

AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE  
DE LA NOUVELLE-CALEDONIE

---

**LES ACTIONS  
DE PROMOTION DE LA SANTE**

- ANNEE 2017 -

Tél: 25.07.60  
16 rue Gallieni, Centre-ville  
BP P4 – 98851 Nouméa cedex  
[ass.nc@ass.nc](mailto:ass.nc@ass.nc)



# Sommaire

Programme de prévention et de soins en addictologie .....	3
Programme « Mes Dents Ma Santé » .....	10
Programme de dépistage organisé du cancer du sein .....	24
Programme de lutte contre le cancer du col de l'utérus .....	29
Le Centre d'Education .....	34
Programme Diabète .....	38
Programme « Mange Mieux Bouge Plus » .....	43
Programme de contrôle du rhumatisme articulaire aigu (RAA) et de la cardiopathie rhumatismale chronique (CRC).....	71
Programme de prévention des IST VIH SIDA.....	94
Baromètres santé et autres études.....	106

# Programme de prévention et de soins en addictologie

L'ensemble des missions du programme de prévention et de soins en addictologie (PPSA) se décline autour de l'objectif général de réduction des conséquences sanitaires et sociales des comportements addictifs.

La délibération n°162 du 9 janvier 2006 relative au financement du programme addictologie stipule dans son article 2 que « le programme addictologie de NC est décomposé en deux types d'actions :

- les actions de prévention,
- les actions de soins. »

Ce programme s'est construit, par référence aux dispositions nationales tant sur le plan des fondements théoriques que sur l'aspect organisationnel des services qui le composent.

Il s'appuie sur la rédaction de l'article L.3411-6 du code de la santé publique et assure des missions :

- de prévention individuelle et collective,
- d'accompagnement médico-psycho-social,
- de réduction des risques et des dommages,
- de soin.

La partie relative aux soins du programme est gérée directement depuis mi 2017 par le directeur de l'ASS-NC et la responsable administrative et financière par intérim dans le cadre d'un projet de transfert de cette activité.

## 1 – La prévention

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

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

### 1.1 – Le public scolaire

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

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

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

Ces actions sont réalisées en Province Sud à la demande des établissements scolaires, elles se déroulent dans les classes de 4<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> au collège et en 1<sup>ère</sup> année de lycée. Elles prennent la forme de séance de 2 heures d'interventions interactives et peuvent durer deux fois 1 heure pour les classes de SEGPA et de CAP.

En 2017, le nombre de séances scolaires s'est légèrement accru passant de 350 en 2016 à 360 en 2017 dont 80 effectuées par l'AVSD.

En termes d'effectifs scolaires sur l'ensemble de la NC, c'est environ 8 000 jeunes qui ont ainsi bénéficié de ces séances de prévention dont 1 500 dans le Nord, 600 dans les Iles et plus de 7 000 en Province Sud.

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

En Province Nord, avec l'appui de l'intervenant relai en prévention du PPSA, un projet global relatif au tabac a été réalisé, il s'est traduit par des sensibilisations dans le cadre de soirées débat et par un concours de dessins sur les méfaits du tabac. Le dessin gagnant a été imprimé sur des tee-shirts. Ce projet a permis de sensibiliser environ 70 élèves.

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

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

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

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

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

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

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

En 2017, 8 entreprises ont sollicité le service et 5 d'entre elles ont pu bénéficier de séances de sensibilisation.

Au cours de l'année 30 séances se sont tenues permettant d'atteindre environ 500 personnes.

Il s'agit principalement de grosses entreprises de travaux publics, de transport et de manutention.

Par ailleurs des référents alcool au sein de l'entreprise ont pu être identifiés et formés à la suite de séances organisées en 2016.

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

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

En 2017 il y a eu 60 séances réalisées envers ces publics qui ont concernées environ de 750 personnes. Ces interventions sont parfois cadrées par une convention comme avec le service de la vie des quartiers de la ville de Nouméa ou s'insèrent au sein d'un protocole comme c'est le cas avec le RSMA.

Elles font toutes l'objet d'une préparation basée sur les besoins exprimés et sont suivies d'un débriefing qui peut prendre la forme d'une évaluation.

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

En Province Nord, 4 communes ont organisé des actions de prévention globales au cours desquelles l'agent relai du PPSA s'est impliqué pour sensibiliser un public varié à la question des addictions. Ces actions permettent de renforcer les compétences des parents sur ce sujet très sensible pour eux.

A Koumac sur la thématique du bien être l'atelier addictologie qui s'est déroulé sur une journée a touché une centaine de personnes (adultes comme jeunes).

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

En 2017 de nombreuses séances de « formation » de personnels en lien avec des publics sensibles ont été organisées. Elles concernent surtout les travailleurs sociaux, et les personnels éducatifs et paramédicaux.

- 80 personnes ont pu bénéficier de ces séances.
- Plus de 30 demi-journées sur le terrain représentant avec le transport et la préparation plus de 230 h.

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

En 2017, la journée mondiale sans tabac initiée par l'OMS a été relayée en Calédonie par une campagne radio télévisée portant sur le prix du tabac.

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

## **2 - DECLIC**

Ce dispositif issu des consultations jeunes consommateurs présents dans chaque département français a pour objectif de recevoir le public jeune et son entourage.

Les échanges proposés sous forme de consultations permettent de faire un bilan des différentes consommations ou des comportements addictifs avant qu'ils ne posent des problèmes trop importants.

Cette intervention précoce fait partie de l'arsenal indispensable en termes de politiques publiques sur les addictions. Il est en effet beaucoup plus aisé et efficace de revoir une trajectoire lorsque celle-ci n'a pas encore marquée l'ensemble de la vie d'un individu.

Au cours de l'année 2017 la gestion directe des personnels de DECLIC est passée des mains de la cadre de santé à celles de la responsable administrative et financières par intérim, le responsable du programme ayant été placé provisoirement sur une mission auprès de Do Kamo.

Une évaluation de DECLIC a été effectuée en 2017 et ses préconisations visent à renforcer ce dispositif qui n'est pas remis en cause dans ses fondements. L'insistance portée sur la nécessité d'améliorer les partenariats et sur certains points d'organisation et de procédures s'est traduite par un début de mise en œuvre qui se poursuivra en 2018.

## 2.1 – L’activité de consultation

L’activité principale de DECLIC en 2017 se caractérise par une stabilisation à environ 800 du nombre des jeunes reçus en consultation.

En revanche le nombre de consultations a légèrement baissé passant de 1 300 en 2016 à 1 200 en 2017.

Cette inflexion trouve une grande partie de son explication par la baisse des rendez-vous honorés alors que le nombre de rendez-vous prévus reste élevé à plus de 2 200.

L’âge moyen des jeunes reçus passe de 18 à 19 ans et la proportion par sexe demeure identique avec 36% de filles pour 64 % de garçons.

Le cannabis reste le produit principal à l’origine de la consultation : près de 58% alors que 25% des jeunes sont orientés pour une consommation d’alcool et 11% pour du tabac.

Les consultations hors Nouméa connaissent une activité globalement en hausse liée à la forte augmentation des demandes émanant du RSMA.

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

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

Le tableau ci-dessous synthétise l’activité en termes de personnes orientées et reçues et de rendez-vous pris et honorés.

	Total hors Nouméa		Nouméa		Total complet	
Personnes orientées	449		550		999	
Personnes reçues	330	73%	453	82%	783	78% des personnes orientées ont été reçues
Nombre de RDV prévus	768		1 496		2 264	
Nombre de RDV honorés	477	62%	729	49%	1 206	53% des RDV prévus ont été honorés

## 2.2 – Les autres activités

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

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

Pour 2018, il apparaît indispensable de redynamiser le partenariat notamment avec le secteur scolaire.

Un protocole concernant les addictions et les orientations vers DECLIC en milieu scolaire a été mis en place en 2017 afin notamment d'harmoniser les pratiques. Comme tout changement, il a pu produire quelques effets indésirables qui seront analysés et si possible corrigés lors des travaux prévus en 2018 avec le Vice-Rectorat. Un travail de sectorisation des référents DECLIC par établissements a été engagé et devrait permettre de faciliter les procédures d'orientation.

### 3 – Le DRAA

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

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

Pour 2017, c'est environ 530 personnes qui ont été vues par l'équipe.

- 286 personnes rencontrées lors de collectifs et de regroupements.
- 157 personnes accompagnées dont 95 nouvelles orientations.
- La plus grande majorité ont été vus en entretien plus de 3 fois.
- Une majorité de garçon à hauteur de 60% avec une prépondérance de jeunes de 18 à 25 ans.

Le motif largement prédominant des orientations demeure l'usage nocif du cannabis et le profil type des personnes suivies atteste d'une consommation quotidienne de 2 à 6 joints.

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

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

## 4 – Le Centre de Soins

### 4.1 - Le Centre de soins a pour mission :

- L'accueil des patients relevant de soins en addictologie sur place, hors les murs et notamment au Centre Pénitentiaire.
- Une activité de liaison hospitalière.

Les consultations addictologiques visent à :

- accueillir toute personne en difficulté directement ou indirectement avec l'alcool, le cannabis, le tabac ou toute autre substance psychoactive ou présentant une addiction sans produit (jeu, sexe, achat compulsif...),
- évaluer la consommation et ses conséquences sanitaires et sociales, familiales, professionnelles et judiciaires,
- aider au changement de comportement,
- favoriser la réduction des risques,

- préparer et suivre les sevrages,
- accompagner le consommateur et son entourage.

Afin de prendre en charge, sur le plan addictologique, les patients hospitalisés au CHT, une liaison hospitalière (ELSA) a été mise en place. Elle a pour mission de :

- répondre à toute demande des services hospitaliers,
- informer les patients, leur donner des repères de consommation,
- évaluer leur consommation et leur éventuelle dépendance,
- les accompagner au changement
- proposer un suivi au centre de soins
- les aider à envisager un éventuel sevrage si nécessaire, et un accompagnement spécialisé
- assurer la liaison avec les autres structures de soins intra, inter ou extra hospitalières (coordination du partenariat intra et extra hospitalier)
- sensibilisation et formation des équipes soignantes.

#### 4.2 - Les soins proposés au Centre de soins peuvent se décliner ainsi :

- **Les consultations** sous forme d'entretiens individuels constituent la majorité de l'activité du CSA.  
La prise en charge s'organise en suivi conjoint médecin/infirmier auxquels s'adjoignent 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.
- **Les séances d'auriculothérapie selon le protocole NADA** sont prescrites par les médecins et effectuées par deux infirmières de l'équipe formés à cette technique.  
Les séances de groupe NADA sont privilégiées. Cependant, les séances individuelles sont proposées pour les premiers RDV, et pour certaines personnes désirant être seules ou ne pouvant se libérer aux horaires des séances de groupe.  
Les patients sont globalement très satisfaits de recevoir ce soin non verbal, qui les aide à faire face aux syndromes de manque, participe à leur équilibre émotionnel et les maintient dans un processus de soins le temps de retrouver leur autonomie.  
La pose d'aimants s'est bien développée, utilisée pour renforcer le traitement acupunctural.
- **Hypnose et relation d'aide :**  
La psychologue du CSA formée aussi à cette technique, l'utilise dans le cadre des psychothérapies qu'elle conduit.
- **Atelier de prévention de la rechute** : destinée aux patients abstinents ou dans la gestion des consommations, cette activité groupale a pour objectif de prévenir les situations à risque de rechute (relationnelles, environnementales...) en aidant le patient à contrôler ses envies de consommation, à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle et à corriger un déséquilibre de style de vie.
- **Groupe de parole au Centre pénitentiaire** : animé par un médecin et une infirmière tous les 15 jours. 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).



### 4.3 – Le bilan d’activité au centre de soins est comme suit :

En 2017, le **centre de soins** a accueilli 1 711 patients dont 74 % d’hommes et 24 % de femmes pour une moyenne d’âge de 37 ans.

L’alcool est à l’origine de la demande dans 52 % des cas, le tabac dans 30 % et le cannabis dans 15 % des cas. Il s’agit souvent de poly-consommations associant presque toujours le tabac et/ou le cannabis. L’origine des demandes était dans 27 % des cas une démarche personnelle, 45% dans le cadre d’une mesure de justice dont 5 % en milieu carcéral, et 20 % par le secteur médical, hospitalier ou libéral.

En 2017, 76 patients ont été vus en liaison hospitalière contre 174 en 2016 : cette baisse notable d’activité a été induite par le déménagement du Médipôle et a perduré sur tout le 1er semestre correspondant à la reprise progressive des activités hospitalières.

Dans la majorité des cas, le tabac et l’alcool sont à l’origine de la demande, suivis ensuite du cannabis.

Infirmiers et médecin ont participé à des **activités extérieures au Centre de soins** :

- présentation du centre de soins à un groupe de stagiaires des ateliers thérapeutiques du CHS, encadrés par l’AVSD,
- participation aux ateliers tabac organisés par le Centre d’éducation,
- formation au RPIB avec le Vice-Rectorat,
- sensibilisation des infirmiers des CMS de la province nord en lien avec le service de prévention.

Par rapport à 2015, l’activité de DECLIC et du centre de soin en termes de file active<sup>1</sup> a évolué ainsi :

<b>DECLIC</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nombre de personnes reçues	770	784	783
Nombre de consultations	1 156	1 356	1 206

<b>CSA</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nombre de personnes reçues	1 767	1 725	1 711
Nombre de consultations	6 159	7 113	5 674

<b>TOTAL</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Nombre de personnes reçues	2 537	2 509	2 494
Nombre de consultations	7 315	8 469	6 880

## Conclusion

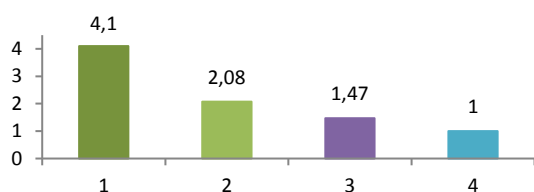
Une année 2017 chargée en termes d’activité pour le programme de prévention et de soins en addictologie avant une année 2018 qui mettra en œuvre la décision du conseil d’administration de transférer le centre de soins en addictologie de l’ASS-NC au CHS.

# Programme « Mes Dents Ma Santé »

## Introduction

En NC, bien que le nombre moyen de dents atteintes par la maladie carieuse à 12 ans ait largement diminué ces vingt dernières années, il reste deux fois plus élevé que ce que préconise l'OMS (cf graphique ci-après). De même, à 6 ans et 9 ans la maladie carieuse est deux fois plus fréquente qu'en France métropolitaine avec un nombre moyen de dents atteintes par enfant également plus élevé (cf enquête santé orale NC 2012).

Graphique1 : Nombre moyen de dents cariées, obturées ou absentes (indice C3AOD) à 12 ans en NC, en métropole et recommandé par l'OMS.



1. Bourgeois D et al. Comm Dent Health. 1996
2. Pichot H et al. Plos One. 2014
3. Bourgeois D. UFSBD. 2006
4. Petersen PE. Comm Dent Oral Epidemio. 2009

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

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

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

## 1 - Activité du programme en 2017

### 1.1 - Coordination

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

- Un suivi continu des 27 actions du programme, par des échanges réguliers avec les pilotes et les partenaires des actions du programme et la mise à jour d'un plan d'action global du programme.
- L'animation de 3 comités de pilotage annuels qui rassemblent les pilotes des actions du programme.
- L'animation de groupes de travail thématiques (en 2017 : 1 réunion du groupe « brossage des dents à l'école », 1 réunion en province Nord du groupe « scellement des sillons dentaires »,

- 3 réunions du groupe « éducation sanitaire chez la femme enceinte », 2 réunions et 1 séminaire d'une semaine pour le groupe « recours aux soins dentaires »).
- La rédaction de communiqués de presse diffusés à tous les médias (presse écrite, tv, radio) et d'articles et la participation à des reportages/émissions afin de sensibiliser la population à la santé buccodentaire (en 2017 : 1 communiqué, 5 articles et 2 interviews radios).
  - La mise à jour des informations disponibles sur le site internet de l'ASS-NC.
  - La réalisation d'évaluations qualitatives ou quantitatives (en 2017 : évaluation de la rétention des résines de scellement : rédaction du protocole, formation de 5 investigateurs, 30 jours d'investigation sur le terrain, saisie des données et analyse des résultats ; évaluation qualitative du recours aux soins dentaires : analyse des résultats, présentation aux partenaires et rédaction d'une note de synthèse).
  - La formation des dentistes qui participent à la campagne de scellement des sillons dentaires (en 2017 : 5 nouveaux dentistes, au total).
  - Le pilotage de plusieurs actions du programme (en 2017 : « entretien dentaire préventif chez la femme enceinte » et « information des professionnels de santé »).
  - Le suivi des objectifs fixés dans la convention de recherche liant l'ASS-NC et l'université d'Auvergne.
  - La supervision de l'activité du chef de projets (2 réunions mensuelles et 1 validation mensuelle des plans d'actions du chef de projets).
  - La supervision de l'activité de l'assistante dentaire (2 réunions mensuelles).
  - Le suivi du tableau budgétaire du programme (1 mise à jour hebdomadaire).

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

- Un suivi continu des actions qu'il pilote, par des échanges réguliers avec les partenaires et les prestataires des actions du programme et la mise à jour de plans d'actions (en 2017 : pilotage de la campagne de communication grand public « mémé sourire » et de la campagne de scellement des sillons dentaires).
- L'animation de groupes de travail thématiques (en 2017 : 6 réunions pour le groupe « campagne de communication » et 4 réunions pour le groupe « scellement des sillons dentaires »).
- La gestion de l'activité dans la caravane de prévention dentaire (établissement et transmission du planning d'intervention dans les écoles et des conventions avec les prestataires, gestion du matériel médical, de l'entretien et des travaux, collection et regroupement des données médicales, rédaction du bilan de l'action).

## 1.2 - Evaluation

L'évaluation du programme repose d'une part sur une évaluation continue de ses actions, réalisée soit par les pilotes d'action, soit par des prestataires externes. D'autre part, une évaluation globale du programme est prévue en 2019.

### ➔ Perspectives 2018

Rédaction du cahier des charges de cette évaluation sous la supervision du centre de recherche clinique en odontologie conservatrice (Equipe d'Accueil 4847) de l'université Clermont Auvergne.

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

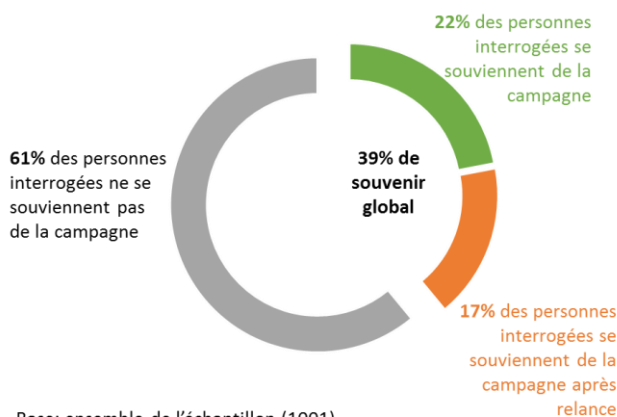
#### Communication grand public : La campagne « bross' à danse » de mémé sourire

Suite à la première campagne de communication grand public développée en 2016 sur le thème des produits sucrés, une campagne a été développée cette année sur le thème du brossage des dents supervisé par les parents. Cette campagne a été diffusée du 2 au 15 Octobre 2017 à la télévision (NC1ère, Calédonia), dans les cinémas (Nouméa, La Foa, Bourail), à la radio (RNC, Djiido, RRB, NRJ), dans la presse écrite (LNC, Télé NC, Coco TV, Santé NC, Tara'a'pitu) et sur internet (campagne publicitaire sur les sites les plus visités et sur Youtube).

L'évaluation de la campagne a été réalisée par la société I-scope, entre le 30 octobre et le 9 novembre, par téléphone auprès de 1 001 personnes de plus de 15 ans résidant en NC, soit 15 jours après la période de diffusion.

#### a) Deux personnes sur cinq se souviennent de la campagne

Le taux de souvenir global est deux fois plus élevé que celui de la campagne 2016 (18 % des personnes se souvenaient de la campagne). Ceci peut être lié à la période d'évaluation plus courte en 2017 (15 jours après la diffusion) qu'en 2016 (2 mois après la diffusion). Par ailleurs, la diffusion de cette campagne sur internet contrairement à celle de 2016 peut aussi expliquer la meilleure atteinte de la cible.



Le taux de souvenir global est meilleur chez les parents d'enfants mineurs (cible de la campagne) : 46% des parents se souviennent de la campagne.

b) Le média le plus cité par les personnes ayant vu la campagne reste la télévision (74%) devant la radio (28%), internet (6%), le cinéma (4%) et les autres médias. Les personnes de moins de 50 ans (correspondant à la cible) citent plus souvent le média internet et la radio.

c) Le rôle des parents dans l'accompagnement des enfants pour le brossage des dents est mieux restitué par les personnes ayant des enfants mineurs et par les personnes d'origine Européenne non nées en NC.

d) 89% des personnes qui ont vu la campagne l'ont appréciée et 85% des parents se sont sentis concernés par le message. Le personnage de mémé sourire, la chanson, la musique, l'humour, le dessin animé, le message clair et simple, destiné aux enfants, éducatif, ludique et utile sont cités comme des éléments positifs de cette campagne.



## Bilan de la campagne mémé sourire 2017 « la brosse à danse »

### Forces

- Les parents sont sensibles à cette campagne.
- Les enseignants l'ont utilisée comme outil pédagogique.
- La vidéo de mémé sourire a été vue plus de 9800 fois sur youtube (au 31/01/18) dont 3800 fois grâce aux clics de la publicité internet (adwords display).

### Améliorations possibles

- Avec la répétition des messages dans le temps le taux de souvenir global pourrait s'améliorer.
- Les personnes Océaniques pourraient être sensibilisées par d'autres vecteurs à l'importance des parents dans la supervision du brossage des dents de leurs enfants.

### ➔ Perspectives 2018

- Rediffusion des campagnes 2016 et 2017 à la télévision, à la radio, sur internet et dans les cinémas.
- Création de supports éducatifs dérivés de ces deux campagnes pour le milieu scolaire.



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

L'éducation pour la santé est intégrée au Projet Educatif de la NC, dont le cadre général a été adopté par le Congrès de NC le 15 Janvier 2016. Article 12-3 : « *L'École de la Nouvelle-Calédonie participe tout au long de la scolarité de l'enfant à l'éducation à la santé et au développement durable. Elle favorise également l'appropriation, par les élèves, d'une culture scientifique qui leur permet de mieux appréhender la complexité du monde. Elle vise ainsi au développement des compétences individuelles et collectives pour permettre à chaque enfant de s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables pour lui-même, comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement* ».

### 1.4.1 - Formations des enseignants à l'éducation pour la santé

#### a) Formation initiale

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

- IFMNC et ENEP : 12h de cours magistraux et 16h de travaux dirigés pour les étudiants de 3ème année.
- ESPE : 10h de cours magistraux.

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

La formation continue des enseignants du primaire est dispensée par le DENC et par les directions de l'enseignement des provinces (DEFIJ, DEPIL, DES). En 2017 peu de stages ont traité de cette thématique :

- 1 stage comprenant des notions sur l'éducation à la santé a été animé à Nouméa.
- 2 journées dans le cadre du stage « citoyenneté » ont été animées à Nouméa et à Koumac.

De plus, le 14/09/2017, à l'occasion de la venue du Pr Didier Jourdan, les conseillers pédagogiques et les inspecteurs d'académie de la DENC ont été sensibilisés à la promotion de la santé à l'école lors d'une journée co-animée par la DENC et l'ASS-NC. Le Pr Jourdan a également donné une conférence à l'UNC le 15/9/2017 sur la thématique « santé et éducations ? ».

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

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

##### a) En province Sud :

56% de l'effectif scolaire primaire (privé + public) a été couvert : soit 499 interventions réalisées à la demande des écoles auprès de 12355 élèves de la maternelle au CM2 par les 5 éducatrices sanitaires de la DPASS Sud.

##### b) En province Nord :

44% de l'effectif scolaire primaire (privé + public) a été couvert : soit 143 interventions auprès de 2 455 élèves de maternelle (petite et moyenne section et parfois grande section) et de CE1 réalisées par les 7 éducateurs sanitaires et/ou les auxiliaires de vie et de santé de la DASSPS Nord.

##### c) En province Iles :

20% de l'effectif scolaire primaire (privé + public) a été couvert :

- 22 interventions auprès de 297 élèves de la maternelle au CM2 à Maré réalisées par l'UFSBDNC.
- 7 interventions auprès de 95 élèves de moyenne et grande section de maternelle à Ouvéa réalisées par l'infirmière de prévention.
- 5 interventions auprès de 49 élèves du secteur de Mou réalisées par la dentiste et l'assistante dentaire.

#### Bilan des actions d'éducation pour la santé orale en milieu scolaire

##### Forces

- Depuis plusieurs années les interventions éducatives sur la santé orale se sont développées dans chaque province avec de nombreux outils développés (pièces de théâtre, marionnettes, contes, affiches).

##### Améliorations possibles

- Une harmonisation des pratiques est souhaitable (modalités d'animation et moyens humains) afin de garantir l'équité des élèves du territoire.



Pièce de théâtre « dans tes dents » de la compagnie Les Kidams

## ➔ Perspectives 2018

Réalisation d'une mallette pédagogique avec des outils concrets pour les enseignants dans le cadre du Projet éducatif de la NC (PENC).

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

#### a) Projet « croque la vie » au collège de Hienghène

Ce projet, mis en place par la DASSPS Nord vise à améliorer l'état dentaire des collégiens de Hienghène par :

- La mise en place du brossage des dents après le repas de midi pour tous les collégiens et le soir pour les élèves de l'internat.
- La mise en place d'un dépistage dentaire systématique dès l'entrée en 6ème et la réalisation des soins dentaires au dispensaire, avec accord des parents, durant le temps scolaire.

Principaux résultats après deux années de mise en œuvre :

- 100% des élèves de 6ème ont été dépistés en 2016 et en 2017 (soit 71 élèves).
- Les élèves dépistés en 2017 avaient moins de dents cariées en moyenne que ceux de 2016.
- 100% des élèves ont bénéficié de soins dentaires avec l'accord de leurs parents.
- Tous les éducateurs et l'IDE de l'internat ont été formés pour encadrer le brossage.
- L'organisation du brossage des dents au collège est efficiente.

#### b) Projet du collège de Yaté

Ce projet a été mis en place par l'infirmière scolaire, avec le soutien de l'UFSBDNC et de la DPASS Sud et dans le cadre d'un travail collaboratif avec les professeurs de SVT, d'art plastique et de mathématiques. Ce projet visait à sensibiliser les collégiens à l'hygiène buccodentaire.

Résultats du projet :

- 100% des élèves du collège ont répondu à un questionnaire réalisé par les élèves de 4ème.
- Les résultats de ce sondage ont été présentés aux collégiens sous la forme d'un reportage vidéo.
- Tous les élèves de 6ème ont participé à un concours afin de réaliser une affiche illustrant la bonne santé dentaire.

- L'affiche gagnante (photo ci-dessous) sera distribuée aux établissements scolaires du secondaire.



Affiche réalisée par les élèves de 6<sup>ème</sup> du collège de Yaté

#### c) Projet des collèges de Maré

Ce projet a été mis en place par l'infirmier scolaire dans le cadre du comité d'éducation à la santé et la citoyenneté, avec le soutien de l'UFSBDNC et de l'ASS-NC.

Résultats du projet :

- Les élèves de 6<sup>ème</sup> ont tous bénéficié d'une intervention éducative et d'un dépistage buccodentaire réalisés par un dentiste prestataire de l'ASS-NC.
- Le brossage des dents a ensuite été mis en place pour les collégiens, avec l'aide de l'UFSBDNC.

#### d) Projet des écoles St Joseph de Cluny Conception et de Saint-Louis

Ce projet pilote a été mis en place par la Mutuelle du Commerce et le syndicat des chirurgiens-dentistes de NC avec pour objectif d'améliorer l'état buccodentaire des élèves (périscolaire, maternelle et primaire) sur une période de 2 ans (années scolaires 2016 et 2017) c'est-à-dire :

- Réduire d'au moins 30% le nombre d'élèves présentant des besoins en soins dentaires pour des lésions carieuses à l'issue des deux années du projet.
- Réduire d'au moins 80% le nombre d'élèves présentant de la plaque dentaire le matin en arrivant à l'école à l'issue des deux années du projet.

Résultats du projet :

- Chaque trimestre, tous les élèves ont bénéficié d'un examen dentaire réalisé par un dentiste.
- Toutes les familles ont été informées des besoins en soins dentaires de leur enfant (carnet de santé dentaire).
- Tous les dentistes libéraux de la commune du Mont-Dore reçoivent les élèves, sans avance de frais, pour réaliser les soins dentaires. Ils sont rémunérés directement par les mutuelles (commerce, nickel et fonctionnaires) et la CAFAT.
- Au sein de l'école, des ateliers d'éducation à la santé sont mis en place et le brossage des dents quotidien et supervisé est instauré (distribution trimestrielle de matériel de brossage).



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

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

En 2017, d'après les données disponibles, 65 % des écoles de la Province Sud, 100 % des écoles de la Province Nord et 50 % des écoles de la Province des Iles Loyauté ont bénéficié de matériel et/ou d'interventions éducatives pour pouvoir instaurer le brossage des dents supervisé à l'école.



**Se brosser les dents,  
c'est facile et  
c'est rigolo !**



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

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

#### Bilan de la mise en œuvre du brossage dans les écoles primaires de NC

##### Forces

- Depuis 2014 le brossage des dents s'est largement développé dans les écoles de NC, notamment en province Sud et Iles.
- Grace au rapprochement des porteurs de projet via l'ASS-NC, des économies ont pu être réalisées pour l'achat du matériel.

##### Améliorations possibles

- La supervision des enfants pendant le brossage doit être systématique afin de garantir la qualité du brossage et d'éviter la contamination bactérienne par échange de brosse à dents entre les enfants.

#### ➔ Perspectives 2018

- Rédaction d'un protocole d'action commun pour la mise en œuvre du brossage des dents quotidien et supervisé dans les écoles de NC.
- Lancement d'un jeu concours vidéo dans les écoles primaires de NC afin de réaliser une vidéo courte (45s à 3mn) illustrant les principes du brossage des dents à l'école.

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

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

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

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

En 2017, deux bulletins ont été diffusés, ils sont consultables sur le site de l'ASS-NC :

- Quid du programme « Mes Dents Ma Santé »
- Pour ou contre les édulcorants alimentaires ?

#### Bilan des bulletins d'actualités en santé orale

##### Forces

- Le syndicat des pharmaciens a rejoint le dispositif.
- Le groupe de relecteurs, composé d'une dizaine de professionnels de santé, est actif ce qui permet l'amélioration des bulletins avant diffusion.

##### Améliorations possibles

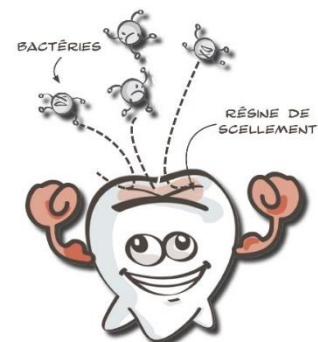
- La diffusion des bulletins aux médecins n'a pas été possible jusqu'alors, une diffusion directement par l'ASS-NC est envisagée.

#### ➡ Perspectives 2018

- Evaluation du dispositif : couverture de diffusion pour la cible des professionnels de santé et satisfaction des professionnels.
- Rédaction de 2 nouveaux bulletins : santé buccodentaire et diabète et recours aux soins dentaires en NC (à partir d'une étude finalisée en 2017).

### 1.5.2 - Dispositif de scellement prophylactique des sillons sur les premières molaires permanentes

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



En NC, le dispositif 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.

L'ASS-NC intervient dans ce projet avec :

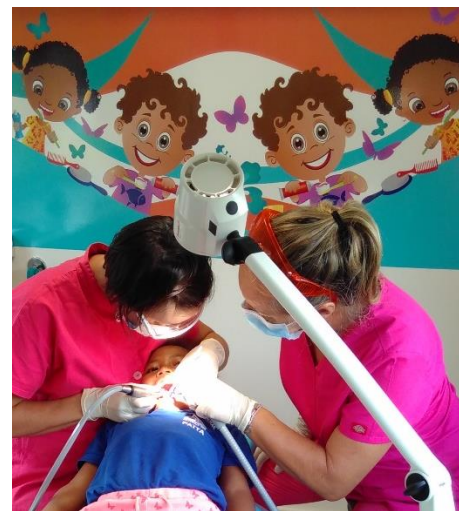
- un cabinet dentaire mobile (cf photo ci-dessous) et une équipe (dentiste + assistante dentaire) qui se rend dans les écoles primaires sur tout le territoire
- des dentistes prestataires dans des cabinets provinciaux ou libéraux, dans les communes où la caravane ne rend pas et dans le cas où le poste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

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

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



La caravane dentaire dans une école



Les soins de prévention dans la caravane

### Bilan de la campagne 2017 de scellement prophylactique des sillons dentaires pour les élèves de CP

#### Forces

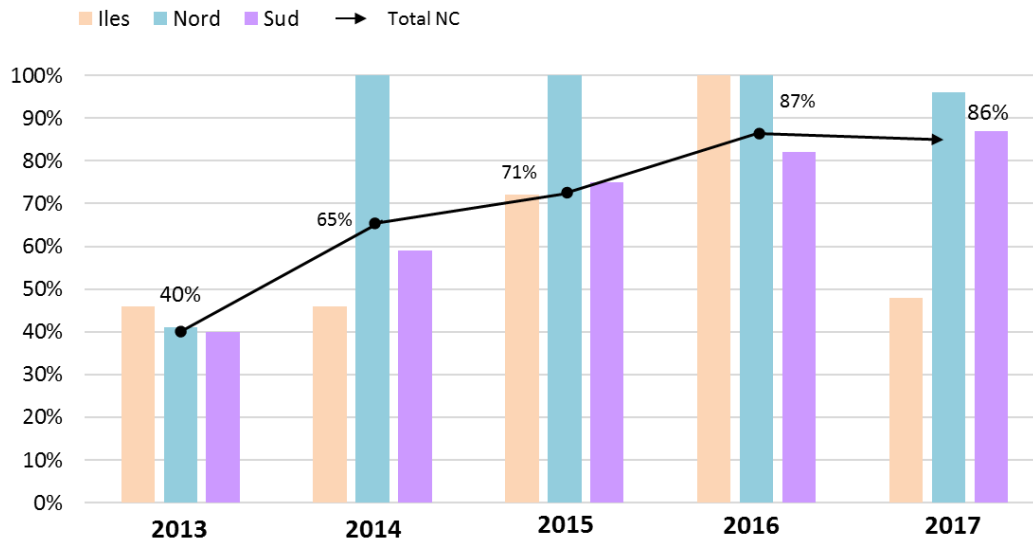
- 86% des élèves de CP sur l'ensemble du territoire (soit 3711 élèves) ont bénéficié d'un examen et/ou de soins préventifs
- 94% des parents sollicités autorisent l'examen dentaire et/ou les soins de leur enfant
- 81% des soins de prévention (scellements) qui ont été réalisés en 2016 étaient toujours en place un an après (ceci a été évalué sur un échantillon aléatoire de 445 enfants)

#### Améliorations possibles

- L'organisation du dispositif en province des îles pourrait évoluer afin de garantir une couverture maximale (en 2017 seuls 48% des élèves de CP en ont bénéficié)
- Des solutions sont à trouver en réponse aux difficultés de coordination récurrentes (transport d'enfants, données rendues tardivement, non réponse parentale)

On remarque cette année encore que la proportion d'enfants de CP sains (absence de caries dentaires) est en baisse (graphique 2). Pourtant il semble que peu d'enfants soient amenés chez un chirurgien-dentiste suite au dépistage.

Graphique 2 : Evolution du taux d'élèves de CP couverts par le dispositif de scellement prophylactique des sillons dentaires de 2013 à 2017 par province et en NC



### ➤ Perspectives 2018

- Maintenir le taux de couverture au minimum à 85% de l'effectif scolaire
- Emettre des recommandations pour le prochain programme « Mes Dents Ma Santé » à partir de l'évaluation du taux de rétention des scellements réalisée en 2017

### 1.5.3 - Enquête sur les freins et les leviers du recours aux soins dentaires en NC

Cette étude a été coordonnée par l'ASS-NC en collaboration avec la DASSPS Nord et le centre de recherche en odontologie clinique de l'université Clermont-Auvergne (équipe EA 4847). Elle visait à recenser les freins et les leviers du recours aux soins dentaires et à identifier les représentations de la santé buccodentaire, des maladies buccodentaires, de la prévention dentaire et des soins chez le dentiste dans la population de NC.

Cette enquête a été réalisée auprès de 26 familles dont les enfants avaient été dépistés pour un besoin de soins dentaires lors du passage de la caravane buccodentaire en 2014. Le protocole de cette enquête a reçu l'approbation du comité d'éthique de NC en avril 2015. Le bilan des résultats est disponible sur le site web de l'ASS-NC.

Principaux résultats :

- Pour la population rencontrée, la santé orale a une réelle existence, les personnes définissent la santé selon trois dimensions**
  - **Elle se voit** : « Pour mes enfants j'essaie d'être à la perfection par rapport à leurs dents, parce que après voilà, c'est pour leur beauté aussi, quand ils font un sourire, quand ils font le dragage aussi, parce que c'est essentiel, quand ils trouvent un patron aussi, il faut qu'ils ont un beau sourire. »

- **Elle se ressent** : « Comme les grands-mères on attend qu'on sent si on a pas mal c'est que tout va bien »
- **Elle se fait** : « Avoir les dents en bonne santé c'est ne pas avoir de caries, manger sainement et avoir un entretien régulier . »

**b) Le lien entre santé dentaire et santé générale est évident pour les personnes qui se sont exprimées**

Que ce soit par les nombreux risques identifiés en lien avec les pathologies dentaires, ou par la participation de la santé dentaire au bien-être général, notamment chez les enfants, la notion de transversalité est évidente pour les gens qui se sont exprimés.

**c) Deux groupes de personnes ont pu être identifiés dans leur attitude vis-à-vis du système de soins**

- D'une part, les personnes ayant une représentation préventive du système de santé, et qui perçoivent souvent leur état de santé orale comme bonne ou non altérée.
- D'autre part, les personnes avec une vision uniquement curative du système de soins et estimant qu'elles seules ont la compétence à juger de leur état de santé. Ces personnes perçoivent souvent leur état dentaire comme altéré (du fait d'une douleur ou d'un changement de couleur).

**d) Plusieurs freins ont été cités pour le recours aux soins dentaires**

- Certains freins sont propres aux personnes : la vision uniquement curative des soins, l'automédication, la peur des soins, la représentation négative du dentiste.
- D'autres freins sont propres aux systèmes de soins : le coût des soins (réel ou supposé, incluant le coût du transport), l'organisation des services publics (prise de rdv, horaires, délai de rdv...), la faible lisibilité de l'offre de soins (ne pas savoir où on a le droit de se faire soigner selon sa couverture médicale), l'absence d'astreintes dentaires en dehors des heures ouvrables, la faible densité des dentistes (comprenant les postes non pourvus), une expérience négative vécue chez le dentiste.

**e) Certaines difficultés touchent particulièrement les enfants**

Les parents ont cité particulièrement la peur des soins dentaires, l'organisation des structures de soins (pour les horaires) et les expériences négatives vécues par les enfants.

Conclusion : Le cumul des freins, qu'ils agissent au moment de percevoir que l'on a besoin de soins, de prendre la décision de se faire soigner, de recourir aux soins ou de les poursuivre, porte une atteinte à l'amélioration globale de la santé des individus.

**➔ Perspectives 2018**

Proposer des recommandations visant à faciliter le recours aux soins pour les usagers.

**1.5.4 - Entretien dentaire préventif pour la femme enceinte**

Lors de la grossesse, les femmes sont sujettes à des modifications physiologiques au niveau de la cavité buccale, qui favorisent les problèmes buccodentaires infectieux et inflammatoires. De plus, les vomissements, la consommation de soda ainsi que l'augmentation de la consommation de sucres pendant la grossesse favorisent les pathologies dentaires infectieuses. Ces pathologies peuvent en retour avoir des conséquences graves pour la santé du fœtus (hypotrophie fœtale, menace d'accouchement prématuré, pré éclampsie).

Sur le plan de la prévention, la grossesse constitue une période privilégiée pour donner à la mère tous les conseils nécessaires avant la naissance de son bébé. Entre Mai et décembre 2017 un projet pilote a été mené conjointement avec l'équipe médicale des dispensaires de Voh et de Poya afin de :

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

Principaux résultats du projet :

- Sur 17 femmes invitées à participer au projet, toutes ont accepté et toutes ont bénéficié d'un entretien éducatif avec la sage-femme
- Les femmes se souvenaient des informations sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire pendant et après la grossesse et étaient capables de les reformuler
- La plupart des femmes ont adapté leurs habitudes pendant la grossesse (ex : brosse moins dure pour éviter les saignements, brossage plus fréquent, surveillance des dents)
- A leur demande, toutes les femmes ont vu au moins une fois le dentiste pendant le projet
- Les besoins en soins dentaires étaient importants (8 à 10 dents à soigner par femme). Les soins ont été bien suivis pendant la grossesse par peur des répercussions sur le bébé
- Aucune femme n'a bénéficié d'un entretien avec la puéricultrice, les premiers entretiens devaient avoir lieu en janvier 2018, c'est-à-dire vers le 3ème mois des nourrissons
- Les informations sur l'alimentation ne sont pas ressorties dans les entretiens d'évaluation. On peut s'interroger sur les causes (manque d'intérêt, thématique moins abordée que l'hygiène par l'équipe).

#### Bilan du projet pilote d'éducation sanitaire chez la femme enceinte aux CMS de Voh et Poya

##### Forces

- Globalement le projet a été bien accepté par les femmes qui y ont participé. Cela leur a permis d'avoir accès à des informations nouvelles

##### Pistes d'amélioration

- Le projet était jugé chronophage par les soignants avec des difficultés d'insérer cette mission en plus des missions de soins et d'isoler les entretiens des rdvs de consultation au détriment du bénéfice éducatif
- La motivation aux soins s'arrête avec la grossesse pour certaines des femmes. Comment les motiver à la poursuite des soins ?

#### ➡ Perspectives 2018

L'ASS-NC se propose de renouveler ce projet et de l'étendre à de nouveaux CMS en apportant son soutien pour la coordination et l'évaluation des résultats.

Trois plaquettes informatives ont été créées dans le cadre de ce projet pilote (visuel ci-dessous).



## 2 - Conclusion

On notera que l'année 2017 a été l'occasion de renforcer les projets existants (ex : scellement des sillons dentaires, brossage des dents à l'école), de développer l'éducation sanitaire chez la femme enceinte avec le projet pilote de Voh-Poya et de finaliser l'étude sur le recours aux soins dentaires. Pourtant, alors que ce premier programme 2014-2018 entre dans sa dernière année de mise en œuvre, certaines actions n'ont pas pu être initiées (actions réglementaires, étude sur l'état de santé dentaire des personnes en situation de handicap). Au cours de l'année 2018, la plupart des actions seront reconduites, l'accent sera mis particulièrement sur le brossage des dents à l'école et les partenaires seront sollicités pour rédiger le cahier des charges de l'évaluation du programme afin qu'elle soit réalisée en 2019.

# Programme de dépistage organisé du cancer du sein

## Introduction

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

A la suite des demandes du congrès et du gouvernement, l'ASS-NC a lancé en août 2019 la première campagne de dépistage organisé du cancer du sein. Cette action consiste à inviter, tous les deux ans, l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser gratuitement une mammographie de dépistage.

L'objectif de ce programme est d'atteindre un taux de participation de 70 %. La prise en charge de ces actes est assurée par le fonds autonomes de compensation en santé publique via la délibération n° 425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein.

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

## Activité du programme 2017

### Coordination

La cellule de dépistage assure chaque jour un travail de coordination entre les acteurs du dépistage organisé. En 2017, afin de suivre l'évolution des outils de communication entamée en métropole, elle s'est donnée pour objectif principal de rénover, avec l'aide des partenaires du programme, les outils de communications à destination du grand public. La stratégie globale de communication a ainsi été revue et il a été décidé d'adopter la même démarche pour la campagne de dépistage du cancer du sein et celle du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces outils, finalisés en fin d'année 2017, seront présentés au public au premier semestre 2018.

En termes de développement du réseau de partenaire, la cellule de dépistage a été invitée à participer à une action de la province Sud. En effet, la mission à la condition féminine a souhaité relayer la campagne d'information sur le dépistage du cancer du sein communément appelée « octobre rose ». Ainsi, l'ASS-NC a participé à des réunions d'information et d'échange auprès de groupes de femmes dans les communes de Thio, Bourail, Vao et Yaté. Ce travail a fait l'objet d'une restitution le 15 novembre 2017 à l'auditorium de la province sud.



## Activité quotidienne du programme

Selon le recensement de 2014, 26 570 femmes sont éligibles au dépistage.

En 2017, la cellule de dépistage a envoyé 29 260 invitations à réaliser une mammographie de dépistage. 2 670 d'entre-elles ont été envoyées à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé.

La cellule de dépistage a également envoyé 13 616 courriers de résultat ou de suivi de mammographie, que ce soit auprès des femmes bénéficiaires du programme ou de leur médecin.

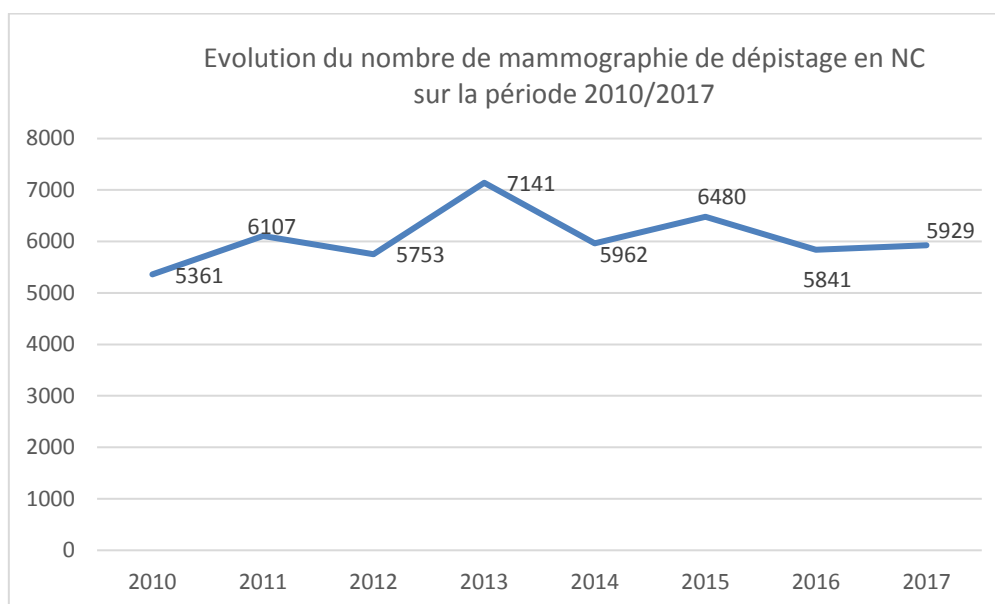
En moyenne 3 séances de deuxième interprétation des mammographies de dépistage ont été organisées chaque semaine

## Vacations en Province Nord

Au préalable du lancement de la campagne de dépistage, l'ASS-NC a acheté et mis à disposition du Centre Hospitalier du Nord (CHN) deux mammographes installés sur Koumac et Poindimié. À la suite de l'évolution des normes de qualité encadrant le dépistage, ces appareils ont dû être mis hors service en 2015. L'ASS-NC a alors renouvelé l'appareil de Koumac en investissant dans du matériel de dernière génération. Une solution mobile est à l'étude afin de palier à l'absence de mammographe sur la côte Est. Le CHN étant également dépourvu de radiologue, l'ASS-NC fait appel à un radiologue et un manipulateur en électroradiologie afin d'organiser des vacances exclusivement dédiées au dépistage. Le financement de ces vacances est assuré par l'ASS-NC.

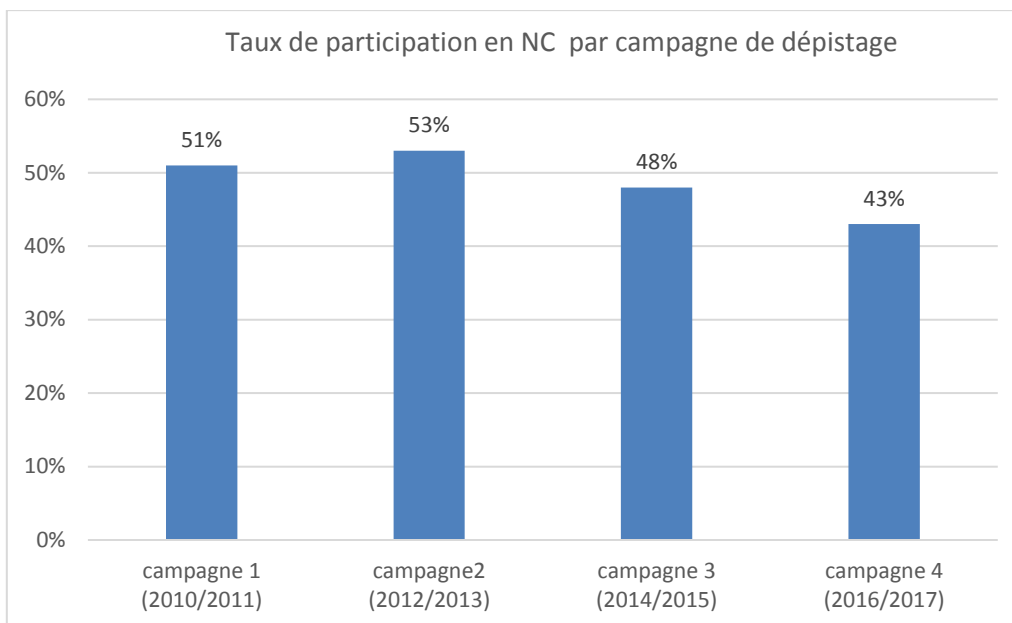
En 2017, 5 vacances (17 jours) ont pu être organisées contre 7 en 2016. Une vacation programmée début décembre a dû être reportée au début de l'année 2018. Durant ces vacances, 301 mammographies ont été réalisées pour une population cible estimée à 650 femmes.

## Evolution de l'activité et résultats

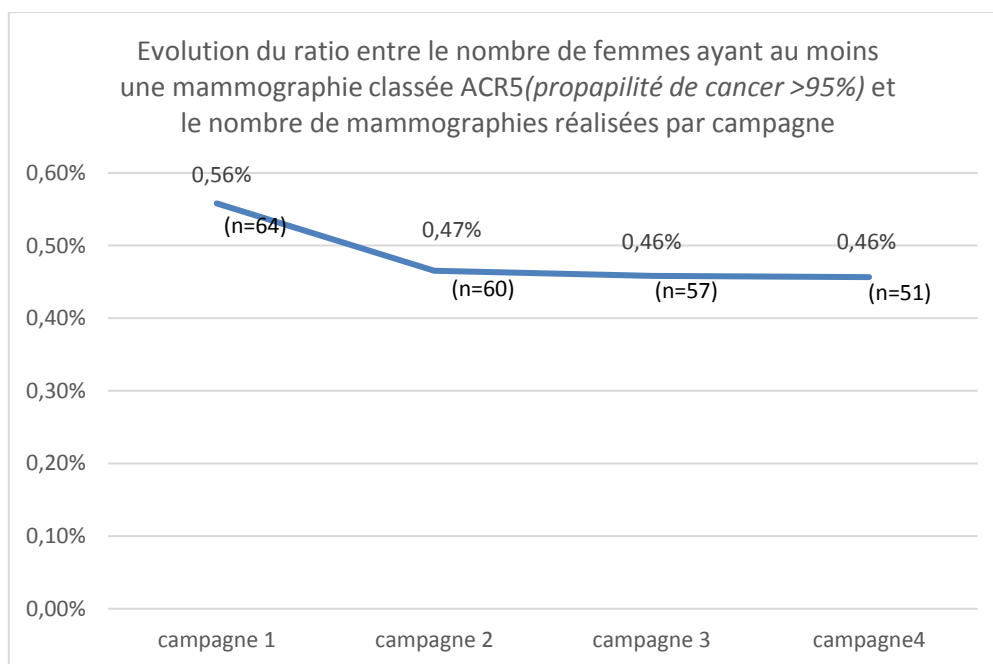


En moyenne, 6071 mammographies de dépistage sont réalisées chaque année dans le cadre du programme.

En 2017, 5929 mammographies ont été réalisées ce qui représente une augmentation non significative par rapport à l'année 2016.

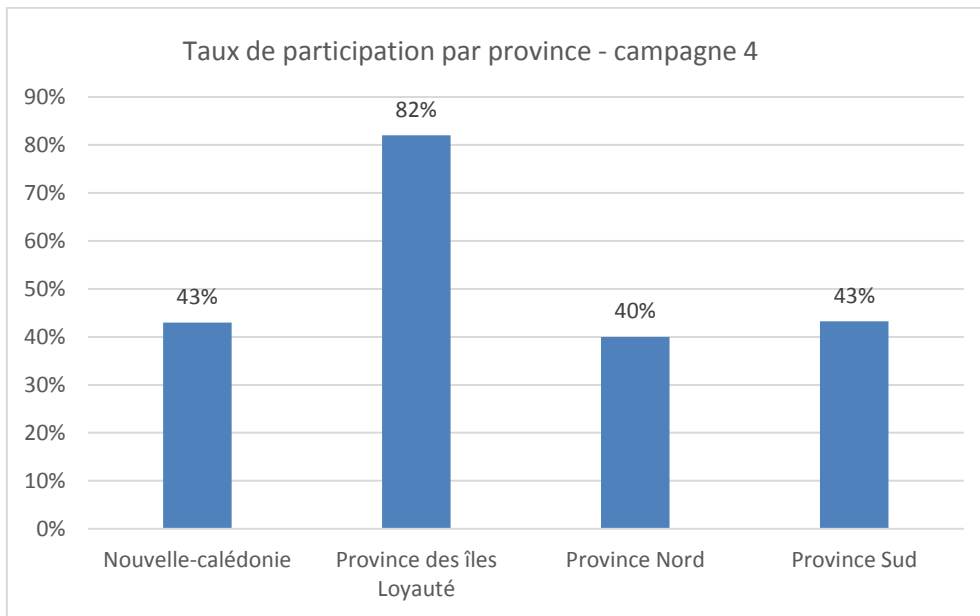


Les taux de participation ont été recalculés en prenant en compte l'évolution de la population cible. Le dernier recensement datant de 2014, une estimation de la population cible a été réalisée pour la campagne 2016/2019. Ces taux seront revus en fonction des données du prochain recensement. On note un ralentissement du taux de participation depuis la 2ème campagne.

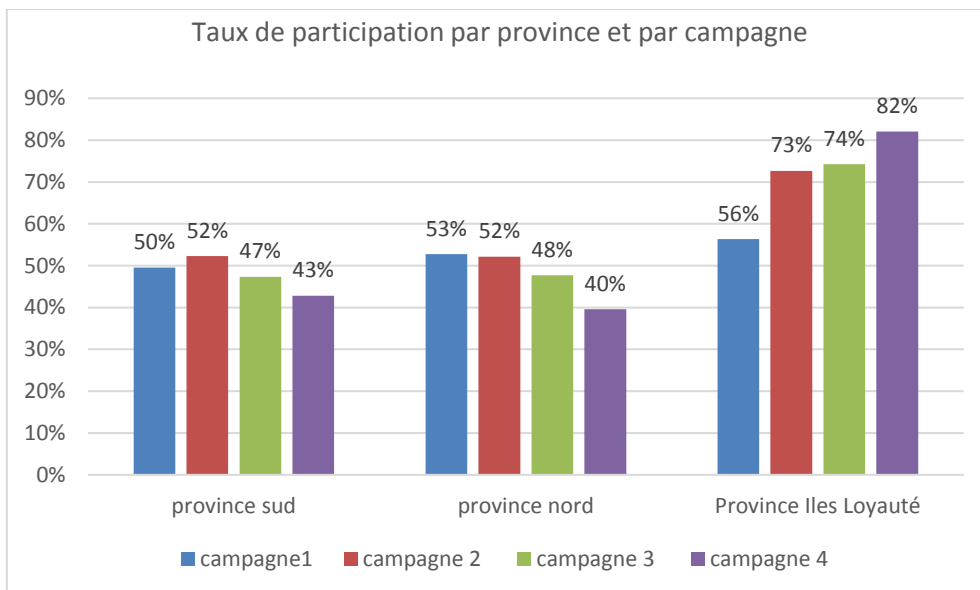


Lors de la 4ème campagne (2016/2017), 51 personnes ont eu une mammographie classée ACR5 (dont une personne en ACR5 bilatéral) La probabilité que ces femmes soient atteintes d'un cancer est supérieure à 95%. Cette probabilité ne pourra être vérifiée que lors de l'examen anatomopathologique ultérieurement réalisé.

Le ratio entre le nombre de femmes ayant eu au moins une mammographie classée ACR5 par campagne et le nombre de mammographies réalisés par campagne a baissé et il est stable depuis la deuxième campagne. Cela pourrait s'expliquer par un effet « rattrapage » du dépistage lors de la première campagne.



Sur la base des données estimées de la population cible, la participation en province des Iles Loyauté dépasse l'objectif de 70 % de participation tandis que les provinces Nord et Sud sont en net retrait.



Seule la province des Iles Loyauté semble connaître une évolution favorable de la participation des femmes au programme de dépistage. Cette tendance devra toutefois être vérifiée en intégrant les données du prochain recensement.

## Chiffres clés

- 25 661 (ISEE 2014) femmes potentiellement bénéficiaires de ce programme de dépistage.
- 5 929 mammographies réalisées dans le cadre du programme en 2017.
- 43 % de participation lors de la campagne 2016/2017.
- 51 femmes ayant participé à la 4eme campagne de dépistage ont eu une mammographie classée ACR5. La probabilité qu'elles soient atteintes d'un cancer est supérieure à 95 %.

## Points forts

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

## Axes d'amélioration

- Une participation qui reste trop faible.
- Une communication qui doit être renouvelée.
- Un accès au dépistage qui doit être facilité sur la côte Est de la province Nord.

## Perspectives

La baisse du taux de participation est concomitante à la diminution de la promotion du dépistage auprès du grand public sans que l'on puisse affirmer de lien de cause à effet. L'ASS-NC, n'a pas souhaité maintenir l'important effort de communication réalisé lors des deux premières campagnes compte tenu des oppositions de certains lobbys locaux et métropolitains. De nouveaux outils de communication ont été travaillés et seront diffusés en cours d'année 2018. Ces outils doivent permettre aux femmes de mieux connaître l'intérêt du dépistage organisé tout en les informant sur les avantages et inconvénients de la mammographie de dépistage.

Un travail d'évaluation du dépistage organisé est programmé pour l'année 2018. Celui-ci devrait permettre de mieux appréhender l'impact de l'organisation du dépistage sur l'épidémiologie du cancer du sein en NC.

Enfin, une stratégie de dépistage doit être mis en place afin de faciliter l'accès aux dépistages sur la côte Est de la province Nord.

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

## Introduction

En 2015, 18 cancers invasifs du col de l'utérus et 73 cancers in situ ont été diagnostiqués. La grande majorité (72%) des cancers du col de l'utérus a été diagnostiquée à la suite de l'apparition de symptômes, et 2 cas diagnostiqués grâce au dépistage. En 2015, près de 3 cancers du col de l'utérus sur 4 ont été diagnostiqués à un stade avancé.

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

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

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

## Activité du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en 2017

Ce programme consiste à inviter, tous les trois ans, les 86 000 femmes de 20 à 65 ans à réaliser gratuitement un frottis de dépistage. La prise en charge des actes de dépistage est assurée par le fonds de compensation en santé publique via la délibération n° 261 du 24/01/2013.

## Coordination

La cellule de dépistage assure chaque jour un travail de coordination entre les acteurs du dépistage (médecins, sages-femmes, laboratoires). Depuis 2015, les campagnes médiatiques ont été stoppées car elle n'avait pas démontré leur efficacité. En 2017, de nouveaux outils de communication ont été créés afin de promouvoir le dépistage. Les outils de communication finalisés en 2017 seront présentés au public dès le 1<sup>er</sup> semestre 2018.

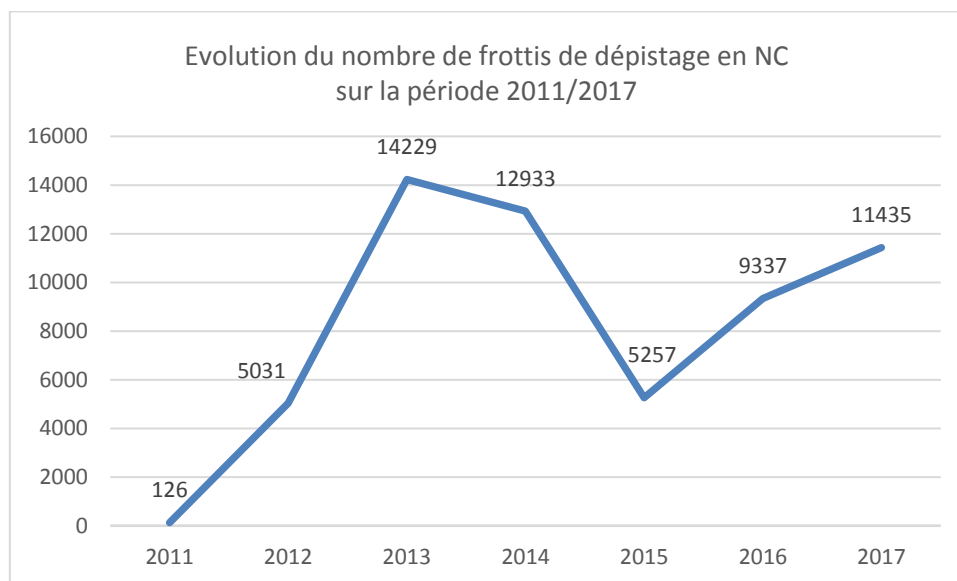
## Activité quotidienne du programme

En 2017, la cellule a envoyé 99 699 invitations à réaliser un frottis dans le cadre du dépistage organisé, dont 14 473 à la demande de la bénéficiaire ou d'un professionnel de santé.

La cellule de dépistage a envoyé 18441 courriers de résultats ou de suivi de frottis anormal, tant auprès des bénéficiaires du programme que de leur médecin.

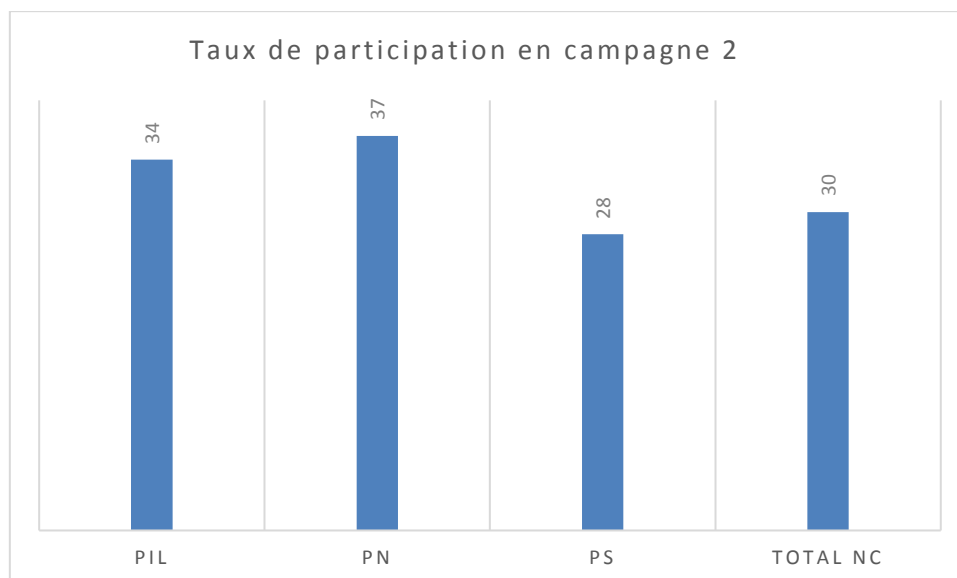
Les professionnels de santé qui n'ont pas répondu au courrier de suivis sont relancés 9 mois après le frottis anormal, et, les femmes concernées 12 mois plus tard.

## Evolution de l'activité et résultats

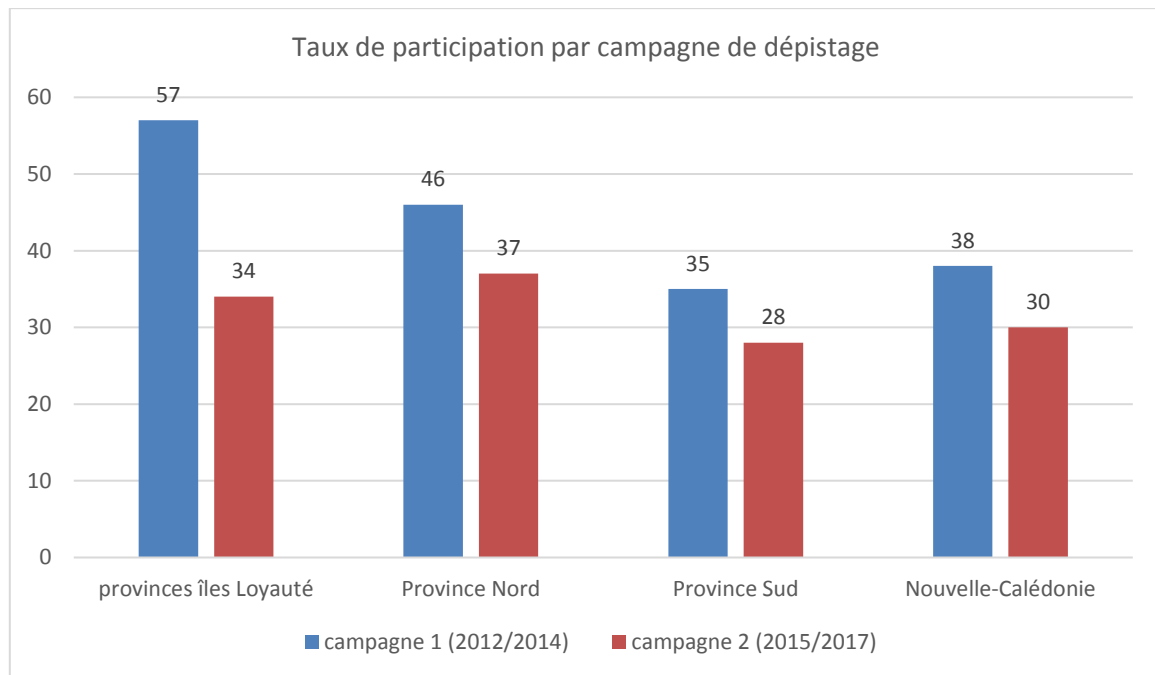


En moyenne, 8 335 frottis sont réalisés chaque année dans le cadre de ce programme de dépistage organisé.

En 2017, 11 435 frottis ont été réalisés, ce qui représente une augmentation significative par rapport à l'année 2016.



25 628 femmes, soit 30 % de la cible, ont bénéficié d'un frottis de dépistage dans le cadre de la 2ème campagne (2015/2017). On note une participation plus faible en province Sud. Il est important de rappeler qu'un nombre conséquent de frottis sont encore réalisés en dehors de la campagne de dépistage et qu'ils ne sont pas pris en compte dans ce taux de participation.



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

### Chiffres clés

- 86 533 (ISEE 2014) femmes potentiellement bénéficiaires du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
- 8 335 frottis de dépistage réalisé en moyenne par an dans le cadre de la campagne.
- 11 435 frottis réalisés en 2017 dans le cadre de la campagne, soit 49 % de l'ensemble des frottis réalisés en NC.

### Points forts

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

### Axe d'amélioration

- Une participation qui reste trop faible.
- Une communication grand public qui est en cours de renouvellement.
- Une vision globale du dépistage du cancer du col NC difficile à avoir.

### Perspectives

L'information doit être relancée afin de remobiliser le public et les professionnels de santé.

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

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

# Activités de la campagne de vaccination anti-HPV en 2017

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

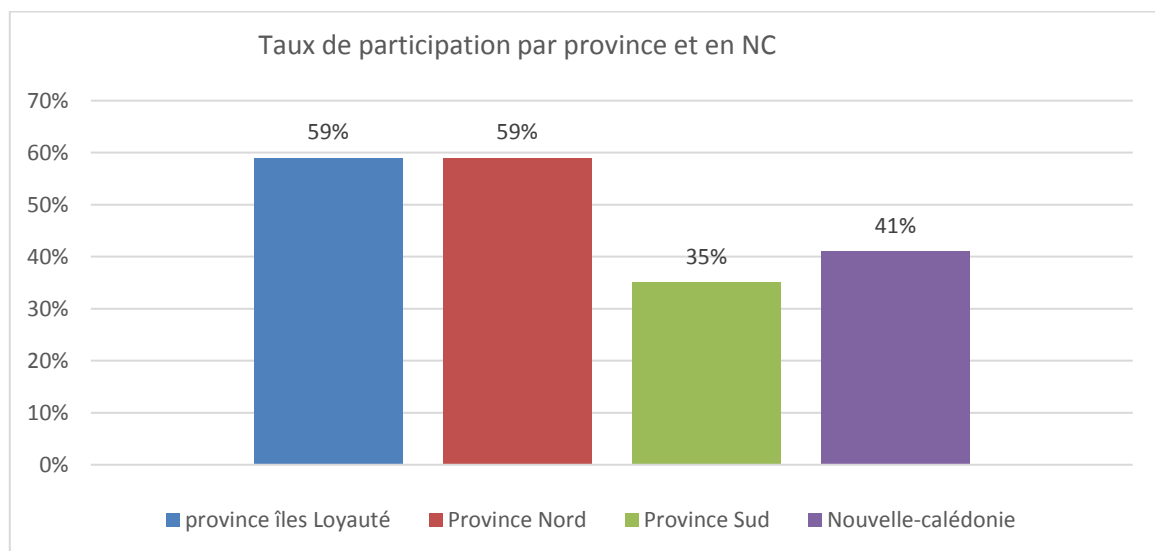
## Coordination

La communication grand public a été stoppé durant la première campagne (2015) à la suite de l'intervention des lobbies anti-vaccination. Une nouvelle campagne de communication adressée exclusivement aux familles ayant un enfant de 12 ans a été diffusée via les établissements scolaires en 2017. Elle intègre notamment une information en Ajië, Paicî, Drehu, Nengone.

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

## Evolution de l'activité et résultats

En 2016, il n'y a pas eu de campagne de vaccination anti-HPV au collège. Nous avons donc proposé, en 2017, la vaccination aux jeunes filles de 12 et 13 ans. 4 003 élèves ont été concernées.



1 632 jeunes filles ont été vaccinées soit (41% de la cible). La participation est nettement moins importante en province Sud.

En 1<sup>ère</sup> campagne, le taux de participation était de 44%. En 2<sup>nde</sup> campagne, il diminue de 3 points (41%).



### Chiffres clés

- Une vaccination proposée dans les 57 collèges de NC.
- 1632 jeunes filles ont été vaccinées.

### Points forts

- Une couverture vaccinale qui s'est améliorée.
- Une action souhaitée et soutenue par la grande majorité des professionnels de santé.
- Une vaccination très pratiquée au niveau international.

### Axe d'amélioration

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

### Perspectives

La campagne de vaccination sera reconduite en 2018.

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

# Le Centre d'Education

## Introduction

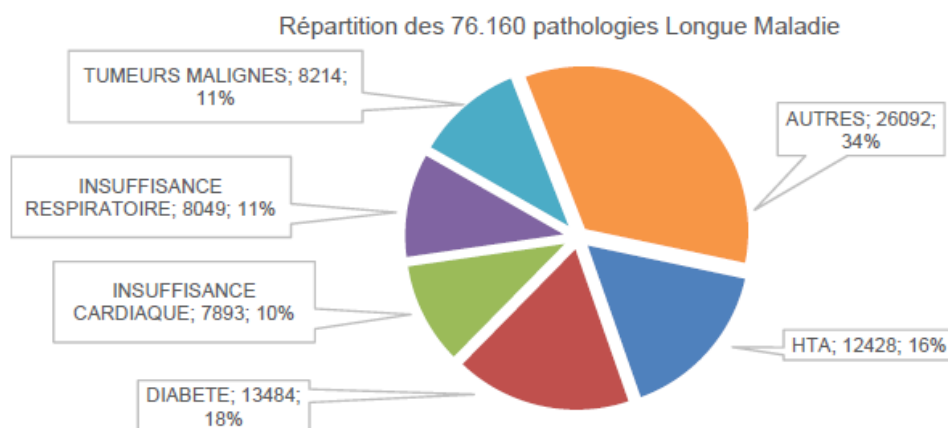
**La vocation** du centre est d'apporter une réponse éducative de proximité en ambulatoire, adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète et de la broncho pneumopathie chronique obstructive.

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

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

Les maladies chroniques sont particulièrement coûteuses aujourd'hui. Il faut donc le juste soin pour le malade, au moindre coût pour la collectivité. Cette épidémie ne se musèlera qu'avec une nouvelle organisation des soins, une prise en charge globale non seulement médicale mais aussi psychologique et sociale. L'accompagnement thérapeutique est un métier plus difficile que la prescription.

**Au 31 décembre 2017**, pour une population totale de 270 000 habitants, **plus de 48 000 personnes** étaient atteintes d'une maladie chronique prise en charge par la CAFAT en Longue Maladie, en NC. Parmi ce nombre, **13 484 sont atteints de diabète** et **8 049 sont insuffisants respiratoires**.



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

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

# Activité du Centre d'Éducation en 2017

## 1 - Coordination

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

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

## 2 - Promotion de l'éducation thérapeutique

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

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

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

**Organisation** d'une soirée annuelle d'échange d'expériences pour les 180 professionnels de santé formés et **animation** d'une liste de diffusion « Education thérapeutique ».

## 3 - Education des patients diabétiques

### Les stages au Centre d'éducation

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

### Prolongement des stages

A l'issu du stage, le patient est orienté vers l' « Association des diabétique de NC » qui propose soutien, réunions et activités de groupe.

### Jeunes diabétiques

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

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

Un nombre important de déplacements a été réalisé dans les 3 provinces en 2017, permettant d'atteindre tous les secteurs géographiques avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires.

## **4 - Education des patients BPCO**

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

- Cette année, **93 patients souffrant de BPCO** adressés par leur médecin ont été pris en charge sous la forme d'un stage.
- Les patients sont revus après un délai de 3 et 6 mois dans le cadre de ces stages pour une évaluation et un complément d'éducation.
- Une évaluation externe a été conduite sur les 200 premiers patients en décembre 2015 par le Dr JM Grobois (Lille). Elle avait permis la validation du programme.

### **Prolongement des stages**

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

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

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

## **6 - Soutien aux Associations de patients**

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

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

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

## **Conclusion**

Le centre d'éducation réalisé 567 stages pour personnes souffrant de diabète et 93 stages pour personnes souffrant de BPCO.

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

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

Le soutien aux 3 associations de patients est pérenne.

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

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

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

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

# Programme Diabète

## Introduction

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

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

La prévention primaire a été retirée du programme Diabète en 2006, afin de la démedicaliser, avec la création d'un programme dédié, le **Programme de prévention des pathologies de surcharge « Mange Mieux Bouge Plus »**.

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

- Renforcer le dépistage du diabète :
  - assurer un diagnostic précoce,
  - assurer une prise en charge au plus tôt afin de diminuer les complications invalidantes et coûteuses
- Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins :
  - améliorer l'éducation diabétique,
  - faciliter le suivi des diabétiques par les praticiens de terrain,
  - améliorer la prise en charge hospitalière,
  - diminuer les complications ophtalmologiques,
  - diminuer le nombre d'amputations au niveau des membres inférieurs,
  - dépister systématiquement et traiter le diabète gestationnel
- Améliorer l'organisation des soins :
  - apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire de la prise en charge du diabète en apportant à proximité du diabétique les moyens nécessaires à sa prise en charge : éducation, diététique, podologie...
- Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé :
  - responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.

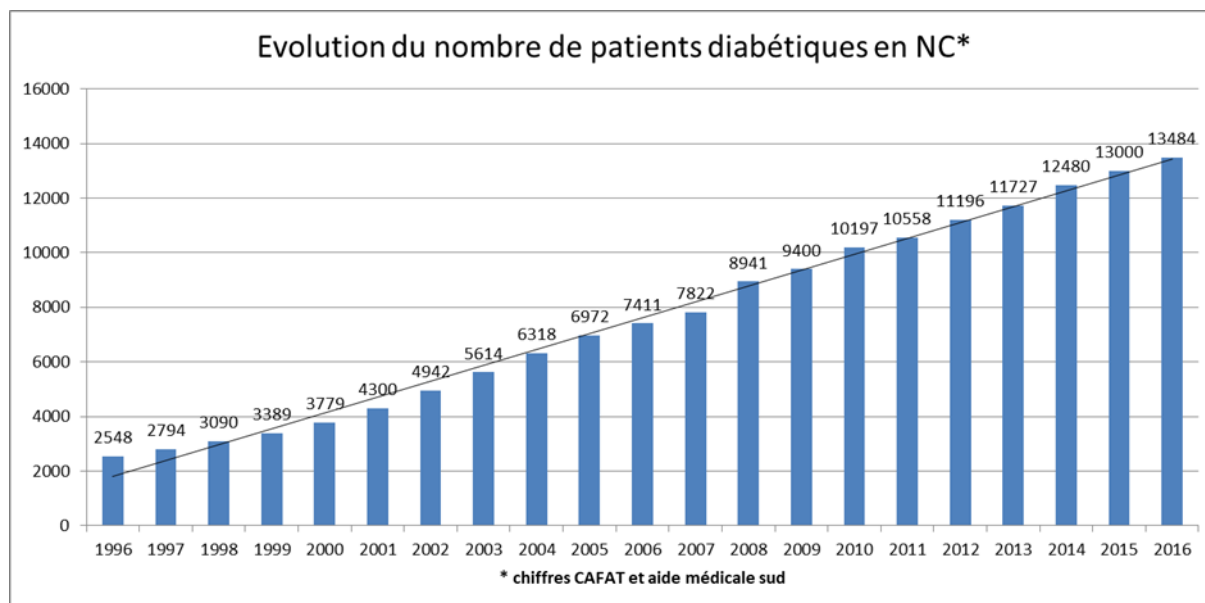
Le programme a fait l'objet d'une **évaluation** externe intermédiaire externe en 2011.

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

Le programme Diabète œuvre en collégialité, avec l'ensemble des acteurs.

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

Aujourd'hui, le diabète constitue la première cause de maladie chronique prise en charge au titre de la longue maladie, avec près de 13 500 personnes (5% de la population) déclarées et suivies au 31 décembre 2016.



Cette hausse continue de la prévalence du diabète s'explique par la montée en puissance de la surcharge pondérale.

Cette pathologie, presque toujours évitable, fait également peser un lourd fardeau sur les comptes de la santé. Au 31 décembre 2016, le coût du diabète représentait plus de 6,6 milliards FCFP, hors EVASAN et hospitalisation (soit 12% des dépenses de santé). Auxquels s'ajoutent les coûts hospitaliers : près de 25% des patients hospitalisés souffrent de diabète, et encore 25% de pré-diabète !!! Le coût des médicaments innovants renchérit le prix des traitements, et la facture va malheureusement s'alourdir d'année en année...

## Activité du programme en 2017

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

#### 1.1 - En population

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

#### 1.2 - Populations à risque et dépistage

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

Le dépistage est conduit de deux façons :

- Pour la première, classique, **les médecins** opèrent un dépistage opportuniste (lors d'une consultation pour un autre motif) sur la base de la présence de facteurs de risque.

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

### 1.3 - Les personnes pré-diabétiques

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

## 2 - La prévention tertiaire : faire reculer les complications

### 2.1 - L'amélioration de la qualité des soins

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

332 déplacements ont été réalisés dans les 4 zones géographiques des 3 provinces en 2017, avec un rythme de visite mensuel pour chacun des dispensaires (CMS).

##### Actions dans les CMS

Il s'agit de l'activité principale :

- Des consultations individuelles
- Des ateliers collectifs
- Des repas sur une journée réalisés en tribu.

Hôpitaux de jour dans les Centres Hospitaliers du Nord de Poindimié et Koumac  
80 patients diabétiques ont été invités en hôpital de jour au total.

##### Autres activités

Participation à la Journée mondiale du diabète dans le Nord.

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

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

**104 vacations** ont été assurées en 2017.

Au total, **908 consultations de patients** ont pu être réalisées au cours de ces vacations, pour un coût de **6 953 496 F CFP** (soit 7 700 F CFP / consultation).

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



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

Au total **1 733 actes de podologie** ont été réalisés cette année dans le cadre de ce programme, pour un coût de **8 665 000 F CFP** (soit 5 000 F CFP / consultation).

Chaque semaine, un podologue du syndicat vient animer un **atelier de groupe d'éducation thérapeutique** autour du pied diabétique au Centre d'éducation de l'ASS-NC, pour un montant de **297 000 F CFP** cette année.

### 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 annuel du fond d'œil recommandé, dans l'intérieur et les îles. Trois orthoptistes ont photographié les fonds d'œil de **942 patients** cette année, au cours de **42 vacances**. Après interprétation des clichés par un ophtalmologiste, 848 patients (90 %) avaient des fonds d'œil normaux, et 94 patients (10 %) ont été orientés vers une consultation spécialisée d'ophtalmologie selon différents degrés d'urgence. Le coût total s'élève à **3 462 096 F CFP** (soit 3 675 F / patient).

### d) Intensifier le suivi en tabacologie

Mutualisation des moyens : l'équipe du Centre de soins en addictologie (CSA), en interne à l'ASS-NC, reçoit les patients diabétiques en stage fumeurs compliqués ; en retour les diététiciennes du programme reçoivent les patients pris en charge au CSA.

### e) Améliorer le suivi en néphrologie

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

## 2.2 - La formation des professionnels de santé

**a) Des sessions d'échange d'expériences** à la carte sur le thème du diabète ont eu lieu en 2017, avec un public appartenant aux secteurs médical et paramédical (médecins, infirmiers, éducateurs sanitaires, diététiciens) des 3 provinces, du CHT, du CHN et du libéral.

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

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

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

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

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

**g) Formation au diabète des équipes du CHS**, en partenariat avec l'IFAP.

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

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

### 2.3 - L'éducation thérapeutique des patients

En 2017, **567 stages** ont été suivis au **Centre d'éducation**.

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

### 2.4 - Le soutien aux associations de patients

En 2017, le soutien technique et financier aux deux associations de patients a pu être reconduit.

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

- Organisation de la 3ème édition de la « **Semaine de prévention du diabète** » en juin 2017.
- Organisation de la « **Journée Mondiale du Diabète** » en novembre 2017.
- Participation à la 13ème édition du « **Salon du Diabétique** » en août 2017.

## Conclusion

En 2017, l'activité s'est située dans la continuité du programme diabète 2012-2016.

Faute de budget disponible, l'évaluation du programme n'a pas pu être conduite cette année. Elle est programmée pour 2018.

La conduite d'une étude de prévalence du diabète en NC serait également la bienvenue.

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

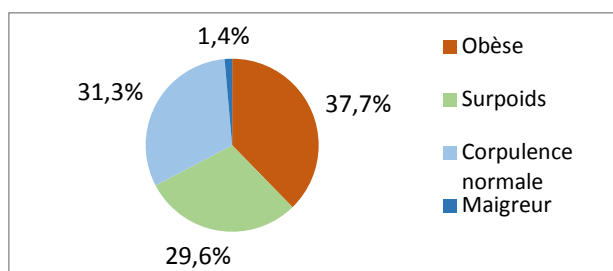
D'autant que la rareté des ressources, notamment financières, exige une logique d'efficience...

# Programme « Mange Mieux Bouge Plus »



## Introduction

La NC n'échappe pas à l'épidémie mondiale d'obésité.



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

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

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

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

En décembre 2007, le Territoire, via l'ASS-NC, s'est doté d'un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge (PPS 2008-2012), issu du programme « diabète ». Dans la continuité de ce premier programme (évalué en 2012), le programme « Mange Mieux Bouge Plus » 2013-2017, coordonné par l'ASS-NC, s'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.

Depuis fin 2013, les actions du programme s'articulent autour de 4 axes prioritaires :

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

### **La vocation du programme :**

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

### **Deux principaux objectifs :**

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

### **Les cibles prioritaires :**

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

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



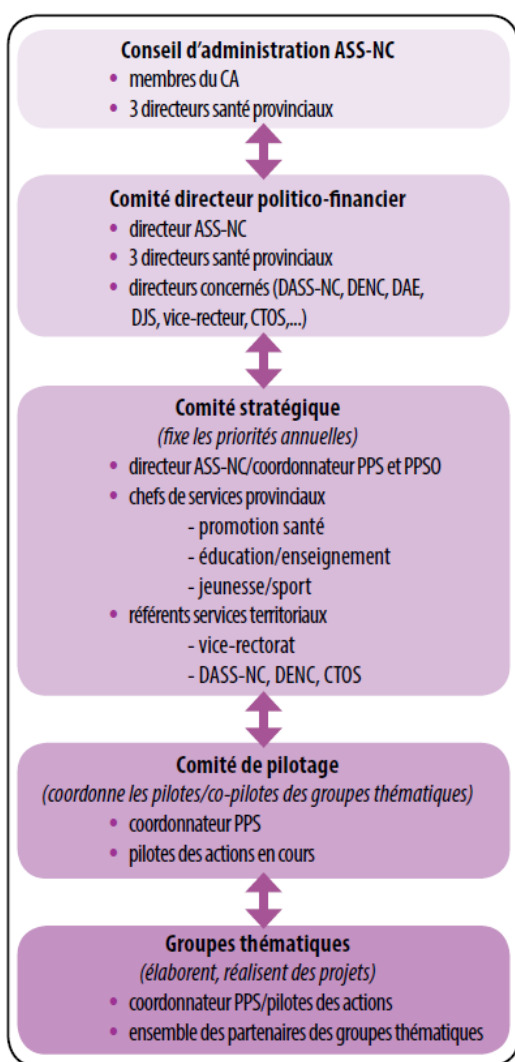
## Activité du programme en 2017

### Pilotage du programme

En 2013, lors du séminaire « Mange Mieux Bouge Plus », les principaux acteurs du programme ont défini un projet pilote de gouvernance du programme 2013-2017.

Le système de gouvernance mis en place à partir de 2014 devrait 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.

Programme « mange mieux bouge plus » - Projet pilote de gouvernance



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 2017.

Le comité stratégique s'est réuni 1 fois (situation des actions 2017 du programme et thème de la campagne media 2018).

3 comités de pilotage se sont réunis en 2017 pour faire des points de situation avec les pilotes des actions engagées en 2017 au titre du programme 2013-2017.

4 groupes thématiques se sont réunis en 2017 :

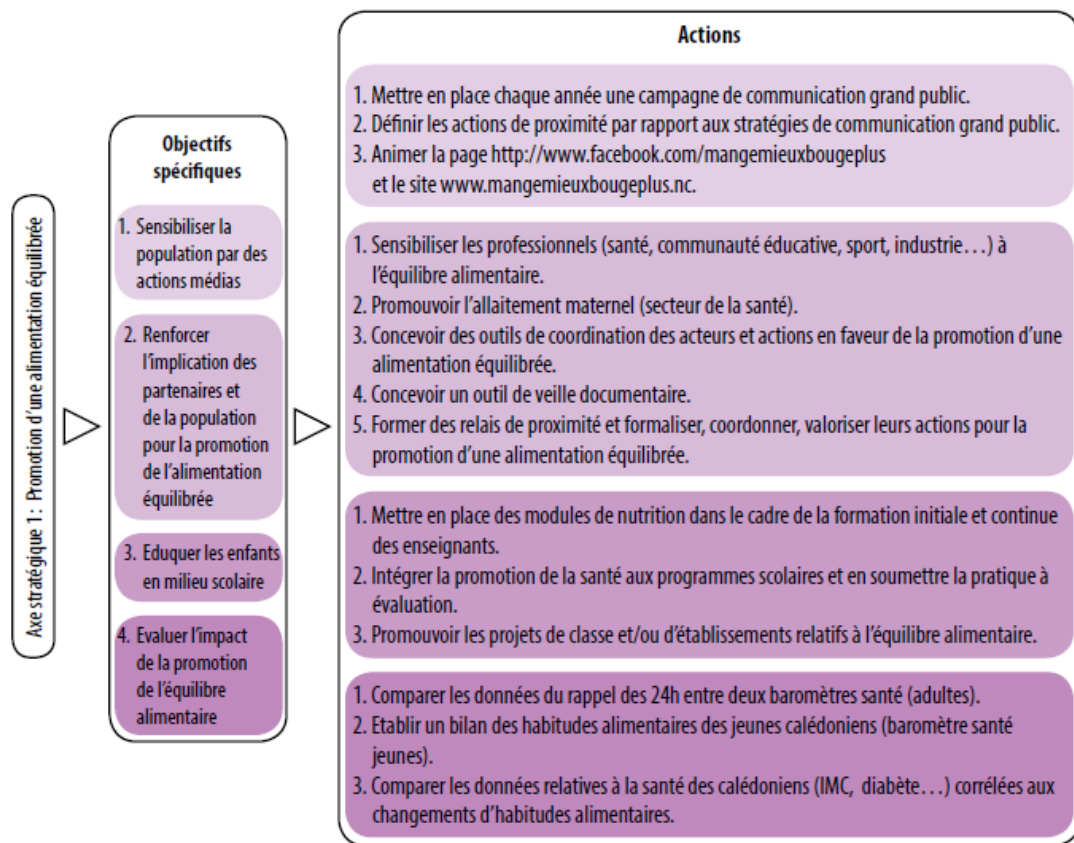
- Actions média 2017.
- Actions de proximité associées aux campagnes de communication.
- Milieu professionnel.
- Projets pilotes de prise en charge des enfants et adolescents.

En plus des réunions, les projets portés par les groupes thématiques font également l'objet de nombreux échanges par courrier électronique.

L'année 2017 a été marquée par la participation des coordinateurs et partenaires du programme « Mange Mieux Bouge Plus » aux réunions de travail transversales et relatives :

- au projet Do Kamo,
- au projet éducatif.

## 1 - Faire la promotion d'une alimentation équilibrée (axe 1)



### 1.1 - Mettre en place chaque année une campagne de communication grand public

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » : La campagne « Ensemble, c'est plus facile » 2017 :

Le comité stratégique du programme « Mange Mieux Bouge Plus » a choisi pour 2017 de proposer une campagne de communication pour inciter les Calédoniens à équilibrer leur alimentation et à pratiquer plus régulièrement une activité physique **dans un environnement qui soit favorable** à ce changement de mode de vie.

Cette unique campagne évoquait donc à la fois « manger mieux » et « bouger plus ».

Il s'agissait d'inciter les Calédoniens à **être solidaires pour créer une dynamique collective pour manger mieux et bouger plus dans trois environnements ciblés : en famille, à l'école, dans le cadre professionnel.**

En effet, les changements individuels sont d'autant plus faciles à mettre en œuvre que tout le monde va dans le même sens.

**La campagne a été menée du 4 au 17 septembre 2017 :**

- Dans la presse écrite (LNC, télé NC, santé NC, tara'a'pitu)
- Par affichage de 3 visuels (CMS, écoles, réseau de partenaires)
- Par diffusion de dépliants (CMS, réseau de partenaires)
- Par diffusion de trois spots radio (RNC, Djido, RRB, NRJ, Océane FM)
- Par diffusion de trois spots TV (NC1ère ; Calédonia)
- Par diffusion de visuels et vidéos sur le site [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et sur les réseaux sociaux (Facebook)



### Détail du projet de communication :

Le problème de santé publique identifié : la nécessité pour tous les calédoniens d'être solidaires pour créer une dynamique collective pour manger mieux et bouger plus dans le cadre familial, professionnel, et scolaire.

Les bénéfices attendus, en matière de santé et de bien-être, sont à la fois individuels et collectifs.

Le groupe cible prioritaire : Le groupe cible prioritaire est composé des adultes en position parentale, en particulier les femmes. Leurs enfants, scolarisés en primaire, sont la cible secondaire de la campagne.

Les pistes pour aboutir au changement de comportement : le message porte sur des stratégies à mettre en place de manière solidaire pour manger mieux et bouger plus dans trois environnements ciblés (en famille, à l'école, dans le cadre professionnel).

Par une approche positive, l'accent est mis sur la solidarité, le plaisir d'adopter ensemble un mode de vie plus sain.

Le slogan : « Ensemble c'est plus facile ».

L'évaluation de la campagne a été réalisée par la société I-scope, entre le 30 octobre et le 9 novembre 2017, par téléphone auprès de 1.001 personnes de plus de 15 ans résidant en NC.

On retiendra de cette évaluation :

Souvenir de la campagne  
'Ensemble, c'est plus facile'  
(Base : 1001 interviewés)



L'impact se rapproche des scores des précédentes campagnes portant sur la santé alimentaire et les bienfaits de l'exercice physique

Rappels des scores de précédentes campagnes :

	2016	2016	2015	2015
Campagne	Manger malin	Bouger malin	Modes de cuisson	Bienfaits de bouger
Souvenir global	61%	56%	40%	76%

La télévision prédomine les citations (76 %), et on observe une tendance à la progression de la citation de ce support par rapport aux précédentes mesures de 2016 et 2015.

L'affichage (14 %) est en progression également, il est cité en proportion similaire aux spots Radio (16 %).

La presse arrive en 4<sup>ème</sup> position (9 %).

## L'incitation globale au changement des habitudes progresse :

- Le message global "adopter un meilleur comportement alimentaire, pratiquer une activité physique" est de mieux en mieux mémorisé :
  - 53 % de la population évoque un souvenir dans le thème (progression depuis 2015),
  - Les souvenirs liés aux comportements alimentaires semblent toutefois mieux retenus que ceux liés à la pratique d'une activité physique.
  - Ce sont surtout les **exemples concrets** qui ont plu, car ils aident à prendre conscience de l'importance d'adopter un mode de vie 'sain'.
- **L'incitation** est également **plus marquée** que les années précédentes.
  - **48 % de ceux qui ont un souvenir** déclarent avoir **modifié leurs habitudes**, soit 25 % de la population. Les plus touchés se trouvent parmi les populations les plus sensibles : les Océaniens, résidant en province Nord et/ou en Tribu, les CSP moyennes et les plus jeunes.
  - 15 % de ceux qui ont un souvenir sont motivés par le message '**Ensemble**' : "à plusieurs on se motive les uns les autres" ; "entre amis et collègues c'est plus sympa".

Forces et faiblesses de la campagne de communication « Ensemble c'est plus facile » :

### Forces :

- Un plan média garantissant la couverture médiatique de l'ensemble du Territoire,
- Une récence des messages, à quoi l'on peut ajouter l'association avec d'autres communications portant sur la santé (lutte contre le diabète, l'obésité, le cholestérol, les maladies cardio-vasculaires, ...), locales ou nationales, permettant d'ancrer les messages,
- Des exemples locaux et concrets facilitant l'identification et favorisant la mise en application des bonnes pratiques : au bureau, à l'école, le week-end, ...
- Le message 'Ensemble' renforce la motivation de ceux qui ont déjà effectué une prise de conscience, et/ou ont initié le changement des habitudes.

### Faiblesses :

- Le manque de souvenir de la communication testée (faible restitution prouvée du thème 'Ensemble c'est plus facile'), dilué dans les multiples communications du programme 'Mange mieux, bouge plus'.
- Le manque d'impact est surtout lié au fait que la moitié de ceux qui se souviennent de la communication déclarent déjà adopter un 'bon' comportement ou être déjà conscients de l'importance de 'manger mieux et bouger plus'.

Au titre de la promotion d'une alimentation équilibrée, le programme « Mange Mieux Bouge » Plus a proposé deux autres campagnes média en 2017 :

- Du 6 au 11 mars 2017 : relai de la semaine mondiale de la réduction du sel (rediffusion de la campagne 2014 à la radio et à la télévision) ;
- Du 7 au 10 avril 2017 : relai de la journée mondiale de l'activité physique (rediffusion de la campagne « astuces pour bouger malin » de 2016 à la radio et à la télévision).





Par ailleurs, les « astuces pour manger et bouger malin » diffusées en 2016 sous forme de deux livrets indépendants, ont fait l'objet d'une réédition en un document unique en 2017.

Enfin, « Mange Mieux Bouge Plus » a été présent dans la presse écrite, notamment à destination des jeunes (diffusion de 7 épisodes du « secret du prenoindetoo » dans la revue « tara'a'pitu »), des parents (santé NC de la rentrée scolaire) et des seniors (santé NC spécial seniors).



## 1.2 - Définir les actions de proximité par rapport aux stratégies de communication grand public

Actions portées par « Mange Mieux Bouge Plus » :

Des documents (affiches, dépliants) ont été mis à disposition du public via de nombreux partenaires (CMS de la Province Sud, DRH de la NC, entreprises sensibilisées du secteur privé, SMIT, service de soin en addictologie de l'ASS-NC, salle d'attente du dépistage des cancers féminins de l'ASS-NC, diététiciennes libérales, ...).

Le milieu professionnel étant une cible prioritaire de la campagne, plusieurs actions ont été proposées en interne aux salariés de l'ASS-NC (repas partagé autour de salades composées, relais sur tapis de marche, et concours de slogan pour inciter à prendre les escaliers notamment).

Action de coordination :

En 2017, huit partenaires ont mis en place des actions spécifiques pendant la campagne « ensemble c'est plus facile » :

- Le CCAS de la ville de Nouméa : avec un théâtre forum le 4/9 et un atelier culinaire le 5/9, deux projets à destination des familles
- Le CCAS de la ville de Dumbéa : avec de nombreuses activités proposées au personnel (sensibilisation à l'équilibre énergétique, séance d'activité physique, repas partagé, concours de podomètre les 5, 8, 11 et 12/9) ainsi qu'aux familles vivant à Dumbéa (semaine de la santé et du bien-être du 5 au 9/9)
- Le centre d'éducation de l'ASS-NC : qui a organisé deux repas en tribu (à Lifou le 6/9 et à Bélep le 29/8)
- Le collège de Yaté a conduit un projet pendant tout le mois de septembre pour proposer un pique-nique avec randonnée, défis sportifs, et découverte de produits locaux pour les familles ;
- Le CTOS a organisé « l'aquamarque » sur la baie de l'Anse Vata le 24/9
- La DASS PS a piloté trois projets à destination des familles et du milieu scolaire en province Nord, entre le 4 et le 30/9 (« défi des cubes énergie » ou « ensemble bougeons » ; regroupement « TEAM » à Kaala Gomen ; jeux de rôles sur les moments de partage des repas)
- La DACAS a organisé une grande marche lors de la foire des îles (15 au 17/9)
- L'OPT a proposé une marche à ses salariés le 16/9 à Lifou.

### 1.3 - Animer la page Facebook, et le site mangemieuxbougeplus.nc

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

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 31/12/2017, la page comptait 3.139 utilisateurs actifs soit 11% de plus qu'au 31/12/2016 (2.822). La promotion de cette page a été faite directement sur la page Facebook, sur le site [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc) et lors des campagnes média (bas de page de l'affiche, packshot de fin du spot TV, diffusion d'une publicité via Facebook).

### 1.4 - Sensibiliser les professionnels (santé, communauté éducative, sport, industrie...) à l'équilibre alimentaire

Actions portées par « Mange Mieux Bouge Plus » :

En 2017, des partages d'expériences autour de l'équilibre alimentaire ont été organisés pour 61 jeunes et professionnels des missions locales d'insertion des jeunes (Bourail, La Foa, Thio, Yaté) et de la maison de quartier de Montravel.

Par ailleurs, les demandes de sensibilisations en milieu professionnel sont de plus en plus nombreuses. Au total, en 2017, 271 adultes ont été sensibilisés directement par les agents du programme de prévention surcharge de l'ASS-NC, à titre professionnel :

- 94 salariés d'Air Calédonie, 51 salariés de Biscochoc, 52 salariés de Bluescope, 31 salariés de la DRHFPNC
- 29 étudiants de l'Ecole Supérieure du Professorat de l'Education, en formation initiale
- 14 entrepreneurs relevant de la CCI.

Depuis 2014, l'ASS-NC diffuse aux chefs d'entreprise un guide « Mange Mieux Bouge Plus » en milieu professionnel.

Au total, 473 guides « Mange Mieux Bouge Plus » en milieu professionnel ont été diffusés entre 2016 et 2017 à l'attention des collectivités publiques et du secteur privé (MEDEF-NC, FINC, CCI-NC, SMIT-NC, DTE-NC, DRHFPNC, DPASS, DACAS, DASS PS, communes...).

L'évaluation du projet faite en 2017 montre que la stratégie de diffusion via les partenaires n'a pas fonctionné.

Cette stratégie va être revue par un groupe de travail dédié qui s'est réuni une première fois fin 2017.

Action de coordination :

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

### 1.5 - Promouvoir l'allaitement maternel

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

En 2017, la semaine mondiale de l'allaitement maternel a été relayée sur la page Facebook du 15 au 22/10.

**Action de coordination :**

En NC, des actions isolées de promotion de l'allaitement maternel sont portées par l'association SOS allaitement et les collectivités provinciales.

La coordination de ces actions est difficile faute de pouvoir identifier un pilote.

**1.6 - Concevoir un outil de veille documentaire****Action portée par l'ASS-NC :**

Il s'agit d'étudier la possibilité de mise en ligne de publications (avec requêteur) relatives à l'équilibre alimentaire sur le site [www.mangemieuxbougeplus.nc](http://www.mangemieuxbougeplus.nc), adresse redirigée vers le site de [www.ass.nc](http://www.ass.nc). Le projet est intégré dans le cadre de la migration et de la refonte globale du site de l'ASS-NC.

**1.7 - Former des relais de proximité et formaliser, coordonner, valoriser leurs actions pour la promotion d'une alimentation équilibrée****Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :**

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 2017, 16 conseillers municipaux junior de la ville de Nouméa ont été sensibilisés en préalable à un projet de promotion de la santé pour la commune. Ce partenariat a abouti à l'élaboration d'une affiche de promotion de l'équilibre énergétique, et notamment du goûter.

**1.8 - Mettre en place des modules de nutrition dans le cadre de la formation initiale et continue des enseignants****Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :**

Le 15/9/2017, à l'occasion de la venue de Didier Jourdan, les conseillers pédagogiques de la DENC ont été sensibilisés à la promotion de la santé à l'école lors d'une journée co-animée par la DENC et l'ASS-NC.

**Participation à la coordination :**

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

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

**1.9 - Intégrer la promotion de la santé aux programmes scolaires et en soumettre la pratique à évaluation**

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

## 1.10 - Promouvoir les projets de classe et/ou d'établissements relatifs à l'équilibre alimentaire

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

Dans le cadre du programme 2013-2017, la mission de coordination de l'ASS-NC est priorisée par rapport aux interventions directes auprès des enfants et adolescents scolarisés.

Néanmoins, en 2017, 161 élèves ont été sensibilisés dans le cadre de leur cursus de formation :

- 16 élèves de CM2 du conseil municipal junior de la ville de Nouméa
- 23 élèves de 6ème du collège de Yaté
- 30 étudiants du lycée escoffier
- 30 élèves de 1ère ST2S du lycée du grand Nouméa
- 6 étudiants du DEUG de gestion de l'UNC
- 56 étudiants du BTS SP3 S du lycée du grand Nouméa

Par ailleurs, des infirmier(e)s scolaire ou des enseignant(e)s viennent régulièrement à l'ASS-NC pour se procurer de la documentation adaptée à la NC sur l'équilibre alimentaire (5 personnes reçues en 2017).



Action de coordination :

Dans l'enseignement primaire public, l'action est pilotée par la DENC, via l'organisation de la fête de la science et de projets d'école. Pour la période 2016-2018, 5 projets d'école ont été validés sur le thème de la santé. En préalable aux projets pilote d'éducation pour la santé à l'école, des outils de diagnostic et de gestion de projets en milieu scolaire semblent nécessaires (à construire en 2018).

## 1.11 - Comparer les données du rappel des 24h entre 2 baromètres santé (adulte)

Action portée par l'ASS-NC :

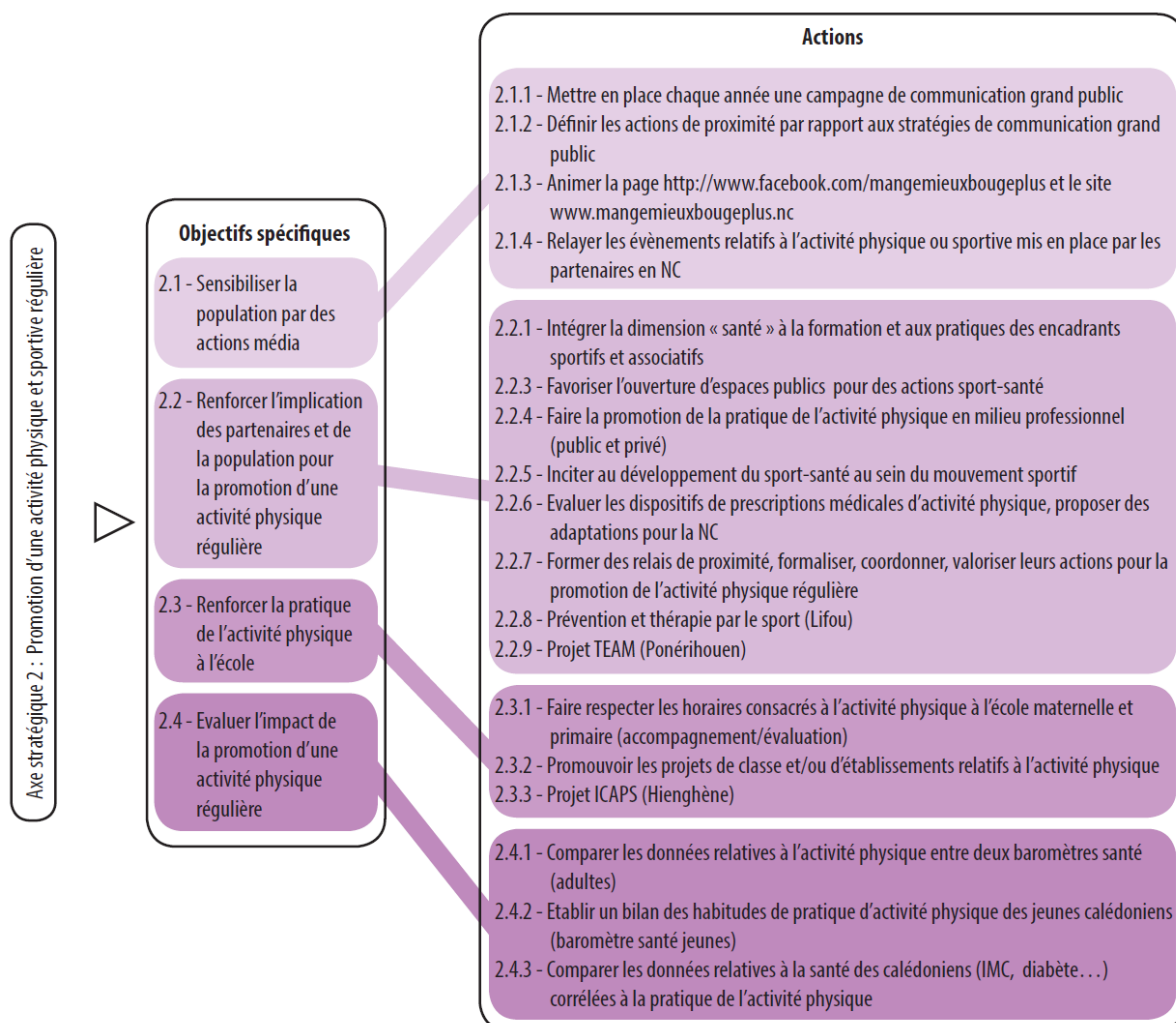
En 2010, c'est un premier « baromètre santé » (ASS-NC) qui a permis de préciser la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population adulte calédonienne. La répétition des enquêtes dans le temps devrait permettre d'estimer les évolutions de comportements. Un nouveau « baromètre santé » a été réalisé fin 2015 mais le rappel des 24h n'a pas été reproduit.

Pour autant, certaines fréquences de consommations ont été estimées en 2017 :

- **13 %**, IC95% [10 ; 16] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **aliments sucrés en dehors des repas** (18 % Femmes et 8 % Hommes)
- **63 %**, IC95% [59 ; 67] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **pâtes ou du riz blanc** (74 % [18-24 ans], 66 % [25-44 ans] et 5 1% [45-60 ans] ; 26 % Européens, 75 % Mélanésiens, 79 % Polynésiens et 72 % Autres)
- **13 %**, IC95% [11 ; 16] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **tubercules ou légumes secs** (10 % PS, 22% PN et 26 % PIL)

- **43 %**, IC95% [39 ; 47] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **légumes** (47 % PS, 30% PN et 38% PIL ; 58% Européens, 40% Mélanésiens, 27% Polynésiens et 41% Autres)
- **40 %**, IC95% [37 ; 44] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **fruits** (39 % Urbain, 34 % Rural, 49 % Tribal)
- Seulement **24 %**, IC95% [21 ; 27] des 18-60 ans déclarent consommer **à la fois des légumes et des fruits quotidiennement**
- Les 18-60 ans ont déclaré boire en moyenne 1,5L d'eau par jour.
- **28 %**, IC95% [25 ; 32] des 18-60 ans déclarent consommer quotidiennement des **boissons sucrées** (41 % [18-24 ans], 31 % [25-44 ans] et 16% [45-60 ans] ; 34 % Hommes et 22 % Femmes)
- **8 % des Calédoniens consomment, dans la journée, plus de boissons sucrées que d'eau. Ce chiffre s'élève à près de 20 % chez les 18-24 ans, soit un jeune sur 5.**
- Parmi les personnes interrogées :
  - 65 % ont pour habitude d'ajouter dans leur assiette du soya, du maggi ou de la sauce soja
  - 50 % ajoutent de la matière grasse (beurre, crème fraîche, mayonnaise, moutarde...)
  - 37 % ajoutent du sel (51 % en 2010)
  - 28 % ajoutent du sucre ou du ketchup
  - Seuls 15 % ne rajoutent aucun de ces ingrédients dans leur plat, au moment de les consommer.

## 2 - Faire la promotion d'une activité physique et sportive régulière (axe 2)



## 2.1 - Mettre en place chaque année une campagne de communication grand public

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

**En 2017, une campagne unique évoquait à la fois « manger mieux » et « bouger plus » derrière le slogan : « ensemble, c'est plus facile ».**

Le bilan de cette campagne est proposé au chapitre 1.1.

## 2.2 - Définir les actions de proximité par rapport aux stratégies de communication grand public

Action de coordination :

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 2017, sept partenaires ont été particulièrement actifs en mettant en place des actions spécifiques de promotion de l'activité physique pendant la campagne « ensemble c'est plus facile ». Ces partenaires ont également mis en place des projets pour la promotion d'une alimentation équilibrée. Le bilan est dressé au chapitre 1.2.



## 2.3 - Relayer les actions/événements relatifs à l'activité physique ou sportive mis en place par les partenaires en NC

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

L'ASS-NC a relayé les messages diffusés à l'occasion de la semaine de la mobilité 2017.

Action de coordination :

Un inventaire des sources d'informations relatives aux actions/événements relatifs à l'activité physique ou sportive en NC a été réalisé par le CTOS. La création d'un nouveau site était envisagée, qui aurait nécessité des financements particuliers, dont le recrutement d'un gestionnaire. Cette option s'est donc révélée difficile.

Par contre, un nouvel onglet « agenda sportif » a pu être rajouté sur le site web du CTOS (menu « actualités ») et l'élaboration d'un annuaire « sport-santé/bien être » était à l'étude en 2017.

## 2.4 - Intégrer la dimension « santé » à la formation et aux pratiques des encadrants sportifs et associatifs

### Action de coordination :

Un BPJEPS « Activités de la forme » (AF) et « activités aquatiques » (AAN) a été lancé en 2017 au sein du CISE (Centre International de Sport et d'Expertise) avec intégration d'un module « sport santé » de 35h. Cette formation suivie par 20 étudiants s'achèvera en 2018.

En 2017, le sport santé a également été intégré dans une convention CTOS/INSEP pour la formation des entraîneurs Calédoniens et Océaniens.

Enfin, un bilan du projet « nagez forme santé » a permis d'identifier quelques freins. Une nouvelle formation des éducateurs sera donc proposée pour lever ces difficultés en février 2018.

## 2.5 - Favoriser l'ouverture d'espaces publics pour des actions « sport/santé »

### Action de coordination :

La notion de « sport-santé » est reprise par différents partenaires :

- La DJS NC a organisé les assises du sport en avril/mai 2016. Le sport-santé figure dans les orientations stratégiques de cette direction (validation au plus haut niveau de gouvernance proposée en 2017)
- La Province Sud a intégré la dimension « bien-être/santé » dans le plan stratégique mis en œuvre à compter de 2017
- La ville de Nouméa a défini l'orientation des actions du service des sports vers le bien-être et la santé.

## 2.6 - Faire la promotion de la pratique de l'activité physique en milieu professionnel

### Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

Depuis 2014, l'ASS-NC diffuse aux chefs d'entreprise le « guide Mange Mieux Bouge Plus » en milieu professionnel ».

Au total, 473 guides « Mange Mieux Bouge Plus » en milieu professionnel ont été diffusés entre 2016 et 2017 à l'attention des collectivités publiques et du secteur privé.

L'évaluation du projet faite en 2017 montre que la stratégie de diffusion via les partenaires n'a pas fonctionné.

Cette stratégie va être revue par un groupe de travail dédié qui s'est réuni une première fois fin 2017.

## 2.7 - Inciter au développement du sport santé au sein du mouvement sportif

### Actions de coordination :

Pour sensibiliser un maximum de clubs, association, ligues ou comités régionaux, et favoriser l'émergence de projets, un concours sponsorisé par la société CIPAC a été mis en place depuis 2015. Vingt-trois ligues et associations ont ainsi déjà pu être identifiées et accompagnées dans leur démarche sport/santé (11 lauréats en 2015, 12 lauréats en 2016).

Les 10 nouveaux lauréats du concours 2017 seront à leur tour accompagnés en 2018.

Depuis plusieurs années, le comité régional Sport pour tous est également très impliqué dans le développement du sport/santé.

## 2.7 - Evaluer les dispositifs de prescriptions médicales d'activité physique

### Action de coordination :

Il existe une réelle dynamique en faveur du développement du « sport sur ordonnance ». Néanmoins, trois questions restent en suspens : l'information, la formation et le financement.

Le cadre d'application du « sport sur ordonnance » reste donc encore à préciser. La concertation pour les décrets d'application a été lancée en 2016. Des recommandations pilotées par la Direction générale de la santé et le « Vidal du sport » ou « médico sport santé » (en cours d'élaboration par le Comité national olympique du sport français) sont attendus et pourront être diffusés en NC par le CTOS.

Dans le cadre du projet Do Kamo, des modifications du dispositif de certificats médicaux préalables à la pratique sportive ont été étudiées en 2017.

## 2.8 - Former des relais de proximité, formaliser, coordonner, valoriser leurs actions

### Action de coordination :

Pour améliorer l'impact des actions de promotion d'une activité physique régulière, il est nécessaire de renforcer l'implication d'acteurs de terrain pour qu'ils deviennent des ambassadeurs du programme.

En Province des Iles Loyauté, des marches sont organisées depuis plusieurs années par la DACAS lors de grandes fêtes événementielles, afin de passer des messages sur les maladies, sur les risques liés à la mauvaise alimentation (surpoids, obésité, diabète, hypertension, etc.) et encourager les populations à pratiquer une activité physique journalière de 30 mn. De nouvelles associations de marcheurs soutenues par la DACAS ont ainsi vu le jour en 2017.

## 2.9 - Prévention et thérapie par le sport (Lifou)

### Action de coordination :

En partenariat entre la DACAS et la DSL, un logo « la santé par le sport » est à l'étude.

Par ailleurs, un Centre Médico Sportif a été créé au complexe sportif de Hnassé, qui peut accueillir des patients atteints de maladies chroniques. Il s'agira ensuite de définir une stratégie préventive en complément de la stratégie curative.



## 2.10 - Tous Ensemble Avec Modération (TEAM)

### Action de coordination :

Depuis 2015, en Province Nord, sous l'impulsion de la DASS-PS, la commune de Ponérihouen et l'association Sport pour tous ont mis en place le projet TEAM : Tous Ensemble Avec Modération. L'objectif général du projet était de développer les activités physiques de loisir organisées pour les adultes de la commune de Ponérihouen, sensibilisés par ailleurs à l'équilibre alimentaire



Le projet est maintenant autonome. Une cinquantaine de personnes font deux marches de 6 km par mois, et 15 personnes participent à l'activité hebdomadaire proposée.

Un projet similaire a été mis en place à Kaala Gomen à partir de février 2016 (1 marche par mois) et a continué en 2017.

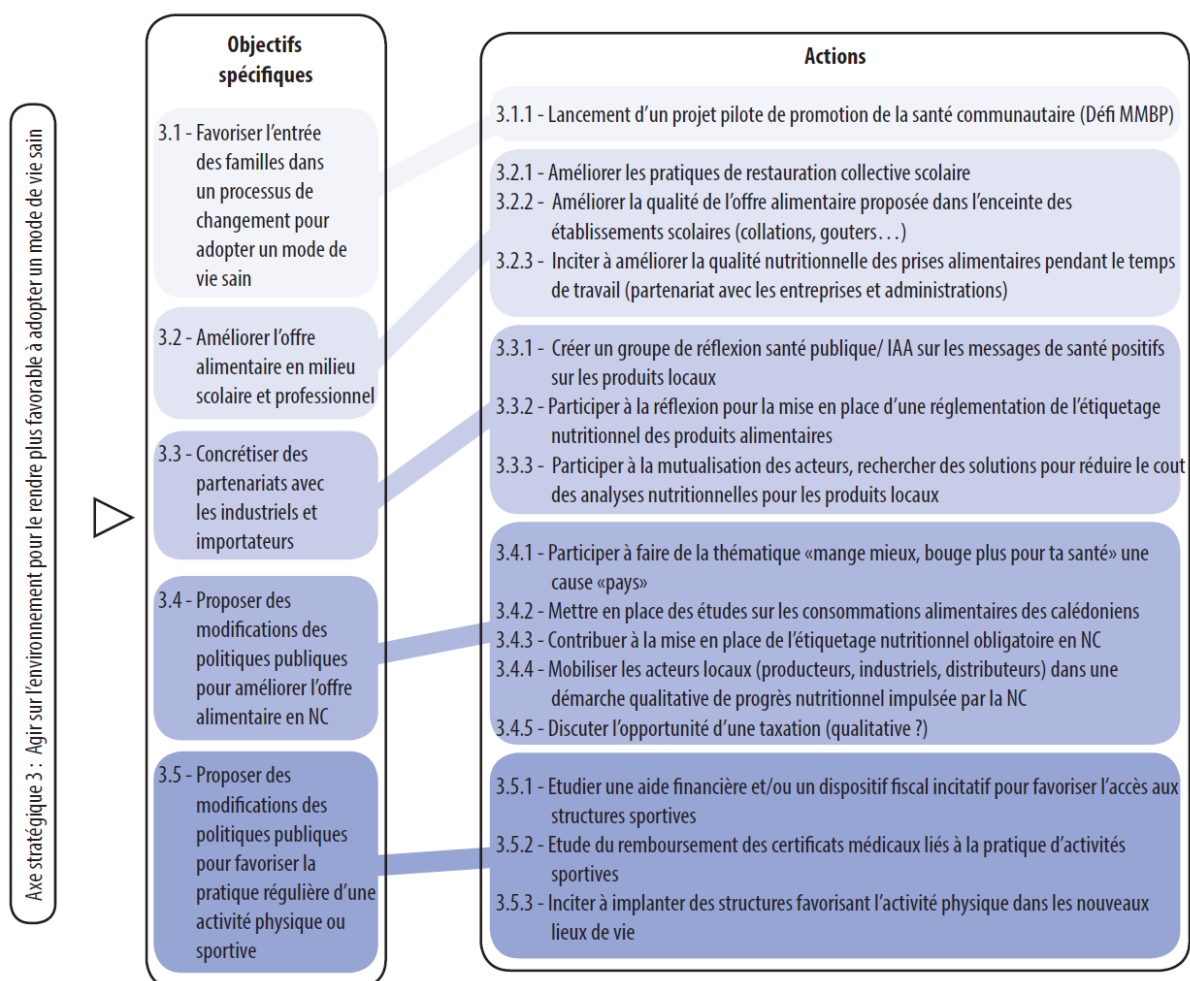
Les communes de Touho et Koumac travaillent à reproduire le dispositif.

### 2.11 - Projet ICAPS

#### Action de coordination :

En Province Nord, la DASS-PS a poursuivi en 2017 un projet pilote avec le collège privé de Hienghène (type projet ICAPS). L'objectif général du projet était d'augmenter le temps de pratique d'activité physique des enfants fréquentant la structure périscolaire en période scolaire.

## 3 - Agir sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain (axe 3)



### **3.1 - Améliorer les pratiques de restauration collective scolaire (cantines et internats, établissements du primaire et du secondaire)**

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

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 vise à inspirer et inciter les établissements scolaires à respecter et promouvoir l'équilibre alimentaire pour stabiliser la prévalence du surpoids et de l'obésité. C'est un document de référence calédonien en matière d'équilibre alimentaire en restauration collective dans l'enseignement. Il évoque également 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.

Action de coordination :

En 2017, la province Nord a poursuivi le projet OFALIN pour améliorer la qualité de l'offre alimentaire en restauration collective scolaire (partenariat DASS PS, DEFIJ, diététiciennes de l'ASS-NC).

La restauration scolaire de la Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique a entrepris une démarche similaire, avec le soutien d'une diététicienne de l'ASS-NC.

### **3.2 - Améliorer la qualité de l'offre alimentaire proposée dans l'enceinte des établissements scolaires**

Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

Depuis 2015, les 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, font l'objet d'un document spécifique, d'une page, pour le rendre accessible facilement à l'ensemble de la communauté éducative.

Avec le soutien de la Direction de l'Enseignement de la NC, en 2016, ces recommandations ont été transmises par courrier de l'ASS-NC aux directions provinciales de l'enseignement et aux directions évangeliques.

En 2017, elles ont été remises et explicitées aux conseillers pédagogiques à l'occasion de la venue de Didier Jourdan.

### **3.3 - Inciter à améliorer la qualité nutritionnelle des prises alimentaire pendant le temps de travail (en partenariat avec les entreprises et les administrations)**

Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

En 2016 et 2017, l'ASS-NC a diffusé aux chefs d'entreprise 473 guides « Mange Mieux Bouge Plus » en milieu professionnel.

L'évaluation du projet faite en 2017 montre que la stratégie de diffusion via les partenaires n'a pas fonctionné.

Cette stratégie va être revue par un groupe de travail dédié qui s'est réuni une première fois fin 2017.

Pour autant, de plus en plus de chefs d'entreprises souhaitent sensibiliser les salariés à l'équilibre alimentaire. Selon leurs possibilités, les projets peuvent être portés par des prestataires privés, soutenus ou non par le programme « Mange Mieux Bouge Plus » ou directement par l'ASS-NC. Après un état des lieux, l'analyse des besoins des salariés et des possibilités d'actions, il s'agit 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. L'évaluation montre que 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.



Au total, en 2017, 271 adultes ont été sensibilisés directement par les agents du programme de prévention surcharge de l'ASS-NC, à titre professionnel. Le détail de cette action est dressé au chapitre 1.4.

### 3.4 - Participer à la réflexion pour la mise en place d'une réglementation de l'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires

Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

Deux missions d'expertises successives (2014 et 2015), relatives aux politiques publiques pour améliorer l'offre alimentaire en NC ont conforté la nécessité d'un étiquetage nutritionnel en préalable aux autres politiques publiques envisageables.

Action de coordination :

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.

En 2017, le projet fait toujours l'objet de discussions en NC alors que le « nutri-score » (un logo à 5 couleurs apposé sur la face avant des emballages) vient d'être adopté en France métropolitaine (application facultative).

### 3.5 - Proposer des modifications des politiques publiques pour améliorer l'offre alimentaire en NC

Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

Un séminaire de travail avait été proposé par l'ASS-NC les 30 et 31 octobre 2014, 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.

Compte tenu du contexte local, des pistes de réflexion adaptées au contexte local avaient pu être définies.

En effet, 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.

Sur la base des travaux réalisés en 2014, les acteurs concernés avaient envisagé de travailler en 2015 sur des propositions concrètes pour améliorer l'offre alimentaire en NC.

Finalement, les travaux des assises de la santé 2015 ont permis cet exercice avec un plus grand nombre de participants, et mis en exergue la nécessité de mettre en place un dispositif cohérent et équitable, tant en matière de promotion de la santé qu'en matière de fiscalité ou d'économie.

En novembre 2015, M. Louis Georges SOLER a pu rencontrer les principaux acteurs de l'offre alimentaire locale (FINC, Interprofession fruits et légumes, ERPA, DAVAR, Elus des secteurs de la santé, Syndicat des importateurs, Quid Novi) et proposer ainsi une analyse encore plus complète.

Il a confirmé que 3 typologies d'actions sont possibles sur l'alimentation :

#### L'information/l'éducation :

Les grandes campagnes de communication, en population générale et dans le milieu scolaire doivent se poursuivre afin de changer les représentations globales de la population, mais en préalable à toute mise en place d'actions ou de politiques publiques, l'**étiquetage** doit être revu en NC, avec des discussions à mener sur les délais d'application, sur la possibilité d'analyser localement les produits, sur la présentation dans un premier temps d'un texte uniquement centré sur l'étiquetage nutritionnel, tant pour les produits locaux qu'importés.

#### L'amélioration de la qualité alimentaire :

Sur les deux pistes, réglementaire et chartes d'engagement, la piste des chartes serait à privilégier en NC compte tenu de la complexité d'élaboration et de contrôle d'une réglementation sur la qualité alimentaire.

C'est une voie d'avenir qui malgré la lenteur de mise en place compte tenu des différences d'interlocuteurs et de processus industriels a pour intérêt d'aller dans le sens du développement durable et du développement des productions locales.

#### Les politiques fiscales :

La mise en place d'une contribution de santé publique (utilisation en appui des démarches de santé publiques) pourrait influencer sur le consommateur, mais surtout sur les entreprises (avec mise en place de charte aux objectifs significatifs). Cette contribution pourrait être calculée sur les volumes produits ou importés et modulée selon l'adhésion ou pas des entreprises à une charte d'engagement sur la qualité de l'offre. Cette contribution pourrait porter sur quelques aliments ou produits à préciser en fonction de leur contribution aux pathologies liées à la surcharge pondérale (produits à teneurs élevées en gras, sucre, sel, très consommés).

En 2017, la réforme de la fiscalité a fait l'objet de nombreuses discussions, au cours desquelles l'idée d'une contribution de santé publique a parfois été évoquée.

Pour que les impacts sur la santé puissent être envisagés dans leur globalité, il est nécessaire que les secteurs de la santé, de l'économie, des finances, de l'industrie agro-alimentaire, de l'agriculture, de l'élevage et du développement durable puissent travailler ensemble. Il est aujourd'hui difficile de définir précisément la nature des apports alimentaires des Calédoniens, ni quelle est la contribution à la prise de poids des différentes catégories d'aliments.

### **3.6 - Proposer des modifications des politiques publiques pour favoriser la pratique régulière d'une activité physique ou sportive**

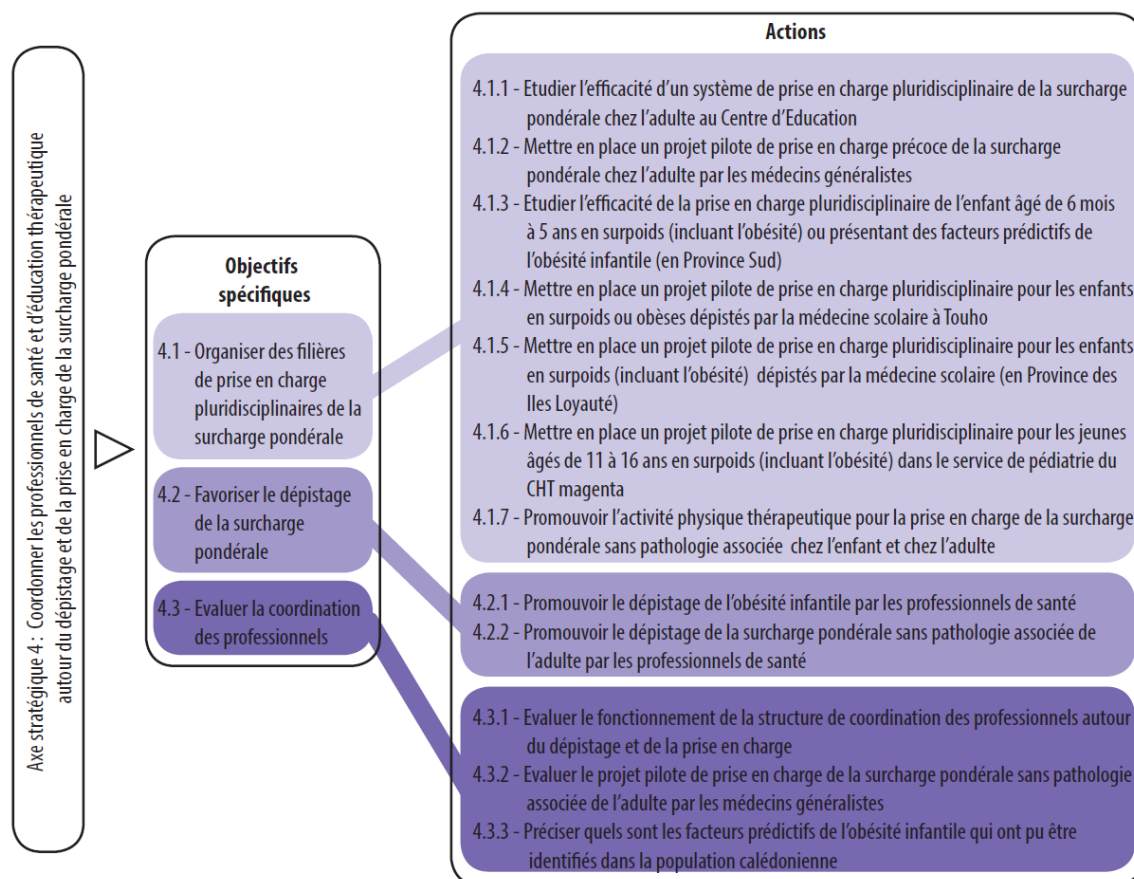
#### **Action de coordination :**

En 2017, les orientations stratégiques issues des « assises du sport » organisées par la Direction de la Jeunesse et des Sports de la NC ont été proposées à la validation au plus haut niveau de la gouvernance.

Pour la promotion de l'activité physique comme pour l'amélioration de l'offre alimentaire, des partenariats sont indispensables, notamment en matière de politique de transports urbains ou

d'aménagement du territoire (proximité des espaces verts, chemins piétonniers, pistes cyclables, équipements récréatifs, trottoirs, sécurité...)

#### 4 - Coordonner les professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale (axe 4)



Pour les enfants et les adultes en situation de surpoids ou d'obésité, sans comorbidité associée, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise, en première intention, d'intégrer dans le suivi médical habituel des personnes des conseils diététiques, d'activité physique et une approche psychologique. Dans la mesure du possible, Le médecin traitant est au centre de cette prise en charge, qui peut être pluri-partenaire. En NC, l'offre de prise en charge spécifique de la surcharge pondérale est très peu développée et relève, le plus souvent, du secteur privé. Chez l'adulte, les structures existantes sont centrées sur les pathologies chroniques qui découlent de l'excès pondéral (Obésité morbide, diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale). Chez l'enfant l'offre de prise en charge était quasi inexistante avant 2014.

Pourtant, si l'on observe la prévalence du surpoids et de l'obésité en NC, le besoin de développer des filières de prise en charge est réel.

Chez l'enfant (étude santé orale 2012) :

- A 6 ans, 11 % des enfants sont en surpoids et 8 % des enfants sont obèses
- A 9 ans, 18 % des enfants sont en surpoids et 11 % des enfants sont obèses
- A 12 ans, 22 % des enfants sont en surpoids et 20 % des enfants sont obèses

Chez l'adulte (baromètre santé de la NC 2015) :

- 30 % des adultes, 32 % des hommes et 27 % des femmes sont en surpoids
- 38 % des adultes, 38 % des hommes et 37 % des femmes sont obèses

#### **4.1 - Etudier l'efficacité d'un système de prise en charge pluridisciplinaire de la surcharge pondérale chez l'adulte, au centre d'éducation** **Mettre en place un projet pilote de prise en charge précoce de la surcharge pondérale chez l'adulte par les médecins généralistes**

##### **Action de coordination :**

Pour ces 2 actions complémentaires, un projet pilote a été conduit d'octobre 2014 à Juillet 2016.

Le bilan du projet a été rédigé et diffusé en 2017.

Porteur de projet : ASS-NC

Partenaires du projet : les syndicats des médecins libéraux de NC (SML et UDML) et la CAFAT

##### **Objectifs du projet :**

- Tester la faisabilité de la mise en place d'une prise en charge précoce chez l'adulte en surpoids ou obèse par le médecin généraliste et une équipe pluridisciplinaire (diététicien, professeur d'activité physique adapté et psychologue) en NC.
- Mesurer l'impact de cette prise en charge sur l'état pondéral des adultes, leur qualité de vie et leurs habitudes quotidiennes alimentaires et d'activité physique.

Pour bénéficier de la prise en charge proposée dans le cadre de ce projet (1 entretien motivationnel avec leur médecin généraliste et 1 stage d'éducation thérapeutique avec l'équipe du centre d'éducation de l'ASS-NC), les personnes devaient répondre aux critères de recrutement suivant :

- Etre domicilié en Province Sud
- Avoir strictement plus de 18 ans et moins de 65 ans
- Avoir un indice de masse corporel (IMC)  $\geq 27,5$  et  $\leq 32,5$
- Etre volontaire pour bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire pour son problème de poids
- Ne pas être pris en charge par la CAFAT au titre de la longue maladie (LM), pour quelque motif que ce soit
- Ne pas être en cours de grossesse

##### Bilan du projet :

##### **Quelques chiffres :**

- Nombre de médecins ayant participé volontairement au projet : 10
- Nombre de médecins ayant adressé des personnes répondant aux critères de recrutement : 8
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un entretien motivationnel avec leur médecin généraliste : 53
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un stage d'éducation thérapeutique : 37
- Nombre de personnes ayant poursuivi leur stage d'éducation thérapeutique jusqu'à son terme : 11

Parmi les personnes volontaires pour participer au projet, 19 % des adultes sont en surpoids ( $25 < \text{IMC} \leq 29.9$ ), 60 % en situation d'obésité modérée ( $30 \leq \text{IMC} \leq 34.9$ ), 13 % en situation d'obésité sévère ( $35 \leq \text{IMC} \leq 39.9$ ) et 8 % en situation d'obésité morbide ( $\text{IMC} \geq 40$ ).

Les points positifs du projet :

- Le bénéfice de la prise en charge pluridisciplinaire offerte dans le cadre de ce projet est notable pour les personnes en ayant bénéficié (perte de poids, amélioration de la qualité de vie en lien avec la santé, amélioration des habitudes alimentaires et augmentation de l'activité physique).
- Les personnes ayant participé au projet sont très satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié.
- Les médecins généralistes et l'équipe du centre d'éducation sont satisfaits d'avoir participé au projet.

Les points limitant du projet :

- La motivation des personnes sollicitées pour participer au projet était faible. Les médecins ont rapidement rencontré des difficultés pour adresser des personnes répondant aux critères de recrutement, les personnes ont donc été acceptées quel que soit leur IMC. On remarque également un grand nombre d'abandon en cours de stage, et seulement 11 % des personnes recrutées ont suivi le stage d'éducation thérapeutique jusqu'à son terme.
- Malgré la motivation des médecins généralistes à participer au projet, et malgré une initiation à la conduite d'entretiens motivationnels qui leur a été proposée en début de projet, cette consultation n'a que peu souvent mobilisé la motivation des personnes sollicitées pour bénéficier d'une prise en charge au centre d'éducation. Ceci interroge la pertinence de la conduite de ce type d'entretien par les médecins généralistes libéraux.

Conclusion :

Ce projet a vu le jour à la demande des syndicats de médecins libéraux, afin de tester la faisabilité d'une consultation dédiée à la prise en charge des problématiques liées à la surcharge pondérale de leurs patients. L'ASS-NC a mis à disposition pour ce projet, un coordinateur de projet et l'équipe de son centre d'éducation pour proposer un stage d'éducation thérapeutique suite à cette consultation médicale. L'efficacité de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en éducation thérapeutique est reconnue par la HAS. Elle s'appuie en grande partie sur la motivation intrinsèque du patient. Les résultats de ce projet sont très limités, tant au niveau de la disponibilité des médecins généralistes que de la motivation de la population ciblée.

#### **4.2 - 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)**

Action de coordination :

Porteur de projet : DPASS Sud

Objectif de l'étude :

Comparer l'efficacité de 3 modes de suivi (diététique seul ; diététique et psychologie ; diététique-psychologie-autre métier) dans une prise en charge de l'enfant débutant dès l'apparition de facteurs prédictifs majeurs de l'obésité.

Mise en œuvre :

Cette étude a débuté en Juillet 2014 dans les CMS de Païta et de Boulari et la PMI de Montravel.

Bilan du projet :

A ce jour, aucune donnée n'est disponible nous permettant d'établir un bilan pour ce projet.

### 4.3 - 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 Nord)

#### Action de coordination

Porteur du projet : DASSPS Nord

#### Action portée par Mange Mieux Bouge Plus :

En partenariat : intervention diététiciennes

#### Objectif du projet :

Développer la prise en charge de l'obésité infantile des enfants dépistés lors de la visite médicale scolaire.

#### Mise en œuvre :

- Création d'un fichier obésité infantile qui permet de recenser les élèves dépistés pour surpoids ou obésité au cours de la visite médicale scolaire. Ce dossier est renseigné par les infirmiers référents scolaires des CMS.
- Création d'un dossier « nutrition santé » de prise en charge de l'obésité infantile.
- Organisation d'ateliers cuisine pour sensibiliser les adultes à « une alimentation saine » et aux conséquences de l'obésité infantile.
- Prise en charge pluri partenariale de l'obésité infantile (diététicienne, infirmier référent obésité, médecin...).

Depuis le début du projet en 2014, la prise en charge de l'obésité infantile a été développée dans les CMS de Touho, Canala, Houailou, Kouaoua, Ponérihouen, Poindimié, Hienghène, Pouébo, Kaala Gomen, Poya, Voh, Ouégoua, Koné, Koumac et Poum.

#### Bilan du projet :

Une évaluation qualitative des systèmes de prise en charge a été réalisée par un prestataire fin 2017 à Canala et Touho (rapport disponible sur le site [www.ass.nc](http://www.ass.nc)).

#### Les points forts :

- Le portage du projet par la province, l'investissement des équipes des CMS et la structuration de la coordination ont permis une montée en charge importante du projet.
- Il offre une réelle valeur ajoutée avec un suivi diététique centré sur l'obésité infantile, et ce grâce à la mise à disposition dans tous les CMS provinciaux des diététiciennes de l'ASS-NC.
- Le protocole de diagnostic pour entrer dans le projet est conforme aux recommandations en la matière.
- Un Dossier Nutrition Santé a été développé qui permet la définition d'objectifs thérapeutiques avec le patient et sa famille en identifiant des actions simples, concrètes et atteignables qui s'adressent aussi bien aux enfants qu'aux parents.
- Des actions collectives d'information-sensibilisation et d'éducation en santé relatives à l'alimentation et l'activité physique sont mises en place 1 à 2 fois par an en complément du suivi médical.



Les améliorations possibles :

- Pour correspondre aux recommandations de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile et à un réel programme d'éducation thérapeutique, une offre de suivi psychologique et la définition d'objectifs thérapeutiques d'activité physique avec un kinésithérapeute ou un éducateur sportif devraient être proposées.
- La communication externe aux CMS pour faire connaître le projet aux usagers pourrait être développée.
- De plus, une réflexion sur l'accessibilité des dispensaires du fait des contraintes de transport local (horaires, fréquence, durée et coût du trajet), pourrait être menée.
- L'initiation et la coordination du parcours de prise en charge pourraient être améliorés et allégés pour les patients par la tenue de réunions pluridisciplinaires et la mise en place d'outils spécifiques.

#### 4.4 - 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 Loyauté

Action de coordination :

Porteur du projet : DACAS Iles

Action portée par Mange Mieux Bouge Plus en partenariat : intervention diététiciennes

Objectifs du projet :

- Sensibiliser les enfants et les parents d'élèves à l'équilibre alimentaire
- Dépister la surcharge pondérale chez les élèves de CE2 et de CM2 des écoles du district du Wetr
- Prendre en charge les enfants dépistés pour une surcharge pondérale au CMS (diététicienne, psychologue, médecin, infirmier, éducateur sportif)

Le projet a été rédigé et a débuté en 2014 avec des enfants dépistés dans le cadre de la médecine scolaire du CMS de Xepenehe, scolarisés en CE2 et CM2 dans 3 écoles du Wetr à Lifou. Le projet comporte une séance de sensibilisation à l'école avec la diététicienne et un suivi diététique au CMS. 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) complètent la prise en charge au CMS.

Bilan du projet :

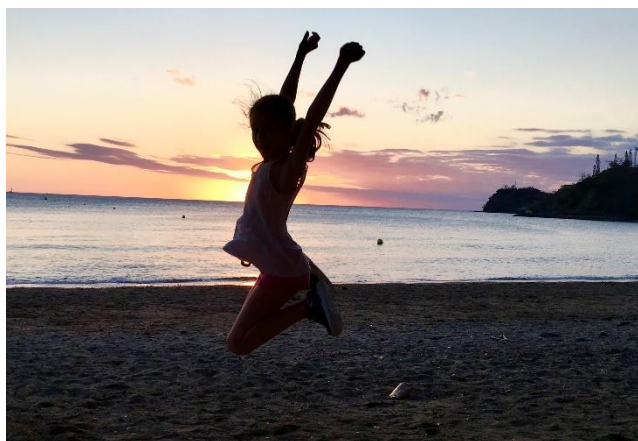
Une évaluation qualitative des systèmes de prise en charge a été réalisée par un prestataire fin 2017 (rapport disponible sur le site [ww.ass.nc](http://ww.ass.nc)).

Les points forts :

- Au niveau externe, des actions et outils ont pu être déployés afin de favoriser l'implication des patients dans le suivi proposé (interventions 3 années de suite dans plusieurs écoles du Wetr pour aborder la thématique, supports d'information ASS-NC remis aux patients, ...).
- Des actions favorisant l'accueil et l'inclusion dans le programme ont été mises en place depuis le début du projet (supports d'information affichés, promotion du programme par l'IDE référente, orientation des enfants par tous les professionnels du CMS).
- Le protocole de diagnostic pour entrer dans le projet est conforme aux recommandations en la matière.
- Le nombre de patients inclus « perdus de vue » ou non suivis reste faible (16 %).

Les améliorations possibles :

- Pour correspondre aux recommandations de prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité infantile et à un réel programme d'éducation thérapeutique, une offre de suivi psychologique et la définition d'objectifs thérapeutiques d'activité physique avec un kinésithérapeute ou un éducateur sportif devraient être proposées.
- Une réflexion sur l'accessibilité des dispensaires du fait des contraintes de transport local (horaires, fréquence, durée et coût du trajet) et sur l'amélioration de la prise en charge pour certains patients qui renoncent à réaliser les examens complémentaires prescrits pour des raisons financières (prises de sang par exemple), pourrait être menée.
- Le nombre d'enfants bénéficiant de ce type de prise en charge pourrait être largement augmenté au regard des besoins identifiés dans la population. En effet, si en théorie les critères d'inclusion définis dans le projet sont relativement larges, permettant d'inclure tout enfant en situation de surcharge pondérale, les dépistages n'ont été réalisés qu'auprès de 2 ou 3 classes de CM2 du Wetr et le suivi proposé a été limité à 19 enfants depuis le début.



#### **4.5 - 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**

Action de coordination :

Porteur du projet : CHT, service de pédiatrie

Partenaires du projet : ASS-NC (intervention prestataires), CSSR (mise à disposition des locaux par convention)

Objectif du projet :

Développer une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, activité sportive) pour les adolescents en situation d'obésité fréquentant le service de pédiatrie du CHT

Mise en œuvre du projet :

Depuis 2014, le programme « PASS'ADO NC » proposé par le service de pédiatrie du CHT comprend des ateliers de groupe diététiques, d'activité physique et des groupes de parole. Les ateliers sont proposés lors de chaque période de vacances scolaires et animés par l'équipe du CHT (kinésithérapeute, médecin, infirmier) et des intervenants extérieurs pour les activités sportives ou artistiques.

Bilan du projet :

Une évaluation qualitative des systèmes de prise en charge a été réalisée par un prestataire fin 2017 (rapport disponible sur le site [ww.ass.nc](http://ww.ass.nc)).

## Les points forts :

- Le projet apporte une véritable valeur ajoutée en comparaison des prises en charge existantes sur le territoire (dispensaires, médecine de ville, ...), notamment en termes d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire.
- Ce projet fait partie intégrante du projet de service de pédiatrie du CHT, validé par la direction du CHT depuis 2014. Il est formalisé par une fiche-projet issue d'une démarche participative et pluridisciplinaire, qui constitue un véritable outil support guidant les pratiques professionnelles.
- Les profils et compétences mobilisés (pédiatre, cadre infirmière puéricultrice, diététicienne, kinésithérapeute, psychologue) correspondent parfaitement à la thématique investie tandis que la grande majorité des professionnels sont certifiés ou formés à l'éducation thérapeutique du patient.
- De nombreux outils ont été formalisés pour la coordination du projet.
- Conformément à la démarche qualité mise en place au CHT, la satisfaction des bénéficiaires est recueillie.
- L'évolution de la file active depuis 2014 est de 92 % (sur 40 jeunes adressés au service de pédiatrie depuis 2014, 19 ont suivi un stage éducatif).

## Les améliorations possibles :

- Les critères d'inclusion pourraient être étendus au regard des besoins du territoire et des recommandations en la matière, et notamment, l'âge d'inclusion qui pourrait être plus précoce par rapport au rebond d'adiposité.
- La montée en charge du projet nécessite la mise à disposition de moyens humains supplémentaires (temps de coordination et de prise en charge) et ce au service de la qualité de la prise en charge.
- Le projet gagnerait à être plus visible auprès des partenaires extérieurs (médecins généralistes libéraux, dispensaires, infirmières scolaires...) et du grand public.

#### 4.6 - Promouvoir l'activité physique thérapeutique pour la prise en charge de la surcharge pondérale sans pathologie associée

## Action de coordination :

Porteur du projet : Ligue calédonienne de natation

Partenaire du projet : ASS-NC

## Objectifs du projet :

- Former les éducateurs sportifs diplômés d'état à l'animation de séances d'activité physique adaptée en piscine (certification Nager Forme Santé)
- Proposer aux personnes présentant des facteurs de risque pour les maladies métaboliques (dont obésité) des séances de natation encadrées par un éducateur diplômé d'état et certifié Nager Forme Santé

Mise en œuvre du projet :

- La certification de 13 éducateurs sportifs diplômés d'état a eu lieu en 2016
- En 2016 et 2017, les séances Nagez Forme Santé ont été proposées :
  - A Koutio : au centre aquatique régional Guy Verlaguet
  - A Nouméa : dans les centres aquatiques de Rivière-salée, du Ouen Toro et du CNC et en mer
  - Au Mont Dore : au centre aquatique de Boulari
  - A Pouembout : au centre aquatique provincial

Le projet a été évalué en 2017, ce qui a mis en évidence certaines difficultés des éducateurs sportifs. Une formation sera proposée début 2018 pour améliorer les pratiques.

#### 4.7 - Favoriser le dépistage de la surcharge pondérale

Action portée par l'ASS-NC :

En 2016, un « baromètre professionnel de santé » visant les médecins généralistes publics et privés a été réalisé par l'ASS-NC. Plusieurs questions ont été intégrées au questionnaire pour dresser un bilan des pratiques en matière de dépistage du surpoids et de l'obésité. Les résultats de ce bilan ont été diffusés en 2017, et pourraient permettre d'orienter les actions nécessaires à la promotion du dépistage de la surcharge pondérale chez l'adulte comme chez l'enfant.

#### 4.8 - Evaluer la coordination des professionnels

Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus » :

La coordination des projets proposée par l'ASS-NC ne se substitue pas à une structure support de type réseau de santé territorial qui permettrait de porter les initiatives de manière coordonnée sur l'ensemble de la NC et qui pourrait favoriser une réelle harmonisation des pratiques professionnelles et des prises en charge en cohérence avec le plan Do Kamo.

### Relations avec les organismes internationaux



### Action portée par « Mange Mieux Bouge Plus »

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

En 2017, le partenariat avec l'OMS et la Communauté du Pacifique s'est poursuivi, notamment pour le partage avec les autres pays francophones du Pacifique des différents outils de promotion de la santé élaborés et via la participation à 4 ateliers de travail :

- En juin à Fidji (Suva) pour la mise en place d'un projet de promotion de la santé à l'école à Fidji et à Wallis et Futuna, en partenariat avec le fonds pacifique, la CPS et l'université de Fidji.
- En novembre au Japon pour faire le point avec l'OMS sur l'épidémie d'obésité dans les pays insulaires du Pacifique et proposer le projet « ECHO » pour lutter contre l'obésité infantile.
- En décembre à Fidji (Nandi) pour la validation de recommandations partagées entre tous les pays du Pacifique, à l'initiative de la CPS.
- En décembre à Fidji (Nandi) pour le lancement du « pacific echo », à l'initiative de l'OMS.

## CONCLUSION

### Point fort

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

### Axes d'amélioration

Les bilans des projets menés, confortés par les données des baromètres santé, permettent de préciser la problématique de la prévention de la surcharge pondérale et de la lutte contre l'obésité en NC :

- Dans le prochain plan quinquennal, le **dépistage et la prise en charge précoce devraient être envisagés dès les premières années de vie** et bien avant le stade du « rebond d'adiposité » (environ 6 ans).
- En complément des campagnes d'information, des politiques publiques pour que le milieu soit plus favorable à adopter un mode de vie sain paraissent indispensables (notamment en matière **d'amélioration de la qualité de l'offre alimentaire**).
- Les **actions de proximité** associées aux campagnes « grand public » devraient être renforcées auprès du public cible.
- Le **développement du « sport santé »** nécessite un engagement au plus haut niveau de gouvernance pour favoriser l'implication d'un maximum d'acteurs (santé, social, sport, éducation, urbanisme...) et ainsi créer un environnement favorable à la pratique d'une activité physique ou sportive.
- Une **coordination multi-sectorielle**, notamment des acteurs de l'agriculture, de l'économie, ou de la fiscalité est indispensable pour réduire les contraintes de prix des fruits et légumes.

- Une **politique fiscale incitative** à améliorer la qualité des produits pourrait être envisagée pour les producteurs locaux et pour les importateurs, en priorisant l'amélioration des produits les plus consommés.
- Une réflexion pourrait être menée dans le cadre du **projet éducatif de la NC** pour augmenter les connaissances et compétences de tous les professionnels de l'éducation en promotion de la santé (formation initiale et continue obligatoires).

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



## Perspectives

L'année 2017 a permis l'élaboration du cahier des charges pour l'évaluation du programme prévue en 2018. Au-delà du bilan, cette évaluation permettra de disposer de recommandations pour l'écriture du programme 2019-2023.

Par ailleurs, le plan Do Kamo, au-delà de la maîtrise nécessaire des dépenses de santé, conforte la nécessité de faire de la lutte contre l'obésité et contre les addictions des « priorités Pays ».

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

## Introduction

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

La gravité du RAA est liée à sa séquelle cardiaque nommée **cardiopathie rhumatismale chronique (CRC)**, qui provoque à terme de graves dysfonctionnements cardio-vasculaires nécessitant dans de nombreux cas un acte chirurgical pour éviter une issue létale. L'**échocardiographie** est l'examen par excellence qui permet son diagnostic ainsi que la gradation de sa sévérité, à partir de critères définis par la Fédération mondiale du cœur (WHF) en 2012<sup>1</sup>.

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

Alors que le RAA a quasiment disparu depuis plusieurs décennies dans les pays à haut revenus, il constitue un problème de santé publique majeur dans les pays en développement et dans certaines régions du monde comme le Pacifique<sup>2</sup>. L'Australie, la Nouvelle Zélande ou la NC, sont des pays où le RAA et la CRC restent **endémiques**, notamment dans les populations océaniques.

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

L'objectif général du programme de lutte contre le RAA vise à réduire les **conséquences sanitaires et sociales** du RAA et de la CRC. Il s'appuie sur **cinq axes stratégiques** reconnus et validés par la Fédération Mondiale du Cœur<sup>3</sup>, qui couvrent les niveaux de prévention primaire et secondaire :

- 1 - Favoriser l'adoption de bonnes pratiques des professionnels de santé en matière de dépistage, de diagnostic et de prise en charge des angines streptococciques, du RAA, de la CRC.
- 2 - Sensibiliser les enfants et leurs parents, les adolescents et les enseignants à la consultation précoce en cas d'angine streptococcique et de RAA.
- 3 - Améliorer le suivi des patients traités en prévention des rechutes de RAA.
- 4 - Dépister et traiter précocement la CRC.
- 5 - Assurer un suivi épidémiologique, une veille documentaire et faire avancer les connaissances sur le RAA, la CRC et leurs déterminants.

<sup>1</sup> Reményi B, Wilson N, Steer A, Ferreira B, Kado J, Kumar K, et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease--an evidence-based guideline. *Nat Rev Cardiol.* mai 2012;9(5):297-309.

<sup>2</sup> Mirabel M, Bacquelin R, Tafflet M, Robillard C, Huon B, Corsenac P, et al. Screening for rheumatic heart disease: evaluation of a focused cardiac ultrasound approach. *Circ Cardiovasc Imaging.* janv 2015;8(1).

<sup>3</sup> Wyber, R. Grainger Gasser, A. Thompson, D. Kennedy, D. Johnson, T. Taubert, K. Carapetis, J. Tools for implementing rheumatic heart disease control programmes. *Quick Tips Summery.* World Heart Federation and RhEACH. Perth, Australia 2014

# 1 - Evaluation du programme

## 1.1 - Le projet d'évaluation

L'évaluation du programme a été réalisée dans le cadre de l'objectif opérationnel 4.8 de la convention d'objectifs et de moyens n°39-3120/2016, conclue entre l'ASS-NC et la Nouvelle-Calédonie, en octobre 2016. Le budget alloué à ce projet a été fixé à 7 millions F CFP.

Un comité d'évaluation a été créé en décembre 2016. Sa mission se terminera courant 2018 après la clôture de la dernière phase du processus d'évaluation : l'écriture du programme selon les recommandations de l'évaluateur. Il est constitué de représentants de la DASS-NC, de la DASPS PN, de la DPASS Sud, de la DACAS Iles, de la CAFAT, de l'ASS-NC, et de professionnels de santé du secteur libéral. En 2017, le comité d'évaluation s'est réuni à cinq reprises pour préparer et assurer le suivi du projet. (Rédaction du cahier des charges, choix du chargé d'évaluation, discussion des résultats). Le projet d'évaluation a été confié à la société Efect, représenté par le Dr Sannino, dans le cadre d'un avis de consultation.

Il s'est agi d'une évaluation externe portant sur la période totale de la mise en œuvre, à visée formative. L'objectif était d'obtenir des préconisations d'évolution pour les interventions du programme et formaliser le programme calédonien 2018-2023 de contrôle de la CRC.

Le champ de l'évaluation a recouvert l'ensemble de la stratégie déployée, et a concerné les différentes parties prenantes du programme (partenaires, patients et familles de patients, professionnels de santé et de l'éducation, du secteur public et privé). Les questions évaluatives ont porté sur la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'impact et l'efficience du programme, et ont aussi questionné la mise en œuvre sous le prisme de l'équité.

Le projet d'évaluation a été structuré en trois phases.

Table n°1 : Phases de l'évaluation du programme RAA ASS-NC 2017

Phases	Livrables	Restitution	Période
Préparatoire	Référentiel d'évaluation	Réunions échanges	Août – sept 2017
	Note de cadrage	discussion validation	
	Guides d'entretiens	Restitution en comité	
	Schéma d'animation des focus groups	d'évaluation	
Opérationnelle	Entretiens sur site	Restitution en comité	23 sept -10 oct 2017
	Rapport intermédiaire	d'évaluation	
Conclusions et recommandations	Rapport final (+ synthèse de 5 pages)	Restitution en comité	Mars 2018
		Présentation en Conseil d'Administration	Février 2018

## 1.2 - Les conclusions et recommandations de l'évaluation

L'évaluateur souligne la pertinence et la cohérence du programme. Ses axes stratégiques ne sont donc pas remis en cause, mais l'évaluateur propose d'en ajuster le contenu.

### 1.2.2 - Le réseau des professionnels de santé

Le programme RAA est reconnu dans sa mission d'animation de réseau (échanges d'expérience, esprit de partage...) par une grande part des professionnels de santé, en particulier du secteur public.



Néanmoins, le rapport d'évaluation souligne les difficultés de coopération éprouvées par le programme RAA avec le secteur libéral généraliste et paramédical, et pour partie le secteur hospitalier. La pratique de la plupart de ces professionnels de santé s'ancre dans une approche individuelle et reste peu orientée santé publique. Leur contribution possible à la connaissance épidémiologique n'est donc que très rarement identifiée. Ce qui explique le faible taux de déclaration obligatoire effectué.

La problématique du secteur public, quant à elle, s'inscrit dans un fort taux de turn over des équipes médicales et paramédicales. Ceci constitue une menace à la mise en place et à la pérennisation des projets, ainsi qu'à l'application des recommandations de bonnes pratiques pour le diagnostic, et la prise en charge de la maladie.

Les recommandations de l'évaluateur préconisent un renforcement de la dynamique d'animation des différents réseaux professionnels et en particuliers celui des cardiologues. Il semblerait que les professionnels de santé connaissent les protocoles thérapeutiques mais ne les maîtrisent pas vraiment, et s'en réfèrent aux cardiologues pour la prise en charge thérapeutique.

L'accès à l'information doit être rendu plus facile et proactif par une communication systématique et régulière. Un accueil systématique des primo arrivants doit être organisé en lien avec d'autres institutions dans le cadre des démarches obligatoires pour toute nouvelle installation ou prise de fonction.

Le renforcement de ces actions en direction des professionnels de santé est conditionné par une réorganisation des ressources humaines du programme RAA, qui sont déjà saturées.

### 1.2.3 - La prévention universelle ou primordiale

L'évaluateur souligne le manque d'actions de prévention universelle intégrée à la stratégie globale pour réduire l'endémicité du streptocoque, responsable des infections à l'origine du RAA. Ce faisant, il propose pour le programme un objectif général autrement plus ambitieux qu'il n'est à l'heure actuelle. Ce choix a été fait en raison de la prépondérance des déterminants socio-économiques et environnementaux qui pèsent sur la maladie. De fait, sa prévention relève d'initiatives qui dépassent le champ du secteur sanitaire et qui s'inscrivent dans des dimensions sociales, économiques, environnementales et culturelles. La prévention universelle suppose une synergie d'action de tous les secteurs politiques pour améliorer les conditions de vie (accès à l'habitat, à l'eau potable...), mais également des interventions en population générale pour agir sur les représentations et les modes de vie de la population. Cette stratégie globale ne peut être initiée que par une instance telle que Do Kamo.

Des messages de prévention universelle sont néanmoins portés par le programme en lien avec les directions sanitaires provinciales lors des séances d'information préalable au dépistage auprès des élèves de CM1 de leurs parents et de leurs enseignants. Cependant, il apparaît que la population cible n'a pas assimilé les modes de transmission infectieuse élémentaires. Ces séances d'informations seront donc retravaillées sur le fond et la forme conformément aux recommandations.

Au-delà du plaidoyer pour défendre l'intérêt de l'intégration d'une prévention universelle dans la stratégie d'action auprès du Gouvernement, il conviendra de décider du niveau d'ambition de l'objectif général du programme. La première alternative consiste à faire évoluer la stratégie d'action vers un programme plus ambitieux pour lequel l'atteinte de l'objectif est conditionnée par une synergie d'interventions sur les déterminants de santé, sortant pour l'essentiel, du champ sanitaire. La deuxième alternative propose un objectif, tel qu'il est aujourd'hui, plus modeste, puisqu'il relève pour l'essentiel du secteur sanitaire, mais néanmoins réaliste et atteignable.

Cette décision prédéfinira les populations cibles, pour autant, la stratégie de communication devra être ensuite débattue en termes de cibles et de contenu.

### 1.2.4 - Le partage de données entre la CAFAT, la DASS-NC et l'ASS-NC

La notification des nouveaux cas à inclure dans le registre n'est que très rarement faite (environ 20% des médecins généralistes du secteur privé<sup>4</sup>). Les médecins rencontrés par l'évaluateur estiment que la demande de prise en charge à 100% au titre de la longue maladie devrait faire office de déclaration obligatoire. Or à ce jour la législation ne permet pas à la CAFAT de partager ces informations de manière systématique avec l'ASS-NC.

En outre, la coordination du programme de lutte contre le RAA et la CRC a été confiée à ASS-NC, sous la tutelle de la DASS-NC. Les notifications de cas sont transmises à la DASS-NC qui les transfère ensuite au programme RAA de l'ASS-NC. Le mode de gouvernance actuel rend difficile et peu optimale la circulation de l'information, et est préjudiciable à la tenue d'un registre dont la vocation est de tendre vers l'exhaustivité.

Les recommandations de l'évaluateur vont dans le sens d'une simplification du système de déclaration obligatoire et la mise à plat du circuit de l'information.

### 1.2.5 - L'organisation du dépistage de la CRC et l'information des familles et patients

Le rapport d'évaluation relève l'excellente acceptabilité du dépistage, confirmée par un taux de participation au dépistage de 88% en 2016.

Depuis 2010, afin d'augmenter cette participation, l'organisation du dépistage, prévoit une séance d'information en amont de celui-ci. L'objectif est de dédramatiser et expliquer aux élèves, et enseignants, les conditions de l'examen ainsi que les étapes de cette intervention.

Au cours de cette séance, le RAA et les moyens de le prévenir par des règles d'hygiène de base, sont également expliqués aux enfants (message de prévention universelle).

L'objectif premier de cette action est atteint puisque l'évaluateur constate que les enfants n'ont exprimé aucune crainte par rapport à l'examen. En revanche, il semblerait que cet apport d'information sur la maladie, associé au dépistage, ne soit pas pertinent, car source d'inquiétude inutile pour les enfants, dont, de surcroît la majorité ne sera pas concernée la maladie. Il conviendrait de revoir le contenu de la séance d'information en limitant les explications aux processus de dépistage, et à l'apport de connaissance sur les moyens d'éviter la contamination microbienne en général par des mesures d'hygiène simples.

Pour autant, l'information sur la maladie doit être renforcée auprès des parents et des enfants pour lesquels le diagnostic de CRC a été posé au terme de la dernière phase du dépistage. Ces derniers ont exprimé un besoin d'information après le choc de l'annonce. La réflexion pour la mise en place d'une consultation d'annonce dans le cadre du dépistage scolaire de la CRC sera travaillée avec les partenaires du programme.

Au regard de la place déterminante de l'information du patient pour l'adhésion au traitement, ce point soulève la question de la consultation d'annonce à tout diagnostic de RAA et de CRC posé et de l'accompagnement des familles dans le vécu de la maladie. En effet, l'évaluateur note que les patients et leurs familles se sentent insuffisamment informés sur la maladie.

La mise en œuvre du dépistage a été également évaluée du point de vue de l'équité et de l'efficacité. Si l'équité semble acquise, l'organisation du dépistage doit évoluer vers une plus grande sécurisation des échanges avec les parents et une modernisation du traitement de l'information qui est encore manuel et très chronophage. La dématérialisation de la saisie des informations du dépistage a déjà été engagée fin 2017 et sera effective pour la campagne 2018.

---

<sup>4</sup> Enquête réalisée par l'ASS-NC en mars 2014

### 1.2.6 - La recherche interventionnelle

La **gestion de la douleur** dans le traitement préventif des rechutes de RAA est une problématique majeure à laquelle sont confrontés les patients et les professionnels de santé, et qui compromet bien souvent l'observance au traitement. Cette problématique a été également soulignée dans le rapport d'évaluation. Une étude sur les pratiques actuelles de gestion de la douleur a été engagée fin 2017. Il s'agit d'une démarche compréhensive dont les prolongements prévus sont l'évaluation de l'efficacité des méthodes de gestion de la douleur et de l'impact du traitement du RAA sur la qualité de vie des patients. La finalité de la démarche est d'affiner l'appréciation du rapport bénéfice risque pour le patient afin de mieux l'accompagner et de disposer d'éléments de décisions supplémentaires permettant d'éclairer l'attitude thérapeutique à adopter.

Les **aspects médico-techniques de la CRC** (l'adaptation au contexte local des recommandations internationales concernant les attitudes thérapeutiques, l'adaptation des recommandations hospitalières aux réalités de la médecine de ville en matière d'administration d'antibiothérapie, l'attitude à adopter face aux CRC limites...) seront traités dans un groupe de travail spécifique composé d'expert en cardiologie et santé publique courant 2018.

L'ensemble de ces éléments sera discuté dans le cadre d'un séminaire qui est programmé durant le premier semestre 2018.

## 2 - Axes opérationnels du programme

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

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

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

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

L'analyse des notifications des cas de RAA diagnostiqués en 2017 montre que les diagnostics posés pour les enfants de 5-14 ans l'ont été dans le cadre d'une hospitalisation pour 26 d'entre eux (54 %), contre seulement 28,5 % pour les tranches d'âge au-delà de 15 ans. Pour toute suspicion de RAA, et particulièrement chez les enfants, l'hospitalisation est recommandée afin de poser le diagnostic, traiter la crise et mettre en place le traitement préventif des rechutes. Concrètement, cette hospitalisation n'est pas toujours possible pour des raisons multiples, dont le nombre de places d'hospitalisation disponibles. Néanmoins, les 5-14 ans ont été plus souvent hospitalisés que les plus âgés, conformément aux recommandations.

#### a) Actualisation et diffusion du référentiel de bonnes pratiques (Guide RAA)

Le programme a édité un référentiel de bonnes pratiques s'appuyant sur les recommandations de la fédération mondiale du cœur, de l'organisation mondiale de la santé, de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et des publications internationales. Ce référentiel est réactualisé

régulièrement en collaboration avec les professionnels de santé, et les médecins spécialistes et généralistes, en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques. En 2017, aucun évènement n'a justifié une réactualisation du guide. Celui-ci a été **diffusé cette année à plus de 300 exemplaires**.

#### **b) Rédaction de protocoles**

L'arrivée de la nouvelle spécialité de référence pour la prévention des récurrences de RAA en 2016 a donné lieu à la rédaction d'un **protocole de gestion de la douleur liée à l'injection de pénicilline**, co-rédigé avec l'inspection de la pharmacie et les directions sanitaires provinciales. Ce protocole s'adresse aux professionnels de santé et propose notamment des techniques de gestion de la douleur lors de l'injection. Il est diffusé à tout professionnel en faisant la demande et est disponible en téléchargement sur le site de l'ASS-NC.

En novembre 2017 un groupe de travail réunissant la Cellule de Promotion de la Santé en Milieu Scolaire du Vice Rectorat, des infirmiers scolaires, et le programme RAA, a produit une fiche de synthèse précisant le **rôle de l'infirmier scolaire dans l'accompagnement des élèves traités en prévention des rechutes de RAA**. Ce protocole sera mis en place dès la rentrée pour une validation définitive en mai 2018.

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

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

Les structures de soins sont confrontées à un turn over important des équipes médicales et paramédicales. Dans le cadre de l'animation du réseau des infirmiers référents RAA, le programme s'attache à soutenir ceux qui sont stabilisés dans une structure et à faciliter la prise de fonction dans la référence pour chaque nouvel arrivant. Ainsi, chaque infirmier est accueilli dans sa référence RAA. A cette occasion, l'équipe et les activités du programme sont présentées et le référentiel de bonnes pratiques (Guide RAA) est diffusé.

Le programme maintient également un lien entre les infirmiers RAA du territoire. Ce faisant, il initie, valorise et diffuse les travaux réalisés par les équipes ou en collaboration avec elles. Ainsi différents outils et supports sont mis à disposition des infirmiers afin que leurs missions de référent soient facilitées et que les nouveaux arrivants soient plus rapidement opérationnels (tels que : Rôle et missions de l'infirmier référent RAA des CMS, Fiche d'animation des séances avant le dépistage).

L'équipe du programme rencontre chaque année de nombreuses équipes et professionnels de santé à leur demande pour échanger sur les pratiques et bénéficier d'une actualisation de leurs connaissances en matière de RAA. Cette année le programme est intervenu auprès de 5 équipes de CMS des Provinces Sud et Iles Loyauté, les infirmiers référents RAA et les dentistes provinciaux de la Province Nord, ainsi qu'auprès des infirmiers scolaires du Vice-Rectorat. L'évaluation de ces rencontres a révélé une **satisfaction à 100 % des participants (n=104)** qui jugent nécessaires ces « rappels sur la maladie et la prise en charge thérapeutique », qui leur « donnent les moyens d'être au clair sur leurs connaissances » et leur « permet de répondre aux questions des patients et envisager un accompagnement plus « compétant' » et ont apprécié « l'abord des aspects utiles à la pratique » ainsi que « la clarté et la simplicité des informations ». Certains précisent qu'ils ont « pris conscience de l'importance de cette problématique de santé ».

#### **Projet 2018 :**

Dans le cadre de la refonte du site internet de l'ASS-NC, les contenus seront retravaillés pour une meilleure lisibilité et facilité d'accès, pour les professionnels de santé.

## 2.2 - Sensibiliser à la consultation précoce en cas d'infection streptococcique et de RAA

### 2.2.1 - Information des enfants de CM1 et de CLIS, de leurs parents et des enseignants

#### a) Sensibilisation des enfants et de leurs parents

Ces informations sont dispensées chaque année aux enfants scolarisés en classe de CM1 et CLIS lors de la séance d'information préalable au dépistage scolaire de la CRC. Au cours de cette séance, qui est réalisée en classe, le RAA et les moyens de le prévenir sont également expliqués aux enfants. En 2017, la couverture des séances d'information a visé 100 % des enfants éligibles au dépistage, soit près de 4500 enfants.

Afin d'animer ces séances d'information de manière interactive et ludique, et de soutenir l'harmonisation des messages diffusés par les intervenants des trois provinces, un support pédagogique a été créé en 2015 : Jojo, un mannequin 2-D de la taille d'un enfant de 9 ans, avec des éléments modulables permettant d'expliquer le processus de la maladie.

Le programme a, par ailleurs, édité des flyers d'information grand public à destination des parents qui sont, notamment, diffusés lors du dépistage. Ce flyer explique ce qu'est le RAA (causes symptômes et conséquences), les moyens de prévenir et son traitement. Cette année, ces flyers ont été distribués à plus de 4 600 familles, annexés au résultat de l'échographie, sous pli confidentiel.

Comme chaque année, le programme a aussi communiqué dans divers supports de presse écrite (magazines jeunesse, grand public et quotidien).

Depuis la campagne de dépistage 2017 une règle d'écolier contenant un message de prévention, est diffusée à tous les enfants éligibles au dépistage.



Ce message rappelle la recommandation essentielle pour éviter le RAA, qui est expliquée lors des séances d'information.

#### b) Sensibilisation des enseignants

Dans le cadre de l'intervention réalisée en classe auprès des élèves, près de 300 enseignants ont été sensibilisés à la pathologie. Ils disposent depuis 2013 d'un support vidéo leur permettant d'animer des séances d'éducation à la santé avec les élèves. Nombre d'entre eux l'utilisent pour préparer ou reprendre avec les élèves ces interventions annuelles.

Cette année, le programme a participé à un séminaire de formation "éducation pour la santé" organisé pour les conseillers pédagogiques de la DENC, à l'occasion de la venue du Pr Didier Jourdan, Professeur en sciences de l'éducation, spécialiste de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation à la santé.

Depuis 2016, le programme a pour projet l'édition d'outils pédagogiques à destination des enseignants du primaire pour leur permettre d'animer des séances d'éducation à santé relatives à la problématique du RAA. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet éducatif calédonien. Il trouve également sa place dans la 3<sup>ème</sup> des 10 mesures proposées par le Pr Jourdan pour une politique de la santé en milieu scolaire.

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

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

L'annonce d'un diagnostic d'une maladie chronique est un temps essentiel de la prise en charge : plus le patient et la famille s'approprient la maladie, meilleure est leur capacité à faire des choix favorables à la santé, et notamment à adhérer au traitement. L'information doit être donnée à bon escient et au moment opportun pour permettre au patient et à sa famille de l'approprier. L'apport d'information doit donc être renouvelé par les différents acteurs intervenant dans la prise en charge et à différents moments. Ce point constituera un axe important de la réflexion lors de la réorientation des actions du programme en 2018.

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

#### a) Animation de la plateforme collaborative pour la prise en charge du RAA et de la CRC

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

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

L'extension de l'accès à la plateforme collaborative n'a cessé de croître depuis sa mise en place en 2015. La Province Nord s'est pleinement saisie de cet outil. Quatorze des quinze CMS utilisent la plateforme. La Province Sud et la Province des Iles Loyauté, quant à elles, disposent d'un logiciel de gestion informatisé du dossier patient. Afin d'éviter la double saisie, un projet d'interopérabilité des systèmes a été mené avec succès. Depuis cette année, une extraction systématisée des dates d'injections enregistrées dans le logiciel Asclépios des provinces Sud et Iles, est transmise mensuellement au programme RAA qui l'intègre d'une manière automatisée sur la plateforme.

Chaque année le réseau de participants à la plateforme s'élargit avec de nouvelles inclusions. En 2017, 19 nouveaux professionnels de santé sont venus l'étoffer. Ce qui porte à 73 le nombre de structures de santé connectées, dont 5 médecins généralistes, 84% des infirmiers référents RAA, 75 % des infirmiers scolaires provinciaux et 62 % des infirmiers scolaires du Vice Rectorat.

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

#### a) Les bilans de suivi

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

## =&gt; Le suivi des patients :

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

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

Ainsi la pertinence de ces bilans pour l'amélioration de l'efficacité du suivi se situe à deux niveaux :

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

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

L'ensemble de ce système de suivi fait partie des recommandations de la Fédération Mondiale du Cœur<sup>5</sup>.

## =&gt; L'indicateur de mesure de l'observance :

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

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

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

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

**b) L'activité de suivi des équipes**

Les efforts fournis pour améliorer l'exhaustivité des données de la plateforme depuis sa mise en place portent à présent leurs fruits et rendent accessibles des indicateurs qui permettent de monitorer l'activité de suivi des équipes à l'échelle des CMS et des provinces.

Ainsi, le programme édite chaque année des bilans de suivi annuels à destination des directions sanitaires provinciales. Les données de suivi les plus fines concernent les 900<sup>6</sup> personnes suivies dans le secteur public en prévention des rechutes de RAA (442 en Province Nord, 316 en Province Iles et 151 en Province Sud).

<sup>5</sup> Wyber, R. Grainger Gasser, A. Thompson, D. Kennedy, D. Johnson, T. Taubert, K. Carapetis, J. Tools for implementing rheumatic heart disease control programmes. Quick Tips Summerly. World Heart Federation and RhEACH. Perth, Australia 2014

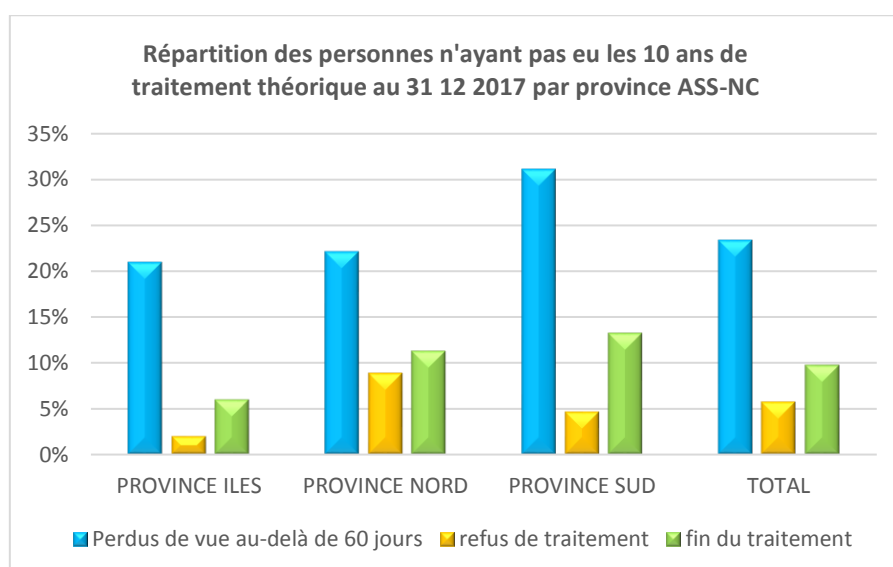
<sup>6</sup> Personnes traitées en prévention des rechutes de RAA ou censées l'être (10 ans minimum à partir de la date de diagnostic ou de la dernière rechute) et dont la date théorique de fin de traitement est supérieure au 01/01/2017

### => Le taux de patients en rupture de traitement ou ayant arrêté leur traitement plus tôt que prévu

Parmi les personnes censées être traitées<sup>5</sup>, un certain nombre d'entre elles ne vont pas jusqu'au bout de la durée de traitement préconisée. On distingue :

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

Les trois provinces font chacune face à contraintes spécifiques, qui rendent souvent difficile le parcours de soins pour les patients et les familles, et compliquent la coordination de celui-ci pour les professionnels de santé. Le taux de personnes n'ayant pas eu les 10 ans de traitement théorique permet à chacune d'entre elles de cibler les mesures à mettre en place et d'évaluer l'impact de leurs actions.

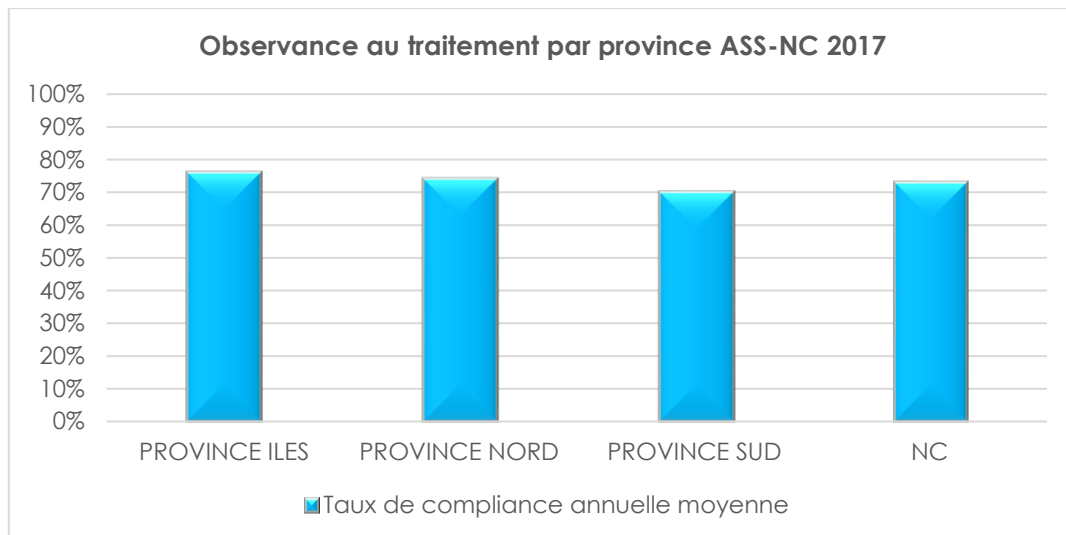


### => L'observance annuelle moyenne au traitement

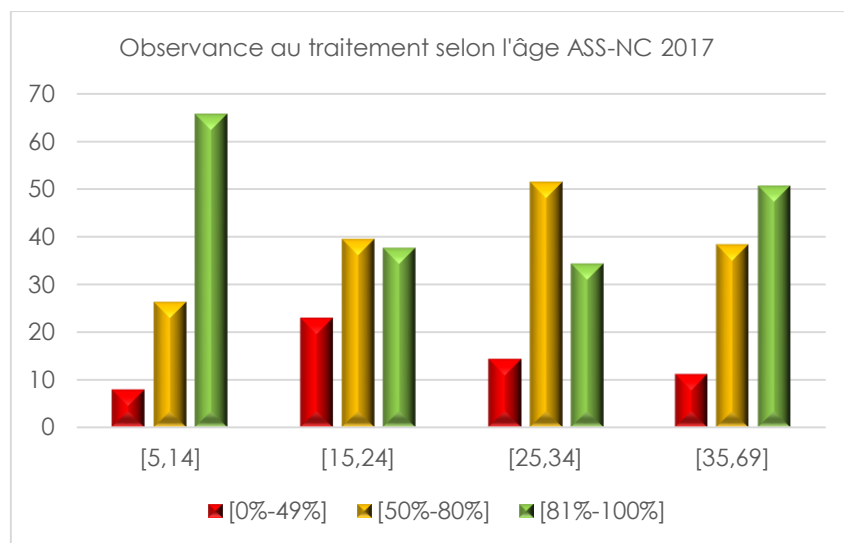
La mesure de la compliance annuelle moyenne de la file active par CMS permet de valoriser le travail des équipes et de mettre en place des objectifs de suivi mesurables.

Ainsi, la direction sanitaire de la Province Nord, a défini un objectif de compliance annuelle pour la file active pour chaque CMS à 80 %. Cet objectif est presque atteint, avec un taux de 74 %. Parmi les 14 CMS de Province Nord utilisant la plateforme, 4 d'entre eux affichent une compliance annuelle moyenne de la file active supérieure à 80 %. Les taux de compliance annuelle les plus élevés sont de l'ordre de 86 % et les moins élevés de presque 60 %. Le taux de compliance annuelle moyenne sur l'ensemble du territoire est de 73 % avec une proportion de patients présentant une compliance annuelle supérieure à 80 % de presque 50 %. Ces chiffres sont satisfaisants au regard de taux de compliance dans les cas de maladie chronique ailleurs dans le monde.





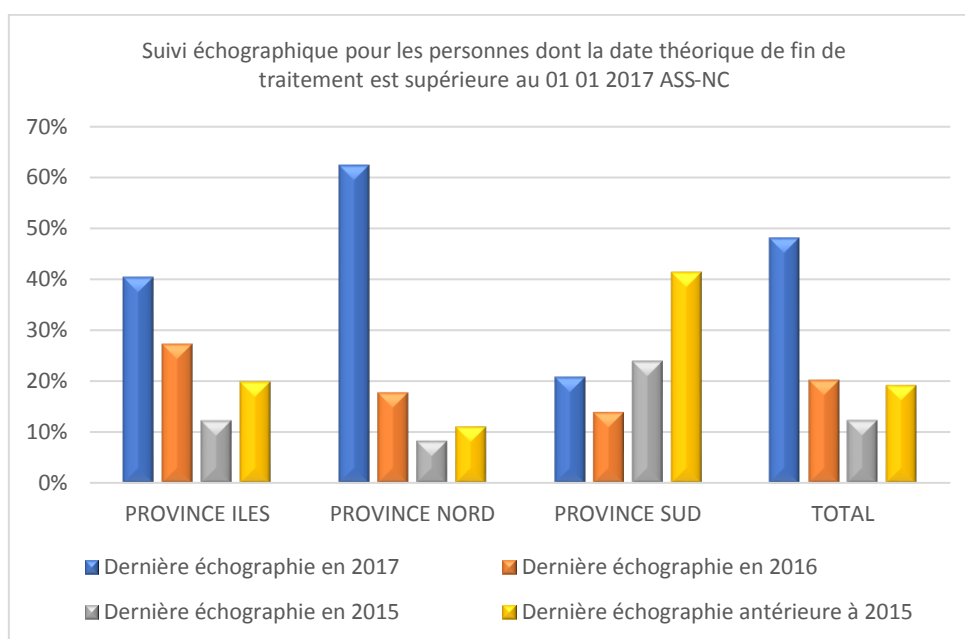
L'observance au traitement selon l'âge est également un indicateur très pertinent pour déterminer, d'un point de vue macro, la population qui doit bénéficier d'un accompagnement plus spécifique. Ainsi le graphique suivant permet d'objectiver ce que nous aurions, il y a quelques années, éventuellement déduit de manière intuitive. Les efforts de soutien doivent en priorité porter sur les 15-34 ans, comme l'indique le graphique ci-dessous.



#### => Le taux de patients à jour dans le suivi cardiologique

Le suivi cardiologique fait également l'objet d'un monitoring. En province Nord près de 65 % des patients sont à jour dans le suivi cardiologique et 80 % ont eu une échographie dans les deux dernières années. A l'échelle du territoire près de 50 % des patients ont eu une échographie en 2017 et presque 70 % dans les deux dernières années.

A noter qu'en Province Sud, ces taux sont certainement sous évalués, car la transmission des informations sur le suivi cardiologique est de moins bonne qualité que dans les deux autres provinces.



#### => Le suivi dentaire

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

Ces indicateurs permettront de suivre la mise en œuvre de la réorientation des actions du programme 2018-2023.

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

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

En 2017, un important travail a été mené avec la DASSPS, les infirmiers référents RAA et les auxiliaires de vie sociale (AVS) auprès des personnes en rupture de traitement. L'objectif était de permettre à ces personnes de faire des choix éclairés par un apport d'information et une écoute centrée sur leur problématique. Une procédure a été mise en place par la DASSPS afin de coordonner les différents acteurs autour des patients en rupture de traitement.

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

L'ASS-NC organise annuellement en lien avec les directions sanitaires provinciales un dépistage scolaire échographique systématique.

### 2.4.1 - L'organisation du dépistage

Ce dépistage se déroule en plusieurs phases :

La première échographie est réalisée à l'école pour les enfants dont les parents l'ont autorisée. Le résultat de l'échographie est remis à l'enfant sous pli confidentiel à l'issue de la journée de dépistage. Une seconde échographie de contrôle est proposée pour les enfants chez lesquels une anomalie a été détectée. Ce deuxième examen est réalisé dans le cadre de conventions passées avec des cardiologues libéraux. Selon les provinces les vacations sont, soit entièrement organisées par le programme en partenariat avec les secrétariats des cabinets de cardiologie, soit co-organisées avec les infirmiers référents des CMS.

Pour la première fois cette année, les enfants des communes de Thio, Bourail, La Foa, Boulouparis, Yaté et l'île des Pins, ont bénéficié des séances d'information préalables au dépistage, grâce à un partenariat ASS-NC – Province Sud. Ces séances sont assurées sur l'agglomération Nouméa-Grand Nouméa par l'ASS-NC, et dans les autres provinces, par les agents provinciaux. Ainsi en 2017, la couverture des séances d'information a visé 100% des enfants éligibles au dépistage.

### 2.4.2 - Résultats du dépistage 2017

Le dépistage a été réalisé par 2 cardiologues et 1 médecin échographiste dans 167 écoles du territoire (31 en Province des Iles Loyauté, 54 en Province Nord et 82 en Province Sud). Il a concerné cette année plus de 4 400 enfants, répartis à 74 % en Province Sud, 18 % en Province Nord et 8 % en Province des Iles Loyauté.

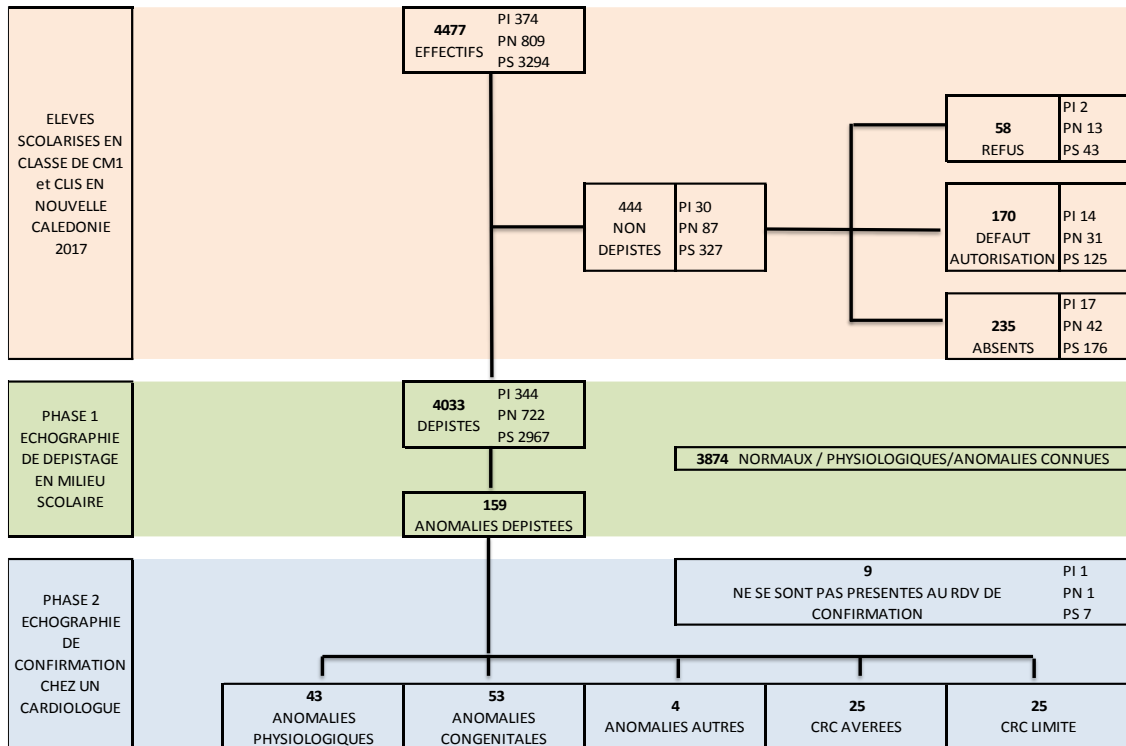
Avec un **taux de participation de 90 %**, plus de 4 000 enfants ont bénéficié de l'échographie de dépistage à l'école, parmi lesquels 159 ont été orientés pour une deuxième échographie de contrôle. Les rendez-vous pour la deuxième échographie de contrôle (échographie de confirmation) ont été honorés par 150 familles, et seulement 9 enfants n'ont pas été vus en deuxième lecture ; ce qui porte le **taux d'enfants vus en confirmation à 94 %**. Ces vacations d'échographies de confirmation ont été organisées en partenariat avec 8 cardiologues libéraux sur les 3 provinces, dans les bassins géographiques de vie des familles.

Table n°2 : Proportion d'enfants dépistés et d'enfants vus en confirmation 2017 ASS-NC

Provinces	Dépistés	Vus en confirmation
PI	92 %	93 %
PN	89 %	97 %
PS	90 %	94 %
<b>TOTAL</b>	<b>90 %</b>	<b>94 %</b>

Cette année, les échographies de confirmation ont permis de poser un diagnostic pour 107 enfants présentant des anomalies cardiaques dont 50 cardiopathies rhumatismales (25 CRC avérées et 25 CRC limites - anomalies d'origine rhumatogène qui ne réunissent pas tous les critères de la CRC avérée - dont 4 ont été mis sous traitement antibioprophyllactique, les 21 autres bénéficieront d'un suivi échographique annuel) et 57 anomalies d'origine non rhumatogène (53 anomalies congénitales et 4 anomalies autres).

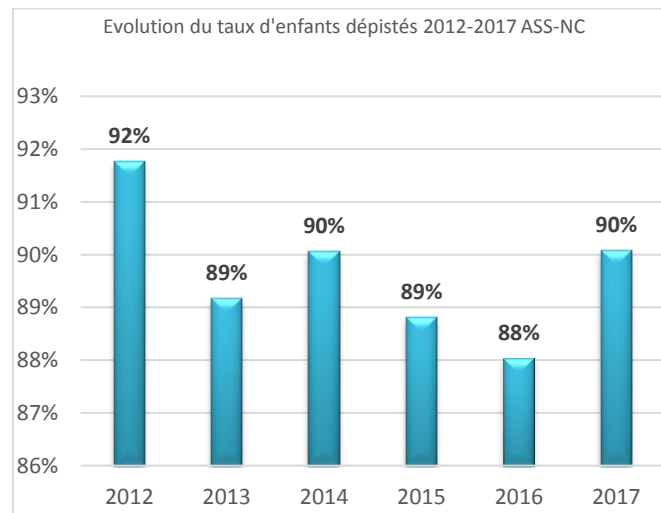
SCHEMA RECAPITULATIF DES CHIFFRES DU DEPISTAGE 2017 ASS-NC



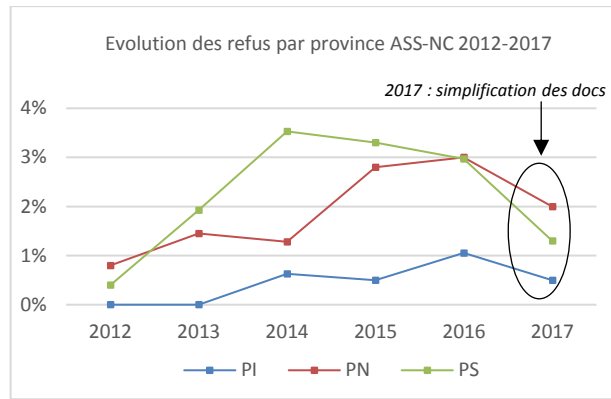
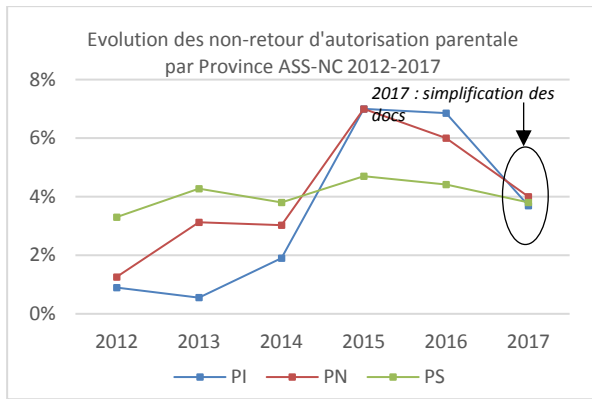
### 2.4.3 - Rétrospective sur les 6 dernières années

=> Le processus de dépistage

Le taux d'enfants dépistés en 2017 est en progression par rapport à 2016 après avoir connu une baisse les trois dernières années, liée d'une part, à la mise en place de procédures visant à éviter la réalisation d'échographies sans autorisation parentale, d'autre part, à la mise en conformité des documents du dépistage avec les exigences règlementaires de la CNIL.



La simplification des documents du dépistage s'est accompagnée en 2017 d'une chute du taux des refus et des non retours d'autorisation parentales. Cette évolution, très favorable, a été particulièrement marquée en Province Sud.



Il est à noter par ailleurs, qu'entre 2016 et 2017, le taux des refus et des non retours d'autorisation parentale ont chuté sur les communes de Bourail, La Foa, l'Île des Pins, Thio, Yaté qui ont bénéficié pour la première fois en 2017 des séances d'information avant le dépistage.

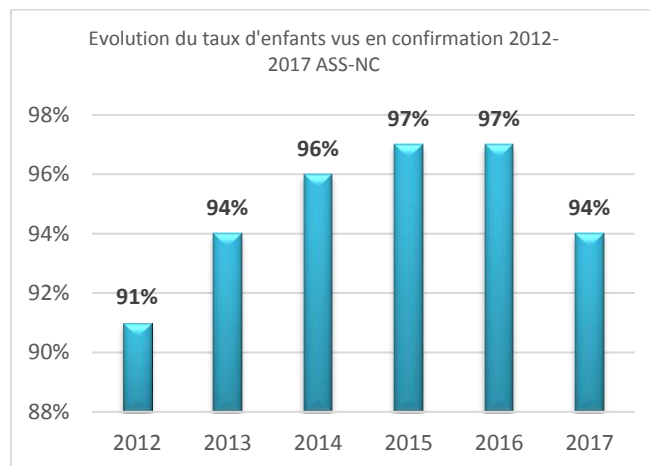
Table n°3 : Évolution des refus et non retours d'autorisations parentales sur les communes de Bourail, La Foa, l'Île des Pins, Thio, Yaté 2017 ASS-NC

Années	Effectifs	Nbre de refus	Taux de refus	Nbre défaut d'autorisation parentale	Taux défaut d'autorisation parentale
2017	320	8	3 %	20	6 %
2016	290	15	5 %	49	17 %
2015	296	20	7 %	23	8 %
2014	314	12	4 %	32	10 %

La baisse des non retours d'autorisation parentales entre 2017 et 2016, et entre 2017 et les années précédentes est statistiquement significative (Chi-2 :  $p < 0.01$ ). Ces résultats soulignent la pertinence des séances d'information pour améliorer la participation au dépistage.

Quant au taux d'élèves absents au moment du dépistage (5,2%), il s'agit d'un indicateur sur lequel l'organisation du dépistage n'a pas de prise. Celui-ci varie en fonction des épidémies et se situe dans les « normes » de l'absentéisme scolaire relevé par les services de l'éducation.

Cette année, pour la première fois depuis 2012 le taux d'enfants vus en confirmation a baissé, malgré un travail assidu d'information et de sensibilisation des parents et un suivi très attentif des enfants pour lesquels un deuxième examen de contrôle est souhaité. Cependant cette baisse est à relativiser car ces taux s'appliquent à de petits effectifs. Ils peuvent en conséquence varier fortement sans pour autant concerner beaucoup d'enfants.



Cette année, sur les 159 enfants à revoir, 9 n'ont pas été vus en confirmation. En Province Iles et en Province Nord, les familles des deux enfants qui n'ont pas eu l'échographie de contrôle ont eu respectivement 3 et 2 rendez-vous proposés. En Province Sud, sept enfants n'ont pas eu l'échographie de confirmation recommandée, dont 3 pour lesquels les familles étaient injoignables (les rendez-vous transmis via l'école n'ont pas été honorés), et 4 qui n'ont pas été emmenés aux deux rendez-vous consécutifs proposés.

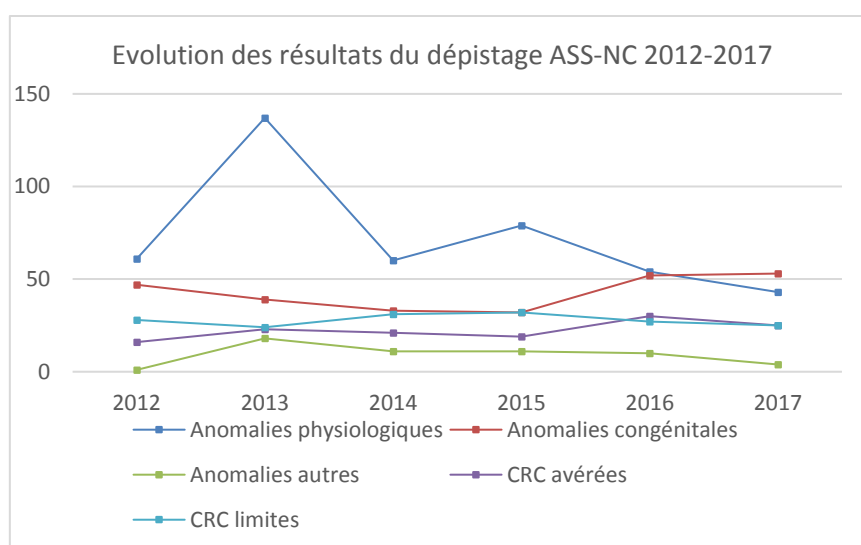
Ces 9 enfants qui n'ont pas été jusqu'au bout du processus de dépistage, ont été signalés à la médecine scolaire.

Table n°4 : Récapitulatif des enfants à revoir et non vus en confirmation ASS-NC 2017

Provinces	Nbre d'enfants à voir en confirmation	Nbre d'enfants non vus en confirmation	Commentaire
PIL	15	1	3 RDV non honorés
PN	30	1	2 RDV non honorés
PS	114	7	3 parents injoignables (RDV donnés via le directeur de l'école) 4 enfants avec 2 RDV non honorés

=> Les résultats du dépistage

Une rétrospective sur 6 années montre que le nombre de CRC diagnostiquées à l'issue du dépistage ne diminue pas. Il se situe entre 20 et 30 cas par an. Le nombre de CRC limites oscille également autour de 30 cas par an. Le dépistage permet en outre chaque année de diagnostiquer un nombre important d'anomalies non rhumatogènes donnant lieu à une prise en charge adaptée pour ces enfants.



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

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

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

Bien que maladie à déclaration obligatoire, le RAA et la CRC sont très largement sous-déclarés, notamment par le secteur privé. Les données épidémiologiques concernant le secteur public sont fiables et ont été considérablement consolidées depuis la mise en place de la plateforme collaborative, ainsi qu'avec le développement du partenariat avec les cardiologues. Grâce à ces avancées le programme est en mesure de produire des indicateurs assez représentatifs de la situation épidémiologique du territoire. Néanmoins, le partage d'information avec la CAFAT concernant les personnes bénéficiant d'une prise en charge au titre de la longue maladie pour un RAA/CRC souhaité par de nombreux professionnels de santé libéraux n'a toujours pas été résolu. Ce partage s'avère pourtant être la solution la plus pertinente pour disposer de données sur la situation épidémiologique réelle en NC.

#### a) Description des nouveaux cas diagnostiqués notifiés pour l'année 2017 au 05/01/2018

Cette année 95 cas de RAA et/ou CRC diagnostiqués avant 2017 ont été intégrés dans le registre, grâce à une recherche active opérée par l'équipe du programme.

Le nombre de nouveaux cas (RAA avec ou sans CRC et CRC) diagnostiqués en 2017 et notifiés, s'élève à 135. Le plus jeune avait 3 ans et demi au moment du diagnostic et la plus âgée 54 ans. Comme les années précédentes, ce sont majoritairement des femmes (53,3 %) qui sont les plus représentées parmi ces nouveaux cas notifiés.

Les 5-14 ans représentent 69 % de ces notifications, les moins de 25 ans, plus de 84 %, et 92,5 % ont moins de 35 ans.

L'âge médian au diagnostic était de 11.5 ans pour ceux posés en phase aigüe de RAA et de 10 ans pour ceux présentant une CRC.

Parmi les nouveaux cas notifiés, 70 diagnostics ont été posés lors d'une crise aigüe de RAA et 65 au stade de sa séquelle cardiaque (CRC).

En 2017, 69 % des cas de diagnostic posés et notifiés au stade de la CRC l'ont été grâce à un dépistage échographique systématique. Le dépistage scolaire systématique permet de diagnostiquer précocement de nombreuses CRC consécutives à une crise de RAA passée inaperçue, avant que les atteintes cardiaques ne se manifestent cliniquement à un âge beaucoup plus tardif, et surtout à un stade beaucoup plus avancé. Un diagnostic posé précocement permet de mettre en place un traitement qui permet la régression, voire la disparition de ces atteintes cardiaques.

Table n° 6 : Détail des cas diagnostiqués et notifiés en 2017 suite à un dépistage systématique ASS-NC 2017

Cadre du diagnostic	Circonstances de diagnostic	Effectif
Dépistage 2017	CRC avérées	25
	CRC limites traitées	4
Dépistage 2016	Echographie de confirmation en 2017	1
Cohorte de suivi des CRC limites suite dépistage	Diagnostiqués en 2017	9
Etude chez les lycéens - CHU de Saint Etienne - JC Chatard, DASS-NC, ASS-NC	Dépistage des valvulopathies cardiaques	6
	Chez les adolescents de NC	
Total		45

Les trois quarts (101) des 135 personnes diagnostiquées et notifiées présentaient au moins une atteinte cardiaque, dont 58 % de femmes (59).

Si l'on considère les personnes diagnostiquées avec un RAA, un peu plus de la moitié d'entre elles (51,4 %) avaient une CRC associée, dont 17 % avec au moins 2 atteintes valvulaires. Trois personnes sur quatre diagnostiquées au stade de la CRC, présentaient une seule atteinte cardiaque, 11 d'entre eux en présentaient 2 (16,9 %) et 5 d'entre eux en présentaient 3 (7,7 %).

Parmi les nouveaux cas notifiés en 2017, les hommes étaient plus nombreux à avoir été diagnostiqués en crise aigüe de RAA (63,5 %), tandis que les femmes étaient plus nombreuses à avoir été diagnostiquées au stade de la CRC (58,3 %) (*Chi-2 : p<0.05*).

Table n°7 Répartition du mode de diagnostic en fonction du sexe des nouveaux cas 2017 ASS-NC

	RAA	CRC	Total
Homme	63,5 % (n=40)	36,5 % (n=23)	100 %
Femme	41,7 % (n=30)	58,3 % (n=42)	100 %

Chi-2 : p<0.05

En outre, le nombre d'atteintes au diagnostic était réparti différemment selon le sexe. Les femmes étaient plus nombreuses à présenter au moins une atteinte cardiaque que les hommes (seulement 18,1 % des femmes n'ont pas d'atteinte cardiaque contre 33,3 % pour les hommes *Chi-2 : p<0.05*).

Table n°8 : Description du nombre d'atteintes au diagnostic en fonction du sexe des nouveaux cas 2017 ASS-NC

Sexe	Nombre d'atteintes				Total
	0	1	2	3	
Homme	33,3 %	47,6 %	19 %	0 %	100 %
Femme	18,1 %	59,7 %	13,9 %	8,3 %	100 %

Chi-2 Monte Carlo : p<0.05

En 2017, ce sont 93 enfants de 5 à 14 ans qui ont été notifiés, dont 70 (75 %) avec au moins une atteinte valvulaire à l'échographie de diagnostic. Seulement 48 enfants (52 %) de cette tranche d'âge, ont été diagnostiqués en phase aigüe de RAA. Pour les 45 autres, (48 %) diagnostiqués au stade de la CRC, la crise de RAA est passée inaperçue. Parmi les enfants diagnostiqués en phase aigüe de RAA, 26 (54 %) ont été hospitalisés alors que les 22 autres (46 %) ont été pris en charge par la médecine de ville. Si l'on considère les tranches d'âge au-delà de 14 ans, la tendance est inversée : 6 personnes (28,5 %) hospitalisés vs 15 personnes (71,5 %) non hospitalisés. L'hospitalisation reste privilégiée pour les 5-14 ans.

Parmi les 45 enfants âgés de 5 à 14 ans, diagnostiqués au stade de la CRC, 7 (15,5 %) ont été diagnostiqués sur l'exploration d'un souffle, et 38 (84,5 %) grâce à un dépistage systématique. Même si les diagnostics posés sur l'exploration d'un souffle sont certainement sous notifiés, ces chiffres confirment la supériorité de l'échographie sur l'auscultation pour la détection de la CRC et la pertinence du dépistage échographique systématique.

En outre, chez les 5-14 ans présentant une CRC, la sévérité des atteintes cardiaques est plus importante pour ceux diagnostiqués hors dépistage systématique. Ces derniers sont plus nombreux (56,2 %) à présenter un grade 2, 3 ou 4/4, alors que ceux pour lesquels le diagnostic a été posé dans le cadre d'un dépistage systématique, sont plus nombreux (71,1 %) à présenter un grade 1 sur 4. (*Chi-2 : p<0.05*)

S'il l'on s'intéresse à l'ensemble des CRC (avec ou sans RAA) notifiés entre 2012 et 2017, les personnes diagnostiquées grâce à un dépistage systématique sont plus nombreuses à ne présenter qu'une atteinte, tandis que les autres, sont plus nombreuses à présenter au moins 2 atteintes.

Table n°9 : Répartition du nombre d'atteintes en fonction du statut dépisté vs non dépisté 2012-2017 ASS-NC

	Nombre d'atteintes			
	1	2	3	4
Diagnostic suite dépistage systématique	75 %	22 %	3 %	0 %
Diagnostic hors dépistage systématique	61 %	32 %	7 %	0,4 %

Chi-2 Monte-Carlo : p<0.01



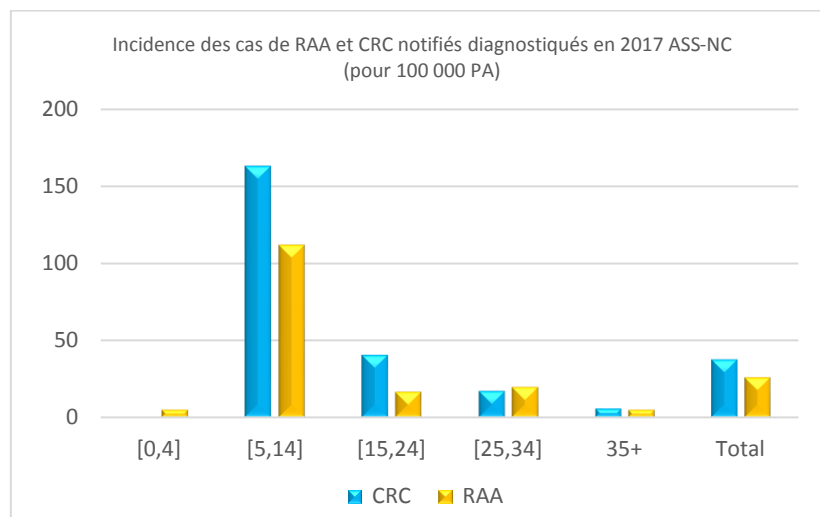
Ces chiffres montrent, une nouvelle fois l'intérêt du dépistage systématique pour le diagnostic précoce des CRC avant qu'elles ne se compliquent par une plus grande sévérité et un plus grand nombre d'atteintes. Dans les pays où ce dépistage n'existe pas, le diagnostic de la CRC lorsque le RAA est passé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

Le dépistage systématique est particulièrement bénéfique pour les femmes, puisque dans cette même période, les filles de 5-14 ans ont été plus souvent diagnostiquées grâce au dépistage que les garçons (49 % vs 37 %), et que, chez les femmes, celles qui ont été diagnostiquées dans le cadre d'un dépistage systématique, ont moins d'atteintes que les autres (*Chi-2 Monte-Carlo :  $p < 0.001$*  si l'on compare une seule atteinte vs au moins deux atteintes, c'est-à-dire 20 % vs 40 %).

### c) Les incidences annuelles estimées

=> Selon la classe d'âge :

L'incidence annuelle de RAA (avec ou sans CRC) des cas notifiés, diagnostiqués en 2017 pour la classe d'âge des 5-14 ans peut-être à minima posée à 111,6/100 000, et l'incidence des CRC notifiées en 2017 (avec ou sans RAA) notifiées, à 162,7/100 000.



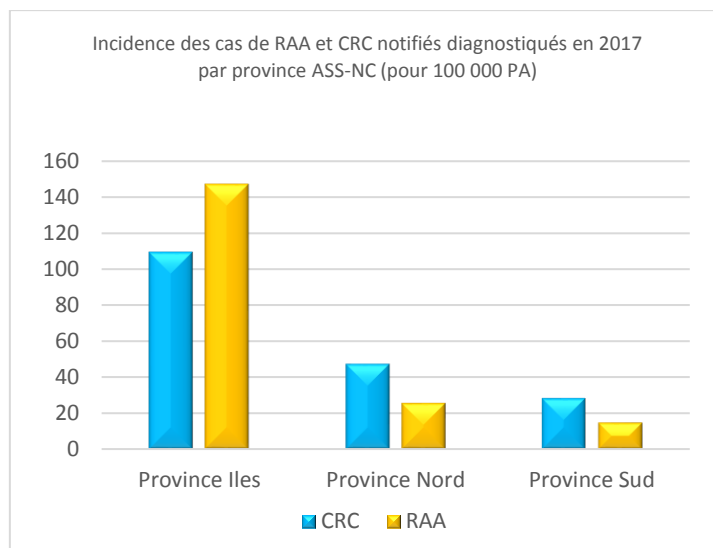
Depuis 2012, ces incidences sont distribuées à l'identique en fonction des classes d'âge.

L'incidence moyenne pour la période 2012-2017 des cas de RAA (avec ou sans CRC) pour les 5-14 ans était de 119,7/100 000 et de 165,8/100 000 pour les cas de CRC (avec ou sans RAA).

=> Selon les provinces

L'incidence des cas notifiés diagnostiqués, en 2017 de RAA (avec ou sans CRC) ou de CRC est significativement différente selon les provinces :

- L'incidence de RAA est beaucoup plus élevée en Province des Iles Loyauté (147,6/100 000) que dans les 2 autres provinces (25,7/100 000 dans le Nord et 15/100 000 dans le Sud).
- L'incidence de CRC en Province Iles (109,3/100 000) est significativement plus élevée qu'en Province Nord (47,5/100 000) et en Province Sud (28,5/100 000). L'incidence en Province Nord est statistiquement plus élevée qu'en Province Sud.



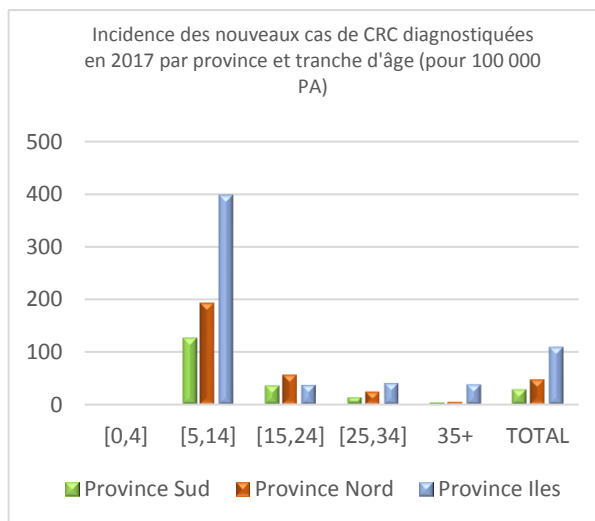
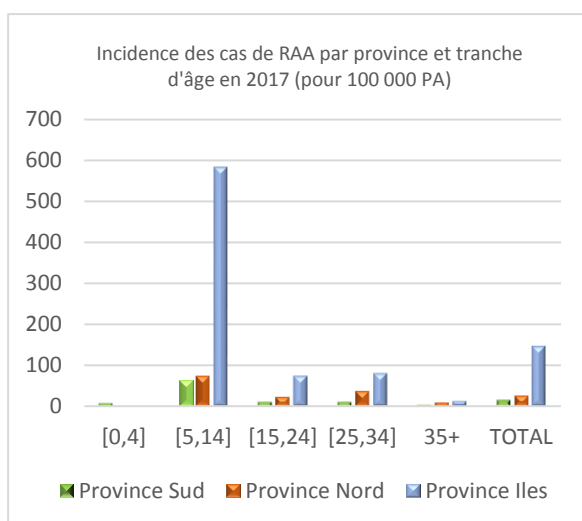
Entre 2012 et 2017 cette différence inter-provinces était semblable. Les incidences moyennes de RAA et de CRC en Province Iles étaient plus élevées qu'en Province Nord et Sud et plus élevées en Province Nord qu'en Province Sud.

Table n°10 : Incidences moyennes de RAA et de CRC selon les provinces entre 2012 et 2017 ASS-NC (pour 100 000 PA)

	RAA	CRC
Province Iles	119,3	108,4
Province Nord	45,6	61,4
Province Sud	21,6	29,3

Si l'on s'intéresse à la classe d'âge des 5-14 ans la plus touchée par cette pathologie, la différence entre provinces est encore plus flagrante.

Avec une incidence de RAA pour les 5-14 ans de 584,3/100 000 et de CRC de 398,4/100 000, la Province des Iles Loyauté se situe bien au-delà des chiffres des deux autres provinces. Même si les incidences sont plus élevées en province Nord qu'en Province Sud, notamment en ce qui concerne la CRC (193/100 000 vs 125,9/100 000), il n'y a pas de différence significative entre ces deux provinces pour cette tranche d'âge.



Si l'on s'intéresse à la période 2012-2017, l'incidence moyenne des cas de RAA pour les 5-14 ans était significativement plus élevée en Province Iles qu'en Province Nord et Sud, et en Province Nord qu'en Province Sud (respectivement : 327,6/100 000, 164,9/100 000 et 82,3/100 000).

L'incidence moyenne des nouveaux cas de CRC quant à elle était plus faible en Province Sud que dans les deux autres provinces sans qu'il y ait de différence significative entre le Nord et les Iles (respectivement : 283,3/100 000, 253,3/100 000 et 128,1/100 000).

#### => Selon le sexe

Le pic d'incidence de RAA et de CRC se situe pour les garçons comme pour les filles entre 5 et 14 ans pour l'année 2017 comme pour les années précédentes. Le pic d'incidence des nouveaux cas de CRC (avec ou sans RAA), se situe dans la même tranche d'âge que celle du RAA, alors que dans l'histoire naturelle de la maladie, la CRC survient après le RAA. Cette superposition des pics d'incidences est liée au dépistage scolaire de la CRC organisé chez tous les enfants de CM1 de NC.

Il n'existe donc pas de différence entre homme et femme que ce soit en 2017 ou sur la période 2012-2017, sauf pour l'incidence de la CRC qui est plus élevée chez les femmes (46,9/100 000) que chez les hommes (34,6/100 000) entre 2012 et 2017.

### c) Les prévalences estimées

#### => Prévalence de la CRC

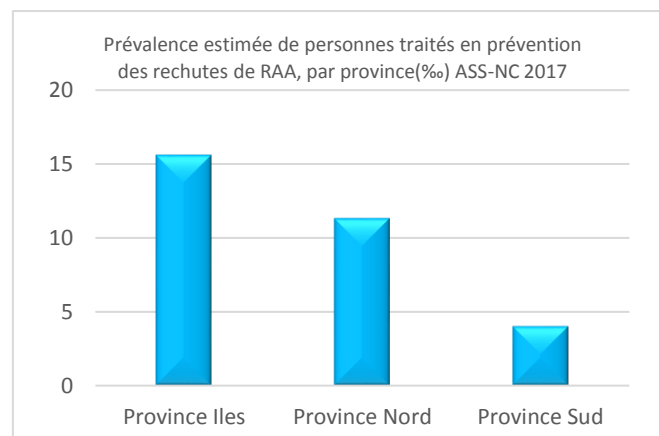
En 2017, la **prévalence de la CRC chez les 15-24 ans** est au minimum estimée à **15,2/1000**. Elle était à 23/1000 dans le Territoire du Nord, et à 5,2/1000 dans le Queensland en 2015.

#### => La prévalence des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA

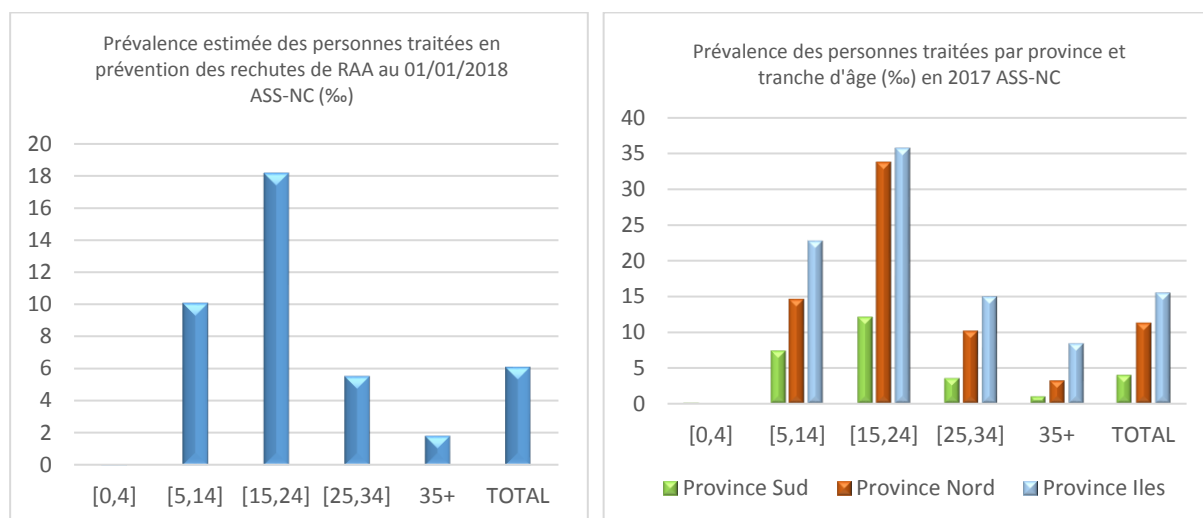
La file active des personnes notifiées, avec une date théorique de fin de traitement supérieure au 01/01/2018, est actuellement constituée de 1 651 personnes dont 934 femmes et 717 hommes (ces chiffres ne tiennent pas compte des personnes dont le traitement a été stoppé sur avis médical avant les 10 ans de traitement préconisés. Ces personnes sont à haut risque de rechute).

La prévalence des personnes traitées en prévention des rechutes de RAA est significativement plus élevée chez les femmes (7 ‰) que chez les hommes (5,3 ‰).

La prévalence diffère également significativement selon les provinces : elle est plus élevée en Province Iles (15,6 ‰) que dans les deux autres provinces, et est significativement plus élevée en Province Nord (11,3 ‰) qu'en Province Sud (4 ‰).



Les classes d'âge les plus représentées dans la file active sont les moins de 35 ans (9,7 ‰), avec un pic de prévalence chez les 15-24 ans à 18,2 ‰. Cette même répartition en fonction de l'âge se retrouve dans les 3 provinces.



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

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

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

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

En 2017, sept vacations de suivi échographique ont été programmées avec la collaboration de deux cardiologues. Sur les 80 enfants éligibles, 4 étaient suivis par ailleurs chez un cardiologue libéral, 12 étaient injoignables, et 8 avaient des contraintes de transport ne leur permettant pas de venir à Nouméa. Au total, 63 enfants ont été conviés pour réaliser l'échographie de suivi, 9 ne sont pas venus. Quarante-sept ont été vus, et pour 4 d'entre eux un diagnostic de CRC avérée a été posé.

### b) Dépistage des valvulopathies cardiaques chez les adolescents de NC : préenquête 2017-2018

L'ASS-NC a offert son soutien à cette étude dont l'objectif est d'estimer la prévalence des valvulopathies cardiaques au moyen d'un dépistage systématique par échocardiographie d'une population scolaire âgée de 15 à 17 ans. Les vacations d'échographies de confirmation ont été organisées et prises en charge par l'ASS-NC pour 16 jeunes pour lesquels une anomalie avait été détectée.

## Conclusion

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

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

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

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

Enfin, le programme coordonne et met en œuvre, avec les directions sanitaires provinciales, un **dépistage scolaire systématique de la CRC**. Ce 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, permet de détecter les CRC avant qu'elles ne se compliquent par un plus grand nombre d'atteintes et d'en diminuer les conséquences à long terme grâce à la mise en place d'un traitement antibiotique précoce.

En 2018, le programme connaîtra de nouvelles évolutions suite à son **évaluation**. Le réajustement des actions et la formalisation du programme calédonien 2018-2023 de contrôle du RAA, selon les recommandations de l'évaluateur, constituera un travail important pour l'année à venir.

# Programme de prévention des IST-VIH/SIDA

## Introduction

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

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

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



**S'AIMER, SE RESPECTER,  
SE PROTÉGER.**

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

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

# Activité du programme en 2017

## 1 - Coordination

Les axes stratégiques du futur programme ont été finalisés fin 2016 et remis aux instances dirigeantes pour validation. En 2017, 20 réunions, de mars à août 2017, ont eu lieu pour élaborer les fiches actions du futur programme avec les différents partenaires du programme. La coordination en 2017 a également porté sur la mise en œuvre de la campagne de communication sur les IST et la réflexion autour de la modernisation du système de dépistage des IST. Comme tous les ans, l'ASS-NC a analysé les demandes de financement des associations ainsi que leurs bilans intermédiaires et finaux. Elle leur a également apporté un soutien technique à la demande. Par ailleurs, la coordinatrice de ce programme a contribué aux travaux effectués dans le cadre du projet éducatif de la NC et du Do Kamo.

## 2 - Evaluation

### 2.1 - Etude I.Scope Juillet 2017 : Quels sont les interlocuteurs et lieux privilégiés pour parler de santé sexuelle ?

Les résultats de l'étude sont les suivants :

Pour la population interrogée, le médecin généraliste est l'interlocuteur le plus cité sans distinction de profil. Les hommes proposent très peu d'alternatives, à la différence des femmes qui ont cités d'autres interlocuteurs pouvant être pertinents pour elles :

- Le gynécologue, davantage pour les femmes non océaniques.
- La sage-femme, dans les zones rurales (brousse et Iles), et davantage encore en Province Nord.

Il semble que le caractère tabou de la santé sexuelle ne soit pas un frein absolu pour venir en parler avec un professionnel de santé (seulement 5% refusent de parler de santé sexuelle). 92% plébiscitent leur lieu de consultation habituelle, avec le généraliste ou en dispensaire, comme lieu privilégié pour parler de santé sexuelle.

La problématique de l'anonymat vis-à-vis de son interlocuteur habituel ne semble pas inférer dans le choix de la personne à aller consulter. En revanche, l'intimité de la conversation pourrait être mise en question.

La confiance et l'habitude sont déterminants dans le choix de l'interlocuteur et du lieu pour parler de santé sexuelle, dès lors que ceux-ci garantissent l'intimité de la consultation médicale. Les médecins et leurs correspondants dans les zones rurales (médecins en dispensaires, sages-femmes, infirmières), sont les premiers référents cités.

L'idée d'une équipe mobile se déplaçant dans les quartiers et les tribus séduit 64% de ceux qui attendent de l'information :

- Davantage les mélanésiens et en dehors de la Province Sud, où les spécialistes sont moins nombreux.
- Le service spécialisé en ville séduit proportionnellement plus la population des îles Loyauté.

Ainsi, les lieux familiers et habituels de consultation sont une évidence pour tous. La création de lieux dédiés ne semble pas être une nécessité, même si les équipes mobiles sont un confort et répondent à une attente forte d'information de la part des résidents en brousse et sur les Iles. Le service spécialisé (ESPAS CMP) en ville pourrait faciliter la venue en consultation pour les îliens quand ils se rendent à Nouméa.

## 2.2 - Evaluation des pasteurs et de leurs époux (ses) en poste formés à la prévention santé depuis 2012 au centre de formation pastorale et théologique de Béthanie à Lifou

### Contexte général :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Durée d'une sensibilisation : 5 jours consécutifs.
- Nombre de sensibilisation par année et par groupe : 1 sensibilisation de 5 jours par groupe.
- Modules abordés depuis 2012 :
  - La santé sexuelle et affective ;
  - L'addictologie ;
  - La prévention primaire des pathologies de surcharge ;
  - La promotion à l'hygiène ;
  - La violence conjugale et intrafamiliale ;
  - Violence : comment accompagner l'enfant ;
  - Le couple : les besoins de l'homme et les besoins de la femme ;



- Approche de la crise suicidaire ;
- La connaissance de soi ;
- La primo-écoute.
- Durée pour chaque module : entre 1 et 2 jours selon les modules.
- Intervenants pour ces modules : formateurs, animateurs, professionnels des milieux institutionnels et/ou associatifs.
- Méthode d'évaluation : des questionnaires anonymes sont remis en début et fin de chaque formation ainsi qu'un questionnaire de satisfaction et un débriefing avec chaque groupe.
- Choix des modules : suite à l'analyse des questionnaires, le programme est adapté pour l'année suivante.

#### Les objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

- Evaluer le niveau d'utilisation des connaissances en santé acquises par les élèves pasteurs et leurs partenaires ;
- Connaître les points forts et les points faibles des sessions de formation.

#### Conclusions de l'évaluation :

De 2012 à 2017, 55 élèves ont bénéficié de ces sensibilisations dont 23 élèves qui sont actuellement en apprentissage au centre pastoral (sessions rentrées en 2015 et 2017).

Actuellement sur les 32 élèves ayant bénéficié de ces sensibilisations et étant sortis du CFPTB, 25 sont en poste dans un ministère. Par ailleurs, 2 ont décidé de ne plus devenir pasteur, 1 continue ses études bibliques à l'étranger et 4 sont en stand-by pour diverses raisons.

La totalité des élèves pasteurs et leurs conjoints formés a trouvé très utile de pouvoir aborder toutes ces thématiques de santé avant d'intégrer un ministère. Pour eux, ces sessions de sensibilisation sont complémentaires à leur cursus de formation en tant que pasteur et/ou époux (ses) de pasteurs.

Les résultats de l'évaluation démontrent que les connaissances acquises sur les sujets de santé et le travail sur soi les aident au niveau personnel ce qui entraîne une amélioration de leur confiance dans leur mission. Ils indiquent que leur approche et leur manière d'intervenir ont changé en bien des points, surtout concernant la façon de communiquer.

Certains outils utilisés pendant la sensibilisation leur sont utiles dans leur pratique quotidienne comme le travail en sous-groupe, le brainstorming et les différents modes de questionnement (ouverts, fermés, invitants).

Le travail sur les orientations vers les lieux/personnes ressources et la rencontre, sur Béthanie, avec d'autres intervenants les ont mis à l'aise pour faire appel à des professionnels (médecin, infirmier, diététicien, intervenant) au sein de leur paroisse.

Il en ressort également le rôle important de soutien des conjoints des pasteurs ainsi que les actions qu'ils peuvent mener dans les paroisses. La formation les a préparés à aborder ces sujets de façon plus aisée.

De manière générale, il apparaît que les connaissances et compétences acquises sont utilisées régulièrement, que certaines sont bien intégrées comme la confiance en soi et l'écoute et que d'autres demandent plus de temps pour être utilisées ou abordées notamment sur les sujets sensibles ou tabous comme la sexualité, les violences intrafamiliales et le suicide.

La totalité des interviewés indique que les modules sur la primo-écoute et la connaissance de soi sont indispensables pour pouvoir aborder les autres thématiques de santé de manière plus adéquate.

Les modules comme la santé sexuelle et affective, le couple, l'éducation, la crise suicidaire, les addictions et la violence conjugale, les préparent surtout à l'écoute et au repérage des malaises. Cependant, il est à noter qu'un laps de temps est nécessaire avant de pouvoir les aborder de manière directe.

Bien qu'ils considèrent l'alimentation et l'hygiène environnementale comme des sujets préoccupants, ils ne sont pas considérés comme des « urgences ». Cependant ils envisagent de réaliser des actions autour de ces sujets une fois bien installés dans leur paroisse. Pour les actions autour de l'alimentation, ils ont émis le souhait de faire appel à des diététiciens.

### 3 - Communication grand public

#### 3.1 - Campagne sur les IST

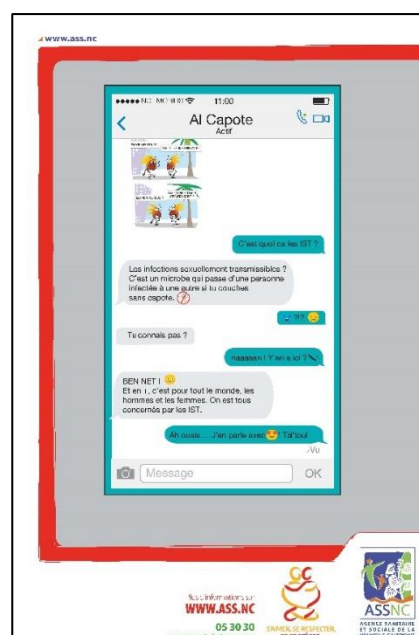
La campagne de communication relative aux IST est un projet mené de concert avec les directions sanitaires et sociales des 3 provinces et les 4 associations concernées par cette thématique (Solidarité SIDA NC, Diversité NC, CP2S et SOS écoute). Ce groupe a défini fin 2015/ début 2016 le thème pour les 5 prochaines années à savoir les IST et la stérilité avec pour population cible les 20-30 de la NC. Ainsi pour que cette campagne puisse avoir un effet, il est nécessaire qu'elle se déroule en plusieurs étapes.

Ainsi la phase 1 de la campagne a eu pour objectif de donner la définition du terme « IST ».

Elle a débuté le 27/02/2017 pour une durée de 15 jours.

L'affiche ci-dessous a été visible dans un certain nombre de lieux de proximité : CMS, pharmacies, cabinets médecins, IDE et SF libéraux, maisons de quartier, Médipôle, cliniques, IDE scolaires, Foyers d'accueil et missions de la femme, RSMA, AVSD, ASSFVC, CCI...

La deuxième affiche a été visible sur les abribus de Nouméa-Grand Nouméa.



Et enfin un spot TV et radio avec pour acteurs Simane et Myriam ont été diffusés sur NC 1<sup>ère</sup>, NCTV, Facebook, YouTube et toutes les radios de NC.



L'évaluation de la campagne a été réalisée par I-Scope en juillet 2017. Les résultats montrent que la cible a bien été atteinte et que la campagne a eu un impact positif sur la moitié de la population calédonienne des plus de 15 ans. En outre, le terme IST est assimilé. Ce qui était l'objectif de la campagne.

Le plan média a été large et varié et il a touché toutes les cibles sur l'ensemble du territoire : jeunes et moins jeunes, urbains et ruraux. Cependant il faut noter que certaines cibles ont été plus distantes par rapport au sujet dont les polynésiens, les 50 ans et plus et les européens.

Enfin, il a été spécifié que plus de la moitié de la population attend davantage d'informations sur ce sujet.

### 3.2 – Journée mondiale contre le SIDA

Par ailleurs, les associations et les collectivités se sont associées autour de la Journée Mondiale contre le SIDA. La campagne a porté sur le dépistage avec le soutien de personnalités calédoniennes sur le thème « on a tous une bonne raison de se faire dépister. Je me suis fait dépister, et vous ? »



### 3.3 – Journée de lutte contre la LGBTphobie



D'Homo-sphère, l'association est devenue Diversités NC. Elle a organisé une campagne de communication le 17 mai lors de la journée de lutte contre les LGTBphobies pour faire connaître son nouveau nom et ses perspectives.

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

**SOS écoute** 05 30 30 est un n° de téléphone gratuit et anonyme à destination de toutes les personnes ressentant une urgence (violences, enfance en danger, détresse liée aux questions sur la santé sexuelle, handicap...). Les appels concernant la santé sexuelle représentent 12 % des appels en 2017. Il s'agit du deuxième plus gros pourcentage d'appels après la santé psychologique.

En 2017, le CP2S a animé 36 **émissions sur NC 1<sup>ère</sup>** dans « **Sans interdit** » tous les vendredis de 20h à 21h en partenariat avec les autres acteurs de la santé sexuelle comme Diversités NC.

Solidarité SIDA NC a organisé une **conférence SEXO** pour les professionnels de santé et le grand public, a animé 4 **formations** en santé sexuelle (écoutantes de SOS écoute, CCF et CDAG) ainsi que 2 **cinés débats** avec le film « 120 battements par minute ». Elle a organisé la diffusion du **spectacle « A sens unique »** et enfin a organisé un **vide grenier** à la Vallée des Colons au profit de l'association ce qui permet de sensibiliser autour du VIH/SIDA.

Diversité NC a poursuivi la diffusion d'**informations sur la santé sexuelle sur le site « rencontres.nc »** ciblant la population LGBT, hétérosexuelles à partenaires multiples et a maintenu une veille réalisée par les membres de l'association sur ce qui peut être contre la loi (rapports commerciaux, diffamations, recherche de personnes mineures, proposition de rapports sexuels à risques comme le barebacking...). 33 millions de vues par mois soit 500 clics par jour.

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

## 5 - Interventions en milieu scolaire

Chaque année, les directions provinciales des affaires sanitaires et sociales des Iles, Nord et Sud (DACAS, DASSPS et DPASSS) en collaboration avec le Vice-Rectorat coordonnent, 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 :

### 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).

### Province Nord

Les interventions se font sur différents niveaux :

- Sexualité en primaire :  
Thème réservé aux CM2.  
L'outil utilisé lors de cette intervention est le livret « comment fait-on les bébés » qui est distribué en fin d'intervention aux élèves. Il est accompagné d'affiches sur la puberté, la grossesse...
- Sexualité au collège :  
Le plus souvent les sages-femmes de secteurs interviennent conjointement voire en remplacement des éducateurs lorsque le poste n'est pas pourvu. Cette action se décompose

en 2 parties avec d'abord un théâtre forum de 2 heures suivi dans le mois qui suit d'une intervention de 2 heures destinée à répondre aux questionnements des jeunes qui sont apparus durant le théâtre.

- Sexualité au lycée :  
Cette action est destinée aux terminales. Elle est réalisée sur tous les établissements.

## Province Sud

Selon le bilan des associations, les interventions en milieu scolaire ont été réalisées comme suit :

- 180 interventions dans 19 établissements par le CP2S
- 30 interventions par Diversités NC
- 104 interventions en santé sexuelle dont 64 dans les lycées et 40 en collèges par Solidarité SIDA NC

## 6 - Actions de proximité

L'ASS-NC poursuit le financement des lieux d'écoute et d'accueil du public de chacune des 3 associations partenaires et soutient les actions de proximité réalisées par les partenaires associatifs et institutionnels. Elle a également poursuivi la sensibilisation des futurs pasteurs et leurs conjoints de l'EPKNC à la promotion de la santé en 2 semaines en mai et octobre 2017. Cette action est menée depuis 2011. Le rapport complet d'évaluation de cette action est disponible sur demande auprès de l'ASS-NC.

Le CP2S a sensibilisé et participé à la valorisation des comportements positifs en faveur de la santé sexuelle en informant le grand public au travers des projets socio-éducatifs en lien avec des manifestations culturelles et sportives : 20 projets ont été menés ce qui a représenté 68 ateliers d'animations, 1715 personnes impactées et 220 heures de présence. Dans ce cadre, des préservatifs ainsi que des cartes « Pass » ont été distribués.

En plus, 118 permanences dans les maisons de quartier ont été réalisées pour le compte de la Ville de Nouméa.

L'association a réalisé 13 films-débats autour de la santé sexuelle séances en maisons de quartier et à l'école de la Réussite. Elle a animé 10 séances dédiées à la santé sexuelle à la maison de l'étudiant sur le temps de midi afin de favoriser la réflexion, le débat et la prise de conscience. 4 actions de sensibilisation ont été réalisées à l'APEH, au Dock espace jeune de Paita et au Camp Est. Enfin, 194 personnes ont été reçues dans les locaux soit 42,5 heures d'écoute pour la prise d'informations, tests de grossesse, entretiens, orientations.

Diversités NC a créé et diffusé un support informatif, a maintenu son accueil quotidien ainsi que la ligne d'écoute au 97 62 64. L'association a mis en place des groupes de paroles et mis à disposition de celles et ceux qui le souhaitaient une bibliothèque/centre de ressources. De plus, elle a animé des interventions d'éducation, de sensibilisation et d'information sur l'orientation sexuelle LGBT et les conduites discriminantes liées à l'orientation sexuelle en animant 5 films débat, 2 conférences, 15 tenues de stand de sensibilisation lors des journées diverses annuelles.

Solidarité SIDA NC a réalisé des actions de sensibilisation à destination de la population calédonienne avec 276 heures de permanence d'écoute téléphonique à SOS écoute, 5 interventions auprès de la FOL. 130 personnes, 20 structures et 8 groupes scolaires ont été reçus par l'association.

Plusieurs formations ont eu lieu en 2017 pour aider à la mise en place de projets de proximité de qualité que ce soit dans le cadre de la Province Sud à l'ESPAS CMP ou encore par les associations.

## 7 - Optimisation des circuits de distribution de préservatifs

L'ASS-NC a financé, comme chaque année, l'achat des préservatifs pour le réseau de distribution gratuite des associations tandis que les 3 provinces les ont achetés pour la distribution gratuite faite dans leurs structures de santé. Solidarité SIDA-NC a poursuivi son rôle de centrale d'achat de préservatifs et de gestionnaire de stock pour la NC. Solidarité SIDA-NC a assuré pour le compte des partenaires du programme 19 déstockages en 2017.

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

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

Au total, environ 430 000 préservatifs masculins et 5000 préservatifs féminins ont été distribués gratuitement à travers le réseau associatif et institutionnel.

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

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

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

Par ailleurs, le séminaire de fin 2014 autour de la question de la santé affective et sexuelle en NC a fait, de la nécessité de réformer le système de dépistage des IST en NC, un axe prioritaire du futur plan de promotion de l'équilibre affectif et sexuel (PEAS).

Les réflexions pour l'écriture de la fiche action autour de la question de la modernisation du système de dépistage des IST se sont poursuivies dans le cadre de groupes de travail en 2015-2016 et 2017.

L'Agence sanitaire et sociale, dans le cadre de la finalisation du plan de promotion de l'équilibre affectif et sexuel (PEAS), a recruté un intervenant extérieur afin de soutenir la réflexion dans ce domaine. Le docteur Henri-Pierre Mallet a donc effectué deux missions en NC en juillet et août 2017 au cours

desquelles il a rencontré l'ensemble de acteurs concernés par le sujet et a émis des recommandations que l'agence soutient complètement. Ces recommandations attendent une validation pour être mises en œuvre.

Par ailleurs, Solidarité SIDA a mené une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH/SIDA et IST en soirée et 2 fois/semaine à l'association : 76 permanences ont été effectuées avec 80 CDAG comprenant la recherche active des IST symptomatiques qui ont donné lieu à 6 traitements/75 dépistages VIH/SIDA et 74 rendus effectués. Par ailleurs, une consultation en sexologie et sophrologie réalisés par les 2 médecins sexologues de Solidarité Sida NC a été mise en place. Ce qui a représenté 65 permanences dont 60 consultations en sexologie et 10 séances de sophrologie.

## 9 - Maintien du réseau d'entraide associatif pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'association Solidarité SIDA-NC maintient l'aide, le soutien et l'accompagnement (administratif, juridique et financier) auprès des PVVIH. 41 personnes ont été accompagnées, 340 sollicitations ont eu lieu ce qui a représenté 445h de soutien directement aux personnes et 15 heures de soutien à l'entourage des PVVIH. Ce soutien s'est fait au travers de 87 VAD, 9 aides administratives, 1 aide juridique, 1 traitement IST effectué, 4 vaccinations, 9 prises de sang bilan, 27 récupérations de traitements, 4 orientations chez des spécialistes, 9 rencontres dans la cadre d'un suivi pluridisciplinaire, 12 aides financières, 3 groupes de paroles de PVVIH, 75 suivis médicaux intégrant une écoute des problèmes liés à la sexualité.

Elle œuvre également à renforcer le Réseau des ressources, pour faciliter les démarches et répondre rapidement aux situations de difficultés rencontrées par les PVVIH : le réseau composé CORH, SMIT, DEF, AS, aide juridique, CAFAT, médecins, associations, est renforcé : 54 partenaires ont connaissance des missions de l'association. Les procédures liées aux démarches administratives sont mises à jour tous les ans.

## Conclusion

### Points forts du programme

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

### Axes d'amélioration

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

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

## Perspectives 2018

### Communication et actions de sensibilisation grand public

- Poursuivre la campagne de communication autour des IST pour renforcer l'information autour de cette question en fonction des demandes de la population.
- La Journée Mondiale contre le SIDA 2018 se fera le relais de la thématique portée mondialement.
- Une journée dédiée à la LGTBphobie sera relayé par Diversités NC.
- Les partenaires souhaitent poursuivre leurs activités de sensibilisation et d'information par les divers outils à leur disposition.

### Interventions en milieu scolaire

Il s'agira de travailler en collaboration avec l'équipe Do Kamo, le vice rectorat, la DENC quant à l'intégration dans le projet éducatif des notions de santé sexuelle et proposer des interventions en milieu scolaire harmonisées et adaptées au public concerné.

### Actions de proximité

- Poursuivre les sessions de sensibilisation auprès des futurs pasteurs et leurs conjoints au centre de formation pastorale de Béthanie à Lifou – EPKNC.
- Le CP2S souhaite réaliser 10 projets socio-éducatifs soit environ 72 ateliers et 260 heures de présence, réaliser 8 séances pour d'autres structures en plus des 125 permanences prévues dans les maisons de quartier de Nouméa. Réaliser 20 séances en ajoutant aux clips débat, des animations ludiques comme le « sexo quizz » en maisons de quartiers ou au sein d'établissements scolaires. Réaliser 70 interventions dans les lycées, 70 interventions dans les collèges, 20 auprès du CFA, CCI et IFPSS et maintenir ces 10 séances au sein de la maison de l'étudiant et proposer 3 soirées « sexo quizz » aux usagers de la résidence de l'UNC. Enfin il souhaite pérenniser son espace d'accueil en faisant de cet endroit, le premier lieu de ressources en matière de santé sexuelle et affective gratuit.
- Diversités NC souhaite maintenir l'accueil quotidien du public et sa ligne d'écoute au 97 62 64, poursuivre les groupes de paroles et mettre à disposition de celles et ceux qui le souhaitaient une bibliothèque/centre de ressources. De plus, elle compte animer des interventions d'éducation, de sensibilisation et d'information sur l'orientation sexuelle LGBT et les conduites discriminantes liées à l'orientation sexuelle en animant 5 films débat, 2 conférences, 15 tenues de stand de sensibilisation lors des journées diverses annuelles.
- Solidarité SIDA NC a prévu de réaliser au moins 136 interventions dont 114 en collèges et lycées, 4 à la FOL avec une volonté de proposer aux autres centres de vacances et de loisirs les mêmes prestations, réaliser un projet pilote avec 22 interventions dans une classe en travaillant sur l'équilibre émotionnel affectif et sexuel, maintenir la permanence d'accueil à l'association et poursuivre les permanences d'écoute au sein du SOS écoute.

Par ailleurs, Il s'agira de maintenir la **distribution gratuite de préservatifs** comme en 2017

### Modernisation du système de dépistage des IST

Suite à la venue du consultant, des recommandations pour la mise en place d'un dispositif de dépistage des IST ont été réalisées, les voici (le détail est disponible sur demande auprès de l'ASS-NC):

- Réformer et adapter le corpus réglementaire
- Construire le réseau en assurant la compétence et les bonnes pratiques des acteurs et une coordination forte



- Assurer l'accès gratuit aux consultations, examens de dépistage et TROD
- Développer, actualiser et diffuser les guides et protocoles
- Suivre, évaluer et adapter le dispositif

Par ailleurs, les associations souhaitent maintenir leurs consultations.

**Soutien aux PVVIH**

Traiter 100 % des demandes des PVVIH qui s'adressent à l'association en apportant une aide financière si nécessaire, organiser 4 groupes de paroles de PVVIH et poursuivre les consultations médicales et espace d'écoute sur la sexualité.

# Baromètres santé et autres études

## 1 – Qu'est-ce que le Baromètre Santé ?

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

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

## 2 – Baromètre Santé Adulte 2015

En NC, le deuxième volet du Baromètre Santé Adulte (BSA) a été organisé en 2015 par l'ASS-NC. La population cible de l'enquête est la population générale de la NC, âgée de 18 à 60 ans.

Le rapport préliminaire présentant les objectifs de l'enquête, les méthodes d'échantillonnage, de recueil et de traitement des données ainsi que les résultats des principaux indicateurs en fonction du sexe, de la province et des classes d'âge a été publié en 2017 et est disponible sur le site de l'ASS-NC. Les grands thèmes abordés dans ce rapport sont les connaissances en santé, l'état de santé, l'accès aux soins, l'hygiène et la santé bucco-dentaire, l'alimentation, l'activité physique, les addictions et la santé sexuelle.

Au cours de l'année 2017, **trois études plus spécifiques utilisant les données de ce Baromètre Santé Adulte 2015 ont été réalisées.**

### 2.1 – Prévalence de la goutte et de l'hyperuricémie en NC

Cette étude a été réalisée en collaboration avec le Dr Pierre Bardin, chef du Service de Rhumatologie A de l'hôpital Lariboisière à Paris. Elle a fait l'objet :

- d'une présentation orale avec poster au congrès européen annuel de rhumatologie qui s'est déroulé à Madrid en juin 2017 (Dr Bardin)
- d'une présentation orale avec publication d'un résumé d'article au congrès français de rhumatologie à Paris en décembre 2017 (Dr Bardin)
- d'une présentation orale à la soirée médicale organisée par l'association médicale de NC à Nouméa le 7 novembre 2017 (Elodie MAGNAT)
- d'un article publié dans le Bulletin Médical de décembre 2017 et disponible sur le site de l'ASS-NC.

### 2.1.1 – Principaux résultats sur la goutte

La prévalence de la goutte est de **3,3 %**, IC95% [2,2 ; 4,9] chez les 18-60 ans en NC (0,9 % en France chez les plus de 18 ans). La prévalence est **plus élevée chez les hommes** 5,5 % [3,5 ; 8,5] (vs 1,0% [0,4 ; 2,9] chez les femmes) et **augmente avec l'âge**.

Chez les hommes, nous n'observons pas de différence significative de prévalence de goutte entre les différentes communautés d'appartenance. En revanche, chez les femmes, le risque de goutte diffère selon la communauté d'appartenance en analyse univariée.

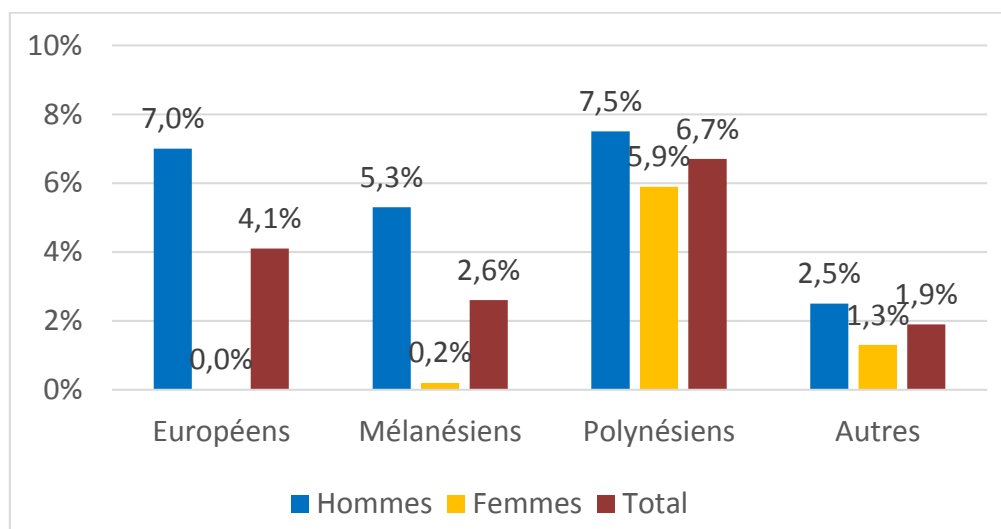


Figure 1 – Prévalence de la goutte en fonction de la communauté d'appartenance. Baromètre Santé Adulte 2015. NC

Les facteurs associés à la goutte (avec ajustement sur le sexe et l'âge) sont l'IMC, le périmètre abdominal, la présence d'une hypertension déclarée, la présence d'une maladie cardiaque et un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 ml/min. La dépression est également plus fréquente chez les goutteux que chez les non-goutteux. Le facteur « communauté » chez les femmes disparaît après ajustement sur l'IMC.

### 2.1.2 – Principaux résultats sur l'hyperuricémie

Chez les hommes de 18 à 60 ans, la prévalence de l'hyperuricémie >70 mg/L atteint **43,8 %**, IC95% [37,4 ; 50,4]. Chez les femmes de 41 à 60 ans, la prévalence de l'hyperuricémie >70 mg/L atteint **23,2 %**, IC95% [17,6 ; 30,0].

Nous observons des différences significatives selon la communauté d'appartenance (cf. Figure 2 ci-dessous). Les européens semblent moins à risque d'hyperuricémie que les autres communautés, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

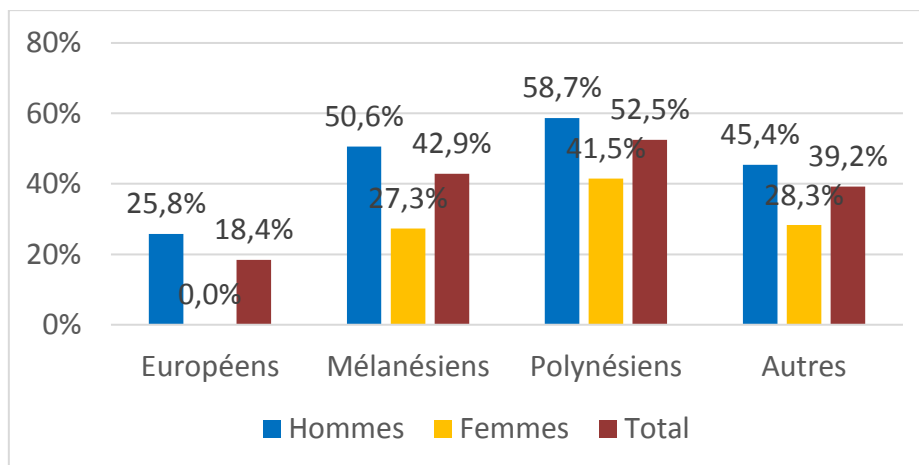


Figure 2 – Prévalence de l'hyperuricémie >70 mg/L en fonction de la communauté d'appartenance. Baromètre Santé Adulte 2015. NC

Les facteurs associés à l'hyperuricémie >70 mg/L (avec ajustement sur le sexe et l'âge) sont l'IMC, le périmètre abdominal, la présence d'une hypertension déclarée, le fait d'être né en NC et le fait de ne pas manger de légumes tous les jours. Les polynésiens, mélanésiens et autres ethnies sont également plus à risque d'hyperuricémie que les européens (et ce même après ajustement sur l'IMC).

### 2.1.3 – Conclusion

**La prévalence de la goutte semble élevée en NC**, y compris chez les personnes d'origine européenne, ce qui a également été observé en Nouvelle-Zélande.

**La prévalence de l'hyperuricémie semble très élevée en NC**, ce qui suggère peut-être le rôle de facteurs environnementaux.

Cette étude monte également des discordances entre les prévalences d'hyperuricémie et de goutte dans les diverses ethnies (Figure 3 ci-dessous). **Les mélanésiens et polynésiens ont une prévalence d'hyperuricémie plus élevée que les européens, alors que le risque de goutte n'est pas significativement différent, ce qui confirme que d'autres facteurs (par exemple génétiques) peuvent intervenir dans le développement de goutte.**

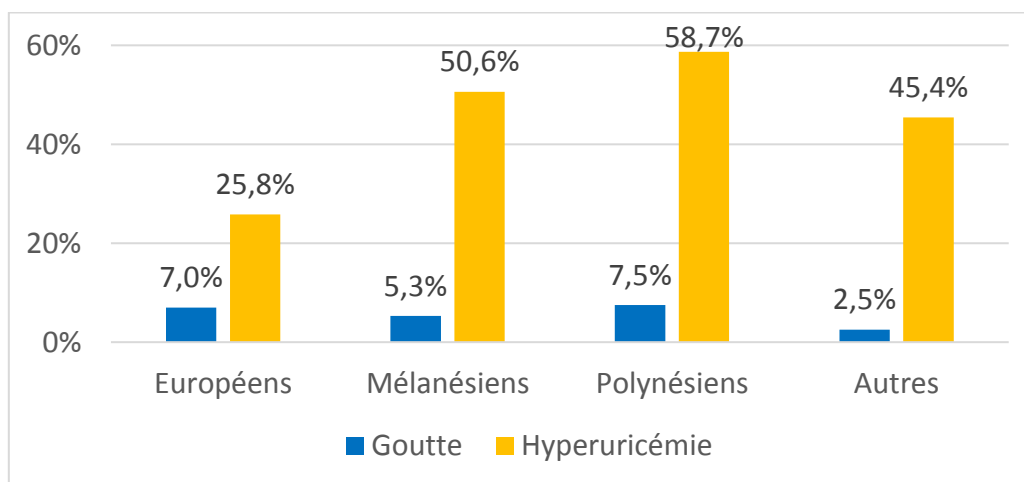


Figure 3 – Prévalence de la goutte et de l'hyperuricémie >70 mg/L en fonction de la communauté d'appartenance chez les hommes de 18-60 ans. Baromètre Santé Adulte 2015. NC

## 2.2 – Prévalence de la surcharge pondérale et comportements alimentaires en NC

Cette étude a fait l'objet d'une présentation orale à la soirée médicale organisée par l'association médicale de NC à Nouméa le 7 novembre 2017 (Elodie Magnat) et d'un article publié dans le Bulletin Médical de décembre 2017 et disponible sur le site de l'ASS-NC.

### 2.2.1 – Principaux résultats sur la surcharge pondérale

La valeur moyenne de l'IMC est de 28,8 kg/cm<sup>2</sup>, sans différence significative entre les deux sexes (29,1 kg/m<sup>2</sup> pour les hommes ; 28,5 kg/m<sup>2</sup> pour les femmes). La surcharge pondérale caractérise bien la population, quels que soit l'âge, le sexe ou la province.

Chez les 18-60 ans :

- 1,4 % sont dans la catégorie « maigreur »
- 31,3 % appartiennent à la catégorie dite de « corpulence normale »
- 29,6 % à la catégorie « surpoids »
- 19,2 % à la catégorie « obésité modérée »
- 11,8 % à la catégorie « obésité sévère »
- 6,7 % à la catégorie « obésité morbide »

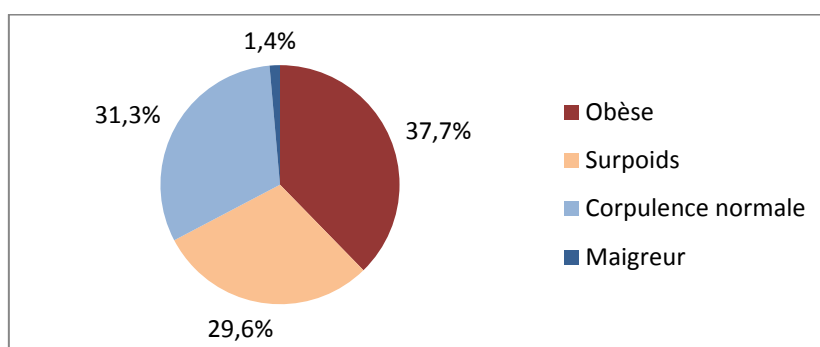


Figure 4 : Répartition des tranches d'IMC chez les 18-60 ans. Baromètre Santé Adulte 2015. NC

**La prévalence de la surcharge pondérale est de 67,3 % dans la population**, soit plus de deux Calédoniens sur trois. Nous n'observons pas de différence significative selon le sexe ou la province. La répartition des tranches d'IMC varie en fonction des classes d'âge. **Près d'une personne sur deux âgée de 45 à 60 ans est obèse.**

La répartition des tranches d'IMC varie également selon la communauté d'appartenance. (cf. Figure 5 ci-dessous). **Les polynésiens sont particulièrement touchés par la surcharge pondérale, suivis des mélanésiens, des autres ethnies et enfin des européens.**

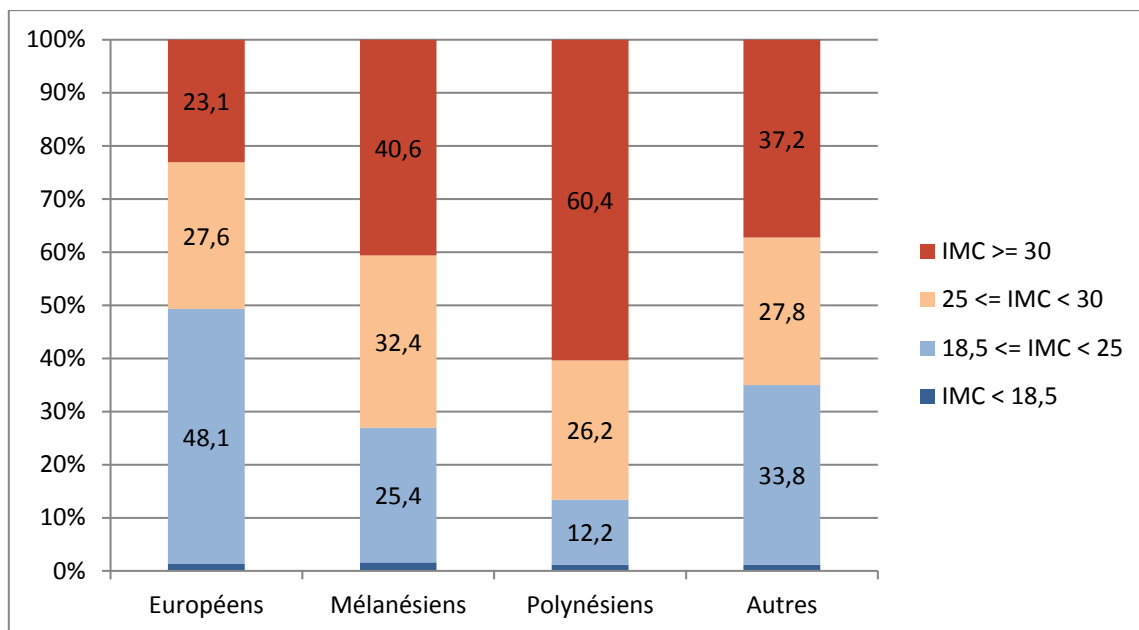


Figure 5 : Répartition des tranches d'IMC chez les 18-60 ans par communauté d'appartenance. Baromètre Santé Adulte 2015. NC

## 2.2.2 – Principaux Résultats sur les comportements alimentaires

### Aliments sucrés en dehors des repas

**13 %** des 18-60 ans déclarent **consommer quotidiennement des aliments sucrés en dehors des repas**. Les femmes sont plus nombreuses à en consommer quotidiennement que les hommes (18 % des femmes contre 8 % des hommes).

La consommation d'aliments sucrés en dehors des repas augmente avec le niveau d'étude : 6 % chez les personnes de niveau primaire, 12 % chez les personnes de niveau secondaire et 22 % chez celles ayant atteint le niveau supérieur.

### Pâtes et riz blanc

**Les pâtes et le riz blanc** sont des aliments consommés très fréquemment en NC : plus de 95 % des personnes interrogées en mangent au moins chaque semaine et **63 % en consomment tous les jours**, une ou plusieurs fois, sans distinction selon le genre.

La fréquence de consommation de ces féculents diminue avec l'âge (74 % des 18-24 ans, 66 % des 25-44 ans et 51 % des 45-60 ans en consomment quotidiennement) ainsi qu'avec **le niveau d'étude** (66 % des personnes de niveau primaire et secondaire et 43 % des personnes de niveau supérieure en consomment quotidiennement).

Les européens consomment moins souvent des pâtes et du riz blanc que les autres ethnies (**26 % des européens en consomment quotidiennement contre 75 % des mélanésiens et 79 % des polynésiens**).

### Tubercules et légumes secs

Près d'une personne sur trois parmi les 18-60 ans ne consomme jamais ou rarement (quelque fois dans le mois) **des tubercules et légumes secs**, plus de la moitié en consomme toutes les semaines mais moins d'une fois par jour et environ **une sur huit en consomme tous les jours**, sans distinction selon le genre ou l'âge.

La consommation quotidienne de tubercules et légumes secs est plus fréquente en province des Iles Loyauté (26 %) et en province Nord (22 %) qu'en province Sud (10 %).

**Les mélanésiens consomment plus souvent quotidiennement des tubercules que les autres ethnies** (20 % des mélanésiens en consomment quotidiennement contre 6 % des européens et 8 % des polynésiens).

### Légumes

Presque neuf calédoniens sur dix consomment **des légumes** au moins une fois par semaine et ils sont **43 % à en consommer tous les jours**, sans différence selon le genre et l'âge.

Un peu moins de la moitié de la population de la province Sud déclare consommer quotidiennement des légumes (47 %). Ils sont encore moins dans les provinces Nord et Iles Loyauté avec respectivement 30 % et 38 % des personnes interrogées qui déclarent en manger quotidiennement.

**Les polynésiens consomment moins souvent des légumes que les autres ethnies** (27 % des polynésiens en consomment quotidiennement contre 40 % des mélanésiens et 58 % des européens).

### Fruits

**Deux personnes sur cinq (40 %) consomment des fruits tous les jours**, 38 % en consomment toutes les semaines et 22 % en consomment moins d'une fois par semaine. On n'observe pas de différence notable selon le genre ou l'âge.

**C'est en milieu tribale que la consommation de fruits est la plus fréquente** : 49 % en consomment tous les jours contre 39 % des habitants du milieu urbain et 34 % des habitants du milieu rural.

**Les polynésiens consomment moins souvent des fruits que les autres ethnies** (26 % des polynésiens en consomment quotidiennement contre 40 % des mélanésiens et 47 % des européens).

### Fruits et Légumes

**Seulement 24 % des 18-60 ans déclarent consommer à la fois des légumes et des fruits quotidiennement.**

Les habitants de la province Nord consomment moins souvent des fruits et légumes quotidiennement (16 %) que ceux de la province des Iles Loyauté (22 %) et de la province Sud (26 %). **Les polynésiens sont 8 % à déclarer consommer tous les jours des fruits et des légumes. Les européens sont quant à eux 36 % et les mélanésiens 21 %.**

Parmi les personnes interrogées, 36 % déclarent limiter leur consommation de légumes et 34 % déclarent limiter leur consommation de fruits. Les principales raisons évoquées **sont le prix et la difficulté à en trouver.**

### Boissons sucrées

**Vingt-huit pourcent des adultes calédoniens consomment des boissons sucrées tous les jours** sans distinction selon la province de résidence. Les hommes sont plus nombreux à en boire fréquemment : 34 % des hommes en consomment tous les jours contre 22 % des femmes. La fréquence de consommation diminue avec l'âge. La consommation quotidienne concerne 41 % des 18-24 ans, 31 % des 25-44 ans et 16 % des 45-60 ans.

Les Calédoniens boivent en moyenne un quart de litre de boissons sucrées par jour (26cl). Les hommes en boivent en moyenne 32cl par jour contre 20 cl chez les femmes. Plus précisément, **un adulte sur cinq déclare consommer plus de 33 cl de boissons sucrées par jour (soit plus d'une canette).**

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer plus d'une canette de boissons sucrées par jour (27 % contre 15 % des femmes).

La proportion de personnes concernées diminue avec l'âge : plus d'un jeune sur trois, chez les 18-24 ans, déclare consommer plus d'une canette de boissons sucrées par jour (36 %), un Calédonien sur cinq chez les 25-44 ans et un calédonien sur dix chez les 45-60 ans.

Huit pourcents des Calédoniens consomment, dans la journée, plus de boissons sucrées que d'eau. Cette proportion diminue avec l'âge : ils sont 19 % des 18-24 ans, 8 % des 25-44 ans et 2 % des 45-60 ans à boire davantage de boissons sucrées que d'eau dans la journée. **Un jeune sur 5 boit plus de boissons sucrées que d'eau dans la journée.**

## 2.2.3 – Facteurs associés à la surcharge pondérale

Les facteurs socio-démographiques influençant la surcharge pondérale dans cette étude sont **le sexe, l'âge, l'ethnie, la zone d'habitat, le niveau d'étude et la situation personnelle** (cf. tableau 1).

Les facteurs alimentaires influençant la surcharge pondérale dans cette étude sont **la consommation quotidienne de pâtes et de riz blanc en tant qu'association à risque et la consommation quotidienne de légumes en tant qu'association protectrice**.

Exemple d'interprétation : l'OR associé à la modalité « polynésiens » est égal à 8,4, ce qui signifie que « **toute chose étant égale par ailleurs (à même sexe, même âge, même niveau d'étude...), les polynésiens ont 8,4 fois plus de risque d'être en surcharge pondérale que les européens qui sont la référence** ».

Tableau 1 : Facteurs socio-démographiques et comportements alimentaires associés à la surcharge pondérale chez les 18-60 ans. Baromètre Santé Adulte 2015. NC.

	Effectif	Prévalence de la surcharge pondérale	OR ajusté sur les variables socio-démographiques	IC 95%
<b>Sexe</b>				
Hommes (réf)	411	70.4 %	-	
Femmes	562	64.0 %	<b>0.6*</b>	[0.4 ; 0.9]
<b>Age</b> ***				
18-24 ans (réf)	129	49.5 %	-	
25-44 ans	469	66.0 %	<b>2.2**</b>	[1.3 ; 3.8]
45-60 ans	375	78.5 %	<b>5.1***</b>	[2.7 ; 10.0]
<b>Ethnie</b> ***				
Européens (réf)	161	50.6 %	-	
Mélanésiens	580	72.9 %	<b>4.5***</b>	[2.6 ; 7.8]
Polynésiens	70	86.6 %	<b>8.4***</b>	[3.4 ; 20.8]
Autres	162	65.0 %	<b>2.5***</b>	[1.4 ; 4.6]
<b>Zone d'habitat</b>				
Urbain (réf)	371	65.5 %	-	
Rural	187	70.6 %	1.0	[0.6 ; 1.6]
Tribal	415	68.8 %	<b>0.5*</b>	[0.3 ; 0.9]
<b>Niveau d'étude</b> ***				
Primaire ou avant (réf)	141	85.8 %	-	
Secondaire	698	71.1 %	0.7	[0.3 ; 1.4]
Supérieure	134	41.3 %	<b>0.2***</b>	[0.1 ; 0.5]
<b>Situation personnelle</b> **				
Seul/mono (réf)	299	58.4 %	-	
Couple	674	71.7 %	<b>1.7*</b>	[1.1 ; 2.6]
<b>Pâtes et Riz blanc</b> ***				
< 1 fois/jour	322	57.3 %	-	
>= 1 fois/jour	651	73.2 %	<b>1.6*</b>	[1.1 ; 2.5]
<b>Légumes</b> ***				
< 1 fois/jour	586	73.7 %	-	
>= 1 fois/jour	387	58.8 %	<b>0.6*</b>	[0.4 ; 0.9]

\* :  $p < 0.05$  ; \*\* :  $p < 0.01$  ; \*\*\* :  $p < 0.001$ . Résultats obtenus par le test du  $\chi^2$  de Pearson pour la colonne % et par le test de Wald pour la colonne OR.



## 2.3 – Prévalence de l'insuffisance rénale en NC

Cette étude a été réalisée par la DASS-NC en collaboration avec l'Association pour la Prévention et le Traitement de l'Insuffisance Rénale en NC (ATIR), l'Unité de Néphrologie-Hémodialyse (UNH) et le Réseau de l'Insuffisance Rénale (RESIR). Elle a fait l'objet d'une présentation orale à la soirée médicale organisée par l'association médicale de NC à Nouméa le 7 novembre 2017 (Carole FORFAIT – DASS-NC) et d'un article publié au Bulletin Médical de décembre 2017, rédigé par la DASS-NC et disponible sur le site de l'ASS-NC. Les analyses ont été réalisées en étroite collaboration avec la statisticienne-épidémiologiste de l'ASS-NC.

### 2.3.1 – Principaux résultats

Concernant l'ampleur de l'insuffisance rénale en NC, les chiffres présentés sont basés uniquement sur un seul prélèvement alors que deux sont normalement nécessaires à au moins 3 mois d'intervalle pour pouvoir classer les personnes dans les stades de maladie rénale. Toutefois, d'après ces résultats, il ressort que près de **7,4 % [5,5-9,8] de la population calédonienne serait en insuffisance rénale modérée à terminale (stades 3a à 5) et en tout, près de 11,9 % [9,6-14,8] de la population calédonienne de 18 à 60 ans aurait un problème rénal.**

Concernant les facteurs de risque étudiés les uns indépendamment des autres, nous avons retrouvé des facteurs connus ou suspectés dans d'autres études comme l'âge, le diabète, l'hypertension artérielle, la corpulence et le WheIR (rapport tour de taille sur la taille). Concernant l'âge, on trouve que la classe d'âge des 25-45 est, en plus de celle des plus de 45 ans, une classe d'âge significativement plus à risque que celle des 18-25. Sachant que l'insuffisance rénale chronique est rare avant 45 ans mais que sa prévalence augmente avec l'âge, notamment après 65 ans, ces résultats corroborent le constat fait concernant l'âge des dialysés qui est en moyenne plus jeune que sur l'ensemble des autres régions françaises (45 % des patients dialysés en NC ont entre 45 et 54 ans contre seulement 28 % sur l'ensemble des régions françaises).

Cette étude a également permis de mettre en évidence d'autres facteurs associés à la maladie rénale comme le niveau d'étude, la communauté d'appartenance (la communauté polynésienne), la province de résidence (province nord) en analyse univariée. Finalement, après ajustement, **les facteurs de risque** que nous retrouvons sont **l'âge, la communauté d'appartenance (polynésienne), le diabète, la province de résidence et l'hypertension** à la limite de la significativité. Comme nous avons retrouvé des interactions entre certaines variables, il convient d'interpréter les résultats avec prudence. Ainsi, on retrouve l'hypertension comme étant significative dans certaines sous populations.

Globalement, en attendant éventuellement une étude basée sur deux mesures, les actions de prévention et de surveillance pourraient cibler les personnes plus à risque. Des actions pourraient être menées plus particulièrement en province Nord, mais il faudrait cibler les femmes polynésiennes plus présentes en province sud, les diabétiques et les hypertendus. Il est également intéressant de garder à l'esprit que les femmes entre 25 et 45 ans peuvent également être une population plus à risque de développer une maladie rénale. Le baromètre santé de l'ASS-NC est un outil performant sur lequel cette étude a pu s'appuyer. Des facteurs de risque cités dans la littérature ont pu être retrouvés dans cette étude, mais aussi d'autres facteurs plus spécifiques à la NC qui permettront d'orienter les programmes de prévention.

### 3 – Baromètre Santé Jeune 2014

Le premier opus du Baromètre Santé Jeune de NC a été réalisé en 2014 par l'ASS-NC chez les filles et garçons scolarisés en collèges et lycées (privés et publics) âgés de 10 à 18 ans.

Le rapport préliminaire présentant les objectifs de l'enquête, les méthodes d'échantillonnage, de recueil et de traitement des données ainsi que les résultats des principaux indicateurs en fonction du sexe, de la province et des classes d'âge a été publié en 2016 et est disponible sur le site de l'ASS-NC. Les grands thèmes abordés dans ce rapport sont la santé orale, l'alimentation, l'activité physique, les addictions, la sexualité, les émotions et le suicide, la conduite à risque avec les véhicules à moteur et les violences.

**Au courant de l'année 2017, deux nouveaux rapports ont été réalisés concernant ce Baromètre Santé Jeune.** Il s'agit de deux rapports internes à l'ASS-NC. **Le premier rapport analyse en détail la non-réponse totale** (non-réponse générée par les individus n'ayant pas participé à l'enquête alors qu'ils faisaient partie de l'échantillon) **et la non-réponse partielle** (non-réponse générée par les individus ayant participé à l'enquête mais n'ayant pas répondu à une ou plusieurs questions) **aux questionnaires. Le second se présente sous forme d'une évaluation de ce premier opus avec des recommandations pour le prochain Baromètre Santé Jeune qui est prévu en 2019.**

Les principales idées qui se dégagent de ces deux analyses concernent :

- La conception du questionnaire : revoir la formulation de certaines questions, raccourcir le questionnaire, travailler avec des enseignants et des élèves, mieux adapter les thèmes abordés en fonction de l'âge...
- L'utilisation possible d'un e-questionnaire : limiter les données manquantes, supprimer les erreurs de cohérence et les erreurs de saisie, rendre plus ludique la passation...
- L'amélioration de la participation : développer la communication autour de l'enquête, revoir le mode opératoire de la phase terrain, s'inspirer des enquêtes GSHS, supprimer l'autorisation parentale, sensibiliser les répondants...
- L'inclusion des mesures physiques de taille et de poids : données très importantes, peu d'enfants connaissent leur taille et leur poids...
- L'amélioration de la documentation : documenter plus en détail ce qui est prévu avant l'enquête (protocole, échantillonnage, questionnaire...) mais également ce qui a été fait lors de la phase terrain avec les difficultés rencontrées, les choix, les solutions adaptées...

La récolte des données du second opus du Baromètre Santé Jeune est prévu courant 2019.

### 4 – Baromètre Médecins Généralistes 2016

Le premier opus du Baromètre Médecins généralistes a été réalisé en 2016 par l'ASS-NC auprès de l'ensemble des médecins généralistes libéraux conventionnés et les médecins généralistes salariés exerçant une activité curative en NC, quel que soit leur lieu d'exercice et quelle que soit la proportion du temps de travail consacrée à leur activité libérale. Le rapport complet précisant les objectifs, la construction de l'échantillon, le questionnaire, la réalisation de l'enquête et les résultats ont été publiés début 2017 et est disponible sur le site de l'ASS-NC.

Pour que la démarche diagnostique éclaire les décisions politiques, du mieux possible, et aboutisse sur des initiatives pratiques de santé publique rationnelles, il nous paraissait déterminant que les débats

qu'appellent les résultats du BMG-2016 soient prioritairement engagés avec ses partenaires opérationnels et institutionnels, au premier rang desquels les médecins généralistes eux-mêmes. Le choix de l'ASS-NC était d'organiser des séances de restitutions délocalisées en vue de discuter et définir une série de recommandations stratégiques, réalistes et consensuelles, qui concluent les travaux du BMG-2016, d'une part, et qui proposent aux décideurs de la NC, d'autre part, des axes d'intervention précis ayant pour but d'améliorer les pratiques de prévention dispensées, par les médecins généralistes, à la population de NC.

Afin de répondre à cet objectif, un second questionnaire en ligne a été proposé à tous les médecins répondants afin de définir des dates et des lieux pour les séances de restitutions. Malheureusement, nos propositions n'ont ni rencontré l'écho que nous espérions, ni été à la hauteur du taux de participation (54%) à l'étude. En effet, les 7 réponses ne nous ont pas permis de justifier l'engagement des moyens nécessaires à ce type d'échanges en présentiel. Une seule séance a été organisée à Koné en présence de tous les médecins chef de la Province Nord.

## 5 – Autres études ou activités du programme

### 5.1 – Enseignement et Formation

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

La division santé publique de la Communauté du Pacifique (CPS) a sollicité la statisticienne-épidémiologiste du programme Baromètre Santé pour assurer et réaliser (en collaboration avec un médecin épidémiologiste de Polynésie française) une formation au recueil et à l'analyse de données de santé liées aux maladies non transmissibles à l'intention des agents de promotion de la santé des pays et territoires francophones. L'objectif de cette formation était de rendre les agents de terrain autonomes dans la réalisation de petites enquêtes simples permettant d'évaluer les connaissances et habitudes de vie des communautés auprès desquelles ils interviennent ; ceci afin de renforcer la pertinence des actions de prévention proposées. Deux sessions de 4 jours ont été réalisées : une à Nouméa en juin et une à Tahiti au mois d'octobre. Cette formation internationale a réuni au total 16 participants : 4 agents de NC, 4 agents du Vanuatu, 6 agents de Polynésie et 2 agents de Wallis et Futuna.

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

- Analyse détaillée des indicateurs concernant le dépistage des cancers féminins du Baromètre Santé Adulte 2015 pour le programme de dépistage de l'ASS-NC.
- Production d'indicateurs pour le programme RAA et amélioration de la base de données de la plateforme.
- Participation aux réunions du comité d'évaluation du programme RAA.

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

L'étude de faisabilité est en bonne voie, suivant une logique méthodologique de coût-efficacité et pour la cohorte des personnes âgées de 50 à 74 ans. L'ASS-NC a entrepris de collecter les informations pertinentes accessibles localement et internationalement, à travers de multiples sources, au premier rang desquelles les professionnels de santé de NC des secteurs public et privé : Département

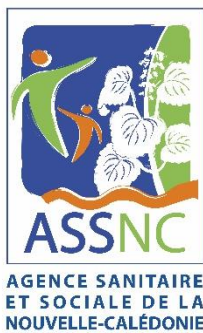
d'information médicale du Centre hospitalier Médipôle, Registre du cancer la NC, gastro-entérologues, laboratoires de biologie médicale, Contrôle médical unifié de la CAFAT, consultations d'oncogénétique, médecins généralistes et professionnels de santé publique. Une large revue de la littérature scientifique internationale a également permis de collecter puis d'adapter au contexte calédonien de nombreuses données non-accessibles localement.

Une première estimation détaillée des coûts directs de plusieurs scénarios possibles, reposant sur différentes stratégies de dépistage, a déjà été établie. La consultation et les échanges d'informations et de points de vue avec les nombreux partenaires locaux se poursuit, afin d'obtenir le maximum de données pertinentes et suffisamment précises pour permettre aux élus de la NC d'informer leurs futures décisions sur le sujet. Les conclusions de l'étude seront rendues courant 2018.

## 6 – Projets pour 2018

- Analyse multivariée des données concernant le tabac du Baromètre Santé Adulte 2015.
- Préparation du Baromètre Santé Jeune 2019.
- Finalisation de l'étude de faisabilité du dépistage organisé du cancer colorectal en NC.
- Réalisation de deux enquêtes pour le programme RAA : utilisation de la lidocaïne dans le traitement préventif des rechutes de RAA et évaluation de l'efficacité des méthodes de gestion de la douleur et impact du traitement sur la qualité de vie des patients.





16 rue Gallieni, Centre-ville de Nouméa  
BP P4 – 98851 Nouméa cedex  
tél : 25 07 60 – fax : 25 07 63  
courriel : [ass.nc@ass.nc](mailto:ass.nc@ass.nc) – site : [www.ass.nc](http://www.ass.nc)  
*Les actions de promotion de la santé – année 2017*  
Directeur de publication : Bernard Rouchon