



N° 4921 / 16 / 2011 / A.S.S. N.C.

Nouméa, le 9 janvier 2012

Compte rendu atelier RAA 12-14 décembre 2011

L'équipe du Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) de l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) a organisé un atelier consacré au RAA et aux cardiopathies rhumatismales chroniques (CRC) du 12 au 14 décembre à Nouméa.

Cet atelier calédonien avait pour objectif de mobiliser le tissu médico-social autour de cette pathologie encore trop présente en Nouvelle-Calédonie et dans le Pacifique et parfois un peu négligée, à la frontière entre les maladies chroniques et infectieuses.

En dehors de la présence des cardiologues publics et privés particulièrement impliqués dans le programme coordonné par l'ASS-NC, de nombreux acteurs de la santé publique, du dépistage et du suivi des patients ont été présents.

Nous avons eu l'honneur de pouvoir accueillir quelques spécialistes extérieurs au territoire, en premier lieu le Pr. Jonathan R Carapetis, responsable de la fédération mondiale du cœur (WHF) pour l'Asie Pacifique, qui fait référence en matière de RAA au niveau mondial, Madame Samantha Colquhoun, coordinatrice de la fédération pour le Pacifique et le Dr Andrew Steer, pédiatre et chercheur, qui a participé notamment au récent congrès de Bangkok redéfinissant les critères de diagnostic échographique du RAA.

Le Dr Mirabel Mariana, cardiologue de l'équipe de recherche en cardiologie de l'INSERM de l'hôpital Poincaré, elle aussi membre du groupe de travail sur les critères échographiques à Bangkok a également été très active durant ces trois jours.

Cet atelier s'est finalement transformé en conférence grâce à la participation du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) qui a permis la traduction simultanée dans la magnifique salle IEKAWA, mais également la présence d'une importante délégation de la Polynésie Française ainsi que de Wallis et Futuna.

L'intérêt que prètent les politiques de la Nouvelle-Calédonie à cette problématique s'est traduit par la présence et le discours inaugural de Madame Robineau, membre du gouvernement et présidente de l'ASS-NC, ainsi que l'ouverture d'une journée entrant dans la stratégie conjointe CPS/NC par Monsieur Richard Mann, directeur adjoint de la CPS et Monsieur Francois Bocquel chef du service de la coopération régionale au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Outre la mobilisation importante des cardiologues publics et privés, cet atelier a permis d'aborder certains points importants :

- L'épidémiologie du RAA en Nouvelle-Calédonie démontre que le pays comporte une population à « haut risque » pour cette pathologie et sa complication principale, la cardiopathie rhumatismale, comme dans de très nombreux autres pays de la zone Pacifique. Par contre, le territoire présente le paradoxe d'avoir une incidence du RAA toujours très élevée malgré une des plus importantes dépenses de santé par habitant dans la région.

Le dépistage effectué en milieu scolaire en Nouvelle-Calédonie a fait l'objet d'un assez long échange à la fois sur le plan technique que sur ses aspects éthiques.

- Nos confrères australiens l'ont trouvé particulièrement bon marché ! La possibilité de faire pratiquer les échographies de dépistage à l'école par du personnel para-médical formé, a été longuement discutée.

- Des pistes d'amélioration dans le circuit d'information et la formalisation de protocole avec les partenaires, ont été abordées, et l'intérêt de comparer avec un système organisationnel différent (médecine scolaire de la Polynésie-Française) a été bien mis en avant.
- La capacité de conduire les traitements jusqu'au bout en Nouvelle-Calédonie, condition *sine qua non* d'une mise en route de dépistage a été notée.
- Il a été décidé d'essayer d'améliorer les capacités décisionnelles des parents et la communication de l'annonce du dépistage en organisant, par exemple, une information dès la première réunion parents/professeurs de l'année et en renforçant cette annonce par des messages radios ciblés sur chacune des communes en cours de dépistage.
- Une enquête qualitative auprès des parents qui ne présentent pas leur enfant à l'échographie de confirmation (ou infirmation) a été proposée afin de comprendre les raisons de cette non présentation. Le devenir de ces enfants est abordé, et soulève une question d'éthique : mais que deviendraient-ils s'ils n'étaient pas dépistés ?
- L'inclusion d'un module RAA dans la formation initiale et continue des enseignants est discutée.

La nécessité de préciser au maximum les critères échographiques afin de diminuer au maximum les cas dits *border line*, pour lesquels les cardiologues ont du mal à décider si les lésions présentées sont dues au RAA ou correspondent à des images pouvant être « normales ». En effet l'utilisation de l'échographie cardiaque a connu un grand essor dans les zones d'endémie. La nécessité de préciser les critères à utiliser est devenue de plus en plus prégnante. C'est pourquoi un groupe d'experts internationaux s'est réuni en 2011 afin de mieux les définir sous l'égide de la WHF.

Un atelier regroupant la majorité des cardiologues du territoire a permis de faire le point sur les critères échographiques relatifs à la cardiopathie rhumatismale chronique.

- L'application des critères de la fédération mondiale du cœur (WHF) pour le dépistage de la cardiopathie rhumatismale est en passe d'être adoptée et est fortement recommandée. L'énorme avantage sera de pouvoir comparer les données calédoniennes avec celles d'autres séries internationales.
- Il existe cependant des incertitudes quant à la signification de certaines lésions très minimes dépistées par l'échographie. Ces lésions sont dites *borderline* dans la classification WHF. La pathogénie et l'impact pronostique de ces lésions restent à être évalués par des études cliniques.
- La sortie d'un logiciel permettant la lecture et l'analyse des échographies réalisées sur des appareils différents va permettre une lecture croisée par plusieurs cardiologues afin de rendre le diagnostic encore plus sûr.
- Les notions de coût du dépistage en regard des coûts de la pathologie ont été abordées, et même si ce dépistage semble posséder un bon rapport coût/efficacité, des études sur le coût réel de la pathologie seraient intéressantes afin de pouvoir prendre des décisions plus éclairées.

Un atelier tout à fait passionnant sur les traitements de prévention des rechutes a permis d'avancer sur la notion de douleur liée à l'injection, sur la dose qui doit être réduite à 1,2 millions d'unités et sur la fréquence des injections qui peut sans risque être diminuée à une injection toutes les quatre semaines.

- Une formation des professionnels de santé et notamment des infirmiers qui sont les principaux acteurs de cette injection doit être mise en place.

Une place particulière a été réservée aux discussions sur le registre des cas. Son intérêt a été confirmé s'il s'insère dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge, permettant la coordination des acteurs et leur mobilisation autour de ce sujet.

- Leur formation est encore une fois abordée, et un module RAA est proposé en formation initiale dans le programme des infirmiers formés à l'IFPSS.
- L'intérêt d'un système client/serveur (Web) et du retour régulier vers les acteurs de proximité est mis en avant.
- La rétro-information semble indispensable pour une meilleure participation de tous les acteurs impliqués.

Nos collègues de Polynésie nous ont présenté un état des lieux de leur programme tout à fait innovateur il y a dix ans, mais qui, au fil des changements de personnes, est resté en brèche quelques années et semble pouvoir reprendre sous de nouveaux augures. Si cela restait encore à faire, cette présentation a démontré l'intérêt de travailler sur des protocoles basés au maximum sur l'évidence, et si possible communs aux pays francophones au moins, ces aspects étant des atouts importants pour la pérennité d'un programme.

Le traitement de l'angine a été abordé, et la syntaxe anglo-saxonne qui s'adresse plutôt au « Sore Throat » (maux de gorge) semble décrire plus adéquatement les syndromes à traiter chez le sujet à risque de RAA.

- Mais l'ensemble des participants s'accorde sur la place somme toute réduite que tient ce traitement dans le cadre d'une prévention primaire. En effet, les experts, basés sur des données de la littérature médicale, s'accordent à penser que la prévention primaire n'est pas la seule solution. Le traitement antibiotique des angines chez les enfants à risque est fondamental, mais ne suffit pas à endiguer l'endémie.
- La place des tests rapides de diagnostic a été discutée et une veille scientifique doit être instaurée afin de suivre leur développement qui semble prometteur.

Il est peut-être préférable de parler de prévention primordiale et une intéressante présentation faite par la CPS nous a fait envisager quels pouvaient être les réels facteurs de risques et les enjeux de société qu'ils pouvaient poser. La responsabilité du secteur de la santé n'est peut-être « que » d'alerter les pouvoirs publics sur la place importante de l'amélioration des conditions de vie dans des pathologies telles que le RAA. Certaines études sur les facteurs de risques environnementaux de la cardiopathie rhumatismale menées à Fidji et en Nouvelle-Calédonie (2011) semblent vraiment aller dans ce sens.

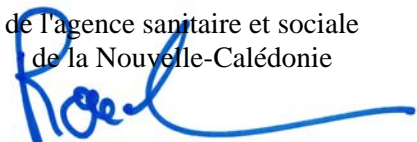
Les études ont bien sûr représenté une part importante des débats. Deux études réalisées en 2011 en Nouvelle-Calédonie ont montré qu'il était possible sans moyens très importants de produire une réflexion originale sur le sujet afin d'en faire avancer sa connaissance.

- Des pistes de recherche, comme le coût réel de la pathologie, la représentation de la maladie au sein de la population, le devenir des enfants dépistés, une meilleure connaissance des déterminants réels de cette pathologie ont été largement évoquée.
- L'amélioration des connaissances sur la distribution des souches de streptocoque du groupe A circulant en Nouvelle-Calédonie et ailleurs est préconisée. En effet, le développement d'un vaccin anti-streptococcique doit être anticipé.
- Enfin, des possibilités de mettre en place des protocoles de recherche simultanés sur les trois territoires ont été abordées.

En conclusion générale de l'atelier, les participants expriment un souhait fort d'arriver à mettre en place un travail le plus partenarial possible entre les trois pays francophones. Une demande d'aide à la coordination devra être faite à la CPS.

Les participants décident de suivre l'évolution, et d'adapter au contexte si besoin, la stratégie australienne, actuellement la plus réactive et dont les modifications sont les plus sous-tendues par des arguments basés sur l'évidence.

Le directeur
de l'agence sanitaire et sociale
de la Nouvelle-Calédonie



Dr Bernard ROUCHON