier des charges de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein.

Ces critères sont similaires à ceux du cahier des charges des campagnes de dépistage métropolitaines.

La formation du personnel ainsi que le remplacement ou la mise aux normes du matériel de mammographie ont des effets au-delà du dépistage, puisqu'ils permettent aux femmes de bénéficier de performances diagnostiques et de suivi en grand progrès, et ce, d'une manière homogène sur tout le territoire.

Cette amélioration n'est pas un objectif direct de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein mais constitue un effet corollaire très positif à sa mise en place.

### 6-1. La formation du personnel de santé

#### Formation obligatoire

Pour être autorisé à réaliser les actes liés au dépistage organisé du cancer du sein, les professionnels (techniciens en électroradiologie et les radiologues) doivent justifier d'une **formation spécifique dispensée par l'organisme FORCOMED** (association de formation des médecins spécialistes et de leurs collaborateurs).

Pour faciliter l'accès à ces formations, l'ASS-NC a organisé 2 sessions sur le Territoire. Cette formation s'est déroulée du 21 au 25 avril 2008, 14 radiologues et 25 manipulateurs en radiologie y ont participé.

Depuis, les professionnels qui n'ont pu la suivre et qui souhaiteraient participer à la campagne de dépistage, doivent justifier d'une formation antérieure ou participer à une session de formation en Métropole.

### 6-2. Les contrôles qualité externes

Ces contrôles sont réalisés tous les neuf mois. Il n'y a pas de société agréée en NC et l'ASS-NC est dans l'obligation de faire appel à des sociétés extérieures.

Les conditions des contrôles de qualité sont définies par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Les critères du contrôle ont été récemment renforcés et certains appareils ont des difficultés à répondre à ces nouvelles exigences de qualité.

Deux contrôles qualités ont eu lieu en 2014. Lors du premier contrôle, trois appareils dont deux appartenant à l'ASS-NC, ont rencontré des non-conformités majeures. Le paramétrage de ces appareils a dû être modifié et les appareils ont réussi à répondre aux critères des contrôles lors d'une contre-visite organisée au mois de mai. Un deuxième contrôle a eu lieu en fin d'année. Aucune non-conformité majeure n'a été constatée mais certains appareils arrivent tout de même à la limite de leur possibilité au regard de l'évolution des critères de qualité. Un renouvellement du parc de ces machines est en cours.

### 6-3. L'organisation du parcours d'une personne dans le cadre du dépistage organisé

#### L'invitation

La personne recevra une invitation personnalisée à participer au dépistage organisé.

Si elle répond aux critères d'éligibilité (pas de mammographie depuis moins de 18 mois et ne pas être sous surveillance), elle pourra prendre rendez-vous auprès d'un radiologue agréé (liste jointe à l'invitation).

Si la personne ne répond pas à son invitation, elle recevra une seconde invitation (relance n°1). De même si cette seconde invitation reste sans réponse au bout de 4 mois, une troisième invitation sera envoyée (relance n°2). La personne dispose donc d'un an pour réaliser sa mammographie.

#### La consultation

Lors de la consultation, le radiologue propose à la personne de réaliser un examen clinique des seins (palpation) et une mammographie (radiographie des seins).

#### L'analyse et la délivrance des résultats

Si le radiologue décèle une anomalie, il réalisera des examens complémentaires qui peuvent être une échographie ou une biopsie (prélèvement de tissus).

Les examens de dépistage sont gratuits et sans avance de frais.

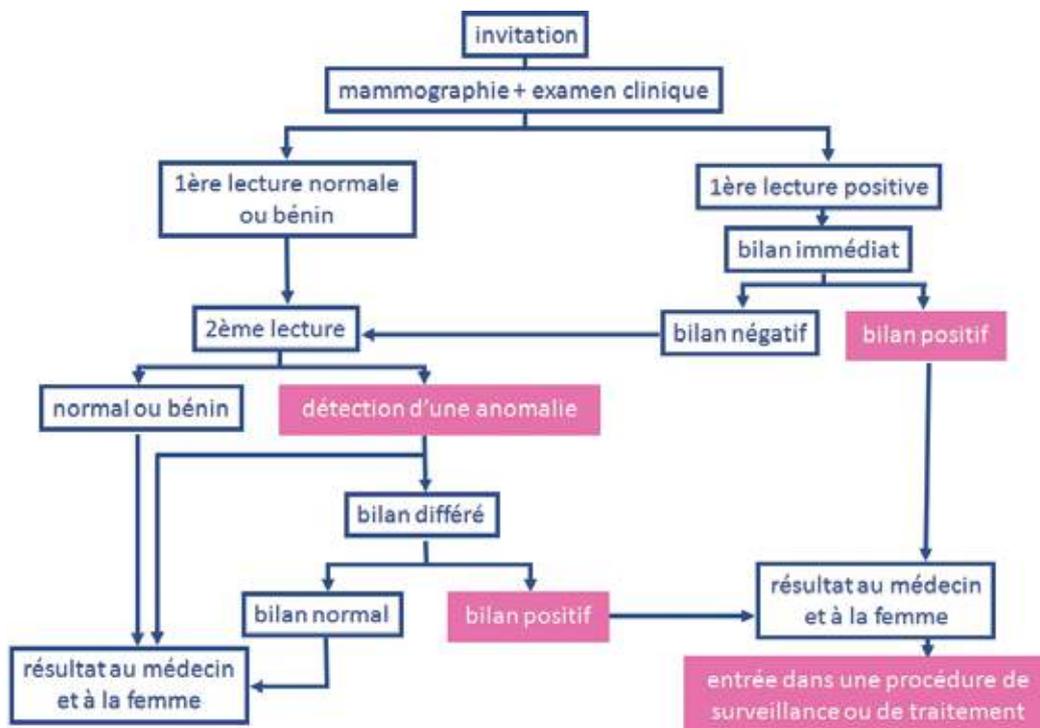
Dans le cadre du dépistage organisé, les mammographies qui n'ont révélé aucune anomalie seront vérifiées par un second lecteur, conformément au cahier des charges. On estime que cette seconde lecture permet de rattraper environ 5 % des erreurs d'interprétation.

**Cette double lecture est un élément fort d'assurance qualité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel.**

La seconde lecture a lieu à l'ASS-NC, dans les locaux de la cellule de dépistage.

En 2008, ils ont été équipés de deux négatoscopes qui répondent aux critères du cahier des charges. Depuis 2011, les radiologues « seconds lecteurs » disposent d'un espace réservé uniquement à l'interprétation des mammographies.

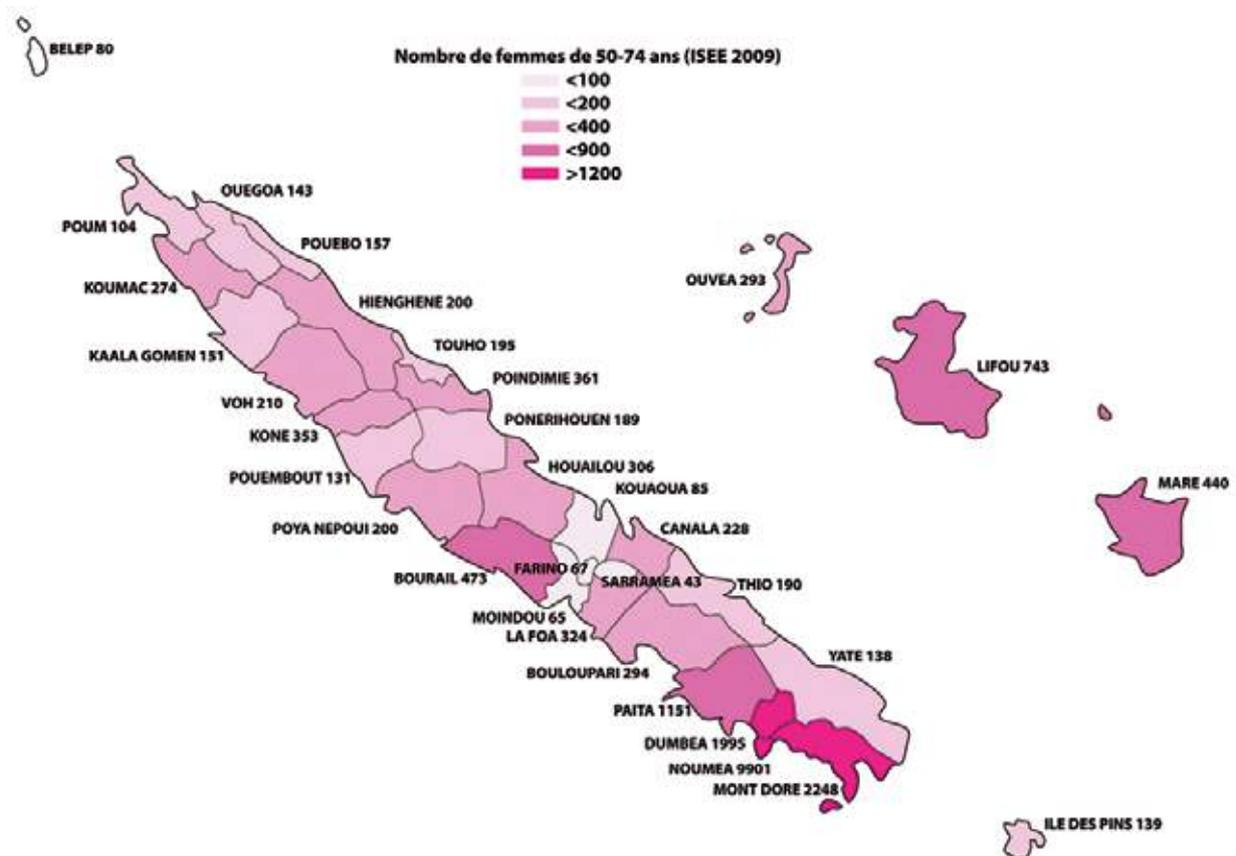
Un système de navette entre les centres de radiologie et la cellule de dépistage a été mis en place. En moyenne, deux à trois séances de seconde lecture ont été effectuées chaque semaine



### 6-4. Combien de femmes sont-elles concernées par le dépistage en NC ?

La répartition des femmes éligibles au dépistage par province est la suivante :

- 17055 femmes sur la Province Sud (soit 78 % des femmes éligibles de NC)
- 3340 femmes sur la Province Nord (soit 15 % des femmes éligibles de NC)
- 1 476 femmes sur la Province des Iles Loyauté (soit 7 % des femmes éligibles de NC)



## 7 - Stratégies opérationnelles du programme en 2014

### 7-1. L'accès au dépistage organisé

#### Envoi des invitations

La cellule de dépistage s'est dotée de l'application PREVIDATA (4D) pour gérer l'envoi des courriers et le suivi des personnes. Les envois des invitations sont réalisés à partir des bases de données des bénéficiaires de la CAFAT, de l'Aide Médicale Nord et Sud.

Actuellement, ces fichiers ne sont pas directement exploitables car ils n'ont pas une architecture commune et conforme aux standards internationaux.

Les bases de données des organismes d'assurance maladie ne sont pas à jour. En effet, l'utilisation de ces bases nous a montré un nombre important de doublons, d'adresses erronées, de personnes ne résidant plus sur le territoire ou encore de personnes décédées. Au fil des mises à jour, le problème s'accroît.

La cellule de dépistage a fait appel à une société privée pour la mise en forme des bases de données et de leur intégration dans l'application PREVIDATA 4D.

Par ailleurs, cette société est également chargée par convention de la maintenance de l'application, des mises à jour et de la formation du personnel de la cellule de dépistage.

## Accès aux sites de mammographies

### En Province Nord

- Mise à disposition d'équipement :

Jusqu'à la fin 2007, un seul mammographe était disponible en Province Nord. Il s'agissait d'un appareil mobile appartenant à la Province Nord.

Face aux problèmes techniques, cet appareil n'a pu être utilisé, et la majorité des femmes ayant besoin d'une mammographie se déplaçaient sur Bourail ou Nouméa pour réaliser leurs examens.

Afin de faciliter l'accès à la mammographie, l'ASS-NC a doté le Centre Hospitalier du Nord (CHN) de deux mammographes à destination des sites de Koumac et Poindimié. Jusqu'en Novembre 2009, la mammographie de Poindimié ne disposait que d'un développement analogique. Depuis le mois de décembre 2009, l'ensemble du processus est traité numériquement, comme sur les autres sites participant au dépistage.

En ce qui concerne l'accès au site de Koumac et Poindimié, les femmes bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite peuvent bénéficier de bons de transport disponibles auprès des dispensaires.

- Les vacances :

Le Centre Hospitalier du Nord étant dépourvu de radiologue, l'ASS-NC organise le déplacement d'un radiologue et d'un manipulateur en électro-radiologie (voir Statistique de résultat - vacances CHN).

- Le procédé de télé-expertise :

La télé-expertise permet à des radiologues installés dans des sites éloignés géographiquement de valider techniquement des mammographies réalisées sur Koumac ou Poindimié. Ce procédé permet notamment aux manipulateurs en radiologie de refaire des clichés comportant des défauts et éventuellement de réaliser des examens complémentaires. L'interprétation finale des mammographies reste réalisée dans les conditions exigées par le cahier des charges du dépistage. L'ASS-NC a doté les sites de Koumac et de Poindimié des outils informatiques permettant le transfert des fichiers. L'utilisation de la télé-expertise reste à ce jour marginale, la majorité des mammographies se faisant lors de vacances.

### En Province Sud

Neuf sites de mammographies agréés sont présents en Province Sud.

Ils se répartissent de la manière suivante :

- 5 sites sur Nouméa
- 1 site sur Dumbéa
- 1 site sur Païta
- 1 site sur Bourail
- 1 site sur le Mont Dore

### En Province des Iles Loyauté

Il n'y a pas de site de mammographie en Province des Iles Loyauté. En raison d'un nombre trop peu important de femmes éligibles sur chaque île et de l'absence de manipulateurs en radiologie et de radiologues, il n'est actuellement pas envisageable d'installer un appareil de mammographie.

Après concertation, il a été décidé que l'ASS-NC assurera la charge financière des billets d'avion qui permettront aux femmes éligibles de la Province des Iles Loyauté de se rendre sur Nouméa et d'y effectuer leurs examens. Cette aide à la mobilité a fortement contribué à l'adhésion de ces femmes à la campagne de dépistage.

## 7-2. Communication, information et sensibilisation de la population

### La stratégie de communication accompagnant la campagne de dépistage organisé

#### Communication auprès du grand public

Différents outils de communication ont été créés lors du lancement de la campagne de dépistage:

Hors média :

- Dépliants à destination des femmes
- Dépliants à destination des professionnels de santé
- Affiches

Médias :

- Spots TV
- Spots radio
- Insertions presse

Le concept de cette campagne de communication grand public développe une vision positive du dépistage organisé en mettant l'accent sur tous les avantages à entamer une telle démarche.

#### Communication auprès des professionnels de santé

Plusieurs documents d'information ont été spécialement conçus afin d'informer les professionnels de santé de l'existence de la campagne, de sa caractéristique et du rôle primordial qu'ils ont à jouer. Ces documents ont été diffusés en amont du lancement officiel de la campagne. Depuis ils sont régulièrement diffusés lors de différents événements réunissant les professionnels de santé ou directement distribués auprès d'eux.

## 8 – Activité 2014

### Invitation au dépistage et envois des résultats

Durant l'année 2014, la cellule de dépistage a envoyé 21 749 invitations ou relances dont 2 526 suite à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé (invitations spontanées). Le taux de réponse des invitations spontanée est proche de 68 %.

Au terme de l'année 2014, 21 554 femmes présentes dans nos bases de données ont été invitées.

Par ailleurs, la cellule de dépistage a envoyé 11 714 courriers de résultat de mammographie, que ce soit auprès des femmes bénéficiaires du programme, de leur médecin, ou encore de leur radiologue.

### Vacations en Province Nord

En 2014, 8 vacances ont été organisées. Au total, 472 mammographies ont été réalisées contre 427 en 2013 et cela malgré l'arrêt du mammographe pendant trois mois suite au contrôle qualité du mois de mars.

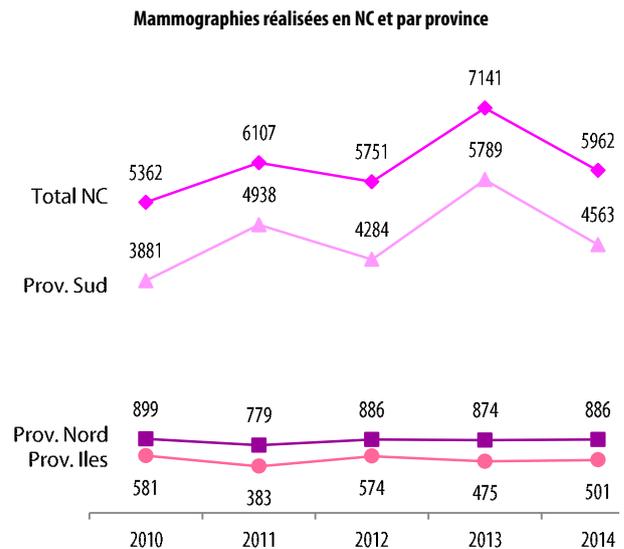
Vacations de mammographies réalisées en Province Nord en 2014

date	durée	lieu	mammographies réalisées
février	4 jours	Koumac	71
mars	3,5 jours	Poindimié	58
juin	3,5 jours	Koumac	55
juin	4 jours	Poindimié	48
juillet	3,5 jours	Koumac	78
août	3,5 jours	Poindimié	64
octobre	4 jours	Poindimié	52
novembre	3 jours	Koumac	46

### Evolution du nombre de mammographies réalisées

Le nombre de mammographies a baissé en 2014 comparativement à l'année 2013 qui était une année de très forte activité. La mammographie étant à renouveler tous les deux ans, il est important de faire en sorte que les femmes ayant eu une mammographie en 2013 renouvellent l'examen en 2015.

La baisse du nombre de mammographies en 2014 est uniquement liée à la baisse d'activité en Province Sud. Les femmes de la Province Nord et de la Province des Iles Loyauté ont même été plus nombreuses en 2014 qu'en 2013 à bénéficier d'une mammographie de dépistage. On peut toutefois constater qu'en Province des Iles Loyauté le nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie était supérieur en 2012. Cela peut s'expliquer soit par des raisons démographiques, soit parce qu'une part des femmes n'auraient pas renouvelé leur examen en 2014.



### ZOOM sur l'évolution du parc de mammographes

En 2008, suite à la mise en place du dépistage et des premiers contrôles qualité externes, deux mammographes ont été dans l'obligation d'être mis hors service et ont été remplacés par de nouveaux appareils. Dès lors, l'ensemble des sites étaient alors équipés de mammographes numériques à plaque.

Depuis 2013, le changement des normes de contrôle qualité a entraîné un renouvellement des appareils. Lors du dernier contrôle, 5 centres de radiologie sur 11 avaient opté pour de nouveaux appareils numérique dernière génération (capteur plan/plaques à aiguilles) dont les performances permettent de répondre sans difficulté aux exigences des contrôles et fournissent une qualité d'image supérieure aux appareils numériques à plaque.

D'autres sites sont en cours de renouvellement de leurs installations et s'orientent également vers des mammographes à capteur plan.

# Programme de dépistage organisé du cancer de l'utérus

Ce dépistage du cancer du col de l'utérus a été initié en 1994 par la volonté des élus du congrès de lutter contre cette maladie évitable.

Grâce à un frottis de dépistage réalisé tous les trois ans après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle, ce cancer peut être évité. En effet, avant de devenir cancéreuses, les cellules du col de l'utérus se modifient. Le frottis permet de les dépister et de mettre en place un traitement médical approprié.

Depuis 2011, l'ASS-NC est chargée de l'organisation de ce dépistage qui s'adresse aux calédoniennes de 17 à 65 ans.

## 1 - Qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?

Cancer de la femme jeune, il démarre par une infection sexuellement transmissible dû au Papiloma Virus Humain, le HPV. Il existe une centaine de types de HPV, mais les types 16 et 18 sont retrouvés dans plus de 70 % des causes de cancers invasifs du col de l'utérus.

Ce virus se contracte généralement dans les cinq premières années de la vie sexuelle. Présent dans la sphère anogénitale, il atteint la plupart des femmes.

Dans près de 90 % des cas, le HPV est naturellement éliminé par l'organisme. Hélas, dans 10 % des cas, il s'installe durablement au niveau du col de l'utérus et peut alors engendrer des anomalies. On parle alors d'état précancéreux ou de dysplasie.

Le cancer du col de l'utérus est un cancer qui se développe lentement (10 à 15 ans).



## 2 - Que faire face à ce cancer ?

A ce jour, il existe deux moyens complémentaires d'agir sur le cancer du col de l'utérus. D'une part la vaccination qui est recommandée avant tout rapport sexuel, d'autre part le dépistage régulier par frottis.

### La vaccination anti-HPV

Aujourd'hui, il existe deux vaccins contre les virus HPV de type 16 et 18, le Gardasil® et le Cervarix®. La Haute Autorité de Santé (HAS) a estimé ces vaccins efficaces à 95 % sur des lésions de haut grade et des cancers in situ du col associés à l'infection par les HPV 16 et 18.

Le Gardasil® assure également une protection contre les condylomes vulvaires (tumeurs bénignes récidivantes) estimé efficace à 95 % par la HAS.

En France, la vaccination des jeunes filles est recommandée de 11 à 14 ans, et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus. En NC, la vaccination est recommandée à l'âge de 12 ans et en rattrapage jusqu'à 14 ans.

Il est à noter que malgré la vaccination anti-HPV, le dépistage par frottis reste indispensable, car, il ne protège que contre les types de HPV responsable de près de 70 % des cancers du col de l'utérus. Par ailleurs, le taux de couverture de ce vaccin est encore trop faible aujourd'hui.

### Le frottis cervico-utérin de dépistage

Le frottis est un examen, simple, fiable et supportable qui permet de dépister des cellules précancéreuses ou cancéreuses.

Réalisé tous les trois ans, le frottis pourrait diminuer de près de 90 % l'incidence du cancer invasif du col utérin.

Le frottis se réalise dans le cadre d'une consultation par un médecin ou une sage-femme. Cet examen consiste à prélever, à l'aide d'une sorte de batonnet, quelques cellules au niveau du col de l'utérus. Ce prélèvement est alors étalé sur une lame et transmis à un laboratoire spécialisé pour y être analysé.

Dans le cadre du dépistage organisé, la réalisation du frottis ainsi que son analyse sont gratuites pour les femmes invitées.

# 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

(source : le registre du cancer de NC, 2012)

En NC, le taux d'incidence du cancer du col est deux à trois fois supérieur à celui de la France et de l'Australie, faisant ainsi des calédoniennes, une population à risque.

En 2012, le cancer du col de l'utérus représente le 8ème cancer en termes de fréquence chez la calédonienne. 16 cancers invasifs ont été diagnostiqués cette année là. Parmi ces cas, 10 étaient décédées au 30 novembre 2014.

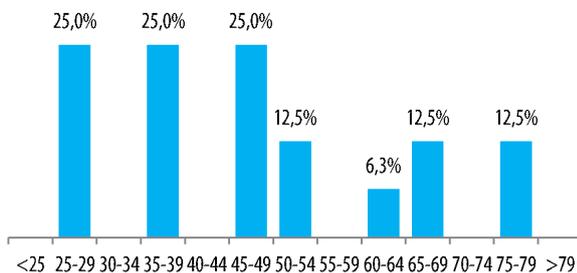
## Les cancers in situ

Ils correspondent à des lésions cancéreuses très précoces de la partie superficielle du col. En l'absence de traitement, le cancer in situ évolue vers une forme invasive. Dans le cadre du registre du cancer, les cancers in situ ne sont pas comptabilisés. Seuls les cancers invasifs sont pris en compte.

En 2012, 66 cancers ont été diagnostiqués au stade in situ ou au stade de dysplasie sévère (CIN 3). Ce nombre est en augmentation par rapport à l'année précédente (+19 cas).

## L'âge au diagnostic

Répartition par tranche d'âge des cas du cancer du col de l'utérus - année 2012

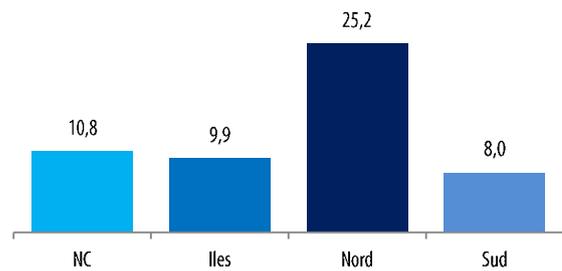


Cancer de la femme jeune, le cancer du col de l'utérus est diagnostiqué vers 51 ans, avec une médiane à 48 ans. En 2012, l'âge des premiers cas de cancers recensés, sont entre 25 et 29 ans.

Le cancer du col de l'utérus apparaît plus tôt dans la vie des femmes que les autres cancers.

## Le taux d'incidence par province

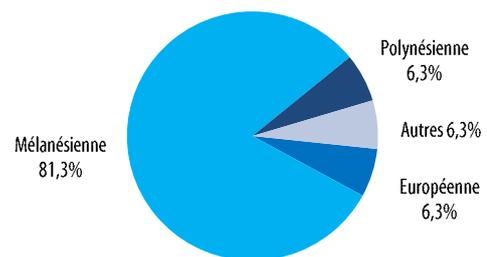
Taux d'incidence standardisé pour 100 000 femmes des cas du cancer du col de l'utérus - année 2012



En 2012, le taux d'incidence standardisé (taux qui permet la comparaison entre population) est de 10,8 cas de cancer du col utérin pour 100 000 femmes, alors qu'il était de 6,2 en Métropole. L'incidence est plus importante en Province Nord, alors que le taux de la Province Sud et celui de la Province Iles Loyauté est inférieur au taux de la NC.

## La communauté d'appartenance

Répartition par communauté d'appartenance des cas du cancer du col de l'utérus - année 2012



La population mélanésienne est une population particulièrement à risque. En effet, 81% des cancers invasifs du col concernent des femmes mélanésiennes. Ceci concorde avec l'incidence par province, la population résidant en Province Nord étant essentiellement d'origine mélanésienne.

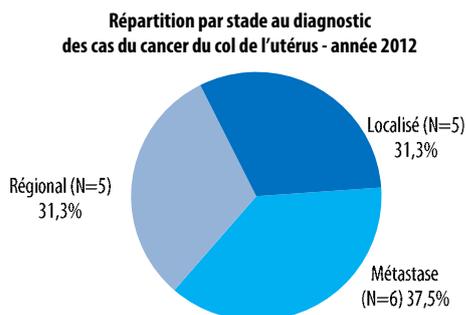
## Le stade au diagnostic

Une fois le diagnostic de cancer posé, un bilan est réalisé afin d'apprécier l'étendue de la tumeur, d'établir un pronostic et de proposer un traitement adapté. Avec toutes ces données, une classification est établie prenant en compte le degré d'envahissement des organes voisins de la tumeur. Ainsi, on parle de :

- Stade 1, quand seul le col de l'utérus est affecté,
- Stade 2, quand le cancer dépasse le col, mais reste limité,
- Stade 3, quand il affecte le tiers inférieur du vagin et la paroi de l'abdomen,
- Stade 4, quand il envahit la vessie, le rectum, la paroi de l'abdomen et que des métastases sont présentes.

Bien que la différence entre les différents stades de découverte ne soit pas flagrante, on peut supposer que l'impact de la campagne de dépistage s'observe sur l'augmentation du nombre de lésions pré-cancéreuses. En effet, entre 2011 et 2012, le nombre de cancers in situ a augmenté de près de 40 %. Les cancers in situ ne sont pas comptabilisés par le registre du cancer, parmi les cas de cancer. Seuls les cancers invasifs du col de l'utérus sont pris en compte.

Le stade au diagnostic est également réparti entre les trois stades suivants : localisé, régional et métastasé.



En 2012, la campagne n'était qu'à ses débuts, il est donc encore prématuré pour évaluer son impact sur les stades au diagnostic.

On estime que 30 % des CIN 3 vont évoluer vers un cancer invasif en l'absence de traitement. Bien que la durée d'évolution varie entre 2 et 20 ans, en Métropole, les lésions CIN 2 et 3 sont systématiquement traitées.

## 4 - Vocation et principaux objectifs du programme

### Vocation

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus consiste à inviter tous les trois ans les femmes de 17 à 65 ans à réaliser un frottis de dépistage après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

L'objectif de ce programme de santé publique est de favoriser l'accès au dépistage, le plus équitable possible, malgré la dissémination géographique d'une partie de la population cible.

Actuellement, une part des calédoniennes réalisent des frottis trop fréquemment, alors, que d'autres pas assez, voire pas du tout. Les facteurs socio-économiques sont ici déterminants.

L'organisation de ce dépistage vise également à renverser la tendance selon laquelle près d'une femme sur deux

ayant développé un cancer invasif du col de l'utérus, n'avaient pas réalisé de frottis auparavant.

En outre, le programme ambitionne d'améliorer le suivi des femmes dont le frottis de dépistage révèle une anomalie.

### Objectifs spécifiques

- Assurer un taux de couverture de 70 % pour diminuer la mortalité due au cancer du col de l'utérus de 50 %. En effet, dans les études aseptisées pour un taux de participation de 100 %, on peut diminuer la mortalité de 70 %.
- Favoriser l'administration de traitements conservateurs et moins lourds, grâce au dépistage précoce.
- Diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement des lésions de bas grade grâce à un dépistage triennal.
- Améliorer le suivi des femmes dont le frottis de dépistage montre une anomalie.

### Objectifs opérationnels

- Atteindre un taux de participation au dépistage de 70 % des femmes éligibles d'ici la fin de la troisième campagne de dépistage.
- Assurer un meilleur suivi des femmes ayant eu un frottis suspect, afin de diminuer de 10 % le taux de pertes de vue, d'ici la fin de la deuxième campagne de dépistage

Il est à noter qu'une campagne de dépistage dure 3 ans.

## 5 - Cibles du programme

- Les femmes éligibles pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (résider en NC et avoir entre 17 et 65 ans).
- Les professionnels de santé :
  - Médecins généralistes
  - Gynécologues/obstétriciens
  - Sages-femmes
  - Infirmiers libéraux
  - Médecine du travail
- La population générale et plus particulièrement les femmes.



## 6 - Partenaires associatifs, institutionnels, et professionnels

- DPASS Sud
- DASSPS Nord
- DACAS Iles Loyauté
- DASS-NC (gouvernement de la NC)
- CAFAT
- Les laboratoires d'anatomocytopathologie
- Les médecins généralistes
- Les sages-femmes
- Les gynécologues/obstétriciens
- La ligue contre le cancer
- Le conseil de l'ordre des médecins en NC
- Le syndicat des médecins libéraux de NC
- Le syndicat des sages-femmes de NC
- Le syndicat des pharmaciens

## 7 - Etapes d'élaboration du programme

### 7-1. Historique du dépistage du cancer du col en NC

La base juridique du programme est fixée par la délibération du congrès n° 490 du 11/08/1994 portant plan de promotion de la santé.

Ce texte prévoit la mise en place d'un dépistage gratuit pour toutes les femmes de 17 à 65 ans. La prise en charge est assurée à raison d'un frottis tous les trois ans après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle.

En avril 2010, l'ASS-NC reprend l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, poursuivant ainsi le travail accompli depuis 1994 par la CAFAT au bénéfice de leurs assurées, et depuis 2007 par la Province Nord, pour leurs bénéficiaires.



### 7-2. Recommandations nationales

#### La Haute Autorité de Santé (HAS) :

Depuis 2010, la HAS préconise le dépistage organisé au détriment du dépistage opportuniste. Elle a démontré que le dépistage organisé :

- Permet de rationaliser les moyens mis en œuvre compensant l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).
- Peut être évalué et amélioré.
- S'appuie sur les acteurs traditionnels (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, anatomocytopathologistes, ...).
- Prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes.

#### Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) :

Depuis 2007, le HCSP a émis plusieurs avis en faveur de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Son dernier avis sur les effets bénéfiques du déploiement d'un programme national de dépistage organisé date de juillet 2014.

Le HCSP préconise également d'associer la vaccination anti-HPV comme stratégie complémentaire. En effet, parmi les départements ayant une antériorité de la pratique du dépistage organisé, le taux de participation dépasse rarement les 70%, laissant ainsi une partie de la population dénuée de prévention. Ainsi, si la vaccination anti-HVP se généralisait, les inégalités sociales de santé pourraient être réduites grâce à un taux de couverture suffisamment élevé.

#### Le plan cancer 2014-2019 :

Le dernier plan cancer a inscrit dans ses actions un accès pour chaque femme au dépistage, via un programme national. Cette généralisation devrait améliorer le taux de couverture et faire en sorte que le dépistage soit accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

#### Le rythme du dépistage :

Il est recommandé un rythme de dépistage triennal par rapport à un rythme annuel.

En effet, une étude européenne, publiée par l'Institut National du Cancer (InCa), a mis en évidence qu'il n'y avait aucun bénéfice à réaliser un frottis tous les ans, en termes de réduction du risque de développer un cancer invasif. Ainsi, si l'on suppose que le taux de participation est de 100 %, la réduction de ce risque est de 91 % avec un dépistage tous les trois ans, alors qu'il est de 93 % avec un dépistage tous les ans. Par contre, le nombre de frottis réalisés entre 20 et 64 ans passe de 15 par femme pour un rythme triennal, et à 45 pour un rythme annuel, et les risques de surtraitement augmentent également.

### 7-3. Etude de la campagne de dépistage CAFAT

(dépistages réalisés sur la période 2003-2008)

Une étude conjointe ASS-NC/IPNC (Institut Pasteur de NC) a été menée afin d'évaluer la campagne de dépistage du cancer du col mise en place par la CAFAT.

#### Le principe de la campagne CAFAT

De 1994 à 2011, la CAFAT envoyait à ses bénéficiaires de 17 à 65 ans, à jour de leurs droits, un bon pour effectuer gratuitement un frottis de dépistage. Dans ce cadre, la fréquence d'envoi du bon était triennal, après deux frottis négatifs à un an d'intervalle.

#### Un taux de couverture encore insuffisant

Le nombre total de frottis a doublé entre 1994 et 1996 mais il est resté stable depuis. Le taux de couverture atteint en 2006-2008 est de 58,5 %, ce qui est inférieur aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (70 %).

Ce taux de couverture subit une variation en fonction des provinces, il est deux fois plus élevé en Province Sud qu'en Province Nord ou qu'en Province Iles Loyauté.

#### Le suivi des femmes dépistées

L'évaluation a mis en exergue, le fait que près de 52 % des femmes ayant développé un cancer invasif du col de l'utérus, n'avait jamais fait de frottis auparavant.

On peut noter une certaine disparité selon l'âge :

Avant 45 ans, elles sont près de 40 % à n'avoir jamais fait de frottis dans le cadre d'un diagnostic d'un cancer invasif. Après 45 ans, ce taux est de près de 74 %.

Près de 21 % des femmes qui ont eu un frottis anormal ont été perdu de vue, aucun examen post-frottis n'a été enregistré à leur nom (pas de frottis de contrôle, pas de colposcopie, ni de conisation).

Parmi ces femmes perdues de vue, on note une certaine disparité selon la province de résidence :

- 41 % résident en Province des Iles Loyauté
- 38 % résident en Province Nord
- 22 % résident en Province Sud

### 7-4. Nombre de femmes concernées par le dépistage en NC

Selon le recensement ISEE de 2009, 77 516 femmes sont concernées par le dépistage. La répartition des femmes éligibles par province est la suivante :

- Province des Iles Loyauté : 4 839 femmes, soit près de 6 % de la population cible.
- Province Nord : 13 548 femmes, soit près de 17 % de la population cible.
- Province Sud : 59 129 femmes, soit près de 76 % de la population cible.



# 8 - Stratégies opérationnelles du programme en 2014

## 8-1. Le déroulement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Il existe à ce jour deux modes d'entrée dans la campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus :

- Invitation par vague : la personne reçoit à son domicile une invitation personnalisée pour effectuer gratuitement un frottis de dépistage.
- Invitation spontanée : deux cas de figure peuvent se présenter :
  - demande faite par la personne : les personnes peuvent s'adresser directement à l'ASS-NC pour obtenir une invitation, soit par téléphone (25 07 65), soit par Internet (www.ass.nc), soit par mail (depistage.col@ass.nc), soit en venant dans nos locaux ;
  - demande faite un professionnel de santé : l'ASS-NC peut soit envoyer une invitation au domicile d'une patiente, à la demande d'un professionnel de santé, soit transmettre l'invitation par mail directement au cabinet du médecin ou de la sage-femme, en vue d'une utilisation immédiate.

Dans tous les cas, la possession de l'invitation au moment de l'examen est indispensable. D'une part elle dispense la bénéficiaire de faire l'avance des frais, d'autre part, elle permet au professionnel de santé de se faire rembourser ses honoraires.

Une fois le frottis analysé, l'ASS-NC récupère le résultat auprès des laboratoires d'anatomocytopathologie puis envoie un courrier à la personne et à son médecin.

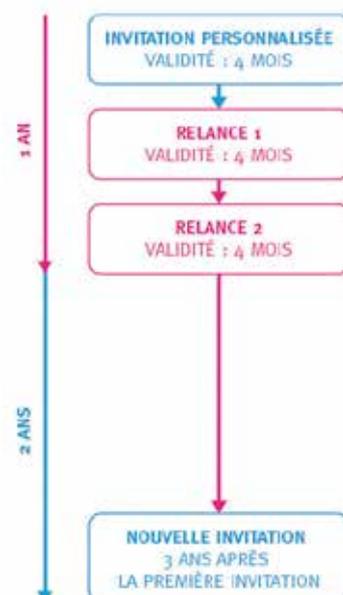


## 8-2. Un système de relance

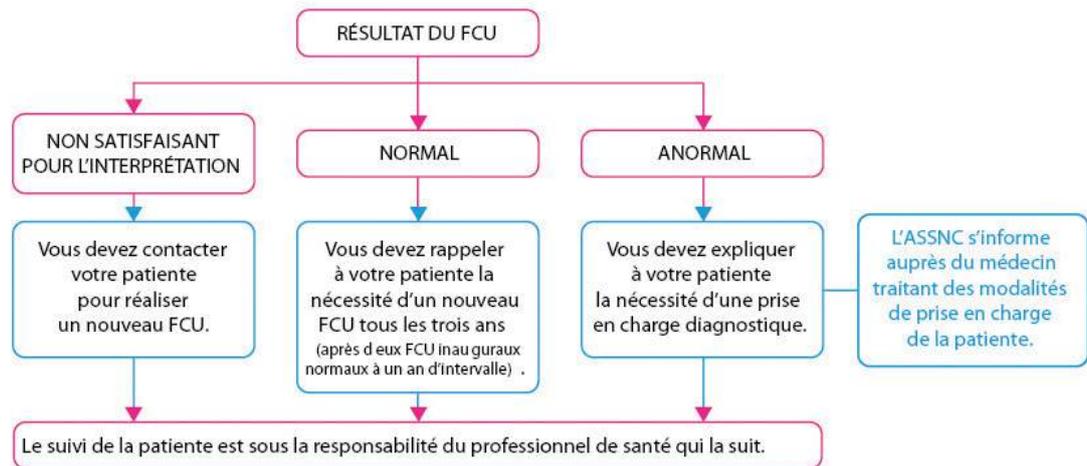
L'invitation envoyée a une durée de validité de 4 mois. Si elle n'est pas utilisée, une première relance, valable 4 mois, est envoyée à la personne. Si cette première relance reste sans réponse, une deuxième, valable également 4 mois, est envoyée.

Dans les faits, la personne dispose d'un délai d'un an pour effectuer son dépistage. Sinon, de façon automatique, elle sera réinvitée 3 ans après la première invitation envoyée.

L'envoi des invitations et des relances se fait de manière systématique. Les femmes les plus âgées sont invitées en premier afin de bénéficier au moins une fois d'un dépistage avant de sortir du système.



### 8-3. Une procédure de suivi des frottis anormaux



En cas de frottis anormal, nécessitant une prise en charge médicale, l'ASS-NC envoie au bout de trois mois, un courrier

à la femme et à son médecin ou sa sage-femme, pour connaître la suite donnée à ce résultat.

Depuis 2012, en sus de cette procédure automatique, un système de suivi est mis en place.

Si le résultat du frottis révèle une anomalie de type haut grade ou carcinome, l'ASS-NC contacte le médecin ou la sage-femme, afin de savoir si elle a été revue en consultation. Ce contact a lieu dans un délai de 9 mois après le frottis anormal.

Si le résultat du frottis révèle une anomalie moindre, un autre courrier est adressé à la personne, dans un délai d'un an après le frottis anormal.

Le nombre de femmes perdues de vue suite à un frottis anormal doit ainsi être limité.

### 8-4. La prise en charge des actes de dépistage

L'un des principes du dépistage organisé est d'assurer un accès au dépistage pour tous, y compris les plus vulnérables et les plus éloignés des systèmes de soins.

Depuis le vote de la délibération du congrès n° 261 du 24 janvier 2013 portant diverses mesures d'ordre social, les actes réalisés dans le cadre du dépistage (consultation + frottis et analyse au laboratoire) sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique. La validité de la couverture sociale n'est plus une condition pour bénéficier du dépistage.

### 8-5. Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé demeurent au cœur de toute action de prévention et de dépistage. Dans le cadre de ce dépistage, leur rôle incitateur est indispensable à la réussite du programme.

Ceux qui le souhaitent peuvent être de véritables acteurs du dépistage. En effet, ils peuvent inviter en direct leurs patientes à participer à la campagne de dépistage (dans le respect des critères d'inclusion et d'exclusion).

Le fichier de l'invitation leur est transmis par mail par l'ASS-NC, et, ils peuvent l'imprimer dans leur cabinet.

Les sages-femmes et maïeuticiens exerçant en Province Nord et en Province des Iles Loyauté sont les principaux professionnels utilisant cette méthode d'invitation en direct. Leur implication et leur professionnalisme a eu un effet bénéfique sur le taux de participation dans ces deux provinces. En effet, ce dernier est nettement supérieur au taux de la Province Sud et de la NC (cf partie 9. *Résultats du dépistage*).

Au cours de la première campagne, sur les 29 233 frottis réalisés, 13 210 l'ont été à la suite d'une invitation spontanée demandée soit par la personne, soit par un professionnel de santé.

### 8-6. La communication

Une campagne de communication grand public visant la promotion du dépistage, a été lancée au démarrage de la première campagne en novembre 2011.

L'objectif de cette campagne était d'une part d'inciter les femmes à se faire dépister, d'autre part de sensibiliser les professionnels de santé à la pratique triennale du frottis de dépistage.

Au bout de deux ans, le rapport coût/bénéfice de cette campagne a été estimé insuffisant. En effet, cette campagne de communication n'a pas eu l'impact escompté sur le taux de participation. Une enquête qualitative sur l'impact de la campagne de communication a donc été diligentée.

Il s'avère que la campagne n'est pas adaptée à une cible aussi diversifiée et qu'elle n'est pas forcément comprise par tous. Les recommandations émises sont les suivantes :

- Mettre en place une campagne ciblée par tranche d'âge.
- Faire une campagne spécifique pour les femmes qui n'ont pas reçu d'invitation, afin qu'elles puissent s'inscrire auprès de l'ASS-NC.

# 9 - Activités et résultats du dépistage

## 9-1. L'activité en 2014

Cette année, plus de 113 096 courriers ont été envoyés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ces envois se répartissent comme suit :

- 6 587 invitations spontanées,
- 32 143 invitations par vagues,
- 30 204 premières relances,
- 16 116 deuxièmes relances,
- 28 046 courriers réponses avec résultats (envoyés à la personne et à son médecin ou sage-femme).

Dans ces envois ne sont pas comptabilisées les relances du formulaire de suivi adressé à la personne 9 mois après son frottis de dépistage et à son médecin ou sage-femme 12 mois après la réalisation du frottis. Ce formulaire de suivi ne concerne que les frottis dont le résultat est considéré comme sortant de la norme.

Outre une activité postale importante, l'ASS-NC est amenée à gérer des demandes d'invitation par mail, par Internet ou par téléphone dans la plupart des cas. Durant cette campagne, plus de 18 000 demandes ont été formulées de manière spontanée. En moyenne, chaque demande nécessite 5 minutes de traitement, ce qui équivaut à environ 180 jours de travail.

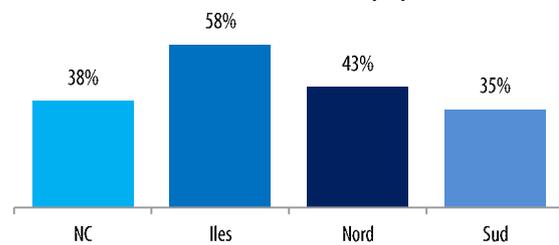
## 9-2. Bilan de la première campagne de dépistage

### Indicateurs d'impact :

La première campagne débutée en novembre 2011 s'est terminée en novembre 2014. Durant cette période, 38% des femmes de 17 à 65 ans recensées en 2009 ont réalisé un frottis dans le cadre du dépistage.

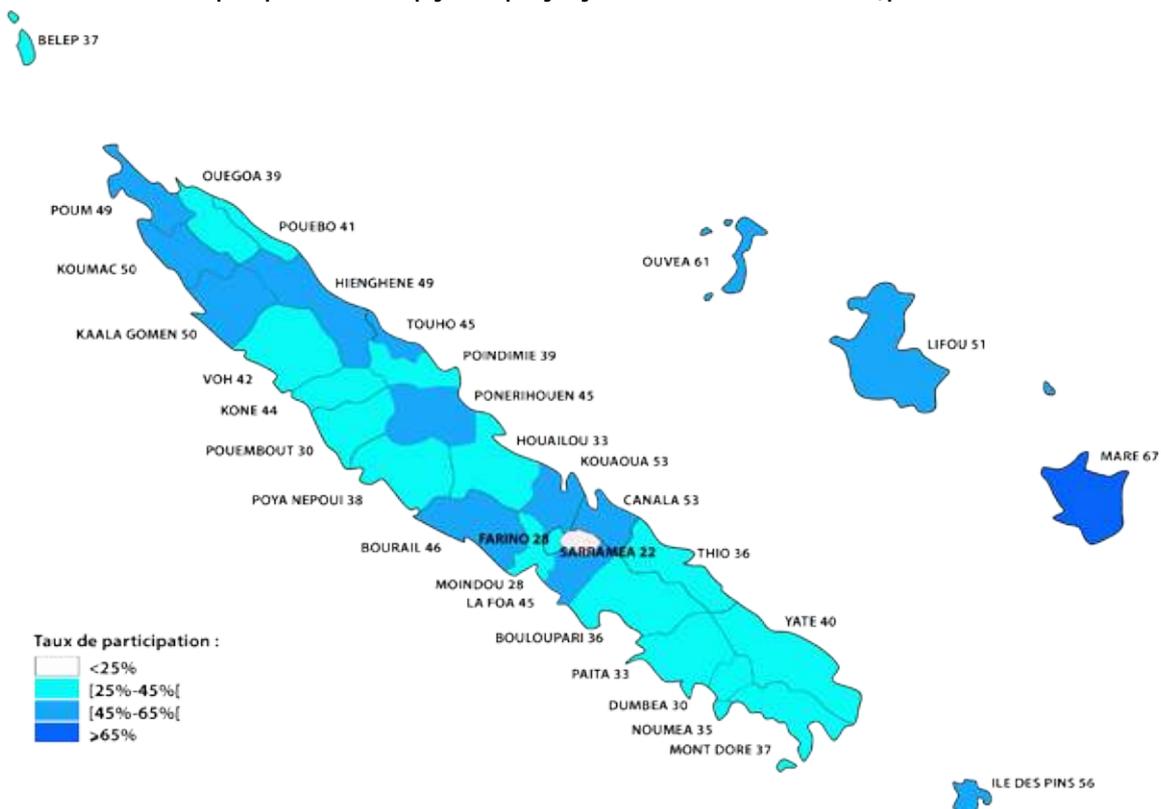
Cette participation se répartit inégalement selon les provinces.

Taux de participation à la 1ère campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en NC, par province



La distribution par commune, donne une représentation plus détaillée de l'impact de la campagne.

Taux de participation à la 1ère campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en NC, par commune

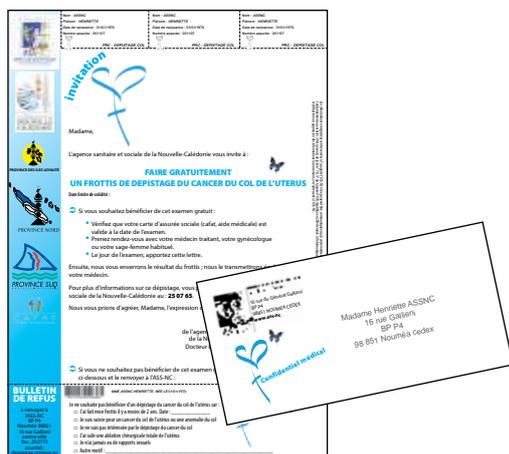


Cependant, 23,5 % des personnes invitées ont répondu négativement à l'invitation qu'elles ont reçue pour différents motifs, dont pour les plus fréquents :

- Frottis réalisés il y a moins de 3 ans : 3 215 cas.
- Ablation utérus : 854 cas.
- Jamais de rapports sexuels : 122 cas.

Le taux de participation s'élève donc à 38% et le taux de réponse à 43,7 %. Ces chiffres sont très satisfaisants pour une première campagne de dépistage organisé. A titre de comparaison, le taux de participation de la première campagne de dépistage en 1991, dans le département de la Martinique s'élevait à 13 %. Ce département d'Outre-Mer fonctionne sur un programme de dépistage qui se rapproche du nôtre.

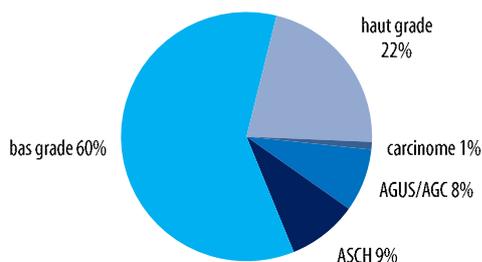
Le taux de couverture (nombre de femmes ayant bénéficié d'au moins un frottis en 3 ans sur la population ISEE de 17 à 65 ans) est difficilement appréciable. En effet, dans la nomenclature il est quasi impossible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de suivi.



### Les frottis anormaux :

Les frottis suspects représentent 3,2 % de l'ensemble des frottis réalisés dans le cadre du dépistage. A titre de comparaison, le dernier plan cancer (2014-2019) fait une projection à 3,9 % de frottis suspects.

Répartition des frottis suspects de la 1ère campagne de dépistage organisé



### Antécédents de frottis :

76 % des femmes ayant réalisé un frottis dans le cadre de la campagne de dépistage organisé avaient déjà réalisé un frottis auparavant. Parmi elles, 56 % ont mentionné la date du frottis précédent, ce qui a permis d'estimer à 2,9 ans la durée moyenne entre deux frottis, avec un examen précédent pouvant dater de plus de 10 ans.

Concernant les premiers frottis, 9 % des femmes ayant participé à la campagne de dépistage faisaient leur frottis pour la première fois. Ces personnes sont réinvitées un an après, pour renouveler leur examen. Si ce second frottis est normal, alors, elles seront réinvitées à un rythme triennal, jusqu'à l'âge de 65 ans.

### Le suivi des frottis anormaux :

Selon la procédure spécifique de suivi mise en place, le taux de réponse est satisfaisant. Sur 439 frottis anormaux réalisés entre 2011 et 2013 (les examens de 2014 ne sont pas pris en compte car un délai d'un an est prévu pour les réponses), 355 réponses ont été obtenues, dont 22 patientes non revues, soit un taux de réponse de 81 %.

### ZOOM sur le cas particulier des 17-20 ans

Bien que la délibération du Congrès de 1994 ait institué un dépistage du cancer du col pour les femmes dès 17 ans, la question de l'intérêt de cibler une population aussi jeune s'est posée. Il a donc été décidé d'attendre la fin de la première campagne avant établir une conduite à tenir.

Le cancer du col utérin est rarissime avant 25 ans. En NC, aucun cancer n'a été diagnostiqué avant cet âge durant la période 2008-2011 (source : Registre du cancer).

En outre, les professionnels de santé ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de proposer un dépistage par frottis à des femmes aussi jeunes.

Le comité de pilotage envisage une modification de la tranche d'âge d'accès au dépistage (20-65 ans au lieu de 17-65 ans), mais, en revanche, souhaite la création d'une consultation de prévention destinée aux jeunes filles de 17 à 20 ans.

Ces modifications dans la stratégie du programme pourront être proposées au cours de la 2ème campagne, débutée en novembre 2014.

# Perspectives 2015 du programme de dépistage organisé des cancers féminins

## Depistage organisé du cancer du sein

La troisième campagne de dépistage organisé du cancer du sein se terminera en milieu d'année 2015. Au vu de la baisse d'activité constatée en 2014, il sera nécessaire de renforcer l'information auprès des femmes sur la nécessité de renouveler leur mammographie tous les deux ans.

En termes d'organisation, il est important de s'adapter à l'évolution des normes de contrôles qualité. Le respect de ces normes garantit une qualité au programme de dépistage et en constitue un axe fort.

## Depistage organisé du cancer du col de l'utérus

La première campagne de dépistage s'est terminée en fin d'année 2014. Les problèmes de remboursement des actes n'a pas facilité la mise en place de cette campagne qui semble tout de même avoir obtenu des résultats encourageants. Les modalités de suivi des frottis anormaux ont été appréciées par les professionnels et devraient contribuer à l'amélioration du suivi de ces frottis en NC.

Durant l'année 2015 il nous sera possible de travailler sur les données recueillies et de d'améliorer la stratégie actuelle afin de mieux répondre aux besoins des calédoniennes et des professionnels de santé.

## De nouveaux axes de développement pour continuer à promouvoir la santé des femmes

### Mieux lutter contre le cancer du col de l'utérus en s'appuyant sur le dépistage et la vaccination

Il existe une vaccination anti HPV qui protège jusqu'à 80% des cancers du col de l'utérus. Le couplage du dépistage par frottis avec la vaccination permet une meilleure protection de l'ensemble de la population. Les partenaires de l'ASS-NC ont émis le souhait de proposer une vaccination en milieu scolaire. Le conseil d'administration de l'ASS-NC, lors sa réunion du 16 décembre 2014 a validé ce projet et a mandaté l'ASS-NC pour sa mise en place.

### Mieux répondre aux besoins de femmes de 17 à 20 ans

La campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus vise les femmes de 17 à 65 ans. L'ensemble des professionnels estime qu'il n'est pas nécessaire d'inviter les personnes de moins de 20 ans. Par contre, il pourrait être intéressant que ces jeunes femmes puissent rencontrer un professionnel de la santé afin d'aborder les questions de sexualité, contraception, etc.

L'ASS-NC proposera donc aux élus du Congrès une modification de la délibération n°490 du 11 août 2014 afin de remplacer la prise en charge des frottis de dépistage pour les 17-20 ans par la prise en charge d'une consultation gratuite d'information auprès d'un professionnel de santé.

# IV

## Centre d'

## EDUCATION

### 1 - Equipe du Centre d'éducation

- Un médecin de santé publique dédié, responsable du Centre d'éducation.
- Deux infirmières (dont une vacataire).
- Deux diététiciennes (dont une vacataire).
- Deux psychologues (vacataires).
- Trois professeurs d'activités physiques adaptées (vacataires).
- Deux secrétaires médicales (dont une vacataire).
- Des podologues (vacataires).

### 2 - Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

Centrée sur le patient, ses besoins et ses questionnements, **l'éducation thérapeutique (ou ETP) recouvre l'ensemble des moyens qui visent à accroître et maintenir ses connaissances sur sa maladie et ses traitements, ainsi que ses compétences à la gérer au quotidien.** Elle lui permet de mieux vivre avec sa maladie, de ralentir sa progression et de prévenir ses complications.

L'éducation thérapeutique est un élément essentiel de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique.

L'éducation thérapeutique, en renforçant les capacités d'adaptation à la maladie par la mise en œuvre de compétences et de processus adéquats, permet

- d'une part de réduire à court ou moyen terme le recours aux soins lié à la prise en charge ordinaire de la maladie, et
- d'autre part de limiter ou de retarder les incidents et complications liés à la maladie, avec pour conséquence une réduction à long terme des recours associés.

Une montée en charge progressive de l'éducation thérapeutique est nécessaire, en identifiant les patients qui pourraient bénéficier en priorité de cette action, avec deux arguments. Un argument de faisabilité compte tenu de l'offre limitée et un argument médico-économique compte tenu de la variabilité de l'impact de l'ETP selon les pathologies et les patients. Il semble donc être opportun de développer l'ETP dans un premier temps pour certaines pathologies, en l'occurrence le diabète, la broncho pneumopathie chronique obstructive, la surcharge pondérale et l'insuffisance rénale.

Les médecins généralistes et/ou spécialistes sont des acteurs importants dans le développement de l'ETP en tant qu'initiateurs de la démarche (prescription de l'ETP) et coordonnateurs de la prise en charge clinique et éducative, avec un rôle important dans le maintien de l'observance et le suivi du patient.

Le rôle des paramédicaux est prépondérant, notamment pour l'identification des besoins et des attentes des patients (ou diagnostic éducatif), la réalisation des séances d'ETP, l'évaluation des acquisitions ou le suivi éducatif (infirmières, diététiciennes, podologues, kinésithérapeutes, animateurs sportifs, psychologues, etc).

La démarche d'ETP nécessite des techniques de communication et des techniques pédagogiques, un travail en équipe et une coordination des interventions.

La structure et les acteurs garantissent une offre de proximité de qualité et adaptée aux besoins de la population.

Les professionnels sont inscrits dans une démarche qualité (certification).

Sa mise en œuvre concrète demande homogénéité des pratiques, implication des professionnels de santé et des patients, modalités de financement et d'organisation.

Le développement de l'éducation thérapeutique repose sur le respect de deux principes opérationnels fondamentaux :

- la coordination de l'offre sur le territoire,
- la promotion d'une démarche qualité.

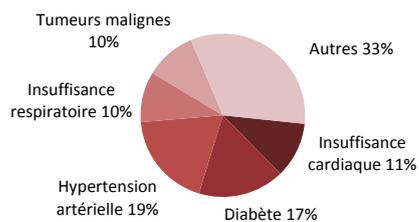
## 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

Au 31/12/2013, 43 000 personnes sont atteintes d'une maladie chronique prise en charge par la CAFAT en Longue Maladie, en NC. Cela représente un important fardeau humain, social et financier, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, notamment en termes d'éducation thérapeutique.

Parmi ce nombre, **près de 12 000 sont atteints de diabète et 7 000 sont insuffisants respiratoire.**

Au-delà, 55% de la population adulte est en surcharge pondérale (surpoids ou obésité).

Répartition des 68 195 pathologies Longue Maladie

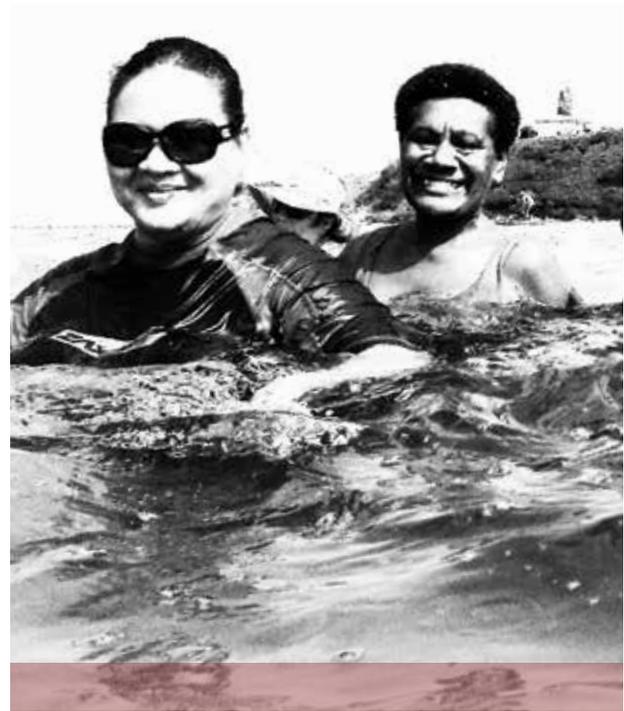


### Le diabète

C'est une maladie métabolique chronique, entraînant un excès de sucre dans le sang, liée pour l'essentiel à l'obésité. À la longue, l'hyperglycémie provoquée par la présence excessive de glucose dans le sang entraîne certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins. En NC, les maladies cardiovasculaires sont responsables pour environ 40 % de l'ensemble des décès.

C'est par le biais de l'éducation thérapeutique que les patients souffrant de diabète vont augmenter leur qualité de vie. Le programme implique une formation à la diététique, aux exercices physiques et un support psychologique. C'est par l'alimentation équilibrée et l'exercice physique adapté journalier que le taux de sucre dans le sang s'améliore. Souvent des médicaments antidiabétiques, voire de l'insuline sont nécessaires.

En NC, on estime à plus près de 15 20 000 le nombre de personnes diabétiques. Parmi ce nombre, près d'un tiers un peu moins de la moitié ignore son état. Fin 2013, le coût du diabète représentait plus de 5,5 milliards F CFP (hors EVASAN et hospitalisation), pour 11 728 patients suivis (soit 500 000 F par an et par patient).



### La broncho pneumopathie chronique obstructive (ou BPCO)

C'est une maladie respiratoire chronique entraînant une obstruction progressive et permanente des voies respiratoires, réduisant le passage de l'air pendant la respiration, liée le plus souvent au tabagisme. A la longue, l'insuffisance respiratoire entraîne une atteinte des muscles limitant chaque geste de la vie quotidienne, puis de l'état général jusqu'au handicap. De pulmonaire, la BPCO devient une maladie générale. Des exacerbations ou périodes d'aggravation de la maladie sont difficiles à vivre et responsables d'hospitalisations fréquentes.

C'est par le biais de l'éducation thérapeutique que les patients souffrant de BPCO vont augmenter leur qualité de vie et leur tolérance à l'effort tout en améliorant leurs symptômes (essoufflement, crachats, toux et fatigue). Le programme implique une formation aux exercices physiques, un support psychologique, des conseils nutritionnels. L'arrêt du tabac est le premier des traitements. Il est toujours bénéfique. Il n'est jamais trop tard pour arrêter, mais le plus tôt possible est le mieux. C'est par l'exercice physique adapté et journalier que le souffle revient. Souvent des médicaments bronchodilatateurs, voire de l'oxygène sont nécessaires.

En NC, la BPCO représente la première cause respiratoire des dépenses de santé avec un coût de plus de 3 milliards de F CFP par an pour 7 068 patients (soit 460 000 F CFP par an et par patient). 70 % de ces patients vivent dans le grand Nouméa. Ceci est dû à la forte prévalence du tabagisme en NC. En 2011, il y avait 48 % de fumeurs dans la population des plus de 15 ans (contre 16,6 % en Australie).

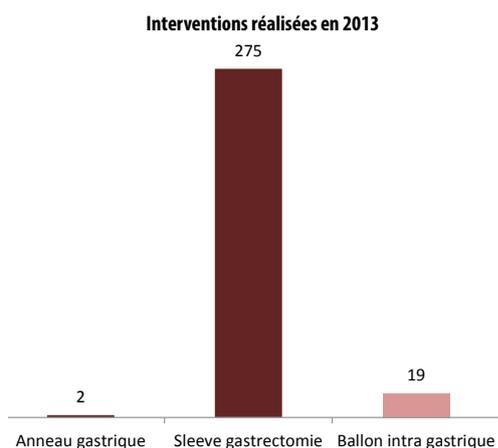
## La surcharge pondérale (surpoids et obésité)

C'est une maladie chronique entraînant des complications métaboliques (diabète, cholestérol...), cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus, accident vasculaire cérébral,...), respiratoires (apnée du sommeil,...), articulaires, psychologiques et bien d'autres, réduisant la qualité et l'espérance de vie des personnes.

C'est par le biais de l'éducation thérapeutique que les personnes souffrant de surcharge pondérale vont améliorer leur qualité de vie et faire reculer les complications invalidantes. Le programme implique une formation aux exercices physiques, un support psychologique, et bien sûr des conseils nutritionnels.

En NC, 55% de la population adulte souffrait de surcharge pondérale en 2010, ce qui représente une cause de dépenses de santé très importante.

Au-delà, 882 assurés ont été pris en charge en chirurgie bariatrique par la CAFAT depuis la mise en place de cette procédure en 2010. Le coût moyen par patient est de 1 290 000 F CFP (hors evasan pour dermolipéctomie abdominale totale ou bodylifting).



## 4 - Vocation et objectif du Centre d'éducation

### Sa vocation

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.

### Trois objectifs spécifiques

- Améliorer la qualité de vie des patients.
- Faire reculer l'apparition des complications.
- Diminuer les coûts.



## 5 - Cibles du Centre d'éducation

- La population générale de NC
- Les personnes à risque de diabète, de bronchite chronique et de surcharge pondérale
- Les patients diabétiques, bronchitiques chroniques, en surpoids ou obèses
- Les professionnels de santé

## 6 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

- Provinces
- CHT
- CHN
- Cliniques
- CAFAT
- SMIT
- DASS
- CPS
- Médecins libéraux
- Médecins diabétologues
- Médecins pneumologues
- Pharmaciens
- Biologistes
- Infirmiers libéraux
- Podologues
- Orthoptistes
- Association des diététiciennes de NC
- Association des diabétiques de NC
- Association d'aide aux jeunes diabétiques de NC
- Association air nc
- RESIR (réseau insuffisance rénale)
- Programme de Prévention des Pathologies de Surcharge (en interne)

## 7 - Principaux objectifs opérationnels en 2014

- Promouvoir l'éducation thérapeutique.
- Poursuivre l'activité éducative des patients diabétiques.



## 8 - Axes opérationnels du Centre d'éducation

### 8-1. Promotion de l'éducation thérapeutique

**8-1.1. Réalisation de deux sessions de formation** de cinq demi-journées à l'éducation thérapeutique en 2014, avec un public appartenant aux secteurs médical et paramédical (médecins, infirmiers, éducateurs sanitaires, diététiciens) des 3 provinces, du CHT, du CHN et libéral, au Centre d'éducation.

**8-1.2. Réalisation de cinq sessions de formation** de deux demi-journées à l'éducation thérapeutique en 2014, pour le personnel soignant des provinces Nord et Iles, au Centre Médical du Col de la Pirogue (CHT).

**8-1.3. Réalisation d'une session de formation** à l'éducation thérapeutique en 2014, pour les kinésithérapeutes.

**8-1.4. Enseignement post universitaire** des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues).

**8-1.5. Soutien à la formation en conférence** « Education thérapeutique » organisée par l'IFAP (GRIEPS - Lyon).

### 8-2. Education des patients diabétiques et pré diabétiques

#### 8-2.1. Les stages au Centre d'éducation

- **47 semaines de formation pour les patients diabétiques.**  
L'objectif de plus de 40 semaines de formation dans l'année est atteint.
- **549 patients diabétiques ont été pris en charge** sous la forme d'un stage d'éducation au Centre d'éducation durant l'année 2014.
- La très grande majorité de ces patients a un diabète de type 2 (non insulino-dépendant), contre un faible nombre de type 1, de pré diabète (insulino-dépendant) et de diabète gestationnel (découvert pendant la grossesse).
- L'objectif de 400 stages dans l'année (10 patients par semaine sur 40 semaines) est atteint.
- Les premiers stages concernent 47 % de l'effectif total avec 258 « stages 1 » effectués. Ces stages ont une durée de 4 semaines en moyenne.
- Les stages à 3 et 6 mois représentent 36 % de l'effectif avec 153 stages réalisés.
- Les patients sont convoqués (sauf avis contraire du médecin prescripteur) après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour une évaluation et un complément d'éducation. Les stages à 3 et 6 mois représentent 29% de l'effectif avec 157 stages réalisés.
- Les troisièmes stages représentent 15 % de l'effectif avec 84 stages. Il s'agit de patients ayant déjà bénéficiés d'un stage complet au Centre d'éducation et ayant été adressés pour une éducation à la carte (type autonomisation pour passage à l'insuline).
- Les diabètes gestationnels avec 24 stages suivis sur l'année représentent moins de 4 % de l'effectif total.

#### 8-2.2. Les actions d'éducation thérapeutique auprès des patients diabétiques des province Iles, Nord et Sud par les diététiciennes itinérantes

Un nombre important de déplacements a été réalisé dans les 3 provinces en 2014, permettant d'atteindre tous les secteurs géographiques avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires.

#### 8-2.3. Camp thérapeutique pour enfants diabétiques

Un camp d'éducation thérapeutique pour enfants et adolescents diabétiques en soutien avec l'association d'aide aux jeunes diabétiques de NC, a eu lieu pendant les grandes vacances scolaires 2013-2014.

### 8-3. Education des patients BPCO

- L'activité pilote avait débuté en aout 2013.
- Cette année, 166 patients BPCO adressés par leur pneumologue ont été pris en charge sous la forme d'un stage d'éducation au Centre.
- Les premiers stages concernent 65% de l'effectif total avec 107 « stages 1 » effectués. Ces stages ont une durée de 4 semaines en moyenne.
- Les patients sont convoqués (sauf avis contraire du médecin prescripteur) après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour une évaluation et un complément d'éducation. Les stages à 3 et 6 mois représentent 35% de l'effectif avec 59 stages réalisés.

### 8-3. Education des patients en surpoids ou obèses

- L'activité pilote a débuté en aout 2014.
- Ces 5 derniers mois, 26 patients en surcharge pondérale adressés par leur médecin ont été pris en charge sous la forme d'un stage d'éducation au Centre.
- Les patients seront convoqués (sauf avis contraire du médecin prescripteur) après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour une évaluation et un complément d'éducation.

## 9 - Principaux développements internes de l'année 2014

Pour répondre à un besoin toujours plus pressant des professionnels de santé d'une part et des patients d'autre part.

### Poursuite du projet pilote pour patients en surcharge pondérale

En étroite partenariat avec les pneumologues libéraux et hospitaliers, un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient bronchitique chronique a été construit.

Les kinésithérapeutes et la CAFAT participent à ce projet. Le patient BPCO est adressé par son pneumologue au Centre d'éducation pour un stage d'éducation, en ambulatoire.

### Déménagement du Centre

Le déménagement (mai 2013) au centre-ville, au 5<sup>e</sup> étage de l'immeuble Promobat, rue Gallieni est à présent acté par l'ensemble des partenaires. Par la même occasion, un regroupement avec la direction de l'ASS-NC et les autres services est opéré.

### Nouveau nom

Le nouveau nom de la structure « Centre d'éducation » de l'ASS-NC est en passe de devenir acté par l'ensemble des partenaires.

### Travaux d'aménagement

Les travaux d'aménagement dans les nouveaux locaux du centre-ville sont en passe de se terminer.

### Recrutements

L'effectif de prestataires à temps partiel (avec le concours d'une psychologue du travail) est resté stable cette année.

### Outils informatiques

Développement de la base de données CEDRIM pour faciliter le traitement statistique des données.

### Outils de communication

- Poursuite de la refonte du fond et de la forme des supports pédagogiques pour les stages.
- Mise à jour des documents pédagogiques sur le site internet de l'ASS-NC.
- Participation à la réalisation des pages internet « Diabète » du site internet de l'ASS-NC.
- Réalisation de 10 clips vidéo sur l'activité physique et la diététique.
- Installation d'un écran TV dans la salle d'attente délivrant des messages de bonnes pratiques.

### Formations

- Formation de l'équipe à la BPCO avec la venue du Professeur Ch. PREFAUT (CHU Montpellier) en mai.
- Formation de l'équipe à l'entretien motivationnel avec la venue de Dr JM. REVILLOT (GRIEPS - Lyon) en juillet.
- Poursuite de la formation diplômante en éducation thérapeutique d'une partie de l'équipe à l'IFAP par le GRIEPS.
- Participation au congrès européen du diabète du Dr D. Mégraoua à Vienne en septembre 2014.

# 10 - Principaux projets 2015

## Education

Amélioration des programmes d'éducation des patients avec encore plus de souplesse et plus d'adaptabilité.

## Aménagement

Finalisation de l'aménagement du Centre d'éducation au centre-ville, 16 rue Gallieni, avec l'équipement en coin détente pour les patients de la terrasse.

## Outils éducatifs

- Poursuite de l'amélioration des supports d'information pédagogique, notamment BPCO et surcharge pondérale.
- Mise en place d'un carnet de liaison inter-professionnel pour les patients BPCO.

## Outils informatiques

- Refonte de l'application informatique CEDRIM facilitant l'automatisation de la gestion administrative des patients, ainsi que le traitement statistique des données pour leur évaluation.
- Création d'un dossier patient BPCO et surcharge pondérale.

## Outils de communication

- Communication auprès des professionnels (Bulletin Médical, soirée de formation continue) pour informer de l'ouverture du Centre d'éducation aux patients en surcharge pondérale.
- Création des pages internet « BPCO » et « surcharge pondérale » sur le site internet de l'ASS-NC.

## Dossiers médicaux

Poursuite de la dématérialisation des dossiers papiers patient.

## Obésité

Poursuite du programme pilote en éducation thérapeutique pour les patients en surcharge pondérale en collaboration avec les syndicats de médecins libéraux.

## Mutualisation

Mutualisation de moyens en éducation thérapeutique dans le cadre d'un centre multi disciplinaire, diabète, bronchite chronique et obésité.

## Province Sud

Soutien au projet de développement de l'éducation thérapeutique diabétique dans 3 dispensaires pilotes (Thio, Bourail et La Foa).

## Jeunes diabétiques

Soutien au Camp éducation thérapeutique de l'Association d'aide aux jeunes diabétiques de NC.

## Formation

- Poursuite de la formation en éducation thérapeutique de l'équipe.
- Formation de l'équipe aux techniques cognitivo-comportementales.
- Participation du Dr Mégraoua au module Education thérapeutique de l'Université d'été de santé publique de Besançon.



## Conclusion

Véritable défi pour notre système de santé, la maîtrise de la problématique liée aux pathologies chroniques (Longues Maladies) nécessite une implication forte des patients dans la prise en charge multi professionnelle de la maladie, par le biais du développement de l'éducation thérapeutique.



# Programme

## DIABETE

### 1 - Équipe du programme

**Responsable :** un médecin de santé publique dédié.

**Postes rattachés à la direction:** une secrétaire à mi-temps pour l'organisation des réseaux de podologie et d'ophtalmologie, et trois diététiciennes itinérantes pour l'intérieur et les îles.

### 2 - Qu'est-ce que le diabète

C'est une maladie métabolique d'origine multifactorielle, chronique, causée par une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline entraînant un excès de sucre dans le sang. Si l'insuline est insuffisante ou si elle ne remplit pas son rôle adéquatement, comme c'est le cas dans le diabète, le glucose (sucre) ne peut pas servir de carburant aux cellules. Il s'accumule alors dans le sang. À la longue, l'hyperglycémie provoquée par la présence excessive de glucose dans le sang entraîne certaines complications, notamment au niveau des yeux, des reins, des nerfs, du cœur et des vaisseaux sanguins.

À ce jour, la cause réelle du diabète demeure inconnue. Nous savons toutefois que certains facteurs influencent l'apparition du diabète : l'hérédité, l'obésité, la grossesse, certains virus, certains médicaments, etc

**Il existe 2 types principaux de diabète : le type 1 et le type 2.** Parfois, le diabète se développe pendant la grossesse et on l'appelle alors **diabète gestationnel**.

#### Le diabète de type 1

Le diabète de type 1 se manifeste dès l'enfance, à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Il se caractérise par l'absence totale de production d'insuline. Compte tenu de sa rareté, il ne pose pas de problème de santé publique en NC.

#### Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 se manifeste habituellement plus tard dans la vie, généralement vers l'âge de 40 ans, mais parfois plus tôt chez certaines populations à risque. **La très grande majorité des personnes atteintes en NC a ce type de diabète, soit plus de 90 % des cas.**

Nous savons que les peuples polynésiens et les populations récemment urbanisées développent la maladie plus que les autres. Une prédisposition génétique, un surplus de poids et le manque d'activité physique contribuent à l'apparition d'un diabète de type 2. Les études tendent à démontrer qu'une alimentation riche en graisse est un facteur de risque. Dans le diabète de type 2, les symptômes sont absents pendant de nombreuses années. Malheureusement, lorsqu'il est diagnostiqué, certaines complications qu'il implique sont déjà installées. Les études menées montrent qu'en modifiant son hygiène de vie (alimentation et activité physique), on peut empêcher ou retarder l'apparition de la maladie et aussi en diminuer l'impact.

#### Le diabète gestationnel

Il se manifeste pendant la grossesse et dans 90 % des cas, disparaît après l'accouchement. Il affecte à la fois le bébé et la mère. L'enfant risque d'être plus gros que la normale. Chez la mère, la présence du diabète accroît les risques d'hypertension artérielle, d'infections et peut causer des complications lors de l'accouchement (taux de césarienne augmenté, hypoglycémie néonatale, mort in utero). Le diabète de grossesse se traite et se contrôle par l'adoption d'une bonne hygiène de vie (alimentation). Si, malgré ces changements, le diabète n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline devient nécessaire.

#### Le pré diabète

C'est la période précédant le diabète où la glycémie dépasse la normale, mais n'attend pas encore le seuil de la maladie.

A cette phase de l'histoire naturelle de la maladie, l'éducation thérapeutique permet d'éviter ou de retarder l'entrée dans la maladie.

## Les complications

### Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont fréquentes chez les personnes diabétiques et sont responsables de 70 % à 80 % de leur décès. D'autres facteurs interviennent dans le développement de ces maladies mais la présence du diabète en favorise l'émergence.

### La néphropathie

Quand le diabète n'est pas bien contrôlé, il y a un excédent de sucre dans le sang. Les vaisseaux sont abîmés et des lésions aux reins peuvent en résulter : c'est la néphropathie. À un stade avancé, elle conduit à l'insuffisance rénale terminale et à la dialyse.

### La rétinopathie et les maladies de l'œil

Le diabète peut être responsable de plusieurs problèmes visuels : la rétinopathie, le glaucome, les cataractes. Ces maladies affectent les différentes composantes de l'œil et par conséquent, la vision.

### La neuropathie

La neuropathie est une complication du diabète. C'est une atteinte du système neurologique. Elle peut entraîner plusieurs problèmes de santé importants : en association avec les insuffisances vasculaires, des complications graves du pied, et notamment le risque d'amputation qui se trouve multiplié par 30.

## 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

L'étude CALDIA, réalisée en 1992-1993, qui portait sur 9 390 sujets, estimait la prévalence du diabète à 10,2 % dans la population adulte (Européens et Mélanésiens : 8,4%, Polynésiens : 15,3%.

On estime ainsi aujourd'hui à près de **20 000 le nombre de personnes diabétiques en NC**. Mais au 31 décembre 2013, seulement 11 727 étaient détectés et suivis. **Donc, un peu moins de la moitié des diabétiques ignore encore son état.**

L'étude CALDIA, réalisée en 1992-1993, qui portait sur 9 390 sujets, estimait la prévalence du diabète à 10,2 %

dans la population adulte (Européens et Mélanésiens : 8,4 %, Polynésiens : 15,3 %)

En NC, les maladies cardiovasculaires sont responsables pour environ 40 % de l'ensemble des décès et la rétinopathie diabétique est l'une des principales causes de cécité chez les adultes. 62 % des diabétiques ont une poly pathologie.

L'Organisation mondiale de la santé prévoit le doublement du nombre de personnes diabétiques entre 2010 et 2030, faisant du diabète **la nouvelle épidémie mondiale**.

Au 31 décembre 2012, le coût du diabète représentait plus de 5,5 milliards F CFP (hors EVASAN et hospitalisation), soit environ 12 % des dépenses de santé, pour plus de 11 000 patients suivis.

## 4 - Vocation et principaux objectifs du programme

### Sa vocation

Apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant les moyens nécessaires à une prise en charge de proximité du diabétique (éducation, diététique, podologie, ...).

### Trois objectifs spécifiques

- Assurer un diagnostic et une prise en charge précoce afin de diminuer les complications invalidantes
- Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins.
- Responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.



## 5 - Cibles du programme

- Les patients diabétiques
- Les professionnels de santé
- Les personnes à risque de diabète
- La population générale de NC



## 6 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

- Provinces
- CHT
- CHN
- Cliniques
- CAFAT
- SMIT
- DASS
- CPS
- Médecins libéraux
- Pharmaciens
- Biologistes
- Infirmiers libéraux
- Podologues
- Orthoptistes
- Association des diététiciennes de NC
- Association des diabétiques de NC
- Association d'aide aux jeunes diabétiques de NC
- SLN
- KNS
- IFPSS
- IFM NC
- Lycées
- Haut-Commissariat
- Agence de santé de Wallis et Futuna
- Société calédonienne de santé publique
- Association médicale de NC
- RESIR (réseau insuffisance rénale)
- Presse
- Programme de Prévention des Pathologies de Surcharge (en interne)

## 7 - Principaux objectifs opérationnels en 2014

- Promotion du dépistage du diabète.
- Poursuite de l'activité des diététiciennes dans l'intérieur et les îles.
- Intensification du suivi en ophtalmologie.
- Intensification de la prise en charge podologique.
- Promotion du dépistage et du traitement systématique du diabète gestationnel.
- Soutien financier et technique aux associations de diabétiques.
- Mise en place progressive du programme diabète 2012-2016.

## 8 - Axes opérationnels du programme

### 8-1. La prévention secondaire : repérer les populations à risque, organiser le dépistage, prendre en charge les pré-diabétiques

#### 8-1.1 Les populations à risque

La NC a adhéré à la « semaine nationale de prévention du diabète » qui mettait l'accent sur les facteurs de risque de la maladie, par le biais d'un questionnaire (dépliant ou en ligne).

#### 8-1.2 Le dépistage

Le dépistage est conduit de deux façons. Les médecins opèrent un dépistage opportuniste sur la base de la présence de facteurs de risque (lors d'une consultation pour un autre motif). L'Association des diabétiques de NC propose un dépistage à la population en tenant un stand lors de manifestations pluri hebdomadaires.

#### 8-1.3 Les pré-diabétiques

Le Centre d'éducation est ouvert aux personnes pré-diabétiques. Prendre en charge les personnes au stade de pré-diabète permet de prévenir le passage du pré-diabète au diabète de type 2 et de mettre en oeuvre une prévention des complications.

## 8-2. La prévention tertiaire : faire reculer les complications

### 8-2.1. L'amélioration de la qualité des soins

#### a) Les actions auprès des patients diabétiques et pré diabétiques des province Iles, Nord et Sud par les diététiciennes itinérantes

Un nombre important de déplacements a été réalisé dans les 3 provinces en 2014 permettant d'atteindre tous les secteurs géographiques avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires.

Il est à noter que l'équipe des trois diététiciennes, outre l'activité auprès des patients diabétiques, développe une activité de prévention auprès des enfants et des groupes de femmes, en lien étroit avec les équipes provinciales et l'équipe du programme de prévention primaire des pathologies de surcharge.

#### Actions dans les dispensaires

Il s'agit de l'activité principale.

- Des ateliers collectifs : ils permettent d'aborder en groupe les bases d'une alimentation équilibrée. Ils permettent également de former les nouveaux soignants des équipes sur place.
- Des consultations individuelles : avec évaluation des connaissances, évaluation des solutions de changement, remise de recettes et documents pédagogiques, remise d'une fiche diététique personnalisée (avec équivalences alimentaires et synthèse des résultats de la stratégie diététique).
- Des repas en tribu : sur une journée, ils sont réalisés en tribu ou dans les centres culturels. Les patients diabétiques apportent la nourriture disponible à la tribu. Ce sont les patients, aidés par la diététicienne qui propose des recettes qui sont ensuite réalisées et dégustées. Des jeux d'évaluation sont ensuite proposés en fin de séance. Ils permettent, à partir de situations concrètes, de répondre aux interrogations des professionnels de santé et des patients. Des conseils pratiques adaptés aux habitudes du pays pour concilier santé, plaisir et faisabilité sont donnés.

#### Hôpitaux de jour dans les centres hospitaliers du Nord

Poindimié et Koumac : les équipes des cellules des hôpitaux se composent d'un médecin, d'une infirmière et de la diététicienne. 4 patients diabétiques sont convoqués par session en hôpital de jour.

#### Autres activités

Participation à la Journée mondiale du diabète dans le Nord.

Rapport complet sur le site de l'ASS-NC.

#### b) Intensifier le suivi podologique

Les **vacations de podologie dans les dispensaires de l'intérieur et des îles** des 3 provinces sont bien identifiées à présent. Une prise en charge curative (acquisition de deux mallettes de soins avec turbine intégrée), l'éducation des patients, ainsi que la formation des professionnels de santé sur site ont été assurés au cours de **115 vacations** (une vacation correspond à l'intervention d'un podologue sur une journée). Au total **902 patients** ont pu bénéficier de ces vacations, pour un coût de **7 201 427 F CFP**.

Le **forfait de soins du pied** pour les diabétiques gradés 2 et 3 par leur médecin traitant est pris en charge par l'ASS-NC, sur le Grand Nouméa. Ce forfait d'un coût de 30 000 F CFP par patient comprend 6 séances (1 bilan + 5 soins) réalisées par un podologue formé. Il donne lieu à un compte rendu au médecin traitant et à l'ASS-NC. Au total **2 104 patients** ont bénéficié de ce programme, pour un coût de **10 680 000 F CFP**.



#### c) Intensifier le suivi en ophtalmologie

Le **programme de dépistage de la rétinopathie diabétique dans l'intérieur et les îles** fonctionne bien. L'exploitation en réseau du rétinographe numérisé non mydriatique permet le dépistage des diabétiques non à jour pour l'examen du fond d'œil annuel recommandé, dans l'intérieur et les îles.

Les orthoptistes ont photographié les fonds d'œil de **822 patients** cette année au cours de **38 vacations**. Après interprétation des clichés par les ophtalmologistes (convention), 678 patients (82 %) avaient des fonds d'œil normaux, et 144 patients (18 %) ont été orientés vers une consultation spécialisée d'ophtalmologie selon différents degrés d'urgence.

Le coût total s'élève à **2 687 785 F CFP**.

Malheureusement, ce dispositif de dépistage a ses limites, puisque encore trop peu de patients dépistés bénéficient d'une prise en charge spécialisée par ophtalmologiste (installés à Nouméa) pour un problème essentiellement d'éloignement géographique.

#### d) Améliorer le suivi en néphrologie

Soutien au réseau de l'insuffisance rénale (RESIR).

## 8-2.2. La formation des professionnels de santé

a) **Deux sessions de formation** d'une semaine au diabète ont eu lieu en 2014 avec un public appartenant aux secteurs médical et paramédical (médecins, infirmiers, éducateurs sanitaires, diététiciens) des 3 provinces, du CHT, du CHN et libéral. L'efficacité de ces formations se trouve accrue lorsqu'un binôme médecin / infirmière du même centre en bénéficie. Une corrélation forte existe entre la mise en place d'une cellule éducative de proximité et le nombre de personnels ayant bénéficié de la formation.

b) **Collaboration avec l'unité diabète du CHT** pour la formation des professionnels des provinces à la diabétologie.

c) **Soutien technique à l'équipe diabète de la Clinique de la Baie des Citrons** avec une cellule d'éducation thérapeutique dédiée pour les patients diabétiques hospitalisés.

d) **Collaboration avec le Centre Médical du Col de la Pirogue (CHT)** pour la formation des professionnels des provinces à la prise en charge des patients obèses.

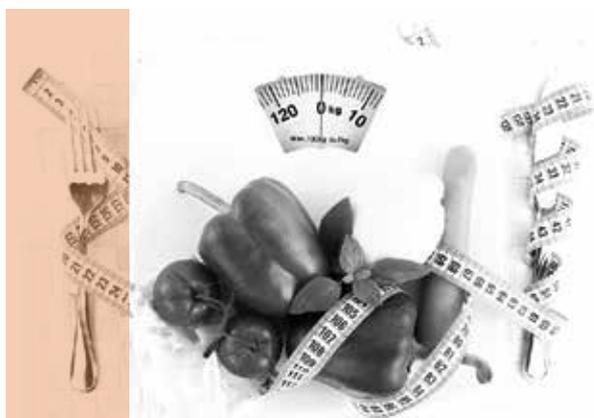
e) **Enseignement post universitaire** des professionnels de santé (médecin, pharmaciens, dentistes, infirmiers, diététiciens).

f) **Enseignement du « Module diabète »** à l'Institut de formation des professions sanitaires et sociales de NC (élèves infirmiers).

g) **Développement de l'action de formation et de soutien en termes de diététique** dans l'intérieur de la Grande Terre et dans les îles, avec les 3 postes de diététiciennes itinérantes.

h) **Formation diabète des équipes du CHS** (psychiatrie et gérontologie) dans les locaux de l'IFAP.

i) **Terrain de stage** pour deux élèves diététiciennes.



## 8-2.3. L'éducation thérapeutique des patients

### Les stages au Centre d'éducation

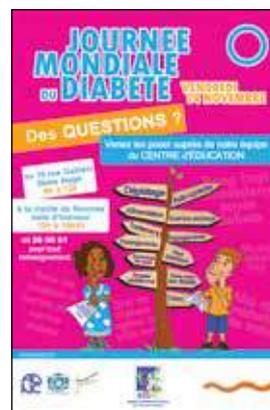
Le Centre est ouvert aux diabétiques adultes. La très grande majorité des patients a un diabète de type 2 (non insulino-dépendant) ou un pré diabète, contre un faible nombre de type 1 (insulino-dépendant) et de diabète gestationnel (découvert pendant la grossesse).

## 8-3. L'organisation d'événementiels et promotion de la médiatisation de la problématique du diabète

**A l'intention des lycéens :** participation au « Forum santé » des Lycées Anova et Jean XXIII de Païta, et St Joseph de Cluny de Nouméa.

**A l'intention du grand public :**

- Organisation de la « **Journée Mondiale du Diabète** » en novembre 2014, sur le thème de « Prévenir, dépister, maîtriser ». Invitation du grand public à venir s'informer et à bénéficier d'un dépistage ainsi que d'un rendez-vous avec un médecin, un éducateur sportif et une diététicienne. Action relayée dans les pharmacies et les laboratoires d'analyses biologiques, ainsi qu'au marché par l'association des Diabétiques de NC.



- Participation à la 11<sup>ème</sup> édition du « **Salon du Diabétique** » en octobre 2014, salle d'honneur de la mairie de Païta. Des stands d'information, un espace de dépistage ainsi qu'une conférence ont permis d'accueillir un public nombreux constitué de patients diabétiques et de leurs proches, du grand public en général et des professionnels de santé.
- Soutien à la 5<sup>ème</sup> édition de la « **Journée Mondiale du Rein** » en mars 2014, à la salle d'honneur de la mairie de Nouméa. Des stands d'information, un espace de dépistage ainsi qu'une conférence, ont permis d'accueillir un public nombreux constitué de patients et de leurs proches, du grand public en général et des professionnels de santé.

## 8-4. Partenariats et rencontres

**Formation diabète** pour les agents du Haut-Commissariat.

**Partenariat avec l'Association médicale** de NC.

**Partenariat avec la Société calédonienne de santé publique.**



## 9 - Principaux développements internes de l'année 2014

### Outils de communication

- Refonte des pages internet « Diabète » du site Internet de l'ASS-NC.
- Poursuite de la refonte du fond et de la forme des supports pédagogiques.

### Formations

- Formation à l'Entretien motivationnel de l'équipe par le GRIEPS à l'IFAP.
- Obtention du diplôme en éducation thérapeutique de 2 des diététiciennes itinérantes et de la coordinatrice à l'IFAP par le GRIEPS.
- Participation au Congrès européen du diabète du Dr D. Mégraoua à Vienne.

## 10 - Principaux projets 2015

### Programme diabète 2012 - 2016

Poursuite de la mise en œuvre du programme.

### Dépistage

Soutien de l'action et formation de l'Association des diabétiques de NC, avec notamment le financement d'un véhicule.

### Journée Mondiale

Organisation de la Journée Mondiale du Diabète le 14 novembre 2015 sur l'ensemble de la NC en collaboration avec les partenaires.

### Salon

Soutien au Salon du diabétique organisé par l'Association des Diabétiques de NC.

### Jeunes diabétiques

Soutien à l'Association d'aide aux jeunes diabétiques de NC.

### Education

Formation de l'équipe aux Technique cognitivo comportementales en vue d'une amélioration du programme structuré d'éducation diabétique.

### Prévention primaire des Pathologies de Surcharge (PPS)

Aide active au programme PPS (en interne).

## Conclusion

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, une articulation étroite entre les différents professionnels de santé, une meilleure compréhension de la dimension humaine de la maladie et **une prévention primaire, secondaire et tertiaire pertinente.**

# VI Programme de prévention primaire des pathologies de SURCHARGE pondérale

## 1 - Equipe du programme

- Un médecin de santé publique à temps partiel, responsable du programme (directeur de l'ASS-NC).
- Un chef de projet, coordonnateur du programme.
- Un assistant au chef de projet.
- Un coordonnateur des professionnels autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale (40% d'un ETP)
- Un coordonnateur des actions de promotion d'une activité physique ou sportive régulière (partenariat avec le CTOS)

## 2 - Focus sur la surcharge pondérale

**Le surpoids et l'obésité se définissent comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse qui peut nuire à la santé ».**

L'indice de masse corporelle (IMC = poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres,  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) est l'indice le plus couramment utilisé pour déterminer et classer le surpoids et l'obésité chez les adultes.

- On parle de surcharge pondérale lorsque l'IMC est supérieur à 25 ; la surcharge pondérale comprend :
  - le surpoids (IMC compris entre 25 et 29,9),
  - l'obésité (IMC égal ou supérieur à 30).
- En dessous de 18,5, on évoque l'insuffisance pondérale.

**A l'échelle mondiale, le surpoids et l'obésité sont associés à un plus grand nombre de décès que l'insuffisance pondérale.**

Chaque année, au moins 2,8 millions de personnes meurent des conséquences du surpoids et de l'obésité. 65% de la population mondiale vit dans un pays où la surcharge pondérale est plus meurtrière que l'insuffisance pondérale. C'est le cas pour l'ensemble des pays à revenu élevé ou intermédiaire. A l'échelle mondiale, 44% du diabète, 23% des cardiopathies ischémiques et 7 à 41% de certains cancers peuvent être imputés à la surcharge pondérale.

**L'obésité chez l'enfant est l'un des plus importants problèmes de santé publique au XXIème siècle.**

Dans le monde, plus de 40 millions d'enfants de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale. Cela augmente le risque qu'ils deviennent obèses à l'âge adulte. Par rapport aux enfants dont le statut pondéral est normal, ils sont davantage susceptibles de souffrir précocement de diabète et de maladies cardio-vasculaires, ce qui signifie également un risque majoré de décès prématuré et d'incapacité.

**L'obésité est généralement le résultat d'un déséquilibre entre les calories consommées et les calories dépensées.**

Une consommation accrue d'aliments très caloriques, sans une augmentation correspondante de l'exercice physique, conduit à une prise de poids dangereuse pour la santé. La diminution de l'exercice physique pour un régime alimentaire maintenu conduira de la même façon à un déséquilibre énergétique et donc à une prise de poids.

**Une alimentation saine peut contribuer à prévenir l'obésité.**

Chacun peut veiller à conserver un poids normal, limiter les apports énergétiques provenant de la consommation d'aliments gras et sucrés, consommer davantage de fruits, légumes, légumineuses et céréales complètes.

**La pratique régulière d'un exercice physique permet de garder un corps sain.**

Chacun devrait pratiquer un niveau approprié d'exercice physique tout au long de sa vie. La pratique d'un exercice physique régulier, d'intensité modérée, à raison d'au moins 30 min presque tous les jours, permet de réduire le risque de maladie cardio-vasculaire, de diabète, de cancer du côlon et de cancer du sein. La sédentarité est un déterminant majeur de l'obésité. Elle entretient et majore les risques de maladies associées.

**L'impact psychologique de la surcharge pondérale ne doit pas être minoré.**

L'individu obèse peut souffrir sur un plan psychologique : une image négative entraîne une perte de confiance en soi. S'il se renferme sur lui-même, manger peut devenir un acte compensatoire : c'est un cercle vicieux. Ces troubles du comportement alimentaire deviennent difficiles à modifier s'ils sont renforcés par des réponses inadaptées (régimes, privations, attitudes répressives de l'entourage,...).

**Un environnement physique et social favorable est indispensable pour permettre aux gens de faire les choix favorables à leur santé.**

La responsabilité individuelle ne peut s'exercer pleinement que là où les populations ont accès à un mode de vie sain, et sont soutenus pour faire les bons choix pour leur santé. Les produits nécessaires à une alimentation équilibrée doivent être financièrement abordables et facilement accessibles, l'environnement doit être favorable à la pratique régulière de l'activité physique.

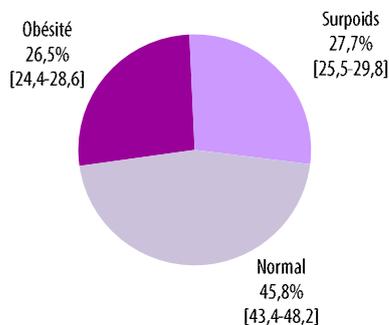
**Pour inverser la tendance de l'épidémie mondiale d'obésité, une approche multisectorielle, multidisciplinaire et culturellement pertinente, qui s'appuie sur la population, est indispensable.**

Toutes les initiatives visant la surveillance, la prévention et la prise en charge de la surcharge pondérale, doivent être privilégiées. Changeons tous un peu pour tout changer !

## 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

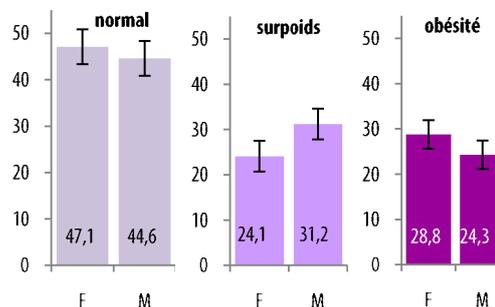
La NC n'échappe pas à l'épidémie mondiale d'obésité. Selon le baromètre santé 2010 : 54,2 % des adultes de l'échantillon (18 à 67 ans) ont un IMC supérieur à 25, dont 26,5 % d'obèses (IMC >30). Par comparaison, en France métropolitaine, selon l'étude OBEPI 2012, 47,3 % des adultes de 18 ans et plus sont en surcharge pondérale (IMC >25) dont 15,0% d'obèses (IMC >30). Plus proche de nous, en Australie, 63 % de la population adulte est concernée par la surcharge pondérale (2012).

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les calédoniens



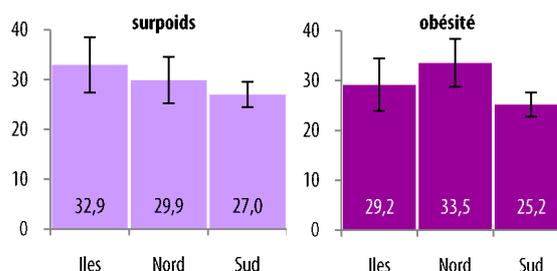
En NC, on note une prédominance féminine de l'obésité (IMC > 30) et une prédominance masculine du surpoids (25 < IMC < 29,9).

Prévalences (%) selon le genre



Il existe également une disparité selon la province de résidence : un habitant de la province des Iles Loyautés ou de la Province Nord ont respectivement 1,4 fois et 1,6 fois plus de risques de grossir qu'un résident de la province Sud.

Prévalences (%) selon la province



L'évaluation de la santé orale et des paramètres associés à l'état bucco-dentaire chez les enfants de 6, 9 et 12 ans pour un échantillon représentatif de 2734 enfants (ASS-NC, 2012-2013) a permis de préciser le statut pondéral des enfants calédoniens.

Prévalences (%) chez les enfants calédoniens

(enquête santé orale 2012-2013, ASS-NC)

Age	Surcharge pondérale	dont Obésité
6 ans	19%	8%
9 ans	30%	11%
12 ans	43%	21%

Cette situation est d'autant plus préoccupante 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.

# 4 - Vocation et principaux objectifs du programme

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 » suite à une demande accrue des partenaires pour augmenter les actions de prévention primaire, condition indispensable pour ne pas asphyxier ultérieurement les systèmes de santé avec les pathologies de surcharge.

Dans la continuité de ce premier programme (évalué en 2012), le programme 2013-2017, coordonné par l'ASS-NC, s'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 deviennent les véritables acteurs du programme.

En complément des axes prioritaires existants (promotion d'une alimentation équilibrée et actions sur l'environnement), l'année 2014 a permis l'organisation de deux nouveaux axes de travail :

- le premier autour de la promotion de l'activité physique et sportive régulière (en partenariat avec le Comité Territorial Olympique et Sportif) ;
- le second pour coordonner les professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale des adultes et des enfants (en partenariat avec le chef du programme de santé orale de l'ASS-NC).

Pour améliorer la coordination, un projet pilote de gouvernance du programme a également été testé.

## La vocation du programme

Informé 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 programme depuis sa création.
- Les femmes, mères ou futures mères de famille, ont été identifiées en 2013 comme nouvelle cible stratégique du programme.

## Un mode opératoire de coordination d'une démarche multisectorielle et multidisciplinaire

L'évaluation 2012 avait mis en avant des difficultés de coordination et de mise en place de partenariats. Le séminaire « mange mieux bouge plus » a permis l'émergence d'un projet pilote de gouvernance du programme 2013-2017.

Programme « mange mieux bouge plus » - Projet pilote de gouvernance



Le système de gouvernance mis en place en 2014 devait permettre une meilleure coordination du plan d'actions et une implication mieux organisée de l'ensemble des partenaires, amenés à piloter d'avantage d'actions. Il s'agissait de répartir la charge de travail des différents acteurs du programme entre :

- Les acteurs de prévention, souvent amenés à animer également les groupes thématiques et à participer aux comités de pilotage,
- Leurs supérieurs hiérarchiques ou organisationnels, pour la définition de la stratégie annuelle et pluriannuelle du programme.

Compte tenu de la difficulté à mobiliser les niveaux hiérarchiques supérieurs dans le cadre d'un comité stratégique, aucune réunion du comité directeur politico-financier n'a pu être proposée en 2014.

Le comité stratégique s'est réuni le 18 novembre (situation des actions 2014 du programme et thèmes des campagnes media 2015).

3 comités de pilotage se sont réunis en 2014 (29 avril, 22 juillet et 13 novembre) pour faire des points de situation avec les pilotes des actions engagées en 2014 au titre du programme 2013-2017.

7 groupes thématiques se sont réunis en 2014 :

- allaitement maternel (19 février)
- actions en milieu professionnel (24 mars, 10 septembre et 6 novembre)
- messages de santé sur les produits locaux (27 mars)
- formation des enseignants (15 avril et 2 septembre)
- outils de promotion de la santé en milieu scolaire : agenda de la ligue (26 mars, 14 avril, 28 avril, 12 mai, 26 mai, 11 juin, 23 juin, 21 juillet et 14 novembre)
- actions de proximité (16 avril et 2 octobre)
- charte de bonnes pratiques nutritionnelles en milieu scolaire (29 août).

En plus des réunions, les projets portés par les groupes thématiques font également l'objet de nombreux échanges par courrier électronique.

## 5 - Cibles du programme

- Les enfants scolarisés à l'école primaire et les femmes, maman ou futures mamans sont les cibles prioritaires du programme.
- Des actions spécifiques ciblent d'autres groupes de la population générale (enfants en bas âge, adolescents, jeunes adultes, salariés d'entreprises partenaires...), ou du monde professionnel (professionnels de santé, de l'éducation, de la jeunesse, des sports, de l'industrie, de la grande distribution...).



## 6 – Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

Le programme privilégie l'approche multisectorielle et multidisciplinaire. Toutes les initiatives favorables à une meilleure hygiène de vie dans un milieu plus favorable à adopter un mode de vie sain peuvent s'inscrire au titre du PPS, quel que soit le secteur d'origine du partenaire : santé, éducation, jeunesse et sports, consommateurs, acteurs économiques ou société civile.

## 7 - Principaux axes stratégiques du programme en 2014

Quatre axes stratégiques structurent les orientations du programme 2013-2017 :

- Au titre de la prévention primaire, les deux premiers axes visent à inciter la population à faire les meilleurs choix en matière d'alimentation et d'activité physique, et le troisième à rendre possible ces choix, dans un environnement qui évolue pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain;
- Le dernier axe vise à coordonner les professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale.

### 7-1. Axe 1 : Faire la promotion d'une alimentation équilibrée

Cet axe stratégique consiste à conduire la population à faire le lien entre alimentation et santé.

Il s'agit de faire acquérir des connaissances, des compétences pour rendre les calédoniens plus autonomes pour faire des choix alimentaires judicieux et plus favorables à leur santé.

## 7-2. Axe 2 : Faire la promotion d'une activité physique et sportive régulière

Cet axe stratégique consiste à conduire la population à faire le lien entre activité physique régulière et santé.

Il s'agit de faire acquérir des connaissances, des compétences pour rendre les calédoniens plus actifs, en pratiquant régulièrement une activité physique ou sportive.

## 7-3. Axe 3 : Agir sur l'environnement pour le rendre plus favorable à l'adoption de modes de vie sains

Cet axe stratégique est centré sur l'univers de l'individu pour faciliter les choix alimentaires favorables à la santé ainsi que la pratique d'une activité physique quotidienne.

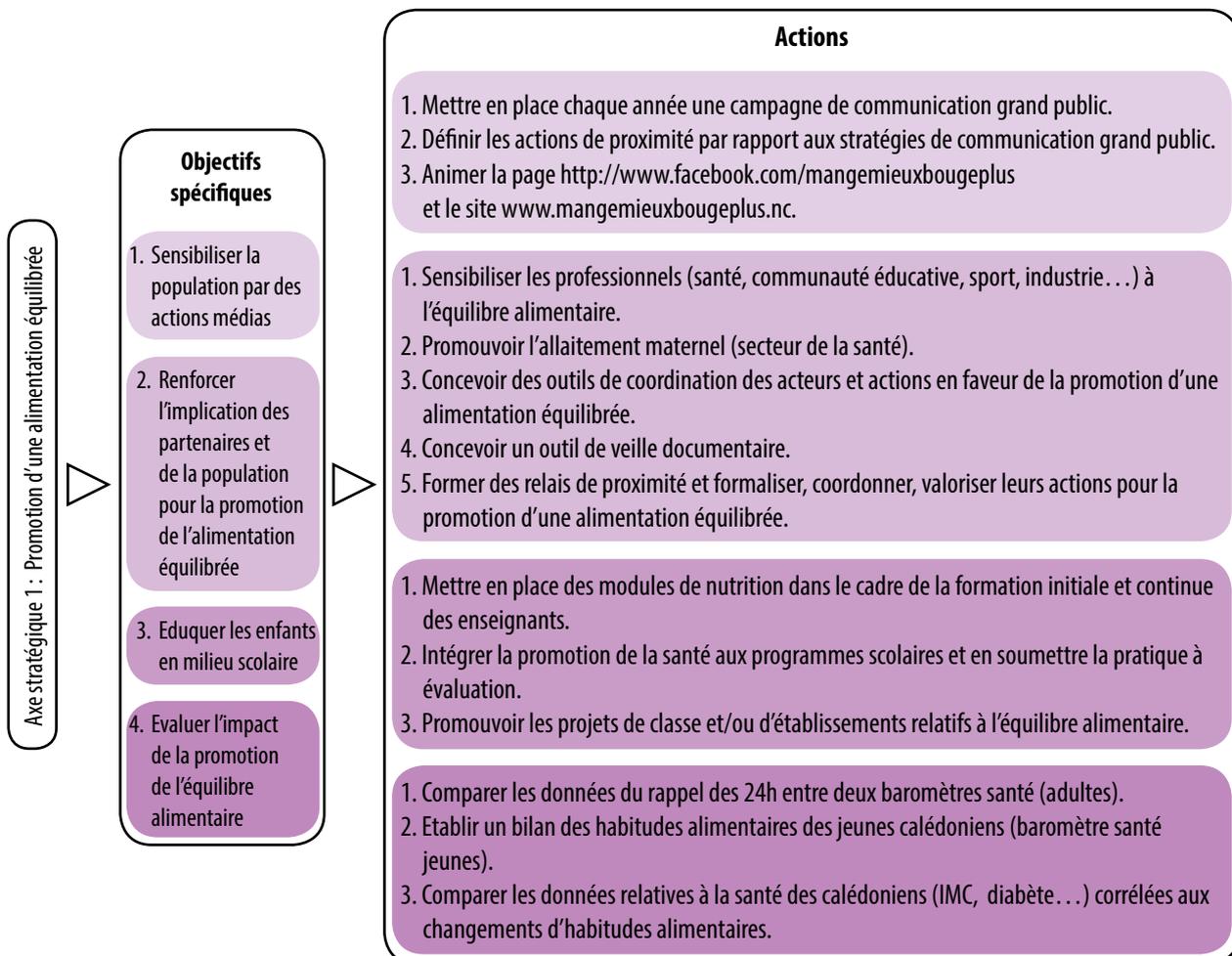
Au titre du programme 2013-2017, l'axe privilégie l'environnement familial, scolaire et professionnel, les initiatives spontanées pour améliorer l'offre alimentaire et les politiques publiques à modifier ou mettre en place.

## 7-4. Axe 4 : Assurer la coordination des professionnels autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale

En complément des actions de prévention primaire, ce nouvel axe du programme « mange mieux bouge plus » vise à l'égalité d'accès au dépistage et à la prise en charge de la surcharge pondérale pour la population Calédonienne, dès le plus jeune âge. Il s'agit dans un premier temps de projets pilotes avec des partenaires volontaires (médecins libéraux, structures de soin publiques, Centre d'Education de l'ASS-NC...), projets qui ont été précisés en 2014 pour être réalisés dans les années à venir.

# 8 - Stratégies opérationnelles 2014

## 8-1. Axe 1 : Faire la promotion d'une alimentation équilibrée



## a) Objectif 1.1 : Sensibiliser la population par des actions médiatiques

### Action 1.1.1 : Mettre en place chaque année une campagne de communication grand public

La communication grand public du programme « mange mieux, bouge plus » vise trois objectifs :

- Faire le lien pour le grand public entre alimentation, activité physique et santé.
- Interpeller chacun sur sa propre représentation du corps : « comment est-ce que je me sens ? est-ce que je pourrais me sentir mieux ? est-ce que je bouge suffisamment ? ».
- Proposer des solutions simples à mettre rapidement en place dans la vie de tous les jours pour améliorer sa forme et son bien-être.

Lors du séminaire d'écriture du programme « mange mieux bouge plus », les partenaires avaient souhaité qu'un plan de communication soit établi pour 5 ans en préalable à toute nouvelle campagne d'envergure. Faute de consensus, le comité stratégique n'a pas fixé de plan pluriannuel. Néanmoins, un thème a été retenu pour améliorer l'équilibre nutritionnel pour l'année 2014.



#### ► La campagne « Mange mieux » 2014 :

Conformément aux vœux exprimés par l'OMS pour l'ensemble des pays du Pacifique, et compte tenu de l'impact financier et social des AVC et plus globalement des maladies cardio-vasculaires pour notre pays, l'ASS-NC propose depuis 2012 des campagnes visant à réduire la consommation de sel des calédoniens.

Début 2012, une étude qualitative ayant révélé que les calédoniens identifiaient mal l'origine du sel dans leur alimentation (75% du sel consommé provient des produits transformés), une première campagne avait été lancée fin 2012 autour de 3 idées :

- Moins de sel = une meilleure santé.
- Le sel n'est pas toujours là où l'on croit.
- Cherchez le sel, lisez les étiquettes.

L'évaluation de cette première campagne a montré que les calédoniens ont bien été sensibilisés, qu'ils ont compris que le sel était un faux ami et qu'il fallait penser à changer d'habitudes pour réduire la consommation de sel de toute la famille.

En 2014, après avoir relayé la « semaine mondiale de la réduction du sel » du 10 au 16 mars, une nouvelle campagne a été proposée pour informer sur les moyens de réduire la consommation de sel des familles. Cette campagne s'est articulée autour de deux idées :

- **Mieux choisir ses aliments** est la clé de la santé (slogan : « Je change mes habitudes : au magasin, je choisis les aliments les moins salés (produits frais, pas ou peu transformés), pour les cuisiner à la maison en contrôlant la quantité de sel ajouté »).
- La réduction de sel ne s'inscrira durablement dans les habitudes que si **le plaisir est toujours au menu** (slogan : « Je change mes habitudes : moins de sel, + de goût »).

La campagne a été menée du 1<sup>er</sup> au 14 septembre :

- Dans la presse écrite (Les Nouvelles calédoniennes, magazine Femmes, Télé NC, Santé NC, Pala'hin hnémo, Construire les Iles Loyauté)
- Par affichage (CMS, CHT, médecins généralistes)
- Par diffusion d'un spot radio (RNC, Djido, RRB, NRJ, Océane)
- Par diffusion de deux spots TV (NC1ère)
- Par diffusion par courrier électronique et sur les réseaux sociaux (Facebook)

On notera que la restauration collective scolaire et les restaurateurs ont activement participé à cette campagne en proposant des plats moins salés mais toujours aussi savoureux, dans l'ensemble de la NC, pendant la campagne et au-delà.

#### Le détail du projet de communication :

##### Le problème de santé publique :

**La nécessité pour les calédoniens de réduire leur consommation de sel** en conservant en mémoire que la prévention de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires repose sur la réduction des apports en sel mais, plus généralement, sur une alimentation variée et équilibrée ainsi que sur la pratique régulière d'une activité physique

##### Le groupe cible prioritaire :

**Les femmes actives, qui font les courses, cuisinent, et sont mères de famille ou futures mères de familles.** Leurs enfants, scolarisés en primaire, sont la cible secondaire de la campagne.

##### Le comportement sur lequel on souhaitait agir :

**Pour la santé de toute la famille, réduire l'achat et la consommation d'aliments salés** (pain, charcuterie, chips, biscuits apéritifs, barquettes à emporter, plats surgelés, viennoiseries, sauces et condiments...), **éviter de rajouter du sel en cuisinant ou à table (sel, sauce soja, arôme maggi...)**, trouver des stratégies de substitution pour conserver le plaisir. Le sel est un exhausteur de goût apprécié par tous, mais la réduction d'utilisation de produits salés et salants doit être envisagée pour préserver la santé des plus jeunes comme des aînés, en trouvant des astuces pour conserver un bon goût aux plats.

Les pistes pour aboutir au changement de comportement :

Le message porte sur les stratégies permettant de manger moins salé, en mettant **l'accent sur le bien-être et la santé de la famille**. Il s'agit de donner des conseils faciles à suivre, de faire ressortir la notion de plaisir à manger moins salé en découvrant d'autres recettes, d'autres produits (herbes aromatiques, épices, ail, oignons, tomates cerises ou radis à grignoter) et la satisfaction de retrouver la véritable saveur des aliments sans condiments.

L'évaluation de la campagne :

Elle a été réalisée par la société I-scope, entre le 8 et le 16 décembre, par téléphone auprès de 804 personnes de plus de 15 ans résidant en NC.

On retiendra de cette évaluation :

**Souvenir de la campagne**  
(base : ensemble - 804 interviewés)

Non : 27%      Oui : 73%

73% des personnes interrogées se souviennent de la campagne « sel ».

(base : 583 se souviennent de la campagne «Sel»)

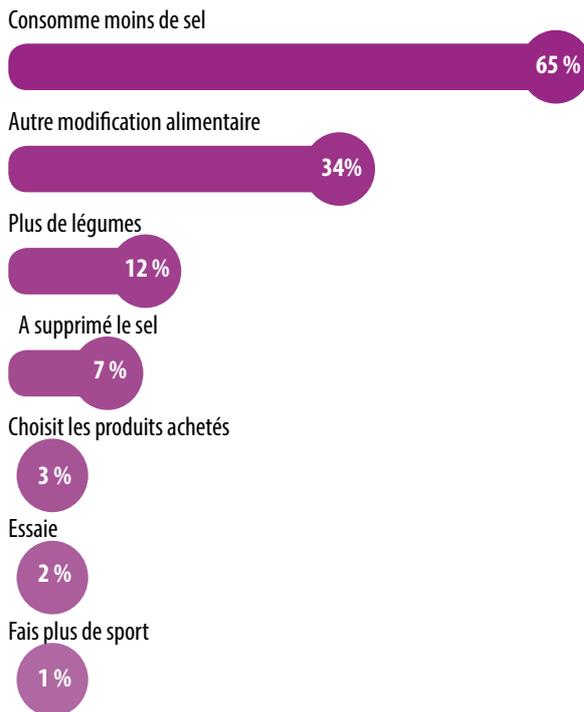
N'ont pas modifié leur comportement : 56%      Ont modifié leur comportement : 44%

La campagne a eu un effet incitatif sur 44% de ceux qui s'en souviennent

- 57% des mélanésiens et polynésiens
- 43% des autres communautés

Les modifications de comportements ne sont pas forcément imputables à la campagne sur le sel, mais s'inscrivent dans une dynamique générale de sensibilisation des populations quant à l'incidence de l'alimentation sur la santé physique.

**Modifications de comportement**  
(base : 256 ont modifié leur comportement)



65% affirment consommer moins de sel, auxquels s'ajoutent 7% qui l'ont supprimé et 2% qui essaient de le réduire.

34% ont modifié de manière générale leur alimentation dans d'autres domaines, auxquels s'ajoutent 12% qui mange plus de légumes.



## Action 1.1.2 : Définir les actions de proximité par rapport aux stratégies de communication grand public

La réalisation d'actions de terrain pour accompagner les stratégies de communication « grand public » est garante d'une meilleure compréhension des messages de promotion de la santé par la population.

Près d'une vingtaine de restaurateurs se sont engagés pour relayer la campagne « moins de sel, + de goût », en proposant des plats moins salés ou des tables sans salière, surtout en Province Nord, du fait d'une forte mobilisation des éducateurs sanitaire en amont. Les restaurants scolaires de la DDEC ont également proposé des menus moins salés. Des actions de sensibilisation ont été proposées au centre d'éducation de l'ASS-NC, au CHS, à la crèche de la croix rouge.

Une formation de professionnels de la restauration collective scolaire à la réduction du sel et du gras a été proposée les 11 et 12 septembre.

## Action 1.1.3 : Animer 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 2014, la page comptait 368 utilisateurs actifs par mois (+61% par rapport au 31 décembre 2013 (228 utilisateurs).

La promotion de cette page a été faite par la page facebook, le site internet de l'ASS-NC, la page [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et une insertion dans les Nouvelles calédoniennes en mars.

## Objectif 1.2 : Renforcer l'implication des partenaires et de la population pour la promotion de l'alimentation équilibrée

L'année 2014 a été marquée par la participation de plus de 50 personnes aux différents groupes thématiques créés au titre du programme « mange mieux bouge plus ». Par ailleurs, les demandes de sensibilisations en milieu professionnel sont de plus en plus nombreuses. En 2014, 265 adultes ont été sensibilisés directement par les agents du programme de prévention surcharge de l'ASS-NC, à titre professionnel.



130 des salariés sensibilisés travaillaient dans le milieu scolaire (30 directeurs d'établissements du primaire de la DDEC, 30 directeurs d'établissements du secondaire de la DDEC, 30 gestionnaires de cantines du vice-rectorat, 20 chefs cuisiniers du vice-rectorat, 20 élèves maitres de l'IUFM).

D'autres secteurs ont également été demandeurs pour 135 salariés, dont 120 salariés de la police municipale de la ville de Nouméa, 5 IDE du service médical de la SLN, et 10 salariés du secteur social et associatif de la ville de Nouméa.

## Action 1.2.1 : Sensibiliser les professionnels (santé, communauté éducative, sport, industrie...) à l'équilibre alimentaire

Un groupe unique de travail a été constitué au titre des actions 1.2.1, 2.2.3 et 3.2.3 du programme.

Ce groupe travaille sur un projet qui comporte :

- Un guide pratique « améliorer l'offre alimentaire sur le lieu de travail (action 3.2.3)
- Un guide méthodologique des sensibilisations des salariés à l'équilibre alimentaire (action 1.2.1)
- Un guide pratique : bouger en milieu professionnel, c'est possible (action 2.2.3)

Le projet a été rédigé en 2014. Il devrait être mis en page en 2015 pour une diffusion au second semestre 2015.

## Action 1.2.2 : Promouvoir l'allaitement maternel

L'action est pilotée par la DASS-PS. Un groupe de travail « allaitement maternel » était en place en Province Nord en 2013. Les problématiques et les objectifs ont été définis pour la Province Nord.

Un partenariat avec l'ASS-NC, la Province des Iles, la Province Sud et le secteur associatif était envisagé en 2014 pour que cette action s'inscrive au titre du programme pour la NC. Le décès du pilote de l'action n'a pas permis la réalisation d'un bilan préalable, souhaité par le groupe de travail pour préciser les actions de promotion les plus pertinentes à mettre en œuvre.

## Action 1.2.3 : concevoir des outils de coordination des acteurs et actions en faveur de la promotion de l'alimentation équilibrée

Aucun groupe de travail ne s'est réuni en 2014.

## Action 1.2.4 : Concevoir un outil de veille documentaire

Il s'agit d'étudier la possibilité de mise en ligne de publications (avec requêteur) relatives à l'équilibre alimentaire sur le site [www.mange\\_mieuxbougeplus.nc](http://www.mange_mieuxbougeplus.nc).

### Action 1.2.5 : Former des relais de proximité et formaliser, coordonner, valoriser leurs actions pour la promotion d'une alimentation équilibrée

Pour améliorer l'impact des actions de promotion de l'équilibre alimentaire, il est nécessaire de renforcer l'implication d'acteurs de terrain pour qu'ils deviennent des ambassadeurs du programme.

En 2014, 10 personnes ont été formées dans le cadre de projets mis en place par la Mairie de Nouméa (maisons de quartiers et CCAS).

Pour les années à venir, un plan de formation devrait être proposé par un groupe de travail à créer.

### c) Objectif 1.3 : Eduquer les enfants en milieu scolaire

#### Action 1.3.1 : Mettre en place des modules de nutrition dans le cadre de la formation initiale et continue des enseignants

Dans la continuité des actions engagées, en 2014, les élèves maitres de 3ème année de l'IFM ont bénéficié dans leur cursus de formation de 15h relatives à l'éducation à la santé (dont 5h de TD).

Les élèves de l'IUFM ont suivi un module de 10h sur l'éducation à la santé, au titre de l'éducation physique et des sciences. Ce module s'est achevé par une séance de réflexion animée par l'ASS-NC autour des projets de promotion de la santé à l'école.

La formation n'a pas pu être organisée avec les élèves de l'ENEP en 2014.

Le module de formation continue « éducation à la santé » a fait l'objet d'un atelier de travail piloté par la DENC les 1er et 2 septembre 2014. Dès le mois de mars 2015, ce module devrait faire l'objet de « stages de cycles » obligatoires de 2,5 jours pour une centaine d'enseignants du primaire public (cycles 1 à 3).

L'ASS-NC fera le lien avec l'ASEE et la DDEC pour que tous les enseignants puissent bénéficier du même type de formation continue.

L'éducation à la santé devrait faire partie des projets éducatifs de la DENC en 2015 (ainsi que l'éducation au développement durable).

#### Action 1.3.2 : Intégrer la promotion de la santé aux programmes scolaires et en soumettre la pratique à évaluation

L'action est pilotée par la DENC.

Les inspecteurs ont été sensibilisés à la nécessité d'évaluer une matière fondamentale et une autre matière, mais le champ reste encore très large et soumis aux préférences individuelles (musique, arts plastiques, sciences, activité physique...).

### Action 1.3.3 : Promouvoir les projets de classe et/ou d'établissements relatifs à l'équilibre alimentaire

L'action est pilotée par la DENC, via l'organisation de la fête de la science.

En 2014, les actions engagées au titre de l'ancien programme ont été poursuivies et se sont traduites :

- Par la diffusion des 20 dernières mallettes d'éducation nutritionnelle entre mars et novembre 2014 (ce qui porte à 1954 le nombre de mallettes distribuées depuis 2010). Pour mémoire, l'objectif de la mallette, réalisée par l'ASS-NC, était de fournir aux enseignants un support pratique faciliter le montage de projets autour de l'alimentation et de l'activité physique.
- Par des actions de sensibilisation dans les écoles primaires. Les agents de l'ASS-NC du programme sont directement intervenus dans les classes auprès des enseignants qui le souhaitaient et qui avaient un projet pédagogique autour de l'alimentation. Près de 1627 enfants relevant de l'enseignement public (1506) ou privé (121) ont ainsi été sensibilisés dans leur classe en 2014 en complément des projets menés par les enseignants.
- Par la formation et le soutien aux projets menés par 24 élèves du CAP petite enfance du lycée Jean XXIII, ainsi que par 16 élèves du BTS ESF du Lycée du grand Nouméa
- Les agents de l'ASS-NC ont également été invités par une association de parents d'élèves pour rappeler les enjeux de l'équilibre alimentaire, sur la santé, mais aussi sur la réussite scolaire. Cette information des parents permet une meilleure compréhension des mesures prises par les équipes éducatives pour améliorer l'offre alimentaire à l'école (ex : interdiction des sodas et bonbons dans les cartables, ventes de fruits au lieu de viennoiseries...).



Dans le cadre du programme 2013-2017, la mission de coordination de l'ASS-NC sera priorisée en 2015 par rapport aux interventions directes auprès des enfants et adolescents scolarisés.

Par ailleurs, le PPS est régulièrement sollicité par des infirmier(e)s ou des enseignants qui cherchent de la documentation adaptée à la NC (23 personnes reçues en 2014).

## d) Objectif 1.4 : Evaluer l'impact sur la population de la promotion de l'équilibre alimentaire

### Action 1.4.1 : Comparer les données du rappel des 24h entre 2 baromètres santé (adulte)

En 2010, c'est un premier baromètre santé (ASS-NC) qui a fixé la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population adulte calédonienne. La répétition des enquêtes dans le temps permettra d'estimer les évolutions de comportements. Le prochain baromètre santé sera réalisé en 2015.

### Action 1.4.2 : Faire un bilan des habitudes alimentaires des jeunes calédoniens (1er baromètre santé jeunes)

Pour les enfants, ce sont les données transmises par la médecine scolaire qui devraient servir de référence. Ces données sont hétérogènes, elles ne sont pas toujours centralisées, ni informatisées, ce qui rend leur exploitation difficile au niveau de la NC.

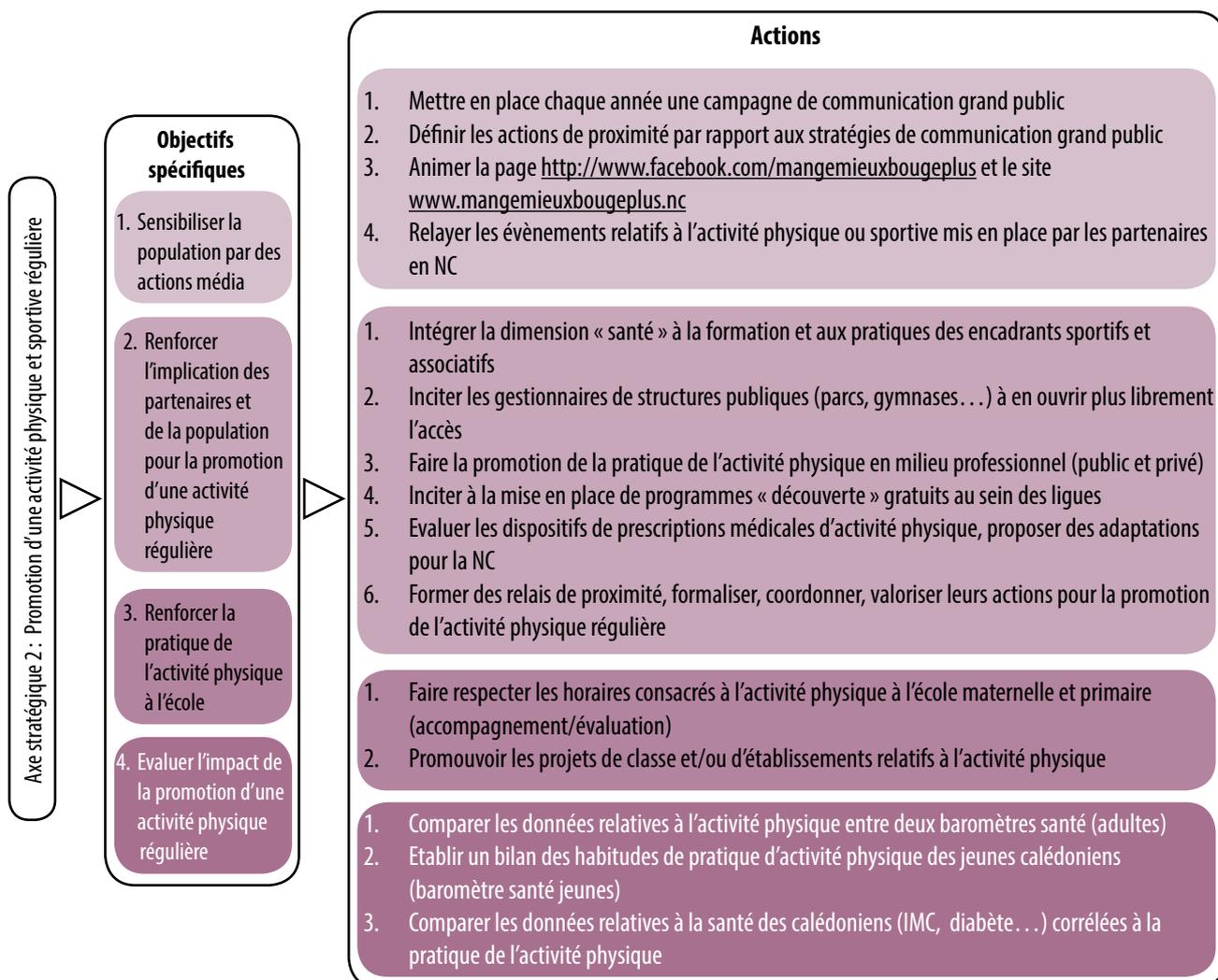
L'évaluation de la santé orale et des paramètres associés à l'état bucco-dentaire chez les enfants de 6, 9 et 12 ans pour un échantillon représentatif de 2734 enfants (ASS-NC, 2013) a permis de préciser le statut pondéral des enfants calédoniens, évoqué au chapitre 3.

Un premier baromètre santé pour les jeunes, complémentaire à celui qui a été réalisé en 2010 pour les adultes, devait permettre de disposer d'un système de surveillance de l'obésité infantile.

Une étudiante en master II épidémiologie a été accueillie à l'ASS-NC à partir de mars 2014 (stage de 5 mois) pour réaliser une enquête type Global Youth Survey (OMS) adaptée à la NC.

La DASS-PS Nord a de son côté mandaté un prestataire pour réaliser le même type d'enquête. Ce prestataire a assuré la collecte des données et l'analyse pour la Province Nord. La réalisation de ces enquêtes en milieu scolaire s'est heurtée à de nombreuses difficultés.

## 8-2. Axe 2 : Faire la promotion d'une activité physique et sportive régulière



Suite au séminaire d'écriture du programme « mange mieux bouge plus » 2013-2017, la promotion de l'activité physique et sportive a été identifiée comme prioritaire, et a donné lieu à la création d'un axe de travail à part entière. Un nouveau partenariat avec le CTOS a été envisagé pour le pilotage de cet axe stratégique, coordonnée par l'ASS-NC. Ce partenariat s'est concrétisé en 2014 par le recrutement par le CTOS d'un « chef de projet sport/santé ».

## a) Objectif 2.1 : Sensibiliser la population par des actions média

### Action 2.1.1 : Mettre en place chaque année une campagne de communication grand public

La communication grand public du programme « mange mieux, bouge plus » vise trois objectifs :

- Faire le lien pour le grand public entre alimentation, activité physique et santé.
- Interpeller chacun sur sa propre représentation du corps : « comment est-ce que je me sens ? est-ce que je pourrais me sentir mieux ? est-ce que je bouge suffisamment ? »
- Proposer des solutions simples à mettre rapidement en place dans la vie de tous les jours pour améliorer sa forme et son bien-être.

Lors du séminaire d'écriture du programme « mange mieux bouge plus », les partenaires avaient souhaité qu'un plan de communication soit établi pour 5 ans en préalable à toute nouvelle campagne d'envergure. Faute de consensus, le comité stratégique n'a pas fixé de plan pluriannuel. Néanmoins, un thème a été retenu pour l'année 2014 pour la promotion d'une l'activité physique ou sportive régulière.



## ► La campagne « Bouge plus » 2014 :

En 2014, dans la continuité des précédentes campagnes, une nouvelle campagne a été proposée pour inciter les calédoniens à pratiquer tous les jours au moins 30 minutes d'activité physique ou sportive. Cette campagne s'est articulée autour de deux idées :

- **Bouger tous les jours, c'est possible**
- L'activité physique ne s'inscrit durablement dans les habitudes que si les activités sont variées et **le plaisir au rendez-vous** (slogan : « 100 façons de bouger, à moi de choisir »).

La campagne a été menée du 21 juillet au 3 août :

- Dans la presse écrite (Les Nouvelles calédoniennes, magazine Femmes, Télé NC, Santé NC, Tara a pitu)
- Par affichage (CMS, CHT, médecins généralistes, clubs sportifs, ligues)
- Par diffusion de deux spots radio (RNC, Djido, RRB, NRJ, Océane)
- Par diffusion d'un spot TV (NC1ère et NC TV)
- Par diffusion par courrier électronique et sur les réseaux sociaux (Facebook)

On notera que de nombreux partenaires institutionnels et associatifs ont activement participé à cette campagne en proposant des bilans de forme et des actions de promotion de l'activité physique, dans l'ensemble de la NC, pendant la campagne et au-delà.

## Le détail du projet de communication :

### Le thème de la campagne :

L'enjeu de la campagne est d'inciter les calédoniens à intégrer l'activité physique régulière à leur mode de vie, dans la vie quotidienne et pas seulement en pratiquant un sport. Il y a de multiples façons d'être actif au quotidien, chacun peut choisir des activités qui lui plaisent, la durée qu'il y consacre et l'intensité de l'activité choisie.



## L'équilibre énergétique :

Il faut bien sûr toujours garder à l'esprit que pour protéger sa santé et celle de ses proches, une activité physique régulière est aussi nécessaire qu'une alimentation équilibrée.

Notre mode de vie nous permet de devenir acteur de notre santé, dès le plus jeune âge.

## Le groupe cible prioritaire :

Tout comme l'OMS, qui a défini les jeunes et les femmes comme population à risque de sédentarité, le programme « mange mieux bouge plus » a pour groupe cible prioritaire **les femmes** (mères et futures mères), ainsi que **les enfants scolarisés en primaire**.

## Les pistes pour aboutir au changement de comportement :

Le message porte sur le côté « accessible », le côté « possible » de l'activité physique en utilisant des exemples concrets et précis.

Il ne s'agit pas de ne parler que du bénéfice santé, il s'agit de bien-être, de plaisir et d'avoir des informations pour pouvoir faire des choix éclairés pour toute la famille.

Bouger avec les membres de sa famille, les amis, les collègues, est un facteur de bien-être physique, psychologique et social.

## Des solutions simples :

Pour intégrer, ou ré-intégrer l'activité physique dans la vie quotidienne, la marche (d'un bon pas) est l'activité physique la plus simple à pratiquer chaque jour. Cela ne nécessite aucun équipement particulier, on peut la pratiquer à tout âge et chacun peut aller à son rythme. Marcher à plusieurs, en discutant, en appréciant le paysage, est un facteur de plaisir non négligeable. Il suffit souvent de se garer un peu plus loin que d'habitude, de descendre du bus un arrêt plus tôt, de se lever plutôt que de téléphoner à un collègue de bureau....

## L'évaluation de la campagne :

Elle a été réalisée par la société I-scope, entre le 8 et le 16 décembre, par téléphone auprès de 804 personnes de plus de 15 ans résidant en NC.

On retiendra de cette évaluation :

### Souvenir de la campagne

(base : ensemble - 804 interviewés)

Non : 28 %

Oui : 72 %

72% des personnes interrogées se souviennent de la campagne « bouger ».

(base : 579 se souviennent de la campagne «Bouger»)

N'ont pas modifié leur comportement : 73%

Ont modifié leur comportement : 27 %

La campagne a eu un effet incitatif sur 27% de ceux qui s'en souviennent.

Campagne «Bouger»	Avant 50 ans	A partir de 50 ans	Total
<i>Base : se souviennent de la campagne</i>	418	161	579
A modifié son comportement	31%	16%	27%
N'a pas modifié son comportement	69%	84%	73%

Le pouvoir incitatif de la campagne agit jusqu'à 50 ans : 31% des moins de 50 ans ont modifié leur comportement alors qu'ils ne sont plus que 16% au delà de 50 ans ((sauf en Province des Iles Loyautés, où 44% des plus de 50 ans ont modifié leur comportement suite à la campagne, qui a conforté de nombreuses actions de proximité mises en place toute l'année par la DACAS).

Campagne «Bouger»	Mélanésien	Polynésien	Européen né en NC	Européen pas né en NC	Indonésien, Vietnamien	Autre	Total
<i>Base : se souviennent de la campagne</i>	215	64	104	133	21	42	579
A modifié son comportement	46%	44%	10%	8%	10%	14%	27%
N'a pas modifié son comportement	54%	56%	90%	92%	90%	86%	73%

Le message est particulièrement efficace auprès de la cible des mélanésiens et des polynésiens :

- 46% des mélanésiens et 44% des polynésiens ont modifié leur comportement en fonction de celui-ci.
- Sur cette cible (mélanésiens et polynésiens ayant modifié leur comportement), on constate une meilleure mémorisation de slogan (31% versus 24% pour les autres ethnies), de l'importance de bouger et de faire du sport (17% vs 0%), et de la facilité de bouger si on inscrit cela dans la vie quotidienne ne serait-ce qu'en marchant (49% vs 0%). Elle fait aussi le lien avec le diabète, que ne font pas les autres ethnies (6% vs 0%).

Par ailleurs, ceux qui ont modifié leur comportement sont moins nombreux à ne rien restituer des campagnes mémorisées (5%) que les autres (17%).

Le message perçu dynamise le passage à l'acte. La prévention et la conscience populaire autour du diabète facilite la réception du message.

### **Action 2.1.2 : Définir les actions de proximité par rapport aux stratégies de communication grand public**

La réalisation d'actions de terrain pour accompagner les stratégies de communication « grand public » est garante d'une meilleure compréhension des messages de promotion de la santé par la population.

En 2014, de nombreuses actions de proximité ont été menées par les partenaires du programme (sport pour tous NC, CTOS sport Santé, CPNSL, CCAS ville de Nouméa, DASS PS, ASCADIET, Centre d'éducation)

Les actions ont eu beaucoup de succès et de nouvelles demandes émergent pour 2015.

### **Action 2.1.3 : Animer la page Facebook, et le site www.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 2014, la page comptait 368 utilisateurs actifs par mois (+61% par rapport au 31 décembre 2013 (228 utilisateurs).

La promotion de cette page a été faite par la page Facebook, le site Internet de l'ASS-NC, la page [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et une insertion dans les Nouvelles calédoniennes en mars.

### **Action 2.1.4 : Relayer les actions/événements relatifs à l'activité physique ou sportive mis en place par les partenaires en NC**

En complément des actions portées par le CTOS, l'ASS-NC soutenu, en octobre, une animation du village du tour cycliste de Nouvelle-Calédonie, un village itinérant qui s'installait dans les communes d'arrivée du tour de 9h à 16h chaque jour.

Des événements accessibles au public ont également été accompagnés (Caledonian Fitness Challenge, journée de l'association « droit au vélo »).

## **b) Objectif 2.2 : Renforcer l'implication des partenaires et de la population pour la promotion d'une activité physique régulière**

### **Action 2.2.1 : Intégrer la dimension « santé » à la formation et aux pratiques des encadrants sportifs et associatifs**

Lancement en octobre 2014 d'un BPJEPS « Sports Collectifs » pour 22 personnes issues des 3 provinces, pendant 10 mois, au sein du CISE (Centre International de Sport et d'Expertise) avec intégration d'un module « sport santé » de 35h pour 2015.

### **Action 2.2.2 : Inciter les gestionnaires de structures publiques à en ouvrir plus librement l'accès.**

Un bilan des structures existantes a été réalisé en 2014 (+900 équipements sportifs disponibles).

### **Action 2.2.3 : Faire la promotion de la pratique de l'activité physique en milieu professionnel**

Un groupe unique de travail a été constitué au titre des actions 1.2.1, 2.2.3 et 3.2.3 du programme.

Ce groupe travaille sur un projet qui comporte :

- Un guide pratique « améliorer l'offre alimentaire sur le lieu de travail (action 3.2.3).
- Un guide méthodologique des sensibilisations des salariés à l'équilibre alimentaire (action 1.2.1).
- Un guide pratique : bouger en milieu professionnel, c'est possible (action 2.2.3).

Le projet a été rédigé en 2014. Il devrait être mis en page en 2015 pour une diffusion au second semestre 2015.

### **Action 2.2.4 : Inciter à la mise en place de programmes « découverte » gratuits au sein des ligues**

Un état des lieux a été dressé en 2014 (plus de 50% des associations sportives proposent déjà des initiations gratuites, des journées découvertes...).

Constats : ce sont des initiatives propres à chaque association donc pas obligatoirement centralisées par les ligues, il y a souvent un manque de visibilité et parfois de communication.

### **Action 2.2.5 : Evaluer les dispositifs de prescriptions médicales d'activité physique**

Une expérience suisse montre que le corps médical (suisse) est plus naturellement tourné vers les stratégies thérapeutiques médicamenteuses. Prescrire des conseils d'activité physique régulière n'est pas courant.

Une expérience néo-zélandaise montre que les patients qui ont le droit à une discussion lors de la consultation sur l'intérêt de pratiquer une activité physique, et une prescription d'activité physique, ont une augmentation significative de la pratique d'activité physique et une augmentation de la qualité de vie.

L'expérience française (Strasbourg, 2012-2013) a montré qu'un dispositif encadré augmentait la mise ou remise à l'activité physique. Les points suivants ont créé un terrain favorable à cette (re)mise à la pratique d'une activité physique :

- La gratuité.
- La diversité d'offres de pratique (tant individuelle que collective).
- Une dynamique de groupe pour motiver et lutter contre la stigmatisation (entre pairs).
- Le soutien, l'accompagnement.
- La poursuite d'enjeux de santé individuels (souvent de perte de poids).

Mais l'enquête n'ayant été menée que sur 2-3 mois de pratique, il conviendrait de renouveler cette enquête sur 6, 12, voire 18 mois, afin de vérifier si ce dispositif « passerelle » a permis ou non de rendre les bénéficiaires autonomes, dans leur pratique d'une activité physique régulière.

## Action 2.2.6 : Former des relais de proximité, formaliser, coordonner, valoriser leurs actions

Le projet initialement prévu au titre du programme n'a pas été engagé en 2014.

Néanmoins, des projets innovants ont été mis en place en Province des Iles Loyauté, qui pourront être partagés et valorisés dans le cadre du programme « mange mieux bouge plus ».

C'est le cas des marches qui ont été organisées lors de grandes fêtes événementielles dans la Province Iles, afin de passer des messages sur les maladies, des risques liés à la mauvaise alimentation (surpoids, obésité, diabète, hypertension, etc...) et encourager les populations à pratiquer une activité physique journalière de 30 minutes. Par ailleurs, en partenariat entre la DACAS et la DSL, un logo « La Santé par le sport » est en cours de création.

En complément de l'action « marche santé sport » évoquée ci-avant, une étude a été lancée en 2014 pour la mise en place d'un Centre Médico Sportif au complexe sportif de Hnassé, pour l'accueil des patients atteints de maladies

chroniques (proposition de séances adaptées selon les pathologies).

Le projet devrait permettre de définir une stratégie préventive (jeux sport santé - scolaires/CVL/autres, événementiel existant ou à créer, sensibilisation/prévention avec ateliers) et une stratégie curatives (pratique ciblée en fonction des pathologies, suivi diététique).

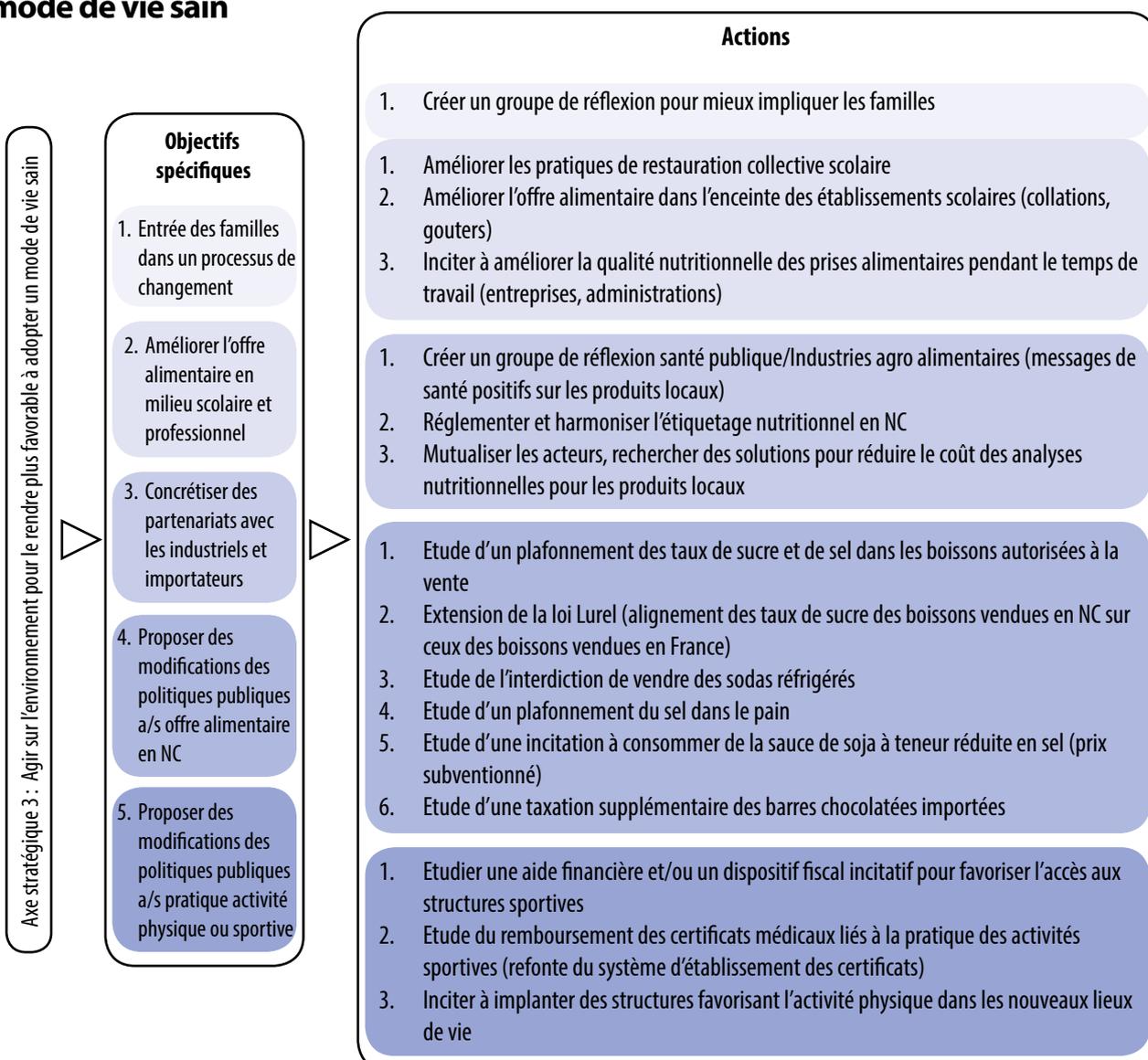
## c) Objectif 2.3 : Renforcer la pratique de l'activité physique dans le milieu scolaire

Les actions sont pilotées par la DENC et n'ont pu être mises en place en 2014.

## d) Objectif 2.4 : Evaluer l'impact sur la population de la promotion de l'activité physique et sportive

Comme précisé au paragraphe 8.1.d (objectif 1.4), les baromètres santé à venir (baromètre adulte en 2015 et baromètre jeunes en 2014) devraient permettre de disposer de données spécifiques à la pratique de l'activité physique et sportive.

## 8-3. Axe 3 : Agir sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain



### **a) Objectif 3.1 : Améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire et professionnel**

Une formation à l'université d'été de santé publique de Besançon autour du thème « promouvoir la santé dès la petite enfance : développer des actions d'accompagnement à la parentalité » a permis d'ébaucher un projet pilote de promotion de la santé dans les familles, qui devrait être proposé et mis en place en 2015.

### **b) Objectif 3.2 : Améliorer l'offre alimentaire en milieu scolaire et professionnel**

#### **Action 3.2.1 : Améliorer les pratiques de restauration collective scolaire (cantines et internats, établissements du primaire et du secondaire)**

L'ASS-NC s'est engagée à entreprendre des actions pour rendre l'offre alimentaire plus favorable à la santé dans les établissements scolaires. Réalisée avec la collaboration active des partenaires santé/éducation/restauration collective, une charte de bonnes pratiques nutritionnelles à l'école est diffusée par l'ASS-NC depuis juillet 2010.

Ce document a pour but d'inspirer et d'inciter les établissements scolaires à respecter et promouvoir l'équilibre alimentaire pour stabiliser la prévalence du surpoids et de l'obésité.

Il s'agit d'un document de référence calédonien en matière d'équilibre alimentaire en restauration collective dans l'enseignement. Il définit, en fonction des besoins de l'enfant, les rôles et attitudes des différents intervenants et permet de préciser les valeurs éducatives communes à partager entre professionnels, enfants et familles. L'enjeu de cette charte est de faire du repas pris à l'école, un moment de respect des équilibres nutritionnels, de convivialité, d'apprentissage, de relations sociales, et de détente.



Depuis 2013, la stratégie de diffusion de la charte de bonnes pratiques alimentaires en milieu scolaire a été réajustée, avec, à la demande des partenaires, une phase préalable de sensibilisation des personnes clés privilégiée (chefs d'établissements, gestionnaires, chefs cuisiniers, CPE...).

En 2014, les gestionnaires et chefs cuisiniers du vice-rectorat ont été sensibilisés à la notion élargie « d'école en santé » (les 4 juillet et 13 octobre), ainsi que les directeurs des établissements du primaire et du secondaire de la DDEC (les 20 et 22 mai).

Par ailleurs, un groupe de travail a été créé en 2014 pour élargir le champ de la charte à d'autres thématiques telles que l'encadrement des ventes alimentaires, l'implication des parents d'élèves, la réduction des nuisances sonores ou l'accès à l'eau pour l'hygiène corporelle. La nouvelle version de la charte, devrait être disponible en 2015.

Enfin, l'ASS-NC a participé en 2014 au groupe de travail créé et piloté par le collectif « cantine responsable », une association dynamique qui vise à améliorer la qualité du repas pris par l'enfant scolarisé, en augmentant en particulier l'offre de produits locaux en restauration scolaire.

#### **Action 3.2.2 : Améliorer la qualité de l'offre alimentaire proposée dans l'enceinte des établissements scolaires**

Les amendements proposés pour la charte de bonnes pratiques nutritionnelles à l'école (cf. paragraphe précédent) serviront de base aux recommandations relatives à l'heure et à la composition de la collation, aux produits vendus et proposés au goûter, aux aliments amenés à l'école, pour mise en œuvre de solutions adaptées.

#### **Action 3.2.3 : Inciter à améliorer la qualité nutritionnelle des prises alimentaire pendant le temps de travail (en partenariat avec les entreprises et les administrations)**

Depuis plusieurs années, face à l'augmentation du poids des salariés et des maux associés (entorses, maux de dos, difficultés respiratoires, diabète...) qui entraînent une baisse de productivité, l'ASS-NC est sollicitée par des entreprises pour sensibiliser les salariés à l'équilibre alimentaire. Ces actions sont définies par convention entre le chef d'entreprise, ou sa DRH, et l'ASS-NC, en fonction de l'enquête initiale, des besoins des salariés, des possibilités d'actions, du temps accordé sur le temps de travail. Elles permettent d'amener les salariés à faire des propositions pour améliorer la qualité des prises alimentaires pendant leur temps de travail (au domicile par extension), et également pour augmenter la pratique de l'activité physique au sein de l'entreprise ou en dehors.

Ces séances théoriques favorisent la prise de conscience des conséquences du surpoids et de l'obésité et des habitudes peu favorables à la santé. La possibilité d'une prise en charge ultérieure et individuelle par un professionnel de santé (diététicienne, médecin généraliste ou nutritionniste, ...) est un facteur favorisant le

changement de comportement des salariés pour adopter un mode de vie plus sain.

Après les séances théoriques, la matérialisation pratique des conseils théoriques apparaît comme clairement recherchée, dans l'ensemble des entreprises partenaires du programme, pour faciliter les changements individuels.

Il devenait nécessaire d'établir un guide méthodologique pour pouvoir multiplier et homogénéiser les interventions en entreprise en NC.

Ainsi, en 2014, un groupe unique de travail a été constitué au titre des actions 1.2.1, 2.2.3 et 3.2.3 du programme.

Ce groupe travaille sur un projet qui comporte :

- Un guide pratique « améliorer l'offre alimentaire sur le lieu de travail (action 3.2.3).
- Un guide méthodologique des sensibilisations des salariés à l'équilibre alimentaire (action 1.2.1).
- Un guide pratique : bouger en milieu professionnel, c'est possible (action 2.2.3).

Le projet a été rédigé en 2014. Il devrait être mis en page en 2015 pour une diffusion au second semestre 2015.

### c) Objectif 3.3 : Concrétiser des partenariats avec les industriels et les importateurs

L'ASS-NC s'est engagée à entreprendre des actions sur « l'environnement », y compris sur l'offre alimentaire à la vente. Aussi, à l'initiative de l'ASS-NC, depuis 2010, les représentants des 8 principales industries agro-alimentaires de NC sont régulièrement invités à s'associer aux actions de promotion de l'équilibre alimentaire.

#### Action 3.3.1 : Créer un groupe de réflexion santé publique/industries agro-alimentaires (messages de santé positifs sur les produits locaux)

Dans la continuité des actions engagées, en 2014, les industriels se sont mobilisés pour créer un message de promotion de l'activité physique qui pourrait être utilisé sur les produits locaux.

De nombreux slogans ont été proposés lors de la première réunion du groupe dédié à ce projet (27 mars).

Après tests, le message « 100 façons de bouger, à moi de choisir » a été retenu.

L'ASS-NC a créé deux logos pour ce message, qui ont été validés par le groupe le 23 mai.



Un cahier des charges pour l'utilisation des logos est disponible depuis le mois d'août 2014 et deux entreprises ont fait des demandes d'utilisation des logos dès qu'ils ont été mis à disposition.

Les slogans et logos relatifs à la promotion d'une alimentation variée et équilibrée restent à créer.

#### Action 3.3.2 : Réglementer et harmoniser l'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires

Début 2013, un projet de réglementation a été proposé aux élus du Congrès par la Direction des Affaires Economiques. Le vote de ce texte a été reporté.

Suite au séminaire « Quelles politiques publiques pour améliorer l'offre alimentaire en NC » (cf. paragraphe suivant), la nécessité d'un étiquetage nutritionnel est confortée.

#### d) Objectif 3.4 : Proposer des modifications des politiques publiques pour améliorer l'offre alimentaire en NC

Un séminaire de travail a été proposé par l'ASS-NC les 30 et 31 octobre, pour que l'ensemble des acteurs disposent d'éléments de connaissances et d'informations pour pouvoir ultérieurement proposer aux élus des choix pertinents de stratégie pour améliorer l'offre alimentaire en NC, à moyen et long terme.

L'invité d'honneur était M. Louis Georges SOLER, économiste de formation, Directeur de l'Unité de recherche INRA-ALISS (Alimentation et Sciences sociales) à Paris, dont les travaux portent sur l'analyse économique des politiques nutritionnelles et alimentaires. Cet expert est membre du comité de pilotage du Programme National Nutrition Santé, il a contribué à la création de l'observatoire de l'alimentation, qui permet le suivi de la qualité de l'offre alimentaire en métropole. Des représentants des secteurs de la santé, de l'industrie, de l'agriculture, des affaires économiques et fiscales, des importateurs, des consommateurs, la CPS, ont été invités à participer au séminaire :

Les thèmes abordés :

Le programme s'est articulé, sous forme d'exposés et de débats, autour de 5 axes de réflexion :

- Les enjeux de santé publique des pathologies chroniques liées aux comportements alimentaires
- La légitimité de mettre en place des politiques publiques, les outils disponibles, les stratégies nécessaires
- L'étiquetage nutritionnel : modalités, stratégies, impacts attendus et observés
- Les politiques fiscales : modalités, contraintes, expériences et impacts
- Les actions directes sur l'offre alimentaire : engagements volontaires et régulations

### Les conclusions : les pistes de réflexion pour la NC :

En NC, 75% des produits consommés sont importés, il faut donc envisager des politiques équitables pour les producteurs locaux et pour les importateurs, dans un contexte économique fragile et sur un marché relativement restreint.

Pour améliorer l'offre alimentaire en NC, il ne s'agit pas de s'opposer les uns aux autres, mais de construire en impliquant l'ensemble des secteurs (santé, économie, éducation, fiscalité...) pour :

- Faire de la thématique « alimentation, activité physique, santé » une grande cause « pays ».
- Améliorer les connaissances disponibles sur les consommations alimentaires.
- Donner plus d'ampleur aux actions d'information et d'éducation et mieux associer actions en population générale et « ciblage » des catégories à risques de pathologies de surcharge.
- Mener à son terme le projet d'étiquetage nutritionnel obligatoire des aliments en NC.
- Mobiliser les acteurs locaux (producteurs, industriels, distributeurs) dans une démarche qualitative de progrès nutritionnel.
- Discuter l'opportunité d'une taxation (qualitative ?).

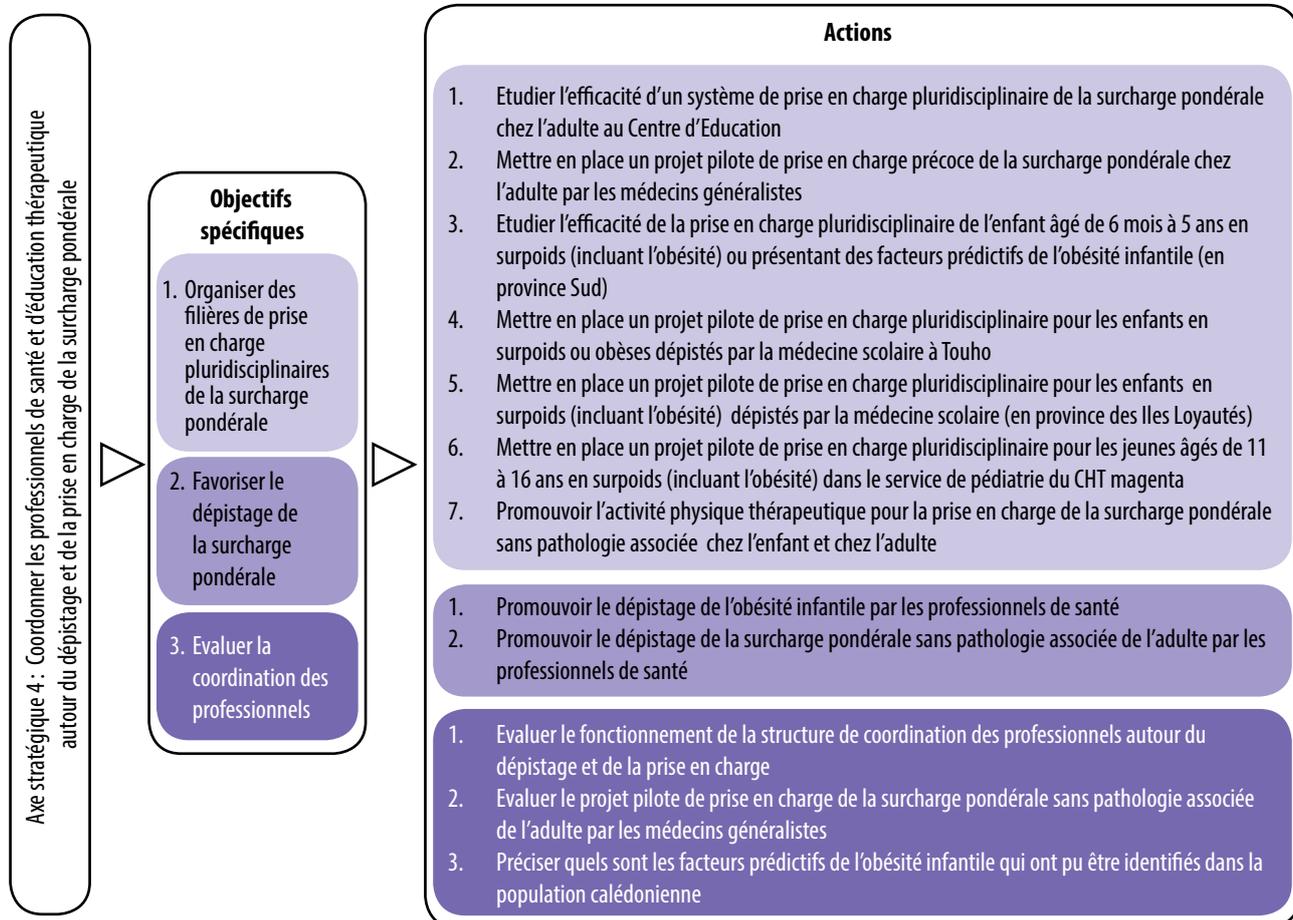
Sur la base des travaux réalisés, les acteurs concernés pourraient travailler en 2015 sur des propositions concrètes pour améliorer l'offre alimentaire en NC. Les taxes, si elles doivent être, ne devraient constituer que l'un des aspects d'un dispositif cohérent et équitable.



### **e) Objectif 3.5 : Proposer des modifications des politiques publiques pour favoriser la pratique régulière d'une activité physique ou sportive**

Les actions envisagées n'ont pas été mise en œuvre en 2014.

## **8-4. Axe 4 : Coordonner les professionnels de santé et d'éducation thérapeutique autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale**



Suite au séminaire d'écriture du programme « mange mieux bouge plus » 2013-2017, le dépistage et la prise en charge de la surcharge pondérale sans pathologie associée ont été identifiés comme prioritaires, et ont donné lieu à la création d'un axe de travail à part entière.

Cet axe qui relève de la prévention secondaire et tertiaire, a été validé par les administrateurs de l'ASS-NC en septembre 2013. Ils ont également émis un avis favorable à la création, en 2014, d'un poste (40% d'un équivalent temps plein) pour la coordination des acteurs sanitaires autour du dépistage et de la prise en charge de l'obésité. Le reste du temps plein a permis la coordination du premier programme de promotion de la santé orale de la NC.

Le détail des actions de l'axe 4 a été défini avec les partenaires sanitaires en 2014.

## a) Objectif 4.1 : Organiser des filières de prise en charge pluridisciplinaire de la surcharge pondérale

**Action 4.1.1 : Etudier l'efficacité d'un système de prise en charge pluridisciplinaire de la surcharge pondérale chez l'adulte, au Centre d'Éducation**

**Action 4.1.2 : Mettre en place un projet pilote de prise en charge précoce de la surcharge pondérale chez l'adulte par les médecins généralistes**



Ces 2 actions sont complémentaires. Le protocole du projet a été redéfini en consensus entre l'ASS-NC et les syndicats de médecins (abandon d'un protocole d'étude sur l'efficacité et évaluation seule de la faisabilité de cette nouvelle prise en charge). La prise en charge a été testée au Centre d'Éducation à partir du mois d'août 2014 (inclusion opportuniste interne au Centre d'Éducation). La sollicitation des médecins généralistes libéraux volontaires par les syndicats a commencé fin octobre. Le début du projet est prévu en février/mars 2015 (formation de 15 médecins souhaitée et inclusion des adultes répondant aux critères de sélection) et devrait s'étendre sur une période de 18 mois.

## Action 4.1.3 : Etudier l'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant âgé de 6 mois à 5 ans, en surpoids (incluant l'obésité) ou présentant des facteurs prédictifs de l'obésité infantile (en Province Sud)

L'étude a débuté en juillet dans les CMS de Païta et de Boulari et la PMI de Montravel. Plusieurs modifications ont dû être apportées aux vues du faible taux de participation des familles sollicitées par les équipes soignantes. Entre juillet et octobre, 15 enfants ont été inclus dans l'étude (en suivi diététique seul).

Les pistes d'évolution du projet en 2015 :

- Organiser des réunions régulières avec les équipes et la diététicienne pour faire le point sur l'avancement du protocole et les inclusions.
- Identifier sur le logiciel Asclépios les orientations faites vers la diététicienne (par un pictogramme) pour permettre de comptabiliser le taux d'inclusion par rapport au nombre d'enfants dépistés.
- Systématiser les orientations vers la psychologue.
- Elargir l'étude aux autres CMS en proposant éventuellement de faire venir les patients en rendez-vous à la PMI. Les CMS de Kaméré et de Saint Quentin, le centre médicoscolaire et la PMI du pôle de service public de Rivière Salée seront contactés pour intégrer le protocole.
- Inclure dans le protocole certains enfants actuellement en suivi diététique, hors étude mais présentant les critères d'inclusions
- Pour faciliter l'orientation vers la consultation psychologique, proposer des rencontres ou des groupes de parole avec la psychologue en salle d'attente afin de « dédramatiser » l'entretien avec ce professionnel.

## Action 4.1.4 : Mettre en place un projet pilote de prise en charge pluridisciplinaire pour les enfants en surpoids ou obèses, dépistés par la médecine scolaire à Touho

Le projet visait 3 publics cible : adultes (parents), soignants et partenaires du CMS de Touho.

En 2014, il y a eu 50% d'ateliers cuisine réalisés/ateliers prévus du fait des effectifs d'invités réellement présents (nombre < 5) et moins de 50% de participants/invités lors des ateliers réalisés.

En 2015, le porteur de projet envisage de mettre en place un dispositif pour connaître l'atteinte de l'objectif du pourcentage de réponses aux convocations.

Le dossier « obésité infantile » (mis en place en juillet 2014) devrait pouvoir être renseigné par la nouvelle infirmière référente fin 2014 pour les enfants concernés.

Le ressenti de l'utilisation du dossier est globalement positif pour les partenaires et les enfants.

En complément du projet de Touho, le fichier d'obésité infantile a été rempli en 2014 par plusieurs CMS (7 sur 17) au vu de leur registre scolaire de 2013 et certaines CMS(3) pour 2014.

#### **Action 4.1.5 : Mettre en place un projet pilote de prise en charge pluridisciplinaire pour les enfants en surpoids ou obèses dépistés par la médecine scolaire en Province des Iles Loyautés**

Le projet a débuté en 2014 avec des enfants dépistés dans le cadre de la médecine scolaire du CMS de Chépénéhé, scolarisés en CE2 et CM2 dans trois écoles du Wetr à Lifou.

Sur 14 enfants dépistés lors de la visite scolaire, 12 enfants ont accepté d'intégrer la prise en charge qui comprend consultation médicale, suivi diététique, suivi psychologique et séances d'activité physique adaptée. La séance de sensibilisation à l'école avec la diététicienne a été un succès. Certains outils prêtés par la DASSPS ont été intégrés dans le dossier de suivi des enfants avec d'autres outils propres aux intervenants de la DACAS ou de l'ASS-NC. Des sensibilisations en tribu (repas tribu) ont été prévues pour compléter la prise en charge au CMS.



#### **Action 4.1.6 : Mettre en place un projet pilote de prise en charge pluridisciplinaire pour les jeunes âgés de 11 à 16 ans en surpoids (incluant l'obésité) dans le service de pédiatrie du CHT**

Sur 6 jeunes dépistés par le service de pédiatrie, 3 jeunes filles ont accepté de participer à un stage de 2 jours et demi au centre Raoul Follereau. Ce stage a eu lieu en octobre 2014. Il comprenait des ateliers de groupe (diététique, activité physique et psychologique). L'ASS-NC a mis à disposition un professeur d'activité physique adaptée prestataire sur un demi-journée.

#### **Action 4.1.7 : Promouvoir l'activité physique thérapeutique pour la prise en charge de la surcharge pondérale sans pathologie associée**

Aucun partenaire n'a souhaité piloter cette action en 2014

#### **b) Objectif 4.2 : Favoriser le dépistage de la surcharge pondérale**

##### **Action 4.2.1 : Promouvoir le dépistage par les professionnels de santé de l'obésité infantile**

##### **Action 4.2.2 : Promouvoir le dépistage par les professionnels de santé de la surcharge pondérale sans pathologie associée de l'adulte**

Les kits pour le dépistage et la prise en charge des patients en surcharge pondérale (réalisés par un groupe de travail dédié en 2013) ont été distribués en 2014 aux médecins généralistes en Province Nord par la DASSPS, en Province des Iles Loyauté par le DACAS et aux médecins libéraux exerçant en Province Sud par l'ASS-NC. Des kits restent à la disposition de la DPASS pour distribution dans les dispensaires de la Province Sud.

Dans le cadre d'un « baromètre professionnel de santé » qui pourrait être réalisé par l'ASS-NC en 2015, plusieurs questions pourraient être intégrées pour dresser un bilan des pratiques en matière de dépistage du surpoids. La promotion du dépistage serait développée à partir de ce bilan initial.

#### **c) Objectif 4.3 : Evaluer la coordination des professionnels**

##### **Action 4.3.1 : Evaluer le fonctionnement de la structure de coordination des professionnels autour du dépistage et de la prise en charge**

##### **Action 4.3.2: Evaluer le projet pilote de prise en charge de la surcharge pondérale sans pathologie associée de l'adulte par les médecins généralistes**

##### **Action 4.3.3 : Préciser quels sont les facteurs prédictifs de l'obésité infantile qui ont pu être identifiés dans la population calédonienne**

Sans objet en 2014.

## **9 – Relations avec les organismes internationaux**

Un film de sensibilisation aux dangers liés à la surconsommation de sel avait été offert par l'OMS en 2013. Le sous-titrage en Français a été assuré par l'ASS-NC, le film a pu être mis en ligne en 2014 sur le site *mange mieux bouge plus* et sur la page Facebook.

L'OMS a clairement identifié la lutte contre le tabac et le sel (« ne rien faire serait criminel ») comme des priorités pour les pays du Pacifique. Le rapport coût/efficacité de santé publique des actions dans ces deux domaines est mis en avant.

Des partenariats ont été recherchés en 2014 avec la CPS, l'OMS et le CPOND, pour mettre en place une étude sur la consommation réelle de sel des calédoniens.

Par ailleurs, le partenariat avec la Direction de la santé de Polynésie Française se poursuit avec le partage de tous les nouveaux outils de promotion de la santé réalisés dans nos deux pays.

## 10 - Principaux projets 2015

Le programme 2013-2017 se décline en 56 actions, qui ont, pour la plupart, été initiées en 2014.

Deux nouveaux chefs de projets ont été recrutés en cours d'année 2014 pour le développement des axes « promotion de l'activité physique et sportive régulière » (par le chef de projet sport santé du CTOS) et la « coordination des professionnels autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale » (par le chef de projet dédié de l'ASS-NC). En 2015, l'équipe est donc au complet pour la gestion du programme, en management transversal.

Par ailleurs, le projet pilote de gouvernance du programme devra être conforté en 2015.

Enfin, un projet pilote de cellule de promotion de la santé à domicile devrait voir le jour en 2015.



## Conclusion

Depuis 2008, l'ASS-NC coordonne un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge en partenariat avec de nombreux acteurs de la société civile, des secteurs sportifs, éducatifs, économiques, et de la santé de NC.

Après un premier programme de 5 ans évalué en 2012, le programme 2013-2017, fédérateur et encore plus pertinent pour la santé des calédoniens, a été bâti avec l'ensemble des partenaires, qui se sont inscrits comme acteurs du programme.

De nouvelles orientations stratégiques ont été proposées, pour un programme décliné en 56 actions. Au titre de la promotion de la santé et de la prévention primaire, la promotion de l'activité physique régulière doit être accentuée en parallèle à la promotion de l'alimentation équilibrée, dans un environnement qui doit continuer à évoluer pour être plus favorable à adopter un mode de vie sain.

Le dépistage précoce et la prise en charge de l'obésité sont également maintenant également reconnus à part entière au titre du programme « mange mieux bouge plus ».

Pour relever le défi de maîtriser l'épidémie d'obésité en NC, il ne s'agit pas de s'opposer les uns aux autres, mais de construire en impliquant l'ensemble des secteurs (santé, sport, urbanisme, économie, éducation, fiscalité...). Il s'agit de faire de la thématique « alimentation, activité physique, santé » une grande cause « pays », tant pour un progrès de santé des populations, que comme support de développement économique et comme facteur de réduction des inégalités sociales, avec un véritable engagement pour les plus jeunes par la promotion de la santé à l'école.



# VII Programme de prévention du RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

## 1 - Equipe du programme

- Un médecin de santé publique à temps partiel, responsable du programme (directeur de l'ASS-NC).
- Une infirmière référente du programme.
- Un épidémiologiste à temps partiel.
- Une infirmière prestataire de service à temps partiel, dédiée au dépistage.

## 2 - Qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu ?

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une complication immunitaire inflammatoire à distance d'une affection des voies aériennes supérieures (angine) due au streptocoque  $\beta$  hémolytique du groupe A. Cette réponse immunitaire se dirige alors non seulement contre le microbe mais aussi contre les valves du cœur pouvant mener à la cardiopathie rhumatismale chronique (CRC).

### Les symptômes

#### La primo-infection : l'angine streptococcique :

Les symptômes sont ceux d'une angine douloureuse, associant une fièvre élevée supérieure à 38°C. Ils peuvent cependant être très discrets, voire absents, en particulier chez le très jeune enfant et chez l'adolescent.



#### La poussée de RAA :

Elle survient une à deux semaines après la primo-infection et se diagnostique selon les critères de Jones :

Critères majeurs	Critères mineurs	Diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardite clinique ou infra clinique</li> <li>• Polyarthrite</li> <li>• Nodules sous cutanés</li> <li>• Chorée de Sydenham</li> <li>• Érythème marginé</li> <li>• Poly arthralgies et/ ou Mono arthrite aseptique (pour les groupes à fort risque)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allongement du QT</li> <li>• Fièvre</li> <li>• Marqueurs de l'inflammation élevés (PCT, VS, CRP, leucocytose)</li> <li>• Mono arthralgie (groupe à fort risque), poly arthralgies et/ ou mono arthrite aseptique (pour les groupes à faible risque)</li> </ul>	<p>Preuve d'une infection streptococcique +</p> <p>2 critères majeurs ou</p> <p>1 critère majeur + 2 critères mineurs</p> <p>La chorée de Sydenham signe à elle seule un RAA</p>

### Le traitement

Toute poussée de RAA nécessite une hospitalisation afin de :

- réaliser un bilan biologique
- pratiquer une échographie de diagnostic qui déterminera s'il existe une atteinte cardiaque (cardiopathie rhumatismale chronique) et, le cas échéant, évaluera son grade
- assurer le repos de la personne
- mettre en place le traitement antibio-prophylactique.

Le traitement pour la prévention à long terme des complications est la pénicilline G benzathine injectable, toutes les 3-4 semaines avec 2 dosages différents (600 MUI ou 1,2 MUI) selon le poids du patient.

La thérapie orale est réservée aux personnes sous anticoagulant ou en cas d'allergie avérée à la pénicilline. Elle peut être utilisée en dernier recours chez la personne refusant l'injection. Elle est cependant moins efficace même quand la compliance est parfaite.

La prévention devrait durer jusqu'à l'âge de 21 ans ou 10 années après la dernière poussée (l'option la plus longue est recommandée) et un suivi régulier doit être instauré.

## 3 - Contexte épidémiologique calédonien

Chaque année, dans le monde, l'incidence du RAA est estimée à 282 000 nouveaux cas et 250 000 morts pour une prévalence mondiale de 15,6 à 78 millions de cas. Le RAA est présent dans les zones situées le long de la ceinture équatoriale, comme l'Afrique subsaharienne, le Pacifique ou l'Australie et la Nouvelle-Zélande, chez les populations autochtones.

En NC, le RAA demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. Bien que cette pathologie soit à déclaration obligatoire, le nombre de déclarations pour l'année semble sous estimé. Une étude visant à mettre en place un registre exhaustif des personnes bénéficiant d'une antibioprofylaxie dans le cadre du RAA, a débuté en 2012. Elle permettra d'évaluer l'incidence de la maladie et la prévalence des valvulopathies associées : les cardiopathies rhumatismales chroniques.

A noter que même après l'arrêt du traitement, les personnes gardent, pour la plupart, des séquelles cardiaques qui vont continuer à évoluer et nécessiter un suivi cardiologique. La problématique principale réside dans le suivi du traitement chronique qui peut durer plus de dix ans chez de jeunes enfants ou adultes et qui pose le problème de l'observance thérapeutique.

## 4 - Principaux objectifs du programme

- Assurer l'information des professionnels de santé et de l'éducation pour favoriser la prévention primordiale et la prévention secondaire.
- Dépister les cas passés inaperçus avant la survenue des complications.
- Soutenir et dynamiser le réseau de soins en établissant des relations de partenariat avec les professionnels de santé.
- Tendre vers le recensement de toutes les personnes atteintes de RAA du territoire afin d'optimiser leur suivi.
- Centraliser les informations concernant les personnes atteintes de RAA afin de favoriser le partage de l'information.
- Organiser et soutenir les professionnels dans la recherche des personnes en rupture de traitement (« perdus de vue »).
- Faire avancer la connaissance de la maladie.

## 5 - Cibles du programme

- Les personnes atteintes de RAA et leur famille.
- La population générale.
- Les professionnels de santé et de l'éducation.



## 6 - Partenaires Institutionnels et professionnels

Les directions des affaires sanitaires provinciales.  
 La direction des affaires sanitaires et sociales de la NC.  
 Le centre hospitalier Gaston Bourret et particulièrement ses services de pédiatrie et de cardiologie.  
 Le centre hospitalier du Nord.  
 Les cardiologues libéraux.  
 Les professionnels de santé : médecins généralistes, pédiatres et infirmiers.  
 Les acteurs de l'éducation (écoles primaires, collèges et lycées).  
 Le Secrétariat de la Communauté du Pacifique (CPS).  
 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).  
 La World Heart Federation (WHF) ou Fédération Mondiale du Cœur.  
 L'unité de cardiologie de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).  
 L'Institut Pasteur de NC.

# 7 - Principales réalisations opérationnelles du programme en 2014

## 7-1. Dépistage échographique

Ce dépistage annuel est réalisé à l'école chez les enfants de CM1 classes d'intégration scolaire (CLIS) incluses, ainsi que des élèves de CM2 pour pallier l'absentéisme de l'année précédente) pour lesquels les parents l'ont autorisé. Il vise à déceler les valvulopathies consécutives à des poussées de RAA (cardiopathies rhumatismales chronique ou CRC) passées inaperçues, afin d'en diminuer les conséquences à long terme grâce à la mise en route d'un traitement antibioprophy lactique précoce.

### a) Organisation/planification du dépistage

La planification des dates de passage de l'échographiste et de l'infirmière, dans chaque classe de CM1 du Territoire, est réalisée dès le début de l'année scolaire.

Un partenariat étroit est nécessaire avec les professionnels de l'éducation pour la transmission des lettres d'information destinées aux parents, ainsi que la collecte des autorisations parentales.

Suite au dépistage, l'infirmière organise la mise en place de rendez-vous de confirmation avec des cardiologues pour les enfants chez lesquels une anomalie a été détectée. Elle prend ensuite contact avec les parents pour leur proposer une date de rendez-vous.



### b) Saisie et analyse des données

Les données collectées font l'objet d'une saisie informatique. Une fois que le médecin traitant les a validés, les cas confirmés positifs par le cardiologue sont intégrés dans le registre du RAA.

Depuis 2009, l'articulation avec les centres médico-sociaux des provinces a été formalisée afin d'améliorer la coordination des suites données à ce dépistage (prise en charge thérapeutique adaptée).

### c) Intervention dans les classes en amont du dépistage

Depuis 2010, une information en amont du dépistage est faite dans chaque classe pour expliquer aux enfants ce qu'est le RAA et en quoi consiste le dépistage. A cette occasion, un dépliant explicatif à destination des parents est remis à chaque enfant. Cette nouvelle organisation a nettement amélioré le taux de retour des autorisations parentales, et facilite l'organisation des rendez-vous de confirmation cardiologique.

Un support vidéo pédagogique, remis à chaque enseignant, a été réalisé pour soutenir cette intervention.

### d) Harmonisation des pratiques

Durant une période de 8 semaines, le programme a accueilli une stagiaire en 3ème année de licence de Santé Publique, Intervention et Promotion de la Santé. Dans le cadre de sa mission de stage, plusieurs projets ont pu être menés :

Un état des lieux des pratiques dans l'organisation du dépistage pour chaque province. Il s'est concrétisé par la rédaction d'un logigramme spécifique à chacune d'elles, formalisant le rôle de chaque acteur dans l'organisation du dépistage. Cet outil permettra notamment d'accompagner les nouveaux infirmiers dans leur prise de fonction au sein des équipes des CMS.

Une standardisation de la séance d'information en amont du dépistage, grâce à un travail de groupe réunissant les référents RAA des CMS la Province des Iles Loyauté et l'équipe du programme. Un protocole d'intervention commun aux Provinces Sud et Iles Loyauté et été rédigé. L'élaboration d'une grille d'évaluation de la séance d'information en amont du dépistage qui sera utilisée dès 2015.

### e) Standardisation de la base de données

Un travail important de standardisation de la base de données du dépistage a été mené en partenariat étroit avec l'épidémiologiste de l'ASS-NC. Cette standardisation rétrospective (années 2008 à 2013) et prospective, respecte les recommandations règlementaires en matière de droit des personnes et les standards internationaux pour la création des bases de données. Dans la suite de ce projet, les documents du dépistage (lettre d'information aux parents, autorisation parentale et compte rendu de dépistage) ont également fait l'objet d'une refonte pour répondre aux exigences règlementaires. Ils ont été validés par les instances provinciales et feront l'objet d'une évaluation en 2015.

## f) Mise en place de la gestion externalisée des documents

Le programme s'est également modernisé dans la gestion de l'information, avec la mise en place de la gestion externalisée des documents. Ce projet de longue haleine consiste à numériser les documents produits par le dépistage depuis ses débuts, et à les lier à la nouvelle base de données.

## g) Premiers résultats du dépistage 2014

En 2014, le dépistage a été réalisé en partenariat avec 2 médecins échographistes. Il a concerné :

81 écoles en Province Sud  
 59 écoles en Province Nord  
 32 écoles en Province des Iles Loyauté dont  
 - 10 à Maré  
 - 4 à Ouvéa  
 - 18 à Lifou

Les effectifs ont été répartis ainsi :

province	inscrits	dépistés
Iles	416	391
Nord	856	803
Sud	3 135	2 867

Les échocardiographies de confirmation ont été réalisées dans le cadre de 26 vacations organisées en collaboration avec 8 médecins cardiologues libéraux.

Sur les 4061 enfants dépistés :

- Une CRC avérée a été diagnostiquée pour 24 d'entre eux :
  - 12 en Province Nord
  - 2 en Province des Iles Loyauté
  - 10 en Province Sud, dont seulement 2 à Nouméa qui représente la moitié de l'effectif de la Province Sud.
- Une cardiopathie chronique rhumatismale limite a été diagnostiquée pour 25 d'entre eux :
  - 4 en Province Nord
  - 2 en Province des Iles Loyauté
  - 19 en Province Sud.

### Quelques définitions :

- CRC avérée = qui réunit tous les critères échographiques définis par la WHF
- CRC limite = qui ne répond pas à tous ces critères échographiques

## 7-2. Réduction des complications secondaires (le registre du RAA)

La réduction des complications secondaires consiste en un traitement antibiotique prophylactique régulier.

### a) Suivi du traitement des personnes incluses dans le registre du RAA

- L'amélioration du suivi du traitement prophylactique et la prévention des rechutes est la première raison d'être du registre. Celui-ci est mis à jour grâce aux données transmises par les acteurs intervenant directement auprès des personnes atteintes par la maladie (personnels des dispensaires, médecins et infirmiers libéraux, infirmiers scolaires, etc.).
- Il demande un travail important de collecte et de saisie de données: dates de réalisation des injections d'antibiotique, des échographies cardiaques, des consultations dentaires, l'inclusion des nouveaux cas, l'archivage, etc.
- En cas de rupture de traitement, des recherches sont entreprises, soit par les professionnels de proximité, soit par la cellule RAA de l'ASS-NC.



### b) Transmission et analyse des données

- La collecte régulière des données est la difficulté majeure de ce système de suivi.
- La transmission des données est satisfaisante pour les dates d'injection de Pénicilline G dans le secteur public. Elle s'améliore dans le secteur scolaire, mais reste pratiquement inexistante de la part des médecins libéraux.
- La déclaration du suivi cardiologique s'est bien améliorée depuis 2007, date à laquelle les cardiologues ont activement contribué au dépistage.
- En revanche, les données de suivi dentaire demeurent inexistantes malgré l'importance théorique de la prévention de l'endocardite d'Osler dans les CRC.
- Pour garantir une bonne réception des données, les relances téléphoniques des partenaires pour les transmissions de données et de suivis sont effectuées tous les mois.
- Actuellement 1216 cas, soit la majeure partie des cas estimés de RAA et CRC (requalifiés et nouveaux cas déclarés), composent la base de données.

### 7-3. Restructuration de l'application de gestion du registre et ouverture de l'accès aux professionnels de santé

Les modules de saisie et d'extraction des données de l'application sont à présent validés, après un long travail en étroite collaboration avec le développeur de l'application. Dans sa nouvelle version, l'application offre davantage de sécurité et de convivialité pour la saisie des données. Ceci a permis de mettre en place un projet pilote qui donne l'accès à l'application pour les professionnels de santé volontaires. Ces derniers peuvent désormais visualiser de manière synthétique le suivi RAA des patients (résultats d'échographie, dates d'injection de Pénicilline G...), et saisir directement les données de suivi.

L'accès à l'application est conditionné par une identification et une authentification des utilisateurs.

Les identifiants et mots de passe sont délivrés aux utilisateurs après que ceux-ci aient été formés à l'utilisation de l'application, afin de garantir la sécurité du système d'information et la fiabilité des données saisies.

Ainsi, 5 équipes de CMS ont été formées en Province Nord, 5 en Province des Iles Loyauté et 3 en Province Sud.

Un programme d'extraction systématique pour la vérification des traces et des données saisies a été établi. Il prévoit deux types d'extractions :

- une extraction bimensuelle des connections des utilisateurs à l'application afin de procéder à une vérification qualitative et quantitative de l'activité des acteurs de saisie,
- une extraction mensuelle des données afin de vérifier l'intégrité des informations saisies tout au long de l'année et de procéder à une analyse statistique en fin d'année.

Un bilan de ce projet sera réalisé en 2015.

### 7-4. Evaluation de l'exhaustivité du registre

L'exhaustivité du registre est quasiment atteinte pour les patients de la file active du secteur public, toutes provinces confondues. Néanmoins, les données du secteur libéral restent parcellaires et le RAA, bien que maladie à déclaration obligatoire est largement sous-déclaré.

Aussi, avec l'accord de l'inspection de la pharmacie, un projet pilote de coopération avec les pharmaciens volontaires de la Province Nord a été réalisé entre juin et août 2014.

Il s'agissait notamment d'estimer la quantité de données manquantes pour évaluer la composante « recueil de données » du registre.

Sur 14 officines sollicitées, 9 ont transmis un relevé de délivrances, 1 a refusé de participer au projet (4 ont accepté mais n'ont rien transmis).

Le traitement des données a porté sur 838 personnes sous pénicilline G et M ayant eu des délivrances dans les officines des communes de Canala, Poindimié, Koné, Pouembout, Voh, Kaala Gomen et Koumac. Après avoir appliqué les critères d'exclusion (pour éliminer les prescriptions de pénicilline pour des pathologies autres que le RAA : moins de 3 délivrances, prescriptions faites par les sages femmes, gynécologues et dermatologues), les résultats au 31 décembre 2014 sont les suivants :

- 50 nouveaux dossiers ont été établis dans le registre,
- 1 dossier pour un patient perdu de vue a été réactivé dans le registre,
- 98 dossiers sont encore en cours d'investigation, dont 31 ont été certifiés « cas avérés » par le service du contrôle médical de la longue maladie de la Cafat.

La collecte de données systématique avait permis de recenser 184 cas sur les communes de Canala, Poindimié, Koné, Pouembout, Voh, Kaala Gomen et Koumac.

Le projet d'investigation des pharmacies a permis de recenser quant à lui 148 cas supplémentaires.

Ainsi, le taux d'exhaustivité du registre à partir de la collecte de données systématique pour les communes précitées est donc seulement de 58%.



## 7-5 Etudes réalisées en 2014

### Dépistage de la cardiopathie rhumatismale chronique infra-clinique en NC en 2012 : facteurs de risque sociodémographiques de sa séquelle, avérée et limite, et prévalence du RAA chez l'enfant de 6 à 12,5 ans :

Cette étude réalisée par l'ASS-NC a donné lieu à un article publié le 4 mars 2014 dans le *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* de l'Institut de veille sanitaire. Elle démontre que les populations originaires du Pacifique, mélanésien et polynésien, ont des risques 20 fois plus élevés de développer une CRC avérée par rapport aux caucasiens. Les filles, quant à elles, ont 2 fois plus de risques de développer une CRC limite par rapport aux garçons.

Cette analyse permet donc d'établir une véritable différence de survenue entre les deux tableaux échographiques de CRC limite et de CRC avérée.

### Analyse de l'agrégation des données du dépistage pour les années 2012 et 2013 :

Le résultat de l'agrégation des années 2012 et 2013, réalisée par l'ASS-NC, donne une prévalence standardisée sur l'âge des enfants de 9 à 10 ans de :

- 99,1 cas prévalents pour 10 000, dont 40,2 cas incidents de CRC avérée pour l'année 2012 ;
- 113,3 cas prévalents pour 10 000, dont 45,2 cas incidents de CRC avérée pour l'année 2013.

Ce dépistage scolaire permet de dépister 40% de cas supplémentaires de RAA par les CRC infracliniques non diagnostiqués par le système de santé.

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

Ce projet, encadré par une convention passée entre l'INSERM et l'ASS-NC a débuté en 2012. La phase d'inclusion des enfants porteurs de lésions valvulaires infraclinique « limite » d'origine rhumatismale, s'est terminée fin 2014, et le suivi de la cohorte, programmé sur 3 années, se fera jusqu'en 2017. Une analyse intermédiaire est prévue courant 2015. Cette étude permettra à terme de disposer d'éléments fiables pour la décision de mise en traitement ou non des enfants présentant une cardiopathie rhumatismale infraclinique limite.

Trente quatre enfants ont bénéficié d'une échographie cardiaque au cours de cinq vacances programmées tout au long de l'année.

## 7-6 Information et communication du programme RAA

L'année 2014 a été marquée par l'arrêt de la commercialisation de l'antibiotique de référence utilisé pour la prévention des complications cardiaques suite au RAA. Le programme a accompagné l'arrivée du produit de remplacement en informant les professionnels sur les modalités relatives à son administration. A cet effet, une note d'information ainsi qu'un protocole simplifié d'utilisation du produit de substitution ont été diffusés et l'équipe du programme a répondu aux nombreuses sollicitations des professionnels.

Le guide stratégique de contrôle du rhumatisme articulaire aigu qui synthétise les recommandations de la WHF pour le diagnostic, et la prise en charge thérapeutique du RAA et de sa séquelle, la CRC, a également été réactualisé.



Cent quatorze médecins généralistes libéraux de Nouméa et Grand Nouméa ont été visités à deux reprises cette année. L'objectif étant de développer le partenariat dans le cadre de la tenue du registre, afin d'améliorer :

- le taux d'exhaustivité de ce dernier, pour les patients suivis dans le secteur privé en Province Sud,
- la qualité du suivi des patients par la diffusion des dernières recommandations en matière de prise en charge thérapeutique, et notamment grâce à la distribution du guide.

Cette rencontre a permis de mieux connaître les pratiques des professionnels en vue d'améliorer le système de communication et de transmission de l'information. En effet, à l'issue de cette consultation, le constat a été fait selon lequel les médecins libéraux sont très peu nombreux à faire la déclaration obligatoire pour les patients chez qui un RAA et/ou une CRC est diagnostiqué. Aussi, l'ASS-NC va travailler avec les tutelles pour une simplification du système de déclaration.

Un dépliant de sensibilisation grand public, mis à jour en 2013, est à la disposition de l'ensemble des partenaires. Un dépliant et une affiche d'information sur le dépistage des valvulopathies rhumatismales sont diffusés dans les écoles par un agent de prévention, avant le dépistage. Cette action et ces documents ont pour objectif d'expliquer brièvement l'examen échographique, mais aussi d'impliquer les parents dans la démarche du dépistage.

Un film pédagogique sur le RAA à destination des enfants CM1 et des enseignants a été réalisé. Il est distribué avec son dépliant explicatif depuis la rentrée scolaire 2013.

De nombreuses réunions médicales sont organisées tout au long de l'année, à Nouméa et sur tout le Territoire, y compris les îles.



## Conclusion

Selon le WHF, le Pacifique est l'une des régions du monde la plus touchée par le RAA, avec la plus grande incidence et la 2ème plus grande prévalence.

Un pays est dit à « risque » lorsqu'il présente :

- une incidence au-delà de 30 pour 100 000 chez les 5-14 ans,
- une prévalence au-delà de 2 pour 1 000.

L'approche du taux d'incidence dans la population des 5-15 ans en NC est de 116 pour 100 000 enfants. Quant au taux de prévalence (en cours de révision), il est estimé à 7,6 pour 1 000 habitants.

Selon l'étude du dépistage scolaire 2012, la prévalence de cardiopathie rhumatismale est de 15,8 pour mille au sein de la population des 6-12 ans.

**A ce titre, la NC peut être considérée, selon les critères de la WHF, comme un pays à risque.**

Le programme de prévention du RAA est rendu complexe par la durée des traitements, le nombre d'interlocuteurs, et par la jeunesse des personnes touchées par la maladie. Il est à plusieurs titres original, notamment du fait de la mise en place des solutions de collaboration public/privé innovantes. Sa singularité tient également à la gestion d'un système de dépistage organisé, aujourd'hui inutile en pays développés (compte tenu de la quasi-disparition de la pathologie), et trop coûteux pour des pays en développement où le RAA est encore plus présent qu'en NC.

Ainsi, ce programme animé par l'ASS-NC est quasiment unique au monde, rendant parfois difficiles les comparaisons et les évaluations d'impact.



# Programme de prévention de la TUBERCULOSE

## 1 - Equipe du programme

- Un médecin de santé publique à temps partiel, responsable du programme (directeur de l'ASS-NC).
- Un poste de coordonnateur Nord et Iles (subvention à la Province Nord).

## 2 - Qu'est-ce que la tuberculose ?

La tuberculose est une maladie infectieuse très contagieuse. Le germe responsable est une bactérie appelée bacille de Koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*. Généralement, ce sont les poumons qui sont infectés, mais il arrive aussi que d'autres organes soient atteints.

Il existe plusieurs phases à la tuberculose :

La primo-infection tuberculeuse (ou la tuberculose-infection) : suite à une contamination par voie aérienne, des lésions pulmonaires se développent. Le système immunitaire réagit à cette infection et une nécrose caséuse se forme. La personne infectée ne devient pas systématiquement malade mais le microbe demeure dans son corps dans un état dormant. La plupart du temps, la primo-infection tuberculeuse évolue spontanément vers la guérison.

La tuberculose maladie : une primo-infection tuberculeuse se dégrade, favorisée par certaines co morbidités : infection au VIH, diabète, alcoolisme, dénutrition ou par la vieillesse. L'infection est devenue active. La bactérie se répand et peut affecter de nombreux organes : poumon, rein, os, cerveau.

### Les facteurs de risque de passage à la maladie

Alcoolisme, dénutrition, déficit immunitaire lié à une autre maladie (infection à VIH, cancers) ou à un traitement (chimiothérapie), milieux sociaux défavorisés, etc.

Le virus VIH et le bacille de Koch forment une association mortelle, chacun de ces deux agents infectieux aidant la progression de l'autre.

Tout patient atteint de tuberculose doit bénéficier d'une sérologie VIH (après son accord) et réciproquement, tout patient infecté par le VIH doit bénéficier d'une recherche systématique d'infection par le bacille de Koch.

### La transmission de la tuberculose

L'homme est le seul « réservoir » de cette bactérie ; il en est également le principal vecteur de transmission. La transmission de la tuberculose se fait par voie aérienne.

Dans 90 % des cas, une personne infectée par le bacille de Koch ne développe pas la maladie de la tuberculose. Elle peut même ne jamais en présenter de symptômes. Dans ce cas-là, elle ne pourra pas non plus transmettre le germe car il n'est pas présent dans ses expectorations.

En revanche, environ 10 % des personnes infectées développeront la maladie. Ces personnes peuvent être contagieuses et transmettre la tuberculose, si les bactéries sont présentes dans leurs expectorations.

En général, la tuberculose se transmet aux personnes qui passent beaucoup de temps avec le malade contagieux, particulièrement ceux qui vivent dans la même maison.

### Les signes cliniques

- Toux depuis plus de 15 jours
- Fatigue constante
- Manque d'appétit
- Amaigrissement
- Sueurs nocturnes
- Présence de sang dans les crachats

Ces symptômes sont communs à beaucoup d'autres maladies.

## Le vaccin contre la tuberculose

Ce vaccin s'appelle le **B.C.G.**, il a été mis au point par Calmette et Guérin, la vaccination est appliquée depuis 1921. C'est un bacille bovin vivant dont la virulence a été éliminée. Il s'administre par injection intradermique. Elle entraîne en deux ou trois mois un certain degré de protection contre la tuberculose. La vaccination se fait à la naissance. Ce n'est pas un vaccin pleinement efficace: il évite surtout les formes graves de la maladie chez les jeunes enfants. De nouveaux vaccins sont en cours de recherche.

## Le traitement contre la tuberculose

La prise de médicaments peut éviter l'évolution de la tuberculose-infection vers la tuberculose-maladie. Le traitement préventif comporte en général deux antibiotiques pour une durée de 3 mois.

Pour la tuberculose maladie, le traitement dure généralement au moins 6 mois, et peut être poursuivi jusqu'à 2 ans dans certains cas complexes.

Le traitement a pour but de détruire les bactéries présentes dans les organes infectés et est basé sur une association de quatre antibiotiques qu'il est nécessaire de prendre selon des règles précises pour ne plus être contagieux rapidement, guérir de la tuberculose et limiter le risque de rechute.

En cas d'oubli ou de prise incomplète du traitement, les bactéries de la tuberculose peuvent acquérir une pharmacorésistance (résistance aux médicaments), recommencer à se multiplier et devenir plus difficile à éliminer. C'est pour cela que d'un point de vue de santé publique, un traitement incomplet ou mal suivi est pire que pas de traitement du tout.

De plus, les traitements de tuberculose résistante sont 100 fois plus coûteux et difficiles à suivre pour le patient que les traitements de tuberculose standard. Dans certains pays, de plus en plus de résistances à ces quatre antibiotiques se développent actuellement.

La femme enceinte infectée par la tuberculose doit également suivre un traitement, mais les antibiotiques utilisés dépendront de la phase de la grossesse.



## 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

**Nouveaux cas déclarés :** un peu moins d'une soixantaine de cas sont déclarés chaque année, pour l'ensemble de la NC.

**On observe depuis une vingtaine d'années une tendance à la diminution du nombre de cas, signe de l'efficacité des mesures sanitaires mises en œuvre.** La persistance des cas de tuberculose justifie néanmoins la vigilance vis-à-vis de cette maladie.

En 2012, 37 nouveaux cas sont déclarés. L'incidence est de 14,7 cas pour 100 000 habitants.

**Incidence des cas de tuberculose par tranche d'âge :** la persistance de tuberculose chez les enfants atteste de la poursuite de la transmission. Il est cependant intéressant de constater que cette transmission a nettement diminué, témoignant des progrès effectués dans la prise en charge précoce des sujets bacillifères.

**Incidence des cas de tuberculose avec crachats positifs à l'examen direct :** 12 cas sont recensés en 2012, soit une incidence de 5,3 pour 100 000 habitants.

Ce sont les tuberculoses contagieuses qui permettent à l'infection de se pérenniser. La baisse de cette incidence est moins franche que celle des tuberculoses toutes formes confondues. **Le potentiel de réémergence d'une transmission importante de la maladie est donc toujours présent en NC** (co-morbidité VIH/tuberculose /diabète).

**Taux de guérison :** par définition la guérison est attestée par la négativité de l'examen des crachats 2 et 5 mois après le début de traitement. Si ces prélèvements ne sont pas effectués, on parle seulement de traitement complété ou terminé.

La stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85 %.

En NC, en 2012, ce taux atteint les 80 %, guérison attestée par la culture, et un peu plus avec les autres moyens de diagnostic (scanner notamment).

**Incidence culturelle :** on note une incidence qui varie selon les communautés, plus élevée dans les communautés mélanésiennes, wallisiennes et vietnamiennes.

**Décès :** 4 décès ayant la tuberculose comme cause principale sont enregistrés en 2010 (depuis 2000, 2 décès annuels sont recensés en moyenne).

**Pour plus de données épidémiologiques :**

Le site Internet de la DASS-NC : <http://www.dass.gouv.nc/> chapitre sur la tuberculose, de *La Situation sanitaire de la NC*.

## 4 – Vocation et principaux objectifs du programme

**Sa vocation :** création ou optimisation d'un ensemble d'outils et de formations ayant pour but :

- La formation des professionnels de santé.
- L'amélioration de la surveillance de la maladie.
- Le renforcement et l'homogénéisation des procédures de diagnostics.
- L'assurance d'une prise en charge thérapeutique adaptée et complète.
- L'amélioration de l'efficacité des recherches de contacts.
- La modification des représentations négatives de la maladie au sein de la population.
- L'évaluation du programme.

### Ses objectifs

- Plus de patients « perdus de vue » avant la fin du traitement.
- Obtenir un taux de guérison supérieur à 85 %.
- Surveiller la co-infection tuberculose/VIH.
- Surveiller l'apparition des résistances aux antibiotiques.

## 7 – Principaux axes stratégiques du programme



**1<sup>er</sup> objectif prioritaire :** trouver les patients tuberculeux potentiellement contagieux (signes cliniques, notamment toux).

C'est le rôle de tous les professionnels de santé de proximité. La tuberculose devenant grâce au programme de plus en plus rare, la sensibilisation de ces professionnels se poursuit.

## 5 - Cibles du programme

- La population générale
- Les professionnels de santé

## 6 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

- DASS-NC
- DPASS
- Pneumologues
- Pédiatres
- OMS
- CPS
- IPNC

Un partenariat étroit est en place depuis plus de dix ans entre l'ASS-NC et la Province Nord pour financer un poste de cadre infirmier coordonnateur du réseau Tuberculose Nord mais aussi Îles.

Les axes stratégiques se déclinent assez simplement. Ils sont classés par ordre prioritaire selon un protocole en paliers défini par l'OMS.

**2<sup>ème</sup> objectif prioritaire :** démarrer le traitement et s'assurer de sa bonne observance pendant toute sa durée, soit 6 mois en général. Cela semble simple et pourtant chaque année des patients arrêtent leur traitement avant la fin.

**3<sup>ème</sup> objectif prioritaire :** dépister des sujets ayant pu être contaminés par les patients contagieux et les traiter. Ce processus appelé « enquête » est réalisé depuis plusieurs dizaines d'année en NC. Il ne peut être débuté qu'à partir du moment où les 2 autres objectifs ci-dessus sont remplis.

Les acteurs de santé publique impliqués ont eu à cœur d'en améliorer l'efficacité, et la dernière révision des protocoles a été menée en commun avec les professionnels de Polynésie Française ainsi que de Wallis et Futuna.

## 8 - Stratégies opérationnelles du programme

Le programme actuel est le fruit de l'évolution d'une stratégie débutée dès la mise en place du système de santé des armées en NC.

Il a donné lieu à la création d'un dispensaire anti tuberculeux transformé lors de la provincialisation en un centre médical polyvalent de Nouméa. Il a été formalisé une première fois en 1992, mais il est connu par les professionnels au titre de support de la stratégie de lutte contre la tuberculose depuis 1999.

Cette stratégie évolue avec le contexte épidémiologique et des connaissances. Elle prend bien sûr en compte les stratégies internationales.

## 9 – Principaux projets 2014

Il n'y a pas de projet particulier, la formation des professionnels de santé publique, le suivi des cas déclarés et la réactualisation de la stratégie demeurent les axes permanents du programme.

La stratégie incluant les dernières avancées en termes de traitement et de logique décisionnelle en santé publique est remise à jour en continu. Le protocole de screening systématique par intradermo-réaction a été modifié à la suite de la disparition des IDR systématiques à 6 ans et 9 ans (délibération du Congrès n° 45/CP du 20 avril 2011). Cette modification a impacté certains protocoles d'enquête.

## Conclusion

L'ASS-NC s'inscrit dans cette intervention collective de santé publique en favorisant notamment, le suivi des dossiers en Provinces Nord et Iles au sein desquelles la dissémination géographique et les mouvements de populations sont plus propices à un abandon de traitement. L'absence de structure de référence y a été solutionnée par le versement d'une subvention à la Province Nord et destinée au fonctionnement du poste d'un agent dédié exclusivement au programme tuberculose

L'ASS-NC est l'interlocuteur privilégié de la CPS et de l'OMS sur le sujet de la tuberculose et au-delà de son rôle de coordination, joue celui d'acteur facilitateur en termes de création et de diffusion de documents relatifs à la tuberculose.

# IX

## Programme de prévention du VIH/SIDA et des IST

### Préambule

2014 fut une année de transition entre le Plan Multisectoriel de Prévention V (PMT5) et le nouveau programme 2015-2019.

Depuis 1991, des plans successifs ont été élaborés pour définir les orientations et activités de lutte contre le VIH et les IST.

Le PMT5 porté par l'ASS-NC est arrivé à son terme en 2013. Il comportait comme objectif global celui de prévenir la croissance de la transmission du VIH/SIDA et des IST en NC et reposait sur 5 axes stratégiques déclinés en 7 grandes priorités d'action.

Ce plan s'est appuyé sur une dynamique forte, impliquant de nombreux partenaires<sup>1</sup> institutionnels et associatifs réunis au sein de groupes de travail (CLUSTERS) et en comités techniques (COTEC), sous la coordination de l'ASS-NC. Il existait également une importante recherche d'implication d'acteurs de terrain (CMS, CDAG, associations, médecins généralistes,...).

Au regard de la prévalence estimée des IST, une évaluation à mi-parcours avait donné un virage important à la prévention et prise en charge des IST, plus largement que le seul VIH<sup>2</sup>.

L'évaluation finale<sup>3</sup> de ce plan a eu lieu en 2013. Les résultats ainsi que les recommandations sont disponibles sur notre site internet. Un séminaire de réflexion autour des questions relatives à la santé sexuelle a été organisé et animé en septembre 2014 par l'ASS-NC pour construire et élaborer le programme 2015-2019.

Lors du discours d'ouverture, le directeur de l'ASS-NC a rappelé la définition de la santé sexuelle selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Plus de 70 personnes ont répondu présentes à l'invitation, issues des différentes institutions, associations, des églises et de la société civile, des secteurs aussi différents que la santé, le social, le handicap, le genre, la condition féminine, l'enseignement, les droits, la formation continue... Les participants venant de tous les horizons ont collaboré avec enthousiasme aux échanges et partages dans un esprit de transversalité avec, pour seule finalité, de contribuer à **l'équilibre affectif et sexuel des calédoniens**.

Ce séminaire avait pour ambition de s'inscrire dans une démarche participative. Des temps de présentations en plénière ont permis d'apporter des informations précises relatives au PMT5 et les résultats qu'il a obtenu, des données quantitatives et qualitatives sur les questions concernant la santé sexuelle ainsi que sur la théorie d'actions qui a été la méthode adoptée pour amener la création du programme 2015-2019.

Le document issu du séminaire est un compte rendu<sup>4</sup> synthétisant le travail fourni pendant les 3 jours ainsi que les grandes orientations prises. Il servira de base en 2015 aux ateliers qui viendront compléter le travail effectué au cours du séminaire et permettra la finalisation du programme de promotion de l'équilibre affectif et sexuel 2015-2019.

<sup>1</sup> Le PMT5 en quelques mots, <http://www.ass.nc/lespace-professionnel/sexe/le-pmt-5>

<sup>2</sup> Evaluation formative à mi-parcours de réalisation du PMT5, Dr Joel LADNER, 2010

<sup>3</sup> Evaluation formative finale du plan multisectoriel de prévention du VIH/SIDA/IST de la Nouvelle-Calédonie (PMT5), Dr. Nadine Sannino, janvier 2014

<sup>4</sup> Compte rendu et relevé de conclusions du séminaire sur l'équilibre affectif et sexuel, ASS-NC, décembre 2014

### 1 - Equipe du programme

- Un chef de projet à temps plein, coordonnateur du programme.
- Un médecin de santé publique à temps partiel, responsable du programme.
- Des renforts réguliers en prestations externes.

## 2 - Qu'est-ce que la santé sexuelle, le VIH/SIDA et les IST ?

### Qu'est-ce que la santé sexuelle ?

Selon l'OMS depuis 2002, il s'agit d' « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.

Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés.

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, ces dernières ne sont pas toujours vécues ou exprimées simultanément.

La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. »

Il s'agit donc d'une approche positive des problématiques qui touchent la sexualité mais aussi et surtout le bien-être affectif et l'amour.



Selon l'INPES, la santé sexuelle est une approche positive et respectueuse de la sexualité. Les thèmes qui ont été retenus, en métropole, dans cette définition sont les suivants :

- Infections Sexuellement Transmissibles (IST) dont le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Syndrome d'Immunodéficience acquise (SIDA).
- Grossesses non désirées/IVG/contraception.
- Troubles sexuels/infertilité.
- Violences sexuelles et liées au genre.
- Santé sexuelle des jeunes et éducation à la sexualité
- Orientation sexuelle et identité de genre.
- Les questions de santé mentale relatives/associées à la santé sexuelle.
- Impact des handicaps physiques et des maladies chroniques sur le bien-être sexuel.
- Promotion d'expériences sexuelle sans danger (dites « safe ») et satisfaisantes.

### Qu'est-ce que le VIH / SIDA ?

VIH désigne le Virus de l'Immunodéficience Humaine. Ce virus, lorsqu'il pénètre dans le corps, va infecter et détruire certaines cellules qui coordonnent l'immunité (défenses de l'organisme contre les microbes). Lorsque ces cellules sont en nombre insuffisant, l'immunité n'est plus efficace.

Des maladies graves dues à des microbes peuvent alors se développer. On appelle ces maladies « opportunistes », parce qu'elles profitent de la disparition de l'immunité pour se développer.

Lorsqu'une personne contracte une ou plusieurs maladies de ce type, on dit alors qu'elle a le SIDA (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise).

#### Trois modes de transmission :

- **Par voie sexuelle (le principal) :** le meilleur moyen de protection contre le VIH dans ce mode de transmission est le préservatif.
- **Par voie sanguine :** ce mode de contamination concerne tout particulièrement les usagers de drogues injectables, les hémophiles et les transfusés.
- **De la mère à l'enfant :** cette transmission du virus peut survenir in utero dans les dernières semaines de la grossesse, et au moment de l'accouchement. En l'absence de traitement, le taux de transmission entre la mère et le fœtus, avoisine les 20 %. Actuellement, les traitements disponibles alliés à une césarienne programmée ont réduit ce taux de transmission à 1%.

Une pandémie s'est développée à partir de la fin des années 1970, faisant de cette maladie l'un des plus graves problèmes sanitaires mondiaux.

**La prévention**, telle que l'usage du préservatif, constitue de loin la meilleure option, car il n'existe actuellement aucun vaccin permettant de se protéger du virus, et les traitements antiviraux disponibles actuellement ne permettent pas la guérison. Bien qu'efficaces, ils ne peuvent que retarder la venue du stade « sida », en ralentissant la réplication du VIH au sein de l'organisme. Ils peuvent dans certains cas de figure, faire diminuer la contagiosité.

#### Les tests médicaux

Le diagnostic de l'infection au VIH fait appel à la détection dans le sang des patients, des anticorps dirigés contre le VIH.

#### Le traitement du VIH/SIDA

A l'heure actuelle il n'y a pas de traitement permettant de guérir de cette infection, malgré l'existence de traitements comme les trithérapies antirétrovirales qui permettent de contenir l'action du virus avec plus ou moins d'efficacité.

Des recherches continuent pour la mise au point d'un vaccin, mais les progrès dans ce domaine sont très lents.

### Qu'est-ce que les IST ?

**Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)** sont des infections dues à des microbes (virus, bactéries, parasites) qui passent d'une personne à l'autre au cours des relations sexuelles car elles sont présentes dans le sperme ou dans les sécrétions vaginales. Lorsque des signes apparaissent, on parle de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) ou « maladies vénériennes ».

Cependant, certaines d'entre elles, comme l'infection par le VIH ou l'hépatite B, peuvent également se transmettre autrement que par voie sexuelle. Par exemple, au cours d'une piqûre volontaire ou involontaire avec une aiguille souillée lors d'une injection de drogue ou à l'occasion d'un accident chez un professionnel de santé.

Le SIDA et l'hépatite B tuent de nombreuses personnes chaque année. Les condylomes provoquent des cancers chez la femme, parfois aussi chez l'homme. Les complications des infections à chlamydiae sont importantes (infections génitales graves, grossesses extra-utérines, stérilité). D'autres maladies peuvent avoir des conséquences sérieuses (la syphilis) ou handicapantes (l'herpès).

Avoir une IST augmente de façon importante le risque d'être infecté par le VIH. En effet, ces maladies abiment les muqueuses sexuelles et facilitent la pénétration du VIH.

Toutes les IST sauf le VIH, se soignent pour la plupart d'entre elles avec des traitements très simples. Presque toutes les IST peuvent guérir sans laisser de séquelles.

Cependant se traiter pour une IST implique de traiter son ou ses partenaires.

Les IST les plus courantes :

- Papillomavirus
- Chlamydiae trachomatis
- Blennorragie (gonorrhée)
- Hépatite B
- Syphilis
- Infection à VIH

## 3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

Cette présentation est le fruit de la lecture d'une grande partie des études quantitatives et qualitatives qui ont été réalisées en NC concernant la santé sexuelle. Ce fut un exercice complexe car il a fallu récolter et mutualiser les données venant des différentes institutions, associations et de divers milieux. Il est important de noter que seules quelques études sont extrapolables à la population générale comme l'étude de prévalences des IST. D'autres sont des études ad hoc, d'autres sont des résultats de surveillance en routine faites dans une institution particulière, d'autres sont des études qualitatives... Ce travail a pour objectif, uniquement, de mettre en avant les points de convergences de toutes ces études. Ceci donne une image globale de la situation.

Selon les données de l'ISEE, en 2013, nous étions environ 260 000 habitants en NC avec une répartition égale entre les femmes et les hommes (49% et 51%). La moitié de la population avait moins de 30 ans et plus de 60% étaient en âge de procréer (15-49 ans).

Il est important de noter qu'il est particulièrement difficile de discuter en famille des sujets afférant à la sexualité. Selon l'étude « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédoniens » (2008) C. Hamelin et C. Salomon, 48% des garçons et 32% des filles n'avaient jamais discuté sexualité dans leur famille. En discuter entre partenaires semble également difficile. En effet, les 2/3 des personnes interrogées, dans le cadre du baromètre santé de 2010 réalisé par l'ASS-NC, déclarent ne pas avoir parlé de VIH/SIDA, IST ou contraception avec leur dernier partenaire.

## Des constats qui restent, à ce jour, préoccupants

**Importance des grossesses non désirées :** en effet, 25% des jeunes femmes de 16 à 25 ans ont déjà eu une grossesse. Parmi celles-ci, 53% déclarent ne pas avoir désiré cette grossesse. Une grossesse non désirée est souvent interprétée par les jeunes eux-mêmes comme une vie de jeunesse écourtée par manque d'informations, par non utilisation systématique du préservatif et par la croyance de l'efficacité de la méthode du retrait.

**Un fort taux d'IVG :** environ 1 femme sur 5 a réalisé une IVG dans sa vie. Cet acte touche surtout les 16-30 ans. Plus de la moitié des IVG ont lieu à cause du manque d'utilisation d'un moyen de contraception. Les femmes décrivent cette expérience comme difficile, dure à raconter et avec beaucoup de craintes concernant le risque de stérilité.

**Une contraception pas forcément adaptée ou bien maîtrisée, surtout chez les 16-30 ans,** même si la moitié des femmes en âge de procréer sont sous contraception (hors préservatif) (DASS 2013). La contraception est considérée comme une affaire de femmes et le dialogue entre partenaires sur ce sujet existe peu. De plus, la contraception a une connotation négative car elle est considérée comme pas naturelle (la pilule est perçue comme une drogue ou angoissante en cas d'oubli et l'implant comme douloureux...). Enfin, pour un nombre important de jeunes femmes, la dissimulation de la contraception est indispensable et il n'est pas toujours aisé de procéder à son renouvellement pour une question de couverture sociale ou d'argent.

**Qu'est devenue l'image du préservatif ?** 3 jeunes sur 10 n'utilisent pas de préservatif au premier rapport et plus de la moitié des jeunes célibataires sexuellement actifs disent utiliser parfois ou jamais de préservatif. Il est perçu comme étant le « boulot des hommes ». On peut dire qu'il est assez mal perçu car coupant le plaisir. Une jeune femme ayant des préservatifs sur elle pourrait être cataloguée comme non respectable ou fille facile. Il y a encore une méconnaissance de son utilisation et en parler avec le partenaire est une épreuve. La gêne ou la honte d'afficher une sexualité est le frein à son achat et non son accessibilité ou son coût. Les rapports sexuels ont souvent lieu à l'extérieur dans des lieux pas toujours favorables au port du préservatif. Il faut noter aussi qu'1 garçon sur 5 a des rapports au cours de fêtes alcoolisées.

**Le préservatif est davantage considéré comme un moyen de contraception que de protection des IST.**



**De fortes prévalences des IST:** selon l'enquête des prévalences des IST réalisée en population générale par l'ASS-NC en 2012, 9% des 18-59 ans sont porteurs d'une chlamydia. Cette IST touche plus particulièrement les jeunes de 18-25 ans puisque 20% d'entre eux sont concernés. 3,5% de la population générale est touchée par le gonocoque et le risque d'en être porteur est 8 fois plus important chez les 18-33 ans. La syphilis concernant 3% de la population générale et le risque est 2,5 fois plus élevé pour les 18-25 ans.

Malgré de tels chiffres, la population connaît très peu les IST, autant leur signe que leur conséquence. La population exprime peu de craintes de contracter une IST, le VIH/SIDA y compris. De plus, on constate une quasi inexistence de dialogue autour de ce sujet, même avec les professionnels de santé. Il est important de savoir qu'une des conséquences des IST non traitées est **la stérilité**. Il existe d'ailleurs des taux très importants d'infections génitales hautes en NC recensées au CHT. Or de façon générale et assez majoritaire, la population ne fait pas de lien entre les IST et la stérilité.

**Un dispositif de dépistage du VIH/SIDA** existe en NC mais il est **peu utilisé** par la population. En effet, seulement 18 000 tests du VIH/SIDA sont effectués par an pour 160 000 personnes sexuellement actives. De plus, 55% population déclare ne jamais avoir fait de test de sa vie (contre 25% en France métropolitaine). Pour celles et ceux qui font le test, plus de 65% datent de plus de 2 ans (Baromètre santé 2010, ASS-NC).

On peut donc penser que le nombre de **personnes vivant avec le VIH** est probablement sous-estimé en NC. En novembre 2014, 212 personnes étaient déclarées séropositives. En moyenne, 16 nouveaux cas sont recensés par an. On sait que, dans 75% de cas, la transmission se fait sexuellement. Le VIH/SIDA est encore méconnu. A titre d'exemple et selon le baromètre santé 2010, plus de 30% de la population pense encore que le VIH se transmet par la salive, 20% par la piqure de moustique, 10% en serrant la main d'une personne vivant avec le VIH,... Encore 1 calédonien sur 4 pensent que se laver après l'acte sexuel est efficace contre le VIH.

Par ailleurs, la prise en compte des IST par les professionnels de santé est rare. L'approche syndromique promue par les institutions de la NC intéresse mais n'est pas devenue un réflexe. De plus, le dépistage biologique est peu prescrit par les médecins par rapport à l'importance de la prévalence existante.

Selon l'étude de 2003, on sait que **22% des femmes sont victimes de violences** physiques dans leur couple (4% en France métropolitaine) et 9% subissent des rapports sexuels forcés. 10% des 16-25 ans déclarent avoir subi des attouchements ou viols. La représentation du rapport forcé est la suivante : il s'agit d'un acte ponctuel violent, en dehors de chez soi et souvent sous emprise d'alcool (enquête « Représentation des rapports forcés », 2012, ASS-NC). Si le refus n'est pas verbalisé ou manifesté alors le rapport n'est pas considéré comme un rapport forcé.

**En conclusion** : les jeunes de 16-30 ans sont particulièrement touchés par les problématiques liées à la santé sexuelle. Finalement, on constate que la population a peu de connaissances sur le fonctionnement du corps, la contraception, le préservatif, l'IVG... Les IST et la stérilité sont encore de grandes inconnues. La population utilise peu le dispositif de dépistage VIH/SIDA existant. Les professionnels de santé prennent peu en compte des IST alors que la prévalence, du chlamydia en particulier, est très élevée pouvant entraîner des complications allant jusqu'à la stérilité. La violence, l'usage de l'alcool et des drogues ainsi que le manque de communication sont des facteurs défavorables à l'équilibre affectif et sexuel.

## 4 - Objectifs et axes stratégiques du programme

Comme précisé dans le préambule, 2014 a été une année de transition.

Les objectifs ont été de :

- Maintenir les activités récurrentes du PMT5 menées par les partenaires.
- Réaliser un état des lieux des données quantitatives et qualitatives disponibles en NC concernant la santé sexuelle.
- Préparer, organiser, animer le séminaire de réflexion pour la création du programme 2015-2019.

## 5 - Cibles du programme

- Les hétérosexuels et homosexuels à partenaires multiples.
- Les personnes vivant avec le VIH.
- La population en général, notamment les jeunes femmes de moins de 25 ans et les jeunes hommes de moins de 30 ans.

## 6 - Partenaires institutionnels, professionnels et associatifs

- DASS-NC
- DPASS, DASSPS et DACAS
- CHT
- Institut Pasteur de NC
- Comité de lutte contre le SIDA (CLCS)
- Solidarité SIDA-NC
- Homo-Sphère
- Corps médical privé et public
- Laboratoires privés et public
- Ordre des médecins et des sages-femmes
- Assistantes sociales
- Eglises
- Universités
- Lycées
- MIJ
- IFAP
- IFPSS
- CAFAT
- SMIT
- A.C.H - FOYER PAUL REZNIK
- ANTHROPOLOGUE - SOCIOLOGUE
- ASSOCIATION PERLES PRECIEUSES
- ASSOCIATION ENFANCE ET JEUNESSE
- COLLECTIF HANDICAPS
- CONSEIL DES FEMMES DE LA province SUD
- FEDERATION ADP
- HOMO SPHERE
- INTERVENANTES EN SANTE SEXUELLE
- KONIAMBO NICKEL SAS
- LIGUE DES DROITS DE L'HOMME NC
- MAISON DE LA FEMME SUD
- MAISON DES ETUDIANTS
- OBSERVATOIRE DE LA CONDITION FEMININE
- RSMA
- SOS ECOUTE
- VICE RECTORAT
- ONUSIDA
- OPAS

# 7 – Evènements marquants en 2014

## Un séminaire qui a abouti à une proposition de programme

Le fait le plus marquant de cette année 2014 fut le séminaire qui a abouti à une proposition de programme sur la base de la théorie d'actions.

Ci-dessous vous trouverez le résumé du compte rendu du séminaire.

La finalité du programme est de **contribuer à l'équilibre affectif et sexuel de la population de la NC.**

Les résultats à long terme fixés sont les suivants :

- Diminution de la discrimination.
- Diminution des violences sexuelles.
- Diminution des grossesses non désirées et des IVG.
- Diminution de la stérilité due aux IST.
- Diminution de la prévalence du VIH/SIDA.
- Diminution de la prévalence des IST.

Ceux à moyen terme sont :

- Augmentation du recours à la contraception.
- Amélioration des compétences psychosociales.
- Amélioration de l'acceptation des différences (genre, maladies, orientations sexuelles et handicap).
- Amélioration de la communication autour du bien être dans l'intimité (dialogues dans le couple, discussion intrafamiliale, échanges entre pairs).
- Amélioration de la relation entre les professionnels et les publics cibles.
- Augmentation de l'utilisation du système de dépistage IST/VIH.
- Amélioration de la prise en charge des personnes concernées par les IST (annonce, suivi, traitement et accompagnement).



Et enfin ceux à court terme sont les suivants :

- Amélioration des connaissances sur la sexualité et la procréation.
- Amélioration du savoir être et des relations interpersonnelles (respect, plaisir, émotions, sentiments...).
- Amélioration de la connaissance, disponibilité et accessibilité des préservatifs et autres moyens de protection et de contraception.
- Amélioration de la connaissance du dispositif du dépistage IST/VIH.
- Amélioration des connaissances des professionnels sur les représentations des publics cibles.
- Amélioration de la sensibilisation des professionnels de santé aux IST et à la santé sexuelle.

L'atteinte des résultats à long terme dépend directement de la réalisation de ceux à moyen terme et de ceux au préalable à court terme. Il s'agit d'une chaîne logique démontrant que toutes les actions menées sont inter liées et agissent ensemble pour obtenir un même résultat. Tous les partenaires travaillant ensemble sur le même domaine pour la même population permettront d'atteindre les résultats précités.

Le programme est pensé pour une **durée de 5 ans entre 2015-2019.**

Le programme dans sa globalité s'adresse **aux moins de 30 ans avec une exception qui est celle du dépistage du VIH-SIDA et IST** qui s'adresse à toute la population sexuellement active et les groupes à risques.

Des **partenariats clés incontournables** à la réussite de ce programme sont à rendre effectifs et actifs : le monde de l'éducation, les trois provinces, le monde associatif, le monde religieux, les coutumiers et les grands chefs, l'hôpital, l'IPNC et toutes les organisations professionnelles ainsi que tous les professionnels de santé du privé comme du public. En effet, un effort concerté de tous les partenaires dans un même sens vers une même finalité est un gage de réussite pour le bien-être de la population.

Le séminaire a permis de mettre en avant des propositions qui dépassent bien largement le champ spécifique de la promotion de l'équilibre affectif et sexuel. Ces propositions sont donc transversales, multisectorielles et concernent la santé en général. D'autres propositions ont été faites et concernent spécifiquement l'équilibre affectif et sexuel.

## A. Les projets transversaux de promotion de la santé identifiés lors du séminaire

### a. La promotion de la santé par la mise en œuvre d'un projet territorial de développement des compétences psychosociales

Le développement des compétences psychosociales a été évoqué et sollicité par tous les ateliers comme le projet prioritaire à mener dans les 5 prochaines années que cela soit dans le cadre scolaire, lors des actions de proximité ou lors de la sensibilisation aux professionnels. Les compétences psychosociales sont au nombre de dix :

- Savoir résoudre des problèmes – savoir prendre des décisions.
- Avoir une pensée créatrice – avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement – être habile dans les relations interpersonnelles (souvent en lien avec l'affirmation de soi, la résistance aux pressions et la persuasion).
- Avoir conscience de soi – avoir de l'empathie pour les autres (souvent sont travaillés les notions de croyance en son efficacité personnelle et la conviction intime que l'autre a des sentiments ce qui entraînent la possibilité de négociation et de tolérance).
- Savoir gérer son stress – savoir gérer ses émotions.

Prendre en compte cet aspect essentiel de la promotion de la santé implique la création d'un projet global précis, transversal en dehors des thématiques de santé spécifiques et enfin multisectoriel car touchant aussi bien la santé, le social que l'éducatif.

Il est important de noter qu'un tel projet est innovateur. Le projet de développement des compétences psychosociales se doit d'être territorial à destination des jeunes de moins de 30 ans. Il doit être intégré, coordonné, cohérent et mis en œuvre par tous les acteurs concernés par ce sujet.

L'ASS-NC va organiser des réunions pour:

- Sensibiliser les politiques à ce que sont les compétences psychosociales et la transversalité que cela nécessite.
- Obtenir la confirmation que ce thème est bien une priorité politique en NC pour tous les secteurs concernés.
- Permettre la définition des sphères de responsabilités entre la santé, l'éducatif, le social pour les interventions en milieu scolaire, les actions de proximité et la sensibilisation aux professionnels.
- Permettre l'identification du/des pilotes de ce projet.
- Aider à la mise en place un groupe de travail pluridisciplinaire pour élaborer et écrire ce projet en respectant les étapes suivantes :
  - i. Identifier et construire les partenariats possibles.
  - ii. Former les partenaires à ce que sont les compétences psychosociales et à « comment monter un projet autour de ce sujet ».
  - iii. Faire adopter ce projet auprès des secteurs politiques concernés: éducation, social, handicap, santé, condition féminine, réinsertion, étudiants.
  - iv. Mettre en œuvre les études et les actions pilotes.

Les recommandations des différents ateliers sont les suivants :

- Dans le cadre de sa scolarité (prématornelle à la vie étudiante), l'enfant doit pouvoir bénéficier, de façon évolutive et harmonisée, sur tout le territoire de la NC, des mêmes types d'actions autour des compétences psychosociales.
- Toutes les actions de proximité pouvant être initiées doivent intégrer de facto un volet de développement des compétences psychosociales qui soient en adéquation avec le groupe ciblé par l'action spécifique.
- Tous les professionnels en contact avec les jeunes doivent bénéficier d'une formation sur les compétences psychosociales.



## **b. Sensibilisation des professionnels à la promotion de la santé incluant l'équilibre affectif et sexuel**

Il est clairement apparu lors du séminaire que les usagers étaient mal compris par les professionnels en général y compris ceux de la santé. Or l'efficacité d'un programme de promotion de la santé tient aussi à la qualité de l'offre proposée. Ce projet consiste donc à sensibiliser, former et accompagner les professionnels à la promotion de la santé tous secteurs confondus sur :

- Ecoute active et bienveillante.
- Prise en compte de l'individu dans sa dimension culturelle, sociale, économique et psychologique (déterminants sociaux de la santé).
- Intégration de la promotion de la santé dans les pratiques professionnelles et notamment des compétences psychosociales.

L'ASS-NC organisera, dans un premier temps, des réunions avec l'ensemble des professionnels concernés pour déterminer avec eux le/les pilotes de ce projet.

En lien avec le programme de promotion de l'équilibre affectif et sexuel :

### **Publics cibles spécifiques :**

- Professionnels de santé : médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, psychologues, médecine du travail.
- Leaders d'opinions : politiques, religieux, coutumiers, médias.

### **Autres publics cibles :**

- Professionnels de l'éducation : enseignants, personnels des garderies et prématernelles, animateurs, éducateurs, cantiniers, professionnels administratifs au contact des jeunes.
- Professionnels de l'enfance : animateurs de centres de vacances et de quartiers.
- Professionnels des centres d'accueil ou d'hébergement ou spécialisés.
- Professionnels et bénévoles associatifs en lien avec l'équilibre affectif et sexuel.
- Responsables religieux (pasteurs, prêtres, diacres, aumôniers, responsables des mouvements des jeunes ou des femmes...).

## **Objectif : améliorer la qualité de l'offre de prévention pour la population calédonienne :**

Dans le cadre de la promotion de l'équilibre affectif et sexuel, il s'agit spécifiquement des jeunes de moins de 30 ans.

- Former les professionnels pour changer leurs représentations sur les « usagers » : écoute active et bienveillante, prise en compte de l'individu dans toutes ses dimensions (culturelle, sociale, économique, psychologique, émotionnelle...).
- Former les professionnels pour changer et/ou améliorer les pratiques professionnelles en intégrant la promotion de la santé et spécifiquement l'équilibre affectif et sexuel ainsi que le développement des compétences psychosociales.
- Mise en réseau de tous les professionnels formés pour assurer une formation continue, un soutien technique, favoriser le partage d'expériences et leur accompagnement dans la durée.

## **c. Actions de proximité pour promouvoir la santé incluant l'équilibre affectif et sexuel des jeunes de moins de 30 ans en NC**

Dans le cadre de ce projet, il est important que les professionnels de la promotion de la santé soient mobiles. Il s'agit ici de **se déplacer vers et non faire déplacer les personnes** en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé c'est-à-dire la culture, le cadre de vie, le niveau social, le niveau économique...

### **Pour le programme de promotion de l'équilibre affectif et sexuel, les groupes prioritaires sont :**

- Les jeunes déscolarisés de moins de 30 ans et en particulier :
  - Les jeunes handicapés en institutions.
  - Les jeunes en tribus.
- Les 3-18 ans scolarisés hors temps scolaire vivant ou fréquentant les lieux suivants :
  - Foyers d'hébergements.
  - Regroupements religieux.
  - Familles d'accueil.
- Les adultes en relation avec les jeunes notamment avec la famille comme relais de prévention.

Cependant au cours des 5 prochaines années, il est possible que d'autres groupes prioritaires émergent.



**Objectif : améliorer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être autour des questions relatives à l'équilibre affectif et sexuel :**

- Améliorer les connaissances sur le fonctionnement du corps, la contraception, le préservatif, l'IVG, les IST et ses conséquences, les abus sexuels, les droits de chacun concernant son intimité.
- Améliorer les connaissances sur l'existence du dispositif de dépistage VIH/SIDA et IST existant
- Améliorer les relations interpersonnelles dans le couple et la famille.
- Améliorer les compétences psychosociales de chacun (relations équilibrées, estime de soi, respect et confiance....).

L'ASS-NC, en tant que coordinateur, se propose de recueillir les demandes, les besoins des différentes populations ciblées ci-dessus, d'identifier les relais potentiels de promotion de la santé et de les accompagner dans leur demande spécifique puis de relayer la réalisation de l'action au partenaire le plus adéquat. Cette approche doit être transversale car les populations sont souvent concernées par plusieurs thèmes de santé : addictions, santé sexuelle, prévention de la surcharge pondérale, promotion de l'activité physique, ... Il est donc important d'avoir une approche globale de la santé, de clarifier les besoins et les demandes de chacun et d'apporter la réponse la plus holistique possible.

## B. Les projets spécifiques à la promotion de l'équilibre affectif et sexuel

### a. Communication

**Préambule :**

L'ASS-NC étant la coordinatrice du programme, elle a été identifiée comme étant, aussi, le pilote du projet « communication » puisqu'elle est la seule à avoir une vue d'ensemble sur les projets et leurs priorités respectives.

Un plan de communication devra être établi en fonction des actions prioritaires de tous les projets pour rejoindre et renforcer la cohérence de l'ensemble du programme.

Ceci étant, le fil conducteur des 5 prochaines années est le suivant :

- **Se protéger** : Dépistage IST VIH, grossesse non désirée, lien entre stérilité et IST (utilisation du préservatif et de la contraception)
- **Se respecter** : Estime de soi et acceptation de soi pour aller vers l'autre, relation à l'autre, violences conjugales, violences sexuelles, discriminations
- **S'aimer** : S'aimer, aimer et être aimé

### b. Education à la santé et prévention de l'équilibre affectif et sexuel

En attendant que le projet autour des compétences psychosociales soit concrétisé, il est important que les interventions en milieu scolaire autour de la santé sexuelle soient retravaillées par l'ensemble des acteurs concernés afin de déterminer quelles connaissances relatives à la santé sexuelle pourraient être transmises à quel âge, à quelle fréquence, à quel moment et selon quelles modalités.

**Préalable à la mise en œuvre d'un nouveau projet :**

L'ASS-NC va réunir l'ensemble des acteurs concernés par ce projet pour déterminer ensemble le ou les pilotes de ce projet territorial. Il est en effet indispensable de définir la sphère de responsabilités des différentes institutions concernant les interventions en milieu scolaire. Il est important que les champs de compétences entre les provinces et leurs services santé et éducation, le vice rectorat, la DENC, l'ASS-NC soient clairement définis pour structurer les interventions autour des questions relatives à l'équilibre affectif et sexuel.

**Public cible : les jeunes scolarisés de moins de 30 ans**

**Objectifs : améliorer le savoir et le savoir-faire autour des questions relatives à l'équilibre affectif et sexuel.**

- Sensibiliser et transmettre des connaissances sur le fonctionnement du corps
- Sensibiliser et transmettre des connaissances sur la procréation, la contraception, IVG et préservatif
- Sensibiliser et transmettre des connaissances autour des IST (causes, conséquences) et la stérilité
- Eveiller aux questionnements relatifs à ce qu'est l'équilibre affectif et l'équilibre sexuel
- Que veut dire se protéger, se respecter, s'aimer ?

### c. Organisation du dépistage du VIH/SIDA et IST

**Préambule :**

Actuellement, le dépistage organisé du VIH par des professionnels de santé formés et agréés fonctionne mal. Les recommandations territoriales sur l'approche syndromique des IST présentés aux professionnels de santé ne sont pas appliquées. Plusieurs questions se posent : Pourquoi la population n'utilise pas plus le dépistage en CDAG? Pourquoi 50% des professionnels de santé formés et agréés font peu ou pas de CDAG? Pourquoi les professionnels de santé sont réticents à l'utilisation de l'approche syndromique? Pourquoi les lieux de dépistage des IST sont mal connus de la population ?

**Pilote du projet :**

Suite à une évidence manifestée lors du séminaire, il est fortement suggéré que le pilote de ce projet soit la DASS-NC

en partenariat avec l'ASS-NC, les trois directions de la santé des provinces, les professionnels de santé libéraux (médecins, sages-femmes, laboratoires, pharmaciens et infirmiers) et les associations à thématiques sexuelles et communautaires ainsi que la médecine du travail. Pour que ce projet soit mené à bien, il est nécessaire que le pilote du projet dédie spécifiquement une personne à la coordination et la mise en œuvre d'un tel projet.

#### Publics cibles :

Pour le VIH :

- Population générale
- Groupes spécifiques :
  - Lieux de vie fermés: camps Est, CHS, Bases de vies des sites miniers...
  - Travailleurs du sexe.
  - Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
  - Hétérosexuels à partenaires multiples.
  - Partenaires de PVVIH.

Pour les IST :

- Population générale
- Groupes spécifiques :
  - Jeunes de moins de 30 ans.
  - Femmes.
  - Mélanésien.

#### Objectif : diminuer la transmission du VIH et des IST en NC

- Structurer, rénover et animer l'offre de dépistage existante
- Développer une offre de dépistage adaptée aux populations cibles
- Communiquer sur les offres de dépistage



## Des activités récurrentes des partenaires

Tout au long de l'année 2014, les activités récurrentes des partenaires dans le cadre du PMT5 ont été réalisées. Une partie des informations suivantes provient d'extraits des bilans 2014 des associations, institutions partenaires et prestataires de service.

### Axe 1 : la prévention de la transmission du VIH/ SIDA : renforcer les mesures de prévention afin de contenir l'augmentation de la prévalence du VIH au sein de la population générale et des groupes prioritaires

#### La JMS et les activités récurrentes des partenaires :



Comme chaque année, les partenaires se sont mobilisés pour la **Journée Mondiale contre le SIDA**. Les collectivités et associations se sont faites le relais du thème mondial qui est « Objectif zéro ». Ce thème, qui sera utilisé jusqu'en 2015, fait écho à la vision de l'ONUSIDA de « Zéro nouvelle infection au VIH. Zéro discrimination. Zéro décès dû au sida. »

En 2014, l'accent a été mis sur la promotion du dépistage du VIH et l'utilisation du préservatif. Deux conférences, l'une sur « les secrets d'une sexualité heureuse » par le Professeur Pascal de Sutter (docteur en psychologie et sexologue clinicien) et l'autre sur « comment initier le sujet de la sexualité auprès des patients » par le Dr. François De Carufel (docteur en psychologie, sexologue et fondateur de la thérapie sexofonctionnelle) ont été organisées par l'association Solidarité SIDA-NC. L'association a également organisé un vide-grenier. Ces 3 événements ont constitué les l'axe central autour de cette journée du 1er décembre.

## Maintien des interventions en milieu scolaire sur les sujets touchant la sexualité

Comme chaque année, ceux sont les directions provinciales des affaires sanitaires et sociales des Iles, Nord et Sud (DACAS, DASSPS et DPASSS) en collaboration avec le Vice-Rectorat qui ont coordonné chacune sur leur zone géographique, les interventions en milieu scolaire. Ces interventions sont réalisées par les agents des provinces et les membres des associations comme suivent :

### En province des Iles

Les interventions sont organisées en 2 fois 2 heures avec une première phase de « questions/réponses » suivie d'une deuxième phase de « jeux créatifs » (forme plus large du théâtre forum).

Des points écoute animés par des sages-femmes ont été mis en place à Lifou, Ouvéa et Maré dans les établissements scolaires du secondaire. L'objectif est de permettre aux jeunes d'identifier une personne ressource, d'avoir un espace de paroles et de faciliter la venue aux dispensaires.

### En province Nord

Il existe un programme d'éducation à la santé, initialisé dans le primaire en 2007 et étendu en 2009 dans le secondaire, où la santé sexuelle est abordée, en classes de CM2, 3ème et terminale. Le programme couvre actuellement pratiquement 80% des élèves. En 3ème, le support utilisé est le Théâtre Forum, en partenariat avec une troupe de comédiens (Pacific et Compagnie), d'une durée de 2 heures suivies d'une deuxième séance de 2 heures de discussion autour des sujets émergents. Dans les autres niveaux, des supports spécifiques sont utilisés (« Comment on fait les bébés » en CM2, « jeu questions-réponses »,...) mais le thème de la sexualité est abordé également dans les interventions traitant du respect et des addictions.

### Province Sud

Les interventions, d'une durée de 2 fois 2 heures, visent principalement les classes de 4ème dans la mesure où l'augmentation des demandes et la baisse du personnel ont nécessité de recentrer les interventions. Le SPPS a néanmoins essayé de maintenir les actions en 3ème (2h) et développé une démarche pour le secondaire (« ateliers libre adhésion » en fonction du souhait des élèves. En 4ème, le support utilisé (théâtre forum, « jeux créatifs »), invite les élèves à créer et jouer une histoire en lien avec le thème de la sexualité, les contenus étant repris par les intervenants pour l'animation de la séance suivante.

## Maintien et développement des activités de prévention de proximité vers de nouveaux publics cibles et des formations en santé sexuelle à destination des professionnels de la prévention

**L'ASS-NC a poursuivi le financement des lieux d'écoute et d'accueil du public de chacune des 3 associations partenaires.** Ces lieux proposent diverses activités de prévention. De même, **lors de manifestations diverses**, l'ASS-NC finance la présence des associations qui tiennent des stands d'information accessibles au public pour faire de la sensibilisation.

Le CP2S anime l'Espace Ecoute Jeunes (EEJ) les après-midis (entretiens, tests de grossesse, mise à disposition de préservatifs, distribution de cartes pass, consultation d'une bibliothèque). Elle a participé à l'animation des émissions radio « Lilou sans tabou », a animé des soirées-débat ainsi que des films-débat autour de la santé sexuelle, a réalisé des sessions de sensibilisation dans le cadre du défi santé, à l'espace jeune de la Province Sud, dans les maisons de quartier, lors de la journée des jeunes, au salon de l'étudiant, au lycée de Cluny.

Homo-Sphère a mis à disposition de son public une bibliothèque dont la thématique majeure traite de l'homosexualité (une moyenne de 8 prêts par mois). Une permanence est assurée tous les après-midis, une ligne d'écoute est ouverte tous les jours 24/24. Au total, l'association a comptabilisé plus de 200 heures d'écoute. De plus, l'association a mené des sessions de sensibilisation en milieu scolaire, auprès d'éducateurs de foyer et d'internat, de jeunes de quartiers, a réalisé l'opération bus 1,2,3, a participé à la journée jeunesse et au salon de l'étudiant. Elle co-anime les émissions de « Lilou sans tabou ». Des messages de prévention sont diffusés sur [www.rencontres.nc](http://www.rencontres.nc) grâce à un partenariat. Un café philo a eu lieu sur le thème « Mariage, adoption, filiation », une campagne de lutte contre l'homophobie a eu lieu avec un concours photos et un message « acceptez les différences » un projet de mise en place d'une permanence santé sexuelle et affective et de dépistage TROD en province Nord a été proposé au COTEC et accepté. Les membres de l'association se sont formés en France, des affiches ont été réalisées, des permanences ont certes eu lieu sans pouvoir faire du TROD car une opposition de la DASS-NC a empêché la mise en œuvre totale de ce projet pilote.

Solidarité SIDA-NC a poursuivi ses interventions de sensibilisation tout en diversifiant son réseau.

Les services des provinces ont mené de nombreuses actions de proximité et l'ASS-NC a mis en place avec l'école pastorale de Béthanie à Lifou en collaboration avec la DACAS deux semaines de sensibilisation autour de la promotion de la santé. Des rencontres avec les autres églises de la NC se sont poursuivies tout au long de l'année.

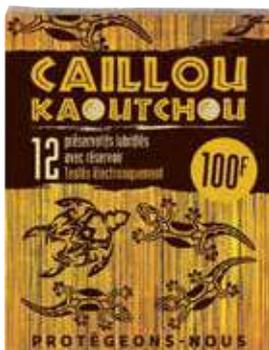
### Plusieurs formations ont eu lieu en 2014 :

- Conselling : 3 formations organisées par l'ESPAS CMP.
- Approche syndromique : 3 formations organisées par l'ESPAS CMP.
- Formation à la thérapie sexofonctionnelle organisée par Solidarité SIDA-NC et la FOL.
- Sessions d'agrément CDAG organisées par la DASS-NC et l'ASS-NC.

### Poursuivre l'optimisation des circuits de distribution de préservatifs

En 2014, existe de 282 lieux de dépôt pour la marque sociale de préservatif « Caillou Kaoutchou » et 35 pharmacies la distribuent.

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, auprès des élèves lors des interventions en milieu scolaire, du public lors des manifestations diverses, des visiteurs des lieux d'accueil et autres associations partenaires.

Au total, environ 400 000 préservatifs masculins et 5000 préservatifs féminins ont été distribués gratuitement à travers le réseau associatif et institutionnel.

### Vers un nouveau dispositif de dépistage du VIH ?

L'ensemble des partenaires a souhaité faire du dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST un des thèmes majeurs du prochain plan quinquennal.

Suite aux recommandations de l'évaluation finale PMT5, la Province Nord et Homosphère ont soumis un projet pilote au COTEC pour l'utilisation des TROD pour les personnes en demande dans le cadre d'entretiens menés en soirée à Koné par les membres formés d'Homosphère. Ce projet validé au COTEC n'a pas pu se mettre en place car la DASS-NC n'a pas souhaité faire une dérogation à la loi pour l'importation des TROD.

## Axe 2 : le contrôle des IST : renforcer les mesures de prévention et de contrôle des IST curables

### Les IST, une priorité de santé publique

Les recommandations pour la prise en charge des IST curables ont été présentées à tous les professionnels de santé lors d'une soirée de l'association médicale et au cours d'une visite de santé publique dans les cabinets. Il est également disponible sur le site de l'ASS-NC : [www.ass.nc](http://www.ass.nc).

Des formations à cette approche ont été organisées à l'ESPAS CMP de façon à permettre à ceux qui le souhaitent d'approfondir leur savoir-faire concernant les IST et éventuellement devenir des sites sentinelles.

Alors que les chiffres de l'enquête des prévalences ont démontré un taux important d'IST sur le territoire, on constate que la plupart des médecins ne « pensent pas » aux IST.

De plus la population méconnaît encore les IST et ne font pas le lien avec la stérilité.

## Axe 3 : améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

### Maintien du réseau d'entraide associatif pour les PVVIH

L'association Solidarité SIDA-NC a poursuivi ses activités pour les PVVIH à savoir :

- Continuer à promouvoir leurs témoignages et leur implication dans la lutte contre le SIDA.
- Permettre aux PVVIH de se rencontrer en proposant des groupes de parole.
- Poursuivre et améliorer la visibilité de l'association vis-à-vis de nos partenaires et des PVVIH via une promotion plus marquée des activités.
- Soutenir par l'écoute active mais aussi juridique, sociale et financière les PVVIH qui en font la demande.

## Axe 4 : la surveillance épidémiologique : évaluer le poids de l'épidémie VIH/SIDA, évaluer l'impact des stratégies mises en place et renforcer le système d'information des IST

### Développement des enquêtes et études menées, supervisées ou financées par l'ASS-NC pour renforcer l'efficacité du PMT5

En 2014, une étude pilote qualitative sur le bien-être et les représentations de la stérilité chez les 18-25 ans en NC a été menée par l'ASS-NC. Les résultats sont disponibles sur le site [www.ass.nc](http://www.ass.nc)

## Axe 5 : la coordination multisectorielle : améliorer la coordination, dynamiser, soutenir et harmoniser la réponse des différents acteurs institutionnels et opérationnels

### Poursuite de la coordination du programme

A la différence des autres projets de l'ASS-NC, le PMT5 a peu d'actions directes de terrain. Ces dernières sont menées par les directions sanitaires et sociales de chaque province, les associations partenaires comme Solidarité SIDA-NC, Comité de promotion de la santé sexuelle (CP2S), Homo-Sphère, les leaders de la société civile, les professionnels de santé agréés CDAG, les professionnels concernés par cette problématique.

Le rôle de l'ASS-NC consiste à :

- Coordonner tous les partenaires en lien avec le programme.
- Soutenir techniquement et financièrement les acteurs de terrain à travers les formations, conseils et financement des associations dans le respect des méthodologies et procédures de santé publique.
- Centraliser et partager des informations et des expériences entre tous les partenaires du programme
- Être force de proposition de projets après diagnostic de situation.
- Garantir une harmonisation des actions en fonction du PMT5 entre tous les acteurs.
- Évaluer les besoins, les activités menées, le PMT5, ses résultats, son efficacité.

Cette coordination s'est faite à travers 3 comités techniques ainsi qu'un séminaire de 3 jours organisé fin septembre-début octobre.

### Soutien aux associations

Comme tous les ans, l'ASS-NC a analysé les demandes de financement ainsi que leurs bilans intermédiaires et finaux des associations partenaires. Elle a également apporté un soutien technique à la demande.

### Maintien de la coopération régionale

Des contacts ont été maintenus avec la CPS notamment avec le département de développement humain (équité de genre).

## Conclusion

L'année 2015 sera donc consacrée à la mise en place de groupes de travail pour élaborer chaque projet de façon détaillé et ainsi finaliser le programme dans son ensemble. 3 COTEC seront organisés et plusieurs groupes de travail se mettront en place pour finaliser l'écriture de ce programme.

2015 verra la naissance d'un nouveau programme pour la promotion de l'équilibre affectif et sexuel des calédoniens.

## Références

- Enquête de prévalence des IST en population générale 18-69 ans – ASS-NC - 2011
- Baromètre santé NC – ASS-NC - 2010
- Diagnostic Terrain sur la santé sexuelle auprès de quatre populations cibles dans Nouméa et Grand Nouméa - Rapport et recommandations - Février 2010 - Fatou Leïty MBODJ-BLOT
- Santé sexuelle des jeunes en NC - Etude socio-anthropologique réalisée à partir d'une enquête ethnographique (2010) complétée par l'analyse des données sur la santé sexuelle de l'enquête par questionnaires « Situation sociale et comportements de santé des jeunes calédonien s» (2008). Christine Hamelin & Christine Salomon - Mars 2011
- Bilans ASS-NC 2012-2013
- Situation sanitaire de la DASS-NC - 2012
- Enquête sur la représentation du préservatif féminin – ASS-NC - 2013
- Enquête d'acceptabilité du préservatif féminin – ESPAS CMP et Solidarité SIDA – 1999/2000
- Enquête qualitative sur les représentations rapports sexuels forcés auprès des hommes de 25-40 ans - E. Giraut – ASS-NC - 2012
- Enquête qualitative sur la représentation du refus de rapports sexuels auprès des hommes de 25 à 45 ans – C. Gledhill – ASS-NC - 2013
- Enquête qualitative concernant les représentations des jeunes de 18-25 ans en NC sur la notion de bien-être et de la stérilité – C. Gledhill – ASS-NC - 2014
- Situation au 29 novembre 2013 VIH/SIDA en NC - DASS 2013
- Enquête sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques sexuelles des jeunes face au VIH/SIDA – EDG-CACP – CPS - 2005
- Diagnostic terrain sur les représentations de l'homosexualité en province Nord et îles, 2011 – Fatou Leïty MBODJ-BLOT
- Pyramide des âges – ISEE NC – 2013
- Représentation des violences sexuelles collectives chez les jeunes de 15 à 25 ans des Iles Loyauté - Mémoire DU Santé Publique - Dr I de Frémicourt - 2010-2011
- Abus sexuels précoces et santé reproductive des femmes en NC 2002 - 2003\_BEH n° 9\_10\_2005
- Être jeune en Province Nord\_Enquête OSAS-PN 2010\_Chap12\_Les jeunes et la santé
- Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de NC\_Bilan d'une année de surveillance\_IPNC\_2002
- Suivi de grossesse en P.Nord\_Bilan 2006-2009\_Enquête OSAS-PN Juin 2010
- Enquêtes de surveillance de 2ème génération du VIH\_IST et comportements à risque en NC\_CPS\_2005-2006
- PMT5 Evaluation mi parcours\_Joël LADNER\_2010
- Enquête pilote concernant les représentations des jeunes de 18-25 ans en NC sur la notion du bien-être et de la stérilité – C. Gledhill – ASS-NC – 2014

# X

## Enquête Santé Baromètre Jeunes

### 1 - Qu'est-ce que l'enquête santé Baromètre Jeunes

Le Baromètre Jeunes est une enquête transversale aux programmes de prévention de l'ASS-NC.

L'ASS-NC a mis en place, pour la première fois en 2014, le Baromètre Jeunes, une enquête sur la santé des jeunes calédoniens, collégiens et lycéens.

La phase terrain de l'enquête Baromètre Jeunes s'est déroulée d'août à novembre 2014. Trois enquêteurs recrutés dans le cadre de l'enquête ont eu en charge les passations des Provinces Iles et Sud. Des assistant(e)s de vie scolaire ont été mobilisé(e)s dans la Province Nord.

Lors de la passation de l'enquête, un questionnaire multithématique auto-administré a ainsi été proposé à un échantillon représentatif des classes de collèges et lycées de la NC. En classe, les jeunes répondaient à une série de questions de façon autonome en cochant leurs réponses, leur permettant de s'exprimer librement.

Au final, 1525 jeunes calédoniens ont répondu à cette enquête. Le taux de participation sur l'ensemble des élèves des classes tirées au sort lors de l'échantillonnage est d'environ 55%. Ce taux s'explique en partie par la nécessité d'obtenir un consentement écrit des parents pour laisser l'enfant répondre à l'enquête. Il était dès lors impossible d'interroger les jeunes, même volontaires, pour lesquels les parents avaient notifié leur désaccord ou pour lesquels le consentement parental avait été égaré.

### 2 - Ses objectifs

#### Objectif principal

Le Baromètre Jeunes a pour objectif principal de décrire les comportements, les connaissances et les représentations des jeunes calédoniens en matière de santé. Il permettra d'adapter les programmes de promotion et de prévention à la santé dispensés dans les établissements scolaires au plus près des problématiques rencontrées par les jeunes. Ses résultats, associés à ceux du futur exercice 2015 du Baromètre Santé des plus de 18 ans, permettront d'établir une continuité des mesures, notamment entre l'adolescence et l'âge adulte.

#### Objectifs spécifiques

De manière plus spécifique, le Baromètre Jeunes devrait permettre :

- De capitaliser des données sanitaires et sociales en termes de connaissances, attitudes et comportements des jeunes calédoniens sur différents thèmes de santé ;
- De mesurer des comportements de santé, attitudes et représentations sur différentes thématiques telles que l'alimentation, la consommation de substances psychoactives, l'hygiène... ;
- D'identifier des leviers utiles pour les programmes de prévention et les acteurs de la prévention en milieu scolaire ;
- De mesurer l'impact des programmes de prévention dispensés dans les établissements scolaires ;
- La répétition quinquennale de cette enquête pourra permettre d'évaluer les modifications de comportements et d'attitudes des jeunes calédoniens dans le temps. Cela permettra à la fois d'adapter les programmes de promotion et de prévention au plus près des besoins des jeunes calédoniens.



### Création de l'enquête :

Le Baromètre Jeunes a été créé sur la base d'enquêtes menées entre autres par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il a cependant été adapté à la NC en collaboration avec la direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société (DASSPS), le vice-rectorat et les fédérations de parents d'élèves. Nous remercions ces partenaires pour leurs précieuses contributions.

### Les objectifs pour 2015

#### Analyse des résultats

Dans un premier temps, les données recueillies feront l'objet d'un redressement. En effet, l'étape préliminaire aux analyses est de s'assurer que certaines caractéristiques (e.g. répartition des âges, du genre et des lieux de scolarisation) de l'échantillon soient similaires à celles de la population étudiée, en l'occurrence les jeunes calédoniens scolarisés au collège et lycée. Les variations qui pourront émerger de cette comparaison feront l'objet d'un redressement afin d'améliorer la représentativité de l'échantillon. Cette représentativité permet de pouvoir étendre les conclusions tirées des réponses du seul échantillon à la population générale des jeunes calédoniens.

Par la suite, les données nous permettront d'estimer des prévalences sur les comportements ou attitudes au sein de la population étudiée. Ces indicateurs de santé quantifiés seront de précieuses informations pour guider les programmes de prévention et de promotion de l'ASS-NC mais aussi de tous les acteurs de la santé, du social et du scolaire.

En effet, des analyses plus détaillées, telles que des analyses multivariées ou dimensionnelles, pourront permettre de détecter et de comprendre la relation existante entre certains déterminants de santé et certains comportements de santé ou attitudes. Par exemple, les résultats pourraient amener à identifier précisément certains groupes de jeunes à risque. Les analyses pourront également permettre de comprendre la dynamique existante entre les indicateurs calculés en identifiant par exemple une cooccurrence fréquente de certains comportements ou attitudes.

Ces analyses seront guidées par des réflexions avec les partenaires du social, du sanitaire et du scolaire dans le but de générer des questions de travail et des plans d'analyse précis auxquels les analyses devront répondre. Il s'agira donc de déterminer quelles variables il est pertinent de mettre en relation en fonction des connaissances professionnelles de chacun des acteurs.

A l'issue de ce travail d'analyse, des rapports seront émis pour répondre à ces questions, proposer des recommandations telles que des axes de communications ou bien encore la nécessité d'études complémentaires pour approfondir des phénomènes mis en évidence par le Baromètre Jeunes.

#### Communication des résultats

Dès leur validation, les résultats seront transmis sous la forme d'un rapport à l'ensemble des partenaires de la santé et du scolaire qui ont largement contribué à la mise en place de cette enquête.



