

DOSSIER DE PRESSE INSTITUTIONNEL

MAI 2011



L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie est un établissement public engagé dans une mission de service public, dédiée au mieux-être et à la préservation de la santé de tous les calédoniens. Les expertises qualitatives qu'elle réunit et le fond documentaire de prévention et de la promotion de la santé, unique en Nouvelle-Calédonie, qu'elle a constitué, lui permettent de fédérer et de coordonner sur le plan territorial, de nombreux programmes de santé et de prévention. Le processus de concertation multi-sectorielle et multi-partenariale qu'elle orchestre, en fait aujourd'hui un acteur majeur de la promotion de la santé et de la prévention en Nouvelle-Calédonie.

Contacts

Dr Bernard Rouchon, directeur de l'ASS-NC

Tel : 25 07 61 / mobile : 76 00 03

Email : bernard.rouchon@ass.nc

ASS-NC
16, rue du Général Gallieni
BP P4 – 98851 Nouméa cedex
Tél : 25 07 60 – Fax : 25 07 63
ass.nc@ass.nc – www.ass.nc

SOMMAIRE

I - Qui est l'Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie ?

II - Par qui est-elle administrée ?

III - Comment est-elle financée ?

IV - Quelle est sa valeur ajoutée ?

V - Ses programmes de santé et de prévention

- Le programme de prévention et de soins des addictions (tabac, alcool et cannabis)
- Le programme de prévention primaire des pathologies de surcharge pondérale
- Le programme de dépistage du diabète et d'accompagnement des diabétiques
- Le programme de dépistage du cancer du sein
- Le programme de prévention et de promotion de l'hygiène bucco-dentaire
- Le programme de prévention du rhumatisme articulaire aigu
- Le programme de prévention de la tuberculose
- Le programme de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
- Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus
- Le baromètre santé

I - QUI EST L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE DE LA NOUVELLE CALEDONIE ?

L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie est un établissement public de la Nouvelle-Calédonie. Elle a été mise en place par la délibération n°264 du 23 novembre 2001 du congrès. Elle a été modifiée par la délibération n°189 du 31 mai 2006 qui encadre la mission de financement des structures hospitalières, précise et renforce la mission de prévention. La délibération n°361 du 18 janvier 2008 permet quant à elle l'intégration du centre d'éducation diabétique et diététique ou CEDD à l'ASS-NC.

► Ses deux missions principales

Soutien à l'offre hospitalière de soins :

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

Participation aux actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire au travers de :

- La mise en œuvre des programmes prioritaires de prévention et de promotion de la santé décidés par la Nouvelle-Calédonie.
- L'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique.
- L'émission de recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé.

► Les moyens qu'elle a mis en place

Constitution d'un fond documentaire spécialisé sur les pratiques du domaine de la prévention et de la promotion de la santé à la disposition des professionnels, des médias et des associations.

Etablissement des critères de qualité régissant les actions, les outils pédagogiques, les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, en collaboration avec les professionnels concernés.

Développement et diffusion de référentiels de bonnes pratiques en matière de prévention en santé publique.

Participation active aux actions de prévention, aux recherches et études en rapport avec ses missions, **menées dans la région Pacifique.**

Conception, production et coordination des campagnes et supports de communication liés aux programmes de prévention menés.

Mise en place de conventions de partenariat avec l'Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire (INPES France) et la CPS.

► Les thématiques de ses programmes de soins, de prévention et de promotion de la santé

Addictologie (tabac, alcool, cannabis)

Diabète

Hygiène bucco dentaire

Dépistage du cancer du sein

Dépistage du cancer du col

Rhumatisme articulaire aigu

Pathologies de surcharge pondérale

Tuberculose

VIH/SIDA/IST

Baromètre Santé

II - PAR QUI EST-ELLE ADMINISTREE ?

Un Conseil d'Administration de 11 membres dont la composition nominative est fixée par arrêté :

► **Présidence**

Madame Sylvie ROBINEAU, membre du gouvernement

► **Membres représentant la Nouvelle-Calédonie :**

Madame Evelyne LEQUES – ou sa représentante : Madame Sutita SIO-LAGADEC

Madame Dominique DALY – ou sa représentante : Madame Henriette FALELAVAKI

En attente

Madame Caroline MACHORO ou sa représentante : Madame Ilaisaane LAUOUVEA

► **Membres représentant les Provinces :**

Monsieur Néko HNEPEUNE, Président de l'assemblée de la Province des Iles Loyauté ou son représentant

Monsieur Paul NEAOUTYINE, Président de l'assemblée de la Province Nord ou son représentant

Monsieur Pierre FROGIER, Président de l'assemblée de la Province Sud ou son représentant

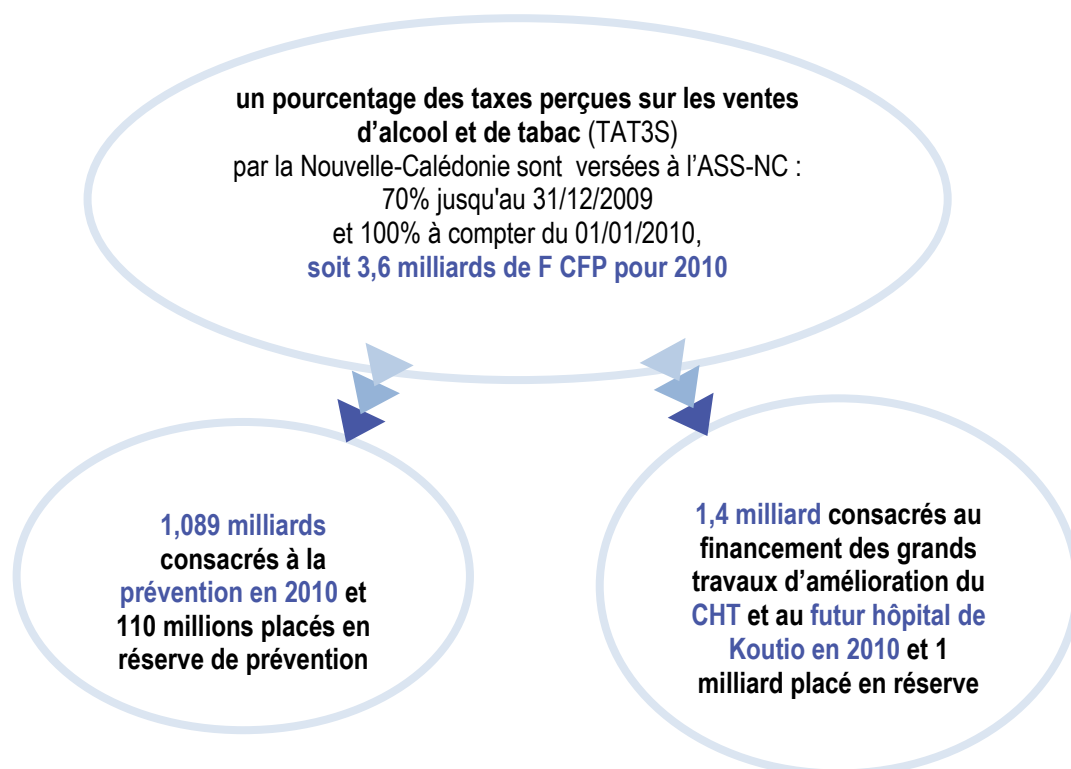
► **Administrateurs désignés :**

Monsieur Philippe ROSSIN, président du conseil de l'ordre des médecins de la Nouvelle-Calédonie, ou son représentant

Monsieur Philippe OUAMBA, directeur de la CAFAT ou son représentant

Madame Emma MALAVAL, personne qualifiée

III - COMMENT EST-ELLE FINANCEE ?



IV - QUELLE EST SA VALEUR AJOUTEE ?

La qualité de ses expertises internes

34 collaboratrices et collaborateurs, médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes, personnels des services fonctionnels, sont **engagés au service de la préservation et du mieux-être de la santé de tous les calédoniens**. Ils sont répartis sur 4 sites (3 à Nouméa et 1 à Koné).



Son réseau de partenaires et d'experts calédoniens, métropolitains et internationaux :

- ▶ l'institut national de prévention et d'éducation à la santé
- ▶ le secrétariat de la commission du pacifique sud
- ▶ l'organisation mondiale de la santé
- ▶ l'office des drogues et toxicomanies
- ▶ la mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies
- ▶ la direction de la santé de Polynésie Française
- ▶ les responsables de santé publique de l'agence de santé de Wallis et Futuna
- ▶ les réseaux de l'insuffisance rénale, de la périnatalité, et du cancer en Nouvelle-Calédonie
- ▶ l'association Arcades, cellule de dépistage des cancers du sein, du colon et de l'utérus à Marseille.

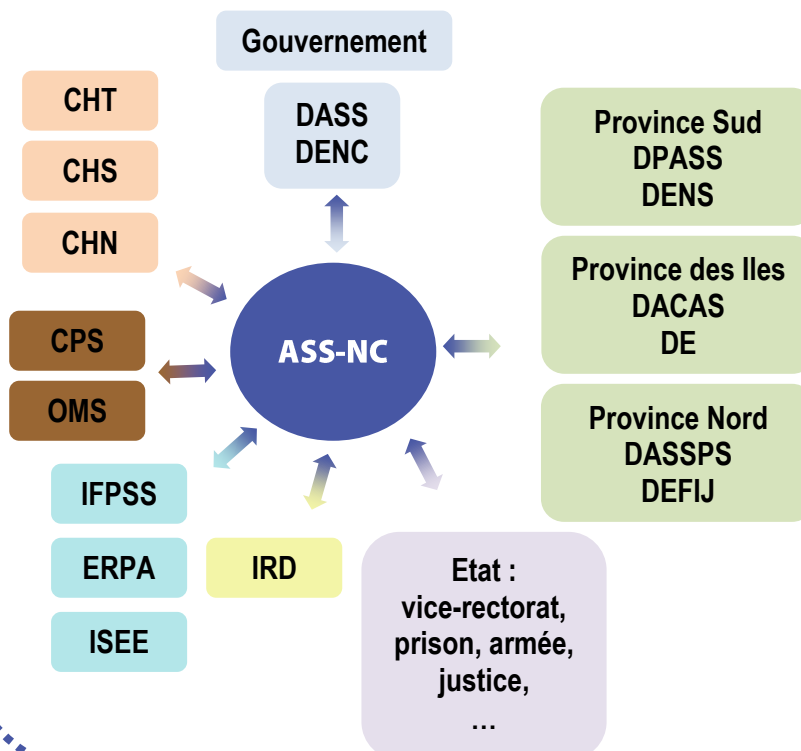


Son fond de ressources documentaires actualisées

Chacune des thématiques de santé des programmes menés donne lieu à la constitution d'un fond documentaire (publications, études, données épidémiologiques, documents de promotion de la santé, etc.), à la disposition des professionnels des associations et des médias.



Sa mission de coordination et son fonctionnement partenarial :



IV – SES PROGRAMMES DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE

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

Les thématiques des programmes de prévention et de promotion de la santé menés par les équipes de professionnels de l'ASS-NC ont été déterminées en fonction **des priorités de santé publique** définies par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, validées par le congrès et les instances provinciales et autres, siégeant au conseil d'administration de l'ASS-NC.

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

Il s'agit principalement :

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

Un rôle d'initiateur des stratégies et de coordination des énergies.

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

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

Une source d'informations qualifiée sur les problématiques de santé traitées et sur la prévention et la promotion de la santé en général.

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

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

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

Une mission d'organisation de l'évaluation des programmes.

La coordination de chacun des programmes par l'ASS-NC facilite également leur évaluation. Celle-ci, organisée par l'ASS-NC, peut être réalisée par des professionnels de cabinets spécialisés.

Ainsi, la reconduction de chacun des programmes tient compte du bilan d'évaluation, de l'évolution des données épidémiologiques et donne lieu à l'élaboration d'un nouveau plan stratégique selon un processus de concertation multi-sectorielle et multi-partenaire.

LE PROGRAMME DE PREVENTION ET DE SOINS DES ADDICTIONS (TABAC, ALCOOL ET CANNABIS) (màj : mai 2010)

Equipe du programme : Responsable : Dr Christian Michel + une équipe de 15 personnes : médecins addictologues, intervenants en éducation pour la santé, psychologue, infirmières, assistante sociale, diététicienne, secrétariat.

L'évaluation du dispositif « Alcool » de la Nouvelle-Calédonie (prévention, soin et réinsertion) rattaché et mis en œuvre par le Centre Hospitalier Spécialisé de la Nouvelle-Calédonie de 2002 à 2004, a donné lieu à la proposition d'un « programme Alcool » et finalement, à l'élaboration d'un programme ambitieux de prévention et de soins des addictions 2005-2008. Depuis 2006, celui-ci est rattaché et piloté par l'ASS-NC.

► Qu'est-ce que l'addictologie ?

L'addictologie s'intéresse aux conduites de consommation, mais aussi aux substances consommées et aux contextes qui interagissent sur ces conduites de consommation (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...).

L'addictologie repose sur une approche multiple des conduites addictives et ne doit pas être réduite à ses dimensions cliniques (l'addictologie clinique) ou médicales (la médecine des addictions). La multifactorialité des pratiques addictives et leurs multiples facettes n'en font pas de simples comportements pathologiques et imposent une approche tout aussi multidimensionnelle de leurs déterminants, de leurs formes, de leurs significations comme de leurs conséquences sur l'individu et la société.

Les addictions liées aux consommations de substances psychoactives peuvent engendrer des dommages physiques, psychologiques ou sociaux ainsi que des dépendances physiques ou psychologiques.

► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

Tabac : 37% de fumeurs en Nouvelle-Calédonie (*enquête 2007*).

Alcool :

- 25 à 30% d'usage nocif selon les études (*2003-2004-2005*).
- 63% des jeunes de 18 ans ayant eu au moins une crise d'ivresse dans l'année et 22% au moins 3 ivresses dans l'année (*ESCAPAD 2005*).
- Une consommation considérée excessive à partir de 18 verres/jour (*enquête 2003*).
- 63,1% des femmes enceintes ont bu au cours de leur grossesse, dont 23% au moins 6 verres par occasion (*enquête 2005*).

Cannabis :

- 8% des jeunes de 18 ans sont des consommateurs réguliers de cannabis (*ESCAPAD*), 3,4% de consommateurs réguliers à 14 ans et 7,9% à 16 ans (*enquête 2005*).
- Forte banalisation du cannabis et de sa consommation.

► L'objectif général du programme : diminuer les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis en Nouvelle-Calédonie.

4 objectifs spécifiques :

- Agir sur les représentations et sur les normes sociales.
- Agir sur la consommation.
- Optimiser le soin.
- Evaluer les résultats des actions menées.

► A qui s'adresse ce programme ?

Les actions menées ciblent tant la **population générale que des publics spécifiques** comme **les jeunes** et d'autres considérés comme **prioritaires** (détenus, femmes enceintes, publics en difficulté sociale).

Les professionnels de santé, les personnes ayant une mission éducative (enseignants, éducateurs, parents), les associations, les travailleurs sociaux sont les partenaires et relais opérationnels indispensables sur lesquels s'appuie l'équipe d'addictologie pour mener à bien son programme.

Touchant une problématique de santé publique cruciale en Nouvelle-Calédonie, ce programme implique la participation d'un grand nombre de partenaires de secteurs très variés (politique, institutionnel, médical, associatif, scolaire).

► Le plan d'action

Il s'articule autour des 4 objectifs spécifiques énoncés ci-dessus, qui donnent lieu à la mise en œuvre de campagnes de communication médiatiques, de réalisation de documents d'information, d'actions opérationnelles ciblées sur l'ensemble du territoire calédonien, de soins, du développement d'une offre de sensibilisation et de formation à l'intention des acteurs-relais.



LE PROGRAMME DE DEPISTAGE DU DIABETE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES DIABETIQUES (màj : avril 2011)

Equipe du programme : Responsable : Dr Dominique MEGRAOUA + une équipe de 8 personnes : médecins, infirmière d'éducation, diététiciennes, secrétaire - 3 vacataires : éducateur sportif, psychologue, podologue.

En 1994 déjà, les élus du Congrès avaient placé le diabète parmi les actions de prévention prioritaires, sa prévalence étant trois fois supérieure à celle de la métropole. En 1997, le Comité de Prévention de Nouvelle-Calédonie approuve le projet de prévention du **Programme diabète** dont la création en 1999 du **Centre d'éducation diabétique et diététique**, structure originale à vocation éducative et préventive, devient la pièce maîtresse. **Structure associative jusqu'au début 2008, le CEDD a été rattaché à l'ASS-NC afin de favoriser les conditions de développement de ses actions.**

► Qu'est-ce que le diabète ?

Le diabète est une maladie **grave et inguérissable** mais dans une grande majorité des cas **évitable**, et qui se caractérise par un excès de sucre (le glucose) dans le sang. Le diagnostic est posé lorsque le taux sanguin (la glycémie) à jeun atteint ou dépasse à deux reprises 1,26 gramme par litre.

Il existe **3 sortes** de diabète :

- **Le diabète de type 1**, en rapport avec un phénomène auto-immun responsable de la destruction sélective des cellules du pancréas sécrétant l'insuline, le moins fréquent. Non traité par l'insuline, le patient meurt rapidement. Sa fréquence est stable dans le temps en NC et n'est pas influencée par les facteurs nutritionnels.
- **Le diabète de type 2**, touche **90% des diabétiques**, il s'installe de façon progressive, se traite initialement par des règles hygiéno-diététiques, puis des comprimés et enfin, fréquemment, en raison de la destruction progressive des cellules du pancréas et de la carence en insuline endogène qui en résulte, par l'administration d'insuline exogène. Pendant de longues années, ce diabète n'est responsable d'aucun symptôme et ne peut être diagnostiqué qu'à l'occasion d'un prélèvement sanguin avec dosage de la glycémie. C'est néanmoins pendant cette période que se constituent silencieusement **les complications du diabète**, essentiellement vasculaires et neurologiques, **responsables à terme de la morbidité et de la mortalité** du diabète. Il est donc **essentiel de dépister et de traiter le diabète avant la survenue de ces complications.**
- **Le diabète gestationnel** qui se manifeste pendant la grossesse et dans 90 % des cas, disparaît après l'accouchement. Il se traite et se contrôle par l'alimentation et l'adoption d'une bonne hygiène de vie. Si malgré ces changements il n'est pas bien contrôlé, l'utilisation d'insuline deviendra nécessaire.

Les facteurs favorisant le diabète : l'hérédité, l'origine ethnique (polynésienne), l'obésité, une alimentation trop riche et déséquilibrée, un manque d'activité physique, l'hypertension artérielle, l'excès de cholestérol, avoir mis au monde un gros bébé, un poids faible ou élevé à la naissance (pour le type 2), certains virus (pour le type 1).

Les complications du diabète : maladies cardiovasculaires, neuropathie (atteinte du système neurologique), néphropathie (lésion des reins), rétinopathie et autres maladies de l'œil.

Le traitement : il a pour but, en normalisant la glycémie, de maîtriser la maladie. Dans le diabète de type 2, il repose sur des règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée et activité physique régulière) et très souvent des médicaments. **On ne guérit pas du diabète, c'est une maladie nécessitant un traitement à vie. Le suivi des règles hygiéno-diététiques est incontournable pour équilibrer le diabète. Il impose des modifications profondes du mode de vie, qui, pour être acceptées et suivies, nécessitent une éducation thérapeutique spécifique.**

► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

Entre **15 000 et 20 000 personnes diabétiques en NC**, soit une prévalence qui oscille entre 8,4% et 15,3% selon les zones géographiques et les ethnies (européens et mélanésiens : 8,4%, polynésiens : 15,3%). **Plus de la moitié d'entre elles serait dans l'ignorance de leur état.** En 2002, 42,8% des diabétiques calédoniens pris en charge par la CAFAT étaient atteints d'au moins une complication. **Moyenne du raccourcissement de l'espérance de vie** : 9 ans chez la femme et 15 ans chez l'homme. **90,6%** des diabétiques calédoniens sont atteints de diabète de **type 2.**

Prédisposition génétique, surcharge pondérale et sédentarité : les principaux facteurs prédisposant au diabète en NC. **Le diabète représente un poids économique important** : c'est le 2^{ème} diagnostic de prise en charge à 100% par la CAFAT derrière l'hypertension artérielle.

► **L'objectif général du programme : proposer aux diabétiques une prise en charge de qualité pour diminuer les conséquences du diabète**

- Assurer un diagnostic et une prise en charge précoces afin de diminuer les complications invalidantes.
- Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins.
- Apporter une réponse adaptée à la spécificité et au caractère multidisciplinaire induits par le diabète, en apportant les moyens nécessaires à une prise en charge de proximité du diabétique.
- Responsabiliser les diabétiques dans la gestion de leur maladie.

► **A qui s'adresse ce programme ?**

A la **population générale** de NC et plus particulièrement aux **personnes à risque de diabète**, aux **patients diabétiques** et aux professionnels de santé (cf. dossier de presse du CEDD pour plus de détails).

► **Le plan d'action**

- 1) Renforcer le dépistage du diabète.
- 2) Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins (prévention secondaire et tertiaire).
- 3) Améliorer l'organisation des soins.
- 4) Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé.



Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Loïc Broquart, chef de programme ; Sonia Sorel, adjointe au chef de programme ; Jean-Louis Figueras manipulateur radio prestataire.

Aucun programme n'avait jusqu'à présent été mis en place en Nouvelle-Calédonie. En France, le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 2001 et a été généralisé à tout le territoire français en 2004.

Le programme calédonien s'inspire largement des « bonnes pratiques » des programmes européens.

► Qu'est-ce que le cancer du sein ?

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

Le cancer du sein est une tumeur maligne, à savoir une prolifération anormale des cellules du tissu de la glande mammaire. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentalisés et en NC. En l'absence de diagnostic précoce, les cellules malignes se multiplient de manière anarchique et s'attaquent aux tissus sains avoisinants et métastasent dans tout l'organisme par le système circulatoire.

La majorité des cancers se développent dans la glande mammaire. Les causes précises du cancer du sein sont encore méconnues mais on sait qu'un grand nombre de cancers sont hormonodépendants (la tumeur est stimulée par les hormones sexuelles naturelles).

Les signes cliniques sont variés : une grosseur nouvelle dans le sein ou dans l'aisselle qu'elle soit fixe ou mobile, une modification de la taille ou de la forme du sein, un écoulement mammaire, douleur persistante du sein, le changement de l'aspect de la peau du sein ou de l'aréole (crevasses, pigmentation...).

La présence d'une petite boule n'est pas forcément le signe d'une tumeur maligne, cette dernière peut n'être que bénigne tel l'existence d'un petit fibrome par exemple. **Le cancer du sein peut se développer sans qu'aucun signe clinique ne soit encore apparu, d'où l'intérêt du dépistage précoce et régulier.** Un dépistage tous les 2 ans (examen clinique + mammographie) dès la ménopause, permet d'augmenter le pourcentage de survie à 5 ans. L'échographie, la ponction cytologique et la biopsie sont les 3 autres examens possibles à réaliser.

► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

Le cancer du sein est le **premier des cancers féminins** et la **principale cause de mortalité** par cancer.

En 2008, 91 cas ont été enregistrés.

58% des femmes touchées avait entre 50 et 74 ans.

Le taux standardisé des cancers en province des îles Loyauté (79,5/100 000) est supérieur à celui de la province Nord (71,5/100 000) qui est lui-même supérieur à celui de la province Sud (69,9/100 000).

Les cancers des femmes de la province des îles Loyauté et de la province Nord ont été diagnostiqués à des stades plus avancées que ceux de la province Sud en raison d'un **dépistage plus tardif**.

► **L'objectif général du programme** : réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans grâce au dépistage précoce qui favorise l'administration de traitements conservateurs et moins lourds. Le taux de participation doit être à terme supérieur à 70%.

► Le plan d'action

Il consiste en l'**organisation d'une campagne de dépistage par mammographie tous les deux ans pour les femmes éligibles** tout en incitant les femmes non éligibles à se faire examiner régulièrement. L'ensemble du personnel médico-technique des structures adhérentes au programme a bénéficié d'une formation spécifique et le matériel fait l'objet des contrôles qualité régulier.

La 1^{ère} campagne de dépistage a été lancée en août 2009.

► A qui s'adresse ce programme ?

Il concerne **les femmes de la population générale mais plus particulièrement celles en péri-ménopause**. Les femmes éligibles pour le dépistage organisé du cancer du sein sont celles âgées de **50 à 74 ans** qui résident en Nouvelle-Calédonie. Les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues/obstétriciens, sages-femmes, infirmiers libéraux, pharmaciens, radiologues, manipulateurs en électroradiologie) sont les relais indispensables à la réussite de ce programme.



Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Karine Noyant, chef de projet.

Ce nouveau programme est complémentaire des programmes d'hygiène bucco-dentaire organisés par les provinces et l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD).

► En quoi consiste l'hygiène bucco-dentaire ?

La gestion préventive des infections carieuses chez les enfants nécessite la diffusion de 3 règles simples : le brossage régulier des dents après les repas avec une brosse à dents adaptée à l'âge de l'enfant et un dentifrice fluoré, une alimentation équilibrée et surtout sans grignotage d'aliments sucrés entre les repas, des visites régulières chez un chirurgien-dentiste. Chez les enfants, on complète ce dispositif d'information par une opération de comblement ou de scellement des sillons des molaires définitives.

► A qui s'adresse ce programme ?

Il cible en priorité **les enfants calédoniens âgés de 6 à 7 ans** dans le cadre de leur milieu scolaire ainsi que les élèves identifiés comme prioritaires par les responsables provinciaux.

► Qu'est-ce qu'un comblement de sillon ?

C'est un acte préventif simple, indolore ne nécessitant pas d'anesthésie et qui s'applique sur des dents saines et définitives. L'intervention s'effectue sur l'émail de la dent, avant l'apparition de caries. Elle consiste à combler les anfractuosités des molaires grâce à une résine fluide et protectrice. Cette résine empêchera ou retardera ainsi le développement des caries.



► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

L'Indice CAO, correspondant à dents Cariées Absentes Obturées est le témoin de l'état bucco-dentaire des enfants. L'objectif de l'OMS en 2000 était : CAO < 3 pour un enfant de 12 ans

En Nouvelle-Calédonie, **l'indice CAO est proche de 4 en 2004.**

L'alimentation des enfants qui ont trop souvent une consommation excessive de nourriture ou de boissons très sucrées explique en partie la problématique.

Un CAO plus élevé est relevé au sein des communautés mélanésiennes et wallisiennes.

► L'objectif général du programme : améliorer l'état dentaire des enfants calédoniens.

Il implique une sensibilisation des parents à l'hygiène buccale de leurs enfants ainsi qu'une prise de conscience des enfants des vertus d'un bon brossage régulier de leurs dents.

4 objectifs sous-jacents ont été définis :

- Réduire l'apparition des caries sur les « jeunes » molaires définitives des enfants d'une tranche d'âge.
- Eduquer les enfants et les parents à l'hygiène bucco-dentaire et montrer ses liens avec l'hygiène alimentaire.
- Etre en mesure de définir statistiquement l'impact de ces comblements sur le développement ou non des caries d'ici 3 à 4 ans.
- Améliorer les comportements de la population générale calédonienne en matière de santé bucco-dentaire.

► Le plan d'action

Le plan d'action s'articule autour d'un examen buccal, d'une opération de comblement des sillons avec l'autorisation parentale, d'un dépistage actif des enfants présentant des caries et d'une information des parents sur la nécessité d'une prise de rendez-vous chez un chirurgien-dentiste pour y faire soigner leurs enfants.

Une caravane, dotée de l'équipe adéquate et du matériel nécessaire, sillonne le territoire calédonien tout au long de l'année scolaire.

Cette campagne opérationnelle qui bénéficie d'une couverture médiatique qualitative, est orchestrée en collaboration avec les partenaires institutionnels et professionnels provinciaux.

Des dépliants d'information de présentation de l'opération sont réalisés et distribués aux enfants ainsi qu'une demande d'autorisation parentale. Une affiche est apposée dans les écoles concernées.

Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Agnès Germain, infirmière référente ; Corinne Robillard, infirmière prestataire.

Ce programme, antérieurement géré par la DASS-NC, a été transféré à l'ASS-NC en 2005.

► En quoi consiste le rhumatisme articulaire aigu (RAA) ?

Le RAA est une complication inflammatoire retardée des affections des voies aériennes supérieures dues au streptocoque Bêta hémolytique du groupe A. Il résulte d'une anomalie de la réponse immunitaire chez des sujets génétiquement prédisposés, au cours d'une infection ORL par cette variété de streptocoque. La réponse immunitaire se dirige alors non seulement contre le microbe mais aussi contre certains organes et tissus du patient. Il s'agit en fait d'une réponse immunitaire inadaptée contre les constituants de ce microbe, le streptocoque, ressemblant en quelque sorte aux tissus de l'organisme humain. Une histoire infectieuse respiratoire a pu précéder le début de la maladie avec une période asymptomatique variable. Ce mécanisme et cette histoire infectieuse constituent le principe même du traitement et de sa prévention.

Suite à une pharyngite ou à une angine streptococcique non traitée ou incorrectement traitée, **les symptômes** vont apparaître : « pharyngite, angine », associant de la fièvre, des maux de gorge, des maux de tête, des amygdales inflammatoires augmentées de volume avec des sécrétions purulentes, et des ganglions douloureux. Ces symptômes peuvent cependant être très discrets ou totalement absents, en particulier chez le très jeune enfant et chez l'adolescent.

Après une période asymptomatique, l'enfant va développer de la fièvre et les signes majeurs de la maladie.

Le diagnostic est basé sur des critères cliniques regroupés en critères majeurs et mineurs. La présence simultanée de plusieurs d'entre eux est le signe d'une infection streptococcique récente et suggère fortement le diagnostic du RAA.

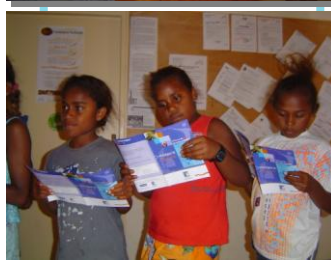
Le traitement pour la prévention à long terme du RAA demeure la pénicilline G benzathine (Extencilline®).

En l'absence d'atteinte cardiaque, la prévention doit durer jusqu'à l'âge de 18 ans ou 5 années après la dernière poussée. En cas de présence de cardite, la prévention doit se poursuivre jusqu'à l'âge de 25 ans. En cas de rechute, le traitement doit être poursuivi 10 ans après la dernière rechute.

Le RAA est une maladie à déclaration obligatoire (MDO).

► L'objectif général du programme : assurer une veille globale ainsi qu'une coordination et une information multi-sectorielle de l'ensemble des acteurs concernés au travers de :

- le renforcement des relations de partenariat avec les professionnels de santé ;
- le recensement de tous les patients du territoire ;
- la centralisation des informations concernant les patients afin d'assurer une veille de leur suivi ;
- l'organisation et la recherche des patients en rupture de traitement (« perdus de vue ») ;
- l'information et la formation des professionnels de santé et de l'éducation ;
- la sensibilisation du grand public à la problématique du RAA.



► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

Le RAA demeure une cause importante de morbidité et de mortalité en Nouvelle-Calédonie. Le registre du RAA calédonien comprend **environ 1900 patients sous antibio-prophylaxie.**

Chaque année, de nombreux cas sont rajoutés à ce registre. En 2009, 30 nouveaux cas ont été dépistés en milieu scolaire.

► A qui s'adresse ce programme ?

Il concerne l'ensemble de la population calédonienne.

La stratégie de coordination du suivi est restreinte aux patients sous antibiotiques au long cours.

La stratégie opérationnelle de dépistage concentre cependant l'essentiel de ses efforts sur **les enfants de CM1, au travers du milieu scolaire.**

Les professionnels de santé ainsi que les infirmières scolaires constituent des relais indispensables à la mise en œuvre et la réussite de ce programme.

► Le plan d'action

Il a concentré ses efforts sur l'organisation du dépistage précoce des valvulopathies rhumatismales en milieu scolaire (classe de cm1), le suivi de la régularité de prise des traitements et contrôles, la recherche des « perdus de vue », l'information et la formation des professionnels de santé et des acteurs en milieu scolaire.

Des supports de communication comme « **le guide du RAA** », **des dépliants d'information**, **le carnet de suivi du patient** sont diffusés aux partenaires des secteurs de la santé et de l'éducation. Dépliants et affichettes destinés au grand public sont également édités.

Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Isabelle Raobelina, chef de programme ; Dick Forest, adjoint au chef de programme.

De nombreuses actions de terrain initiées par les provinces et la Commission du Pacifique Sud (CPS) sont à l'œuvre depuis une vingtaine d'années. En revanche, c'est la première fois en Nouvelle-Calédonie qu'un programme piloté par un seul acteur, permet une coordination multisectorielle qualitative.

► Qu'entend-t-on par « pathologies de surcharge » ?

L'obésité est une maladie en soi liée à un excès de graisses dans le corps, entraînant des effets néfastes pour la santé. De nombreux facteurs peuvent expliquer les problèmes de surpoids et d'obésité : la sédentarité, la déstructuration des repas, l'absence de petit déjeuner, accompagnée de grignotage tout au long de la journée qui entraîne des apports alimentaires trop importants, un déséquilibre nutritionnel par rapport aux besoins, la consommation de trop de produits gras et sucrés, pas assez de fruits et de légumes, le patrimoine génétique, des problèmes psychologiques (affectifs, manque de confiance en soi), les modes et pratiques alimentaires de la famille, la qualité et coût des disponibilités alimentaires, l'achat de produits industrialisés et raffinés comme acte social, le rôle de la publicité,...

L'une des conséquences principales est qu'un individu qui a un poids excessif présente un risque de mortalité plus important que la moyenne. Les gènes liés au surpoids comme l'essoufflement au moindre effort physique et les douleurs articulaires conduisent souvent l'individu à l'inactivité physique. Cette sédentarité, déterminant majeur de l'obésité, entretient et majore les risques de santé. Aux problèmes physiques peuvent s'ajouter ceux de **souffrances psychologiques** comme une image négative et la perte de confiance en soi. Le processus d'enfermement sur soi qui peut se mettre en place est aussi susceptible d'entraîner l'acte compensatoire de manger encore plus. Ces troubles du comportement alimentaire deviennent encore plus difficiles à modifier s'ils sont renforcés par des réponses inadéquates (régimes, privations, attitudes répressives de l'entourage,...).

Le statut pondéral de l'individu s'évalue à l'aide de l'**indice de masse corporelle ou IMC** qui permet d'identifier la dénutrition comme l'obésité. Son calcul est le rapport du poids (kg) sur la taille au carré (m²). **La surcharge pondérale se caractérise par un IMC égal ou supérieur à 25 (Normes internationales de l'OMS).**

► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

En Nouvelle-Calédonie, l'existence supposée d'un **génotype d'épargne métabolique** (restant toutefois encore à confirmer) rend le facteur génétique pertinent pour expliquer le fort développement des maladies liées à la surcharge pondérale. En effet, à l'image des pays industrialisés, **le territoire présente un phénomène préoccupant d'augmentation de l'obésité, tout particulièrement chez les enfants.** En 1992-93, une étude menée avait révélé que **58,8% de la population âgée de 30 à 69 ans présentait déjà une surcharge pondérale importante** (Etude Caldia). Chez les enfants, les visites annuelles de contrôles montrent une augmentation de cette prévalence sur l'ensemble du Territoire, avec **environ 1/4 des enfants présentant une surcharge pondérale.**

► Le plan d'action

Axes principaux :

- 1) Sensibiliser la population calédonienne à la problématique de la surcharge pondérale.
- 2) Renforcer l'implication des acteurs de terrain dans la prévention de la surcharge pondérale.
- 3) Éduquer les enfants en milieu scolaire et extrascolaire.
- 4) Agir sur l'environnement (offres alimentaires à la vente, en milieu scolaire,...)

Des efforts de formation de la population enseignante ont été mis en œuvre depuis juillet 2008 et des supports de communication à vocation pédagogique et ludique (mallette pédagogique) réalisés. Ils sont diffusés depuis la rentrée scolaire 2009, soutenus par une campagne médiatique d'envergure s'adressant à la population générale.

La poursuite des actions de formation à la nutrition à destination des différents publics, la création d'un mini-site internet, le soutien technique qui sera apporté aux actions menées par les Provinces ainsi que les partenariats noués avec l'industrie agro-alimentaire, permettront de faire perdurer, de renforcer et de faire évoluer le dispositif au plus proche des réalités du terrain.

► L'objectif général du programme :

Sa vocation première est **d'informer pour éduquer et ainsi mieux prévenir.** Les objectifs poursuivis visent à **améliorer l'état nutritionnel de la population et à stabiliser la prévalence de surcharge pondérale chez les enfants.**

► A qui s'adresse ce programme ?

Il concerne **l'ensemble de la population calédonienne** mais se décline de façon ciblée (enfants, adolescents, parents, femmes enceintes,...). D'envergure multisectorielle, il associe de nombreux secteurs concernés par la problématique, à savoir les professionnels de santé, de l'éducation, de la jeunesse et des sports, les consommateurs, les acteurs économiques (l'industrie agro-alimentaire) et la société civile.



Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Karl Honda, référent pour la Province Nord.

Ce programme est en cours depuis 1992. Il est reconduit à l'identique tant que l'épidémiologie de la tuberculose en Nouvelle-Calédonie ne se modifie pas de manière importante.

► Qu'est-ce que la Tuberculose ?

La tuberculose est une maladie **infectieuse et très contagieuse**. Le germe responsable est une bactérie appelée bacille de Koch (BK) ou *Mycobacterium tuberculosis*. Généralement ce sont les poumons qui sont infectés, mais il arrive aussi que d'autres organes soient atteints. La maladie se développe selon plusieurs phases.

Alcoolisme, dénutrition, déficit immunitaire lié à une autre maladie (infection à VIH, cancers) ou à un traitement (chimiothérapie), milieux sociaux défavorisés, constituent les facteurs de risque de passage à la maladie.

La transmission de la tuberculose se fait par voie aérienne. Dans 90% des cas, une personne infectée par le bacille de Koch ne développera pas la maladie de la tuberculose. Elle peut même ne jamais en présenter de symptômes durant toute sa vie. Dans ce cas-là, elle ne pourra pas non plus transmettre le germe. Celles qui développeront la maladie peuvent être contagieuses et la transmettre, si les bactéries sont présentes dans leurs expectorations. En général, la tuberculose se transmet aux personnes qui passent beaucoup de temps avec le malade contagieux, particulièrement ceux qui vivent dans la même maison.

Les principaux signes de la tuberculose sont la toux, la fatigue constante, le manque d'appétit, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, la présence de sang dans les crachats. Ils sont communs à beaucoup d'autres maladies.

Les tests intradermiques, la radiographie pulmonaire, l'examen des expectorations et d'autres tissus (sang, urine, foie) sont les examens médicaux permettant de déterminer si une personne a été exposée aux germes ou si elle est atteinte de la maladie.

Le vaccin contre la tuberculose, effectué à la naissance, s'appelle le B.C.G et s'administre par voie intradermique. Evitant surtout les formes graves de la maladie chez les jeunes enfants, il n'est pas encore pleinement efficace. D'autres sont en cours de recherche.

Le traitement contre la tuberculose a pour but de détruire les bactéries présentes dans les organes infectés et est basé sur une association de quatre antibiotiques à prendre selon des règles précises pour ne plus être contagieux rapidement, guérir de la tuberculose et limiter le risque de rechute. En cas de mauvaise observance, les bactéries de la tuberculose peuvent acquérir une pharmacorésistance (résistance aux médicaments), recommencer à se multiplier et devenir plus difficile à éliminer.

► Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?

En 2006, on recense **50 nouveaux cas pour l'ensemble du territoire**. La tendance à la diminution du nombre de cas recensés en NC est le signe de l'efficacité des mesures sanitaires mises en œuvre. La persistance des cas de tuberculose justifie néanmoins la vigilance vis-à-vis de cette maladie. En ce qui concerne **le taux de guérison**, via stratégie OMS estime qu'un programme est performant si le taux de guérison est supérieur à 85% alors qu'il est de **78% en NC**. On note **une incidence plus élevée de la maladie dans les communautés mélanésiennes, wallisiennes et vietnamiennes**. Depuis 2000, une **moyenne de 2 décès a été enregistrée**.

► A qui s'adresse ce programme ?

Il cible **la population générale** ainsi que les professionnels de santé (pneumologues et pédiatres) avec lesquels l'ASS-NC travaille en étroite collaboration. La DASS, les DPASS, IPNC, la CPS et l'OMS représentent aussi de précieux partenaires pour la réussite de ce programme.

► Le plan d'action

Les cinq principaux axes d'actions mis en oeuvre :

- Vaccination naissance.
- Dépistage clinique précoce.
- Suivi de traitement (dot) (direct observed treatment).
- Dépistage actif des sujets contacts (ceux qui sont susceptibles d'avoir été en contact avec des bacillifères).
- Surveillance des co-infections (TB/VIH) et des résistances.

Dans cette perspective, le renforcement de **la communication avec les professionnels de santé et de leur formation** (mise à disposition de la stratégie sur le site internet de l'ASS-NC, édition et diffusion de dépliants d'information), **la poursuite des enquêtes autour des cas, la programmation de nouvelles formations, l'étude de la pertinence idr/interféron et la réalisation d'un carnet de suivi pour le patient**, font partie des **priorités**.



► L'objectif général du programme : créer ou optimiser l'ensemble des outils existants et renforcer la formation des professionnels de santé.

L'amélioration de la surveillance de la maladie, le renforcement et l'homogénéisation des procédures de diagnostics, l'assurance d'une prise en charge thérapeutique adaptée et complète, l'amélioration de l'efficacité des recherches de contacts, la modification des représentations négatives de la maladie au sein de la population et l'évaluation du programme, constituent les principaux axes stratégiques d'action.

Les objectifs opérationnels visent à éradiquer les « perdus de vue » avant la fin du traitement, obtenir un taux de guérison supérieur à 85%, surveiller la co-infection TB/VIH et celle de l'apparition des résistances aux antibiotiques.

Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Gwendal Boursicot, chef de programme.

La prévention du VIH/SIDA a débuté dès le début de l'épidémie. Elle s'est traduite depuis 1991, par la mise en place de 4 Plans à Moyen Terme (PMT) qui ont largement contribué à faire en sorte que la Nouvelle-Calédonie n'ait pas connu la flambée de l'épidémie de VIH/SIDA. En revanche, l'augmentation de la prévalence des IST atteste de la nécessité de poursuivre les programmes de prévention.

► **Qu'est-ce que les Infections Sexuellement Transmissibles ?**

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont à l'origine des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) ou « maladies vénériennes» qui sont des maladies provoquées par des microbes (virus, bactéries, parasites) qui se transmettent d'une personne à l'autre au cours des relations sexuelles car elles sont présentes dans le sperme ou les sécrétions vaginales.

Cependant certaines d'entre elles, comme l'infection par le VIH, l'hépatite B et parfois la syphilis, peuvent également se transmettre autrement que par voie sexuelle. Par exemple, au cours d'une piqûre volontaire ou involontaire avec une aiguille souillée lors d'une injection de drogue ou à l'occasion d'un accident chez un professionnel de santé.

Toutes les IST, sauf le VIH, se soignent avec des traitements très simples. Presque toutes les IST peuvent guérir sans laisser de séquelles. Cependant se traiter pour une IST implique de traiter son ou ses partenaires. Les plus courantes sont le virus du papillome humain (VPH), également appelé HPV, les chlamydiae trachomatis, la blennorragie ou gonorrhée (aussi appelée familièrement chaude-pisse), l'hépatite B et la syphilis.

► **Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?**

VIH désigne le Virus de l'Immunodéficience Humaine. Ce virus, lorsqu'il pénètre dans le corps, va infecter et détruire certaines cellules qui coordonnent l'immunité. Lorsque ces cellules sont en nombre insuffisant, l'immunité n'est plus efficace. Des maladies graves peuvent alors se développer. On appelle ces maladies « **opportunistes** » parce qu'elles profitent de la disparition de l'immunité pour se développer. Lorsqu'une personne contracte une ou plusieurs maladies de ce type, on dit alors qu'elle a le **SIDA** (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise).

Trois modes de transmission ont été identifiés : par voie sexuelle, par voie sanguine et de la mère à l'enfant.

Une pandémie s'est développée à partir de la fin des années 1970, faisant de cette maladie l'un des plus graves problèmes sanitaires mondiaux.

La prévention, telle que l'**usage du préservatif**, constitue de loin la **meilleure option**, car il n'existe actuellement aucun vaccin permettant de se protéger du virus, et les traitements antiviraux disponibles actuellement ne permettent aucune guérison et ne peuvent que retarder la venue du stade « sida », en ralentissant la prolifération du VIH au sein de l'organisme. Des recherches continuent pour la mise au point d'un vaccin, mais les progrès dans ce domaine sont très lents.

Le diagnostic de l'infection au VIH fait appel à la détection dans le sang des patients, des anticorps dirigés contre le VIH. L'utilisation de deux trousses sérologiques différentes lors du test de dépistage est exigée.

► **Qu'en est-il du contexte épidémiologique calédonien ?**

Le VIH/SIDA

Entre avril 1984 et octobre 2010, l'inspection de la santé de la DASS-NC a enregistré 353 cas de séropositivité. Depuis le début de la notification, l'incidence annuelle moyenne est de 15.

Parmi les 353 séropositifs, 73 personnes sont décédées, 131 ont définitivement quitté la NC ou sont perdues de vue.

En 2010 :

- 149 patients séropositifs font l'objet d'un suivi parmi lesquels 133 sont sous traitement médical.
- Taux de SIDA avéré (cas cumulés) : 50,5 pour 100 000 hab. en NC.
- Les facteurs de risques de contamination sont essentiellement sexuels.
- Sur les 353 séropositifs, 86 femmes et 265 hommes.
- La tranche d'âge des 20-49 ans représente 85% de l'ensemble dont 36% pour la seule tranche des 30-39 ans.
- 326 cas /353 sont renseignés au moment du diagnostic :
 - 38 n'avaient jamais quitté la NC,
 - 134 étaient sur le Territoire depuis plus de 6 mois,
 - 126 depuis moins de 6 mois,
 - 28 renseignements non disponibles.

Certaines personnes sont encore dépistées en stade SIDA, ce qui implique une séropositivité datant probablement d'une dizaine d'années pendant lesquelles d'autres personnes ont pu être contaminées à leur tour et en sont dans l'ignorance. Un diagnostic précoce doit donc être favorisé.

Cette situation soulève le problème du dépistage car il semble que la population ne se sente pas concernée et que les soignants n'incitent pas suffisamment au dépistage.

L'épidémie touche la population calédonienne sexuellement et économiquement active.

Parmi les personnes dépistées positives, la contamination de partenaires de séropositifs est toujours présente, sa proportion semble même augmenter. Les contaminations consécutives à une transmission sexuelle du VIH représentent 72,5% des contaminations.

Les IST

Un certain nombre d'études met en évidence **la circulation d'un taux très significatif d'IST en NC**. Aujourd'hui, le système de déclaration obligatoire sous-estime grandement l'importance du problème. Les tendances suivantes peuvent néanmoins être dégagées : persistance de la transmission de la syphilis, une **endémicité importante** du portage chronique du virus de l'hépatite B chez les jeunes adultes, celui du gonocoque qui paraît lui aussi très élevé, de même que celui des chlamydiae trachomatis.

Ces tendances attestent de pratiques de relations sexuelles à risque et non protégées. De plus, la multiplication du risque de transmission du VIH chez une personne porteuse d'une IST est plus forte. **Ainsi, le contrôle et le suivi des IST constituent un impératif majeur du programme.**

L'ampleur de la problématique des addictions qui induisent une perte de maîtrise de l'acte sexuel et conduisent bien souvent à des rapports sexuels non protégés, ainsi que les représentations sociales et les tabous qui favorisent ou

► L'objectif général du programme : prévenir la croissance de la transmission du VIH/SIDA et des IST en Nouvelle-Calédonie. 5 axes stratégiques visant à renforcer :

- les mesures de prévention pour contenir l'augmentation de la prévalence du VIH au sein de la population générale et des groupes prioritaires ;
- les mesures de prévention et de contrôle des IST curables ;
- la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH ;
- la surveillance épidémiologique ;
- la coordination multi-sectorielle.

► Le plan d'action

6 principaux axes d'actions :

- Coordonner et planifier le PMT5.
- Communiquer autour du VIH/SIDA et des IST.
- Promouvoir le dépistage du VIH et des IST.
- Accroître l'accessibilité culturelle, géographique et financière du préservatif.
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.
- Suivre et évaluer les actions mises en œuvre dans le cadre du PMT5.

Les efforts se concentrent sur **le soutien technique et financier aux associations, sur le renforcement de la formation des acteurs, l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et sur l'optimisation de l'éducation à la santé en milieu scolaire.**

Un **plan de communication globale** est également établi et **les circuits de distribution des préservatifs Caillou Kaoutchou (marque sociale) analysés et optimisés.**

► A qui s'adresse ce programme ?

Il concerne **l'ensemble de la population calédonienne.**

Néanmoins, **des groupes prioritaires ont été définis : hétérosexuels et homosexuels à partenaires multiples, personnes vivant avec le VIH, les travailleurs du sexe professionnels et occasionnels et les jeunes.**

D'envergure multisectorielle, il **associe de nombreux secteurs concernés** par la problématique, à savoir les institutionnels, les professionnels de santé, de l'éducation, de la jeunesse et des sports, les associations, les acteurs économiques et la société civile.



Equipe du programme : Responsable : Dr Bernard Rouchon ; Hélène Bourdessol, chef de projet.



► **Le Baromètre Santé, un dispositif transversal aux programmes de l'ASS-NC**

En 2009, l'Agence a lancé l'enquête Baromètre Santé de Nouvelle-Calédonie.

L'objectif principal de l'enquête est de décrire des comportements, attitudes et représentations de la population sur des sujets de santé tels que la consommation de tabac, d'alcool, les usages de drogues illicites, les pratiques alimentaires, la pratique d'une activité physique, la sexualité, contraception, les dépistages, les soins, etc.

Les résultats doivent permettre de définir ou d'adapter les programmes de santé publique (mesures législatives, campagnes de prévention, programmes d'éducation pour la santé, etc.), d'identifier précisément les populations vulnérables et les domaines d'intervention prioritaires.

Une mesure complémentaire (relevés du poids, de la taille, mesures biochimiques et urinaires) a ensuite été réalisée auprès des interviewés ayant accepté de s'y soumettre.

Le lancement de l'enquête proprement dite a nécessité un important travail préparatoire. Il a consisté notamment à rassembler les connaissances déjà produites sur la société calédonienne, rencontrer les prestataires afin d'estimer la capacité à réaliser un projet d'envergure, puis à élaborer un cahier des charges garantissant le déroulement de l'enquête à partir d'un protocole pré établi.

► **L'échantillonnage**

Cette étude en population générale a été réalisée en face à face, au domicile auprès de 2513 personnes âgées de 18 à 67 ans sur l'ensemble du territoire de la NC.

► **Le terrain de l'enquête**

Confié à un institut de sondages, le terrain de l'enquête s'est déroulé du 24 juin au 31 août 2010.

► **Une campagne média grand public afin de favoriser la participation**

Afin de favoriser la participation de la population aux sollicitations des enquêteurs, une campagne de communication média a été diffusée à la télévision, à la radio puis dans la presse.

En outre, afin de mobiliser les acteurs institutionnels, l'ASS-NC a adressé un courrier d'information sur le dispositif BS à l'ensemble des maires des communes du territoire ainsi qu'aux responsables des aires coutumières.

► **Une équipe de 89 enquêteurs répartis sur 11 secteurs d'enquête**

Encadrés par les superviseurs, 89 enquêteurs et enquêtrices ont été déployés sur l'ensemble du territoire.

► **Un taux de participation à l'enquête satisfaisant**

Dans l'ensemble, le taux de participation globale s'est établi à 77%. L'acceptation de l'étude (mesurée par le nombre de contacts aboutis, c'est à dire transformés en interview sur l'ensemble des contacts éligibles) a été supérieure en brousse, et plus particulièrement sur les Iles Loyauté.

► **La base de données**

A l'issue de la phase terrain, un redressement sur les variables de stratification (province, sexe et âge) a été appliqué pour obtenir une structure de l'échantillon correspondante à la structure réelle de la population calédonienne âgée de 18 à 67 ans, selon les résultats du recensement de la population réalisé en 2009.

Fin 2010, l'ASS-NC dispose d'une base de données prête pour l'exploitation statistique. Elle comprend près de 400 variables pour chaque personne interrogée.