



GUIDE PRATIQUE DE LA PRÉVENTION

2011



Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société



GUIDE PRATIQUE DE LA PRÉVENTION 2011

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société

Elément essentiel de la prise en charge globale du patient à travers la définition de l'OMS de la santé considérée « comme un bien être physique, psychologique et social », la prévention se décline au quotidien par chaque soignant, travailleur social ou partenaire du réseau sanitaire et social dans le dialogue particulier qui les lie aux patients et leurs familles.

Ainsi, comme le malade imaginaire de Molière, qui faisait de la médecine sans le savoir, nous faisons tous de la prévention sans le savoir, avec des connaissances, savoirs-faire et savoir être propres à nos parcours professionnels et à nos expériences particulières.

Ce guide a pour vocation de visualiser les dispositifs d'accompagnement, programmes de prévention et outils existants mis en place pour répondre aux principaux thèmes de santé publique, déclinés selon une trame commune :

- données épidémiologiques
- dispositifs et mesures financières
- outils de suivi et d'évaluation
- actions pédagogiques
- bibliographie et annexes

Il est accompagné d'un CD où vous retrouverez le guide mais aussi les annexes (imprimables) et une partie de la bibliographie. Des liens hyper-texte entre le guide et les annexes ont été mis en place pour vous permettre d'accéder instantanément à celles-ci au cours de sa lecture.

Ce travail reste perfectible et susceptible d'évoluer avec vos commentaires, propositions et corrections qui en feront un outil vivant réactualisé en tant que de besoin.

Les dessins et illustrations s'inspirent des différents supports d'éducation à la santé créés par la province Nord et ses partenaires.

Remerciements particuliers aux équipes des CMS et du CME, et notamment aux docteurs Pierre RAMONINO et Valérie ARMBRUSTER, aux éducateurs sanitaires, à l'équipe du centre d'éducation diabétique et diététique et notamment du docteur Dominique MEGRAOUA, à l'équipe du Programme de Prévention et de Soins en addictologie et notamment du docteur Christian MICHEL, aux docteurs Isabelle MONCHOTTE, Martine NOEL, Bernard ROUCHON, et à tous ceux que nous aurions oublié qui ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail.

Docteur Michel CORTAMBERT
Chef du Service des Actions Sanitaires

Docteur Pascale DOMINGUE MENA
Médecin adjoint à la prévention

Décembre 2007



SOMMAIRE

I. LE DIABÈTE	P. 6
II. LA PROTECTION MATERNELLE	P. 14
LA PROTECTION INFANTILE	P. 23
III. LA SANTÉ SCOLAIRE	P. 31
IV. LE VIH-SIDA-IST	P. 37
V. LE RAA	P. 48
VI. LES MALADIES RESPIRATOIRES	P. 54
VII. LA TUBERCULOSE	P. 61
VIII. LES CONDUITES ADDICTIVES	P. 71
IX. LES COUVERTURES SOCIALES	P. 78
X. VEILLE SANITAIRE	P. 86

CD-ROM DES ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIES

I. LE DIABÈTE

- I. Quelques données épidémiologiques
- I. II. Dispositifs et mesures financières
- I. III. Outils de suivi et d'évaluation
- I. IV. Actions pédagogiques

Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- **dépister, dépister, dépister...**
- visualiser **clairement** dans le dossier médical :
 - l'état clinique
 - l'HDM et le traitement
 - le suivi biologique et paraclinique
- inclure **naturellement** l'éducation patient (alimentation, auto-surveillance) dans la prise en charge
- **restituer** les données épidémiologiques précises selon les indicateurs pré-établis.



LE DIABÈTE

I. I. Quelques données épidémiologiques



COMMENTAIRES

A) En Nouvelle-Calédonie

● Pour les 2 types de diabète

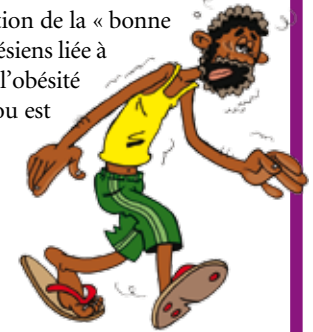
- Le **type 1** : carence absolue en insuline est rare.
- Le **type 2** : carence et résistance à l'insuline (avec majoration de la carence au cours de l'évolution) reste la règle.

Certaines communautés ont une sensibilité particulière au diabète de type 2. Dans l'ordre d'importance on a :

- les Polynésiens,
- les Mélanésiens,
- les Européens,
- les Asiatiques.



Sont en cause la disparition du « mode de vie traditionnel », l'urbanisation, une approche culturelle de l'alimentation en pleine mutation et de la représentation de la « bonne santé » chez les Océaniens et les Mélanésiens liée à l'image positive d'un surpoids voire de l'obésité (à l'inverse l'amaigrissement est vécu ou est synonyme de « maladie »).



B) En province Nord

790 diabétiques ont été recensés (données CMS de 2009), dont 57,6 % de femmes et 42,4 % d'hommes, avec des complications essentiellement constituées par la microangiopathie :

- artérite (amputations orteils, pieds, jambes).... 4,1 %
- insuffisance rénale..... 24 %
- dialyse 2,4 %
- AVC 4,2 %
- infarctus..... 4,4 %
- cécité, rétinopathie aggravée..... 21 %

Chaque complication renvoie à un examen type (clinique ou para-clinique) du suivi annuel :



examen des pouls, des pieds, avis podologue si nécessaire



bilan sanguin ou urinaire (azotémie, clearance à la créatinine, protéinurie des 24 H)



recherche des ROT, Testing des 4 membres



ECG



FO

LE DIABÈTE

I. II. Dispositifs et mesures financières



A) Prévention secondaire

● Pour les bénéficiaires du régime RUAMM-CAFAT :

1) LE DISPOSITIF LM (LONGUE MALADIE) CAFAT-RUAMM

(cf. chapitre particulier) assure la gratuité des soins pour le malade. Ce dispositif LM s'applique pour la prise en charge du **diabète gestationnel** dans le suivi prénatal.

2) LE DISPOSITIF PETIT RISQUE

- Continue à s'appliquer pour les soins de podologie (non inclus dans la LM) au barème en vigueur, soit seulement 10 % de l'acte et 90 % à la charge du patient.
- Pour les soins dentaires (non inclus en LM) au barème en vigueur, soit 40 % de l'acte, les 60 % restant sont à la charge du patient ou de sa couverture complémentaire s'il en a une.
- Pour les lecteurs de glycémie et leurs consommables (prise en charge pour le diabète de type II mais pas pour le diabète gestationnel).

● Pour les bénéficiaires de l'aide médicale Nord :

1) LE DISPOSITIF ALM (LONGUE MALADIE AIDE MÉDICALE A)

Assure une validité de carte d'une année (au lieu de six mois).

2) LES CARTES B BASCULENT IMPÉRATIVEMENT EN LM CAFAT-RUAMM

Rejet des factures de pharmacie si traitement anti-diabétique sur ordonnance ordinaire – non bi-zone bleue – et carte B.

COMMENTAIRES

Avec un protocole de soins spécifique au diabète : Protocole de Soins Initial (PSI) (cf *Annexes 1*).

Protocole de soins LM classique.

L'évolution attendue de la nomenclature devrait permettre une meilleure prise en charge du tarif de remboursement. L'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS NC) finance :

- des consultations de podologie dans les CHN et les CMS
- des consultations individuelles diététique dans les CHN et CMS, et des consultations de groupes (type atelier cuisine) dans les communes.
- un dépistage de la rétinopathie diabétique (rétinographe ambulatoire se déplaçant sur l'ensemble du territoire selon un calendrier pré-défini).

Procédure lourde, mais **souhaitable** pour la qualité et l'harmonisation des pratiques et du suivi des patients diabétiques (en utilisant les mêmes protocoles de soins et de synthèse annuelles spécifiques au diabète, et le « carnet vert »). Comme toujours, les autres membres de la famille bénéficiaires de la carte doivent toujours la renouveler tous les 6 mois.

Mais les lecteurs de glycémie sont pris en charge, **quel que soit le diabète**, sous réserve d'une éducation du patient.



B) Prévention primaire

● Actuellement au stade de projet

– Réglementation sur les ventes de boissons type soda dans les écoles et la publicité.



– Extension de la nomenclature métropolitaine des actes infirmiers de prévention.
– Création d'un poste de diététicienne (suivi des cantines, éducation scolaire).

COMMENTAIRES

- Charte à négocier avec les industries alimentaires ou interdictions diverses et variées à cibler.
- En province Nord, recommandations aux directeurs d'écoles relevant de la DEFIJ (secteur laïc) (cf *Annexe 5, 2001*).

Règlement intérieur pour les internats provinciaux et les caisses d'écoles (en cours d'élaboration).

Code des subvention intégrant l'obligation aux associations bénéficiaires de ne pas faire la promotion des boissons sucrées (cf *Annexe 6*).



- Notamment l'éducation à l'auto surveillance, l'injection d'insuline, le conseil diététique.
- À intégrer aux missions de la diététicienne financée par l'Agence sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS NC).

LE DIABÈTE

I. III. Outils de suivi et d'évaluation



● Page de garde du dossier médical



● Fiche de suivi ambulatoire annuel

Elle permet de centraliser sur une seule feuille le suivi du diabète avec les examens trimestriels, les semestriels et les annuels (cf *Annexe 2*).

● Fiche de suivi épidémiologique et statistique

Elle résume les items de la fiche de suivi ambulatoire. Elle permet une centralisation des données annuelles, afin d'évaluer l'évolution de la population diabétique du territoire et de la province Nord (cf *Annexe 3*).

● Carnets de suivi dextro pour les patients de type I et de type II

Carnet provincial de suivi dextro avec la responsable de l'approvisionnement en matériel de bureau.

COMMENTAIRES

- ➔ Permet une prise en charge globale du patient. Outre, les items habituels doivent apparaître clairement pour le diabète :
 - la date et la circonstance de découverte
 - le type (et les dates si évolution, i.e le passage partiel ou total à l'insuline)
 - l'existence d'ATCD familiaux (fratrie, parents, autres ascendants ou collatéraux...)
 - la mise à jour des vaccinations
 - la date du dernier FO (de moins d'un an, au crayon papier)
 - la date du dernier ECG (de moins d'un an, au crayon papier).
- ➔ Permet de visualiser le suivi de l'année :
 - HBA1C, bilan sanguin général
 - FO, ECG.
- ➔ L'ensemble des fiches doit être restitué avant la fin du premier trimestre à la direction, service de prévention, avant transmission pour saisie et exploitation à la DASS PS. Elle participe à la restitution des données aux CMS, l'évaluation épidémiologiques et l'élaboration des axes stratégiques de lutte contre le diabète.
- ➔ Avec le « carnet vert », responsabilise et accompagne l'appropriation par le malade de sa maladie, de son autonomie vis-à-vis de sa prise en charge thérapeutique.



A) Prévention primaire en milieu scolaire

- Programme d'Education à la Santé en Milieu Scolaire Primaire (PESMSP), avec un thème transversal « Diabète, nutrition, alimentation ».
- Actions diverses des éducateurs sanitaires et/ou des équipes de CMS et CME sur l'alimentation (accompagnant ou pas le PESMSP) :
 - proposées aux enseignants et mises en place selon leur réactivité
 - ou mises en place sous forme de programme annuel en collaboration avec les chefs d'établissement.

B) Prévention primaire tout public

- Initiatives à imaginer chaque année lors de la journée mondiale de lutte contre le diabète (le 14 novembre).
- Sensibilisation et formation des cantinières.
- Sensibilisation public adulte cible (mamans, famille de patients diabétiques ou en surpoids...).
- Action petit déjeuner des 5^{èmes}



COMMENTAIRES

- ➔ Compétences transmises dans le cadre du programme scolaire et déclinées à chacun des trois cycles par les enseignants (Jeu de la bonne immunité, Memory, QUIZ alimentation, malette ASSNC).
- ➔ Équilibre du petit-déjeuner.
- ➔ Éducation au goût pour les maternelles (sucré, salé, amer, acide).
- ➔ Étude des 3 groupes alimentaires en primaire.
- ➔ Ateliers alimentation en tribu (CMS, équipe du CME, éducateurs sanitaires...).
- ➔ Information et sensibilisation lors de la journée mondiale du diabète (dépistage, marche, activité sportive, repas...).
- ➔ Bingo de l'alimentation de la CPS et autres articles et affiches sur l'alimentation et l'éducation, en français pour certains et en anglais pour d'autres.
- ➔ Documents CPS : accessibles sur Internet sur le site de la CPS. Possibilité de les commander en petite quantité.



LE DIABÈTE

I. IV. Actions pédagogiques



B) Prévention secondaire

Dispositif du Centre d'Education Diabétique et Diététique (CEDD)

Financé par l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASSNC), il assure :

– La formation des professionnels de santé :

- lors d'un stage une semaine au Centre d'Education Diététique et Diabétique (CEDD) à Nouméa (3 à 5 agents de la province Nord par session, 2 à 3 sessions/an) à l'éducation au diabète (document d'aide à l'éducation des patients diabétiques du CEDD) (cf Annexe 4).
- Formation obésité au col de la pirogue (4 ou 5 sessions par an)

– La prise en charge individuelle curative et préventive :

- deux diététiciennes basées dans le nord :
 - une côte Est.
 - une côte Ouest.
- prise en charge individuelle une fois par mois dans chaque CMS et tous les deux mois en collectif.

COMMENTAIRES

- ➔ Formation de « référent diabète » dans chaque CMS, chargé de l'éducation des patients diabétiques, puis mis en place d'un projet d'équipe où, selon ses disponibilités, chacun assurera tout ou partie des séances nécessaires à cette prise en charge :
 - partage des tâches entre l'infirmier de CMS, l'AVS et l'éducateur sanitaire
 - constitution de groupes d'éducation collective ou de liste d'éducation individuelle
 - réalisation de 3 à 10 séances, selon le patient, étalées sur un à deux mois
 - évaluation à distance (trimestrielle, annuelle) sur les valeurs d'hémoglobine glycosylée et le poids.
- ➔ En partenariat avec les laboratoires, le CHN et le CHT.
- ➔ Projet d'équipes, mais prise en charge particulière :
 - listing des patients diabétiques ou obèses, **ayant réalisé leur formation individuelle ou collective**, nécessitant un soutien (échec régime ou résistance au traitement)
 - prise en charge aussi des personnes obèses ou avec facteurs de risque.

LE DIABÈTE



BIBLIOGRAPHIE

- Enquête CALDIA 1992 : dépistage systématique sur l'ensemble du territoire (protocole de dépistage).
- *Bilans santé scolaire en province Nord* (bilan annuel réalisé à partir des registres médico-scolaires).
- *État sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* (bilan annuel parution avec 3 ans de retard ; restitution avec un décalage de 2 à 3 ans).
- Documents CPS : accessibles sur Internet sur le site de la CPS. Possibilité de les commander en petite quantité.
- Audit sur la prise en charge du diabète (CEDD 2005).
- À venir, programme ASCLEPIOS :
 - fiche annuelle épidémiologique (logiciel DASS NC) ;
 - s'inspirant des données CAFAT mais généralisées ;
 - destiné à l'ensemble des diabétiques, aide médicale comprise.
- Dessins + affiches fruits et légumes.
- Dépistage opportuniste.

ANNEXES

- ➔ **Annexe 1** : Protocole de Soins Initial, spécifique au diabète.
- ➔ **Annexe 2** : Fiche de suivi ambulatoire annuel.
- ➔ **Annexe 3** : Fiche de synthèse annuelle épidémiologique.
- ➔ **Annexe 4** : Document d'aide à l'éducation des patients diabétiques du CEDD.
- ➔ **Annexe 5** : Circulaire de la DEFIJ sur la vente des boissons et autres produits énergétiques dans les écoles publiques primaires et maternelles.
- ➔ **Annexe 6** : Code provincial des subventions.

II. LA PROTECTION MATERNELLE

La Protection Maternelle et Infantile, plus connu sous le sigle de PMI, a été créée en France après la seconde guerre mondiale pour lutter contre la mortalité infantile (*Bibliographie : activités types PMI Hôpital Sud RENNES-2000*)

II. I • Quelques données épidémiologiques

II. II. • Dispositifs et mesures financières

II. III. • Outils de suivi et d'évaluation

II. IV. • Actions pédagogiques

• Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- organiser **rigoureusement** le suivi attentif et **précoce** de chaque grossesse
- promouvoir **clairement** la contraception, notamment d'urgence, et la prévention des IST et IVG
- s'approprier **naturellement** le dépistage systématique des cancers féminins (sein, col de l'utérus, thyroïde).



LA PROTECTION MATERNELLE

■ II. I. Quelques données épidémiologiques



A) En Nouvelle-Calédonie

- La mortalité périnatale (de 0 à 27 jours) n'est pas négligeable 13,5 / 100 000 Hbts en 2007 *cf. Bibliographie, situation sanitaire*
- En province Nord le nombre de naissances vivantes a baissé de 30,9 % de 1981 à 2007. Il est le plus faible des 3 provinces.
- 973 IVG ont été réalisées **en 2005**, sur 5 079 conceptions (enfants nés vivants, enfants morts-nés et IVG confondus) **soit un taux de 19,1 pour 100 conceptions** (en métropole ce taux est de 14,6).
- Pour le groupe des femmes kanak, le cancer du sein est le cancer plus fréquent (25,9 %), suivi de celui de la thyroïde (14,9 %) et de celui du col de l'utérus (9,4 %).

B) En Province Nord

- **En 2009**, 284 naissances d'enfants vivants ont lieu en province Nord. 146 IVG ont été réalisées dans les CHN.

COMMENTAIRES



3 axes principaux ont été développés avec des programmes échelonnés et finalisés dans le temps :

- la grossesse avec l'élaboration du schéma de l'obstétrique et la création, en 2007, du réseau périnatalité.
- la sexualité : contraception
l'IVG
Les IST-VIH/SIDA (*voir fiche à part*).
- les cancers féminins : cancer du col
cancer du sein



Des dispositifs particuliers ont anticipé ou accompagné les programmes de la Nouvelle-Calédonie :

Le Centre Mère-Enfant créé en 2002 a pour mission des mesures de prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants, avec un gynécologue référent chargé de la coordination des sagesfemmes de la province.

LA PROTECTION MATERNELLE

II. II. Dispositifs et mesures financières



A) Grossesse

● Pour les ressortissants du RUAMM/CAFAT :

Prise en charge, **sans avance de frais** des consultations, examens biologiques et paramédicaux à condition que le suivi de la grossesse ait débuté avant la fin du 3^{ème} mois (le cas échéant prise en charge selon le tarif de remboursement habituel).

Si grossesse pathologique, nécessité de faire une demande de prise en charge à 100 % comme pour toutes les autres pathologies **LM** prises en charge à 100 % (*voir chapitre couverture sociale*).

● Pour les bénéficiaires de l'AMG de la province Nord :

- Prise en charge habituelle, sans avance de frais.
- Possibilité d'hébergement au SIVM de KOUMAC 15 jours avant le terme **ou plus** (femmes de BELEP, grossesses à risques).
(*cf Annexe 1*)

B) IVG

Quelque soit la couverture sociale, une délibération cadre permet la prise en charge sans avance de frais.

Un guide est donné qui explique les possibilités d'IVG mais aussi celle de la contraception (*cf Annexe 2*).

COMMENTAIRES

- ➔ Délivrance d'un carnet de maternité permettant l'obtention des différentes allocations et la prise en charge sans avance de frais des consultations, des bilans biologiques, des échographies...
dans les CMS de la province Nord cette prise en charge **sans avance de frais** est réalisée pour les CAFAT-Mutuelles **quelle que soit la date du terme** dès la 1^{ère} consultation.
- ➔ Possibilité d'obtenir une carte AMG **M** pour le suivi de certaines grossesses (personne sans aucune couverture sociale ou présentant des problèmes sociaux, enfants mineurs, viols, adultères...).
- ➔ En province Nord les entretiens sociaux même s'ils ne sont plus obligatoires peuvent être réalisés par les assistantes sociales qui ont reçu une formation adéquate. Les IVG ont lieu au CHN de Koumac mais la consultation pré-IVG avec le chirurgien et l'anesthésiste peuvent avoir lieu soit sur Koumac, soit sur Poindimié soit sur Koné lors de leurs vacances décentralisées.
- ➔ Pour les ressortissants de CANALA-KOUAOUA, ou pour les situations de détresses de femmes du Nord de passage en province Sud, l'APEJ peut réaliser les entretiens sociaux, le CPF (centre de Planning familial) de la province Sud les consultations médicales et le CHT MAGENTA les interventions.

LA PROTECTION MATERNELLE

II. II. Dispositifs et mesures financières



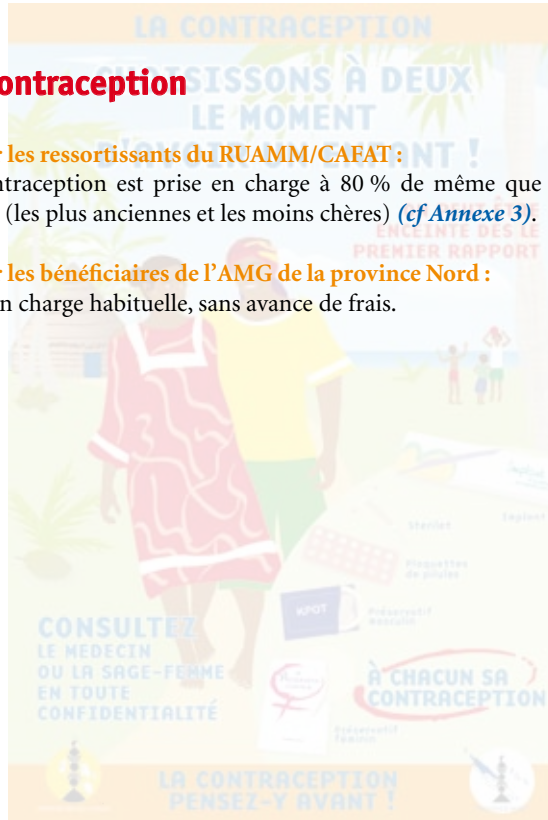
C) Contraception

- **Pour les ressortissants du RUAMM/CAFAT :**

La contraception est prise en charge à 80 % de même que certaines pilules (les plus anciennes et les moins chères) (cf *Annexe 3*).

- **Pour les bénéficiaires de l'AMG de la province Nord :**

Prise en charge habituelle, sans avance de frais.



COMMENTAIRES

Création d'une carte AMG **M** là aussi en cas de nécessité (enfant mineure...)

En province Nord elle est délivrée gratuitement dans les CMS quelque soit la couverture sociale de la patiente (cf *Annexe 4*)



Quelque soit la couverture sociale, une délibération cadre à été prise pour la **contraception d'urgence** qui est gratuite (et anonyme pour les mineures) (cf *Annexe 5*) : elle peut être délivrée par les pharmacies libérales, les CMS et les infirmières scolaires (cf *Bibliographie*)



La province assure aussi un réseau de distribution gratuite de préservatifs au CMS, scolaires (cf fiche IST VIH).

LA PROTECTION MATERNELLE

II. II. Dispositifs et mesures financières



D) Cancers féminins

● COL DE L'UTERUS : campagne de dépistage tri-annuelle

– Pour les ressortissants RUAMM/CAFAT :

Un bon de dépistage orange (consultation + bon d'examen cytologique) est envoyé à toutes les femmes de 18 à 60 ans tous les 3 ans.

(cf *Annexe 6*)

Programme souvent défaillant du fait de l'oubli de reconnaissance « d'ayant droit » des conjointes des assurés sociaux qui doit être reformulée chaque année.

– Pour les bénéficiaires de l'AMG Nord :

Une campagne identique (avec des bons de dépistage vert) est réalisée tous les ans pour les bénéficiaires n'ayant pas fait de frottis dans les trois années précédentes. (cf *Annexe 7*)

● CANCER DU SEIN :

Un programme identique à celui du dépistage du cancer du col de l'utérus est en place depuis 2009, avec prise en charge par un fonds spécial inter-collectivité et la dotation de mammographe dans chaque CHN.

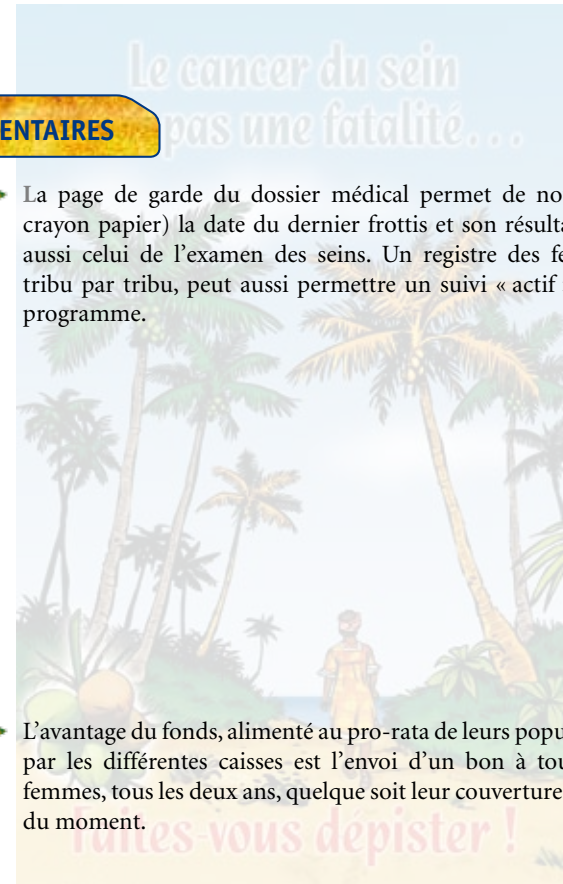
COMMENTAIRES



La page de garde du dossier médical permet de noter (au crayon papier) la date du dernier frottis et son résultat mais aussi celui de l'examen des seins. Un registre des femmes, tribu par tribu, peut aussi permettre un suivi « actif » de ce programme.



L'avantage du fonds, alimenté au pro-rata de leurs populations par les différentes caisses est l'envoi d'un bon à toutes les femmes, tous les deux ans, quelque soit leur couverture sociale au moment.



LA PROTECTION MATERNELLE

■ II. III. Outils de suivi et d'évaluation



● Dossier « rose » grossesse :

Créé par le CHT dans les années 1990, utilisé sur l'ensemble du pays. Etabli au nom de la mère il comprend tous les renseignements médicaux mais aussi les suivis des autres grossesses (cf *Annexe 8*).

● Fiche récapitulative de fin de grossesse :

Gérée par les sages –femmes qui doivent les envoyer régulièrement et leurs permettre de rédiger leur bilan annuel d'activité (cf *Annexe 10*).

● Dossier IVG (cf *Annexe 2*) :

Il est remis à la patiente lors de sa première consultation il détaille les moyens de contraception, les centres d'IVG et la procédure IVG.

● Fiche récapitulative IVG :

Gérée par les assistants sociaux de secteurs qui doivent les envoyer régulièrement (cf *Annexe 11*)

● Page de garde du dossier médical et Registre des frottis

COMMENTAIRES

- ➔ Il part avec la patiente pour son accouchement et doit être renvoyé impérativement ensuite à la sage femme ayant suivi la grossesse.
- ➔ Permet de transcrire un résumé succinct grossesse et accouchement dans le dossier médical du patient.
- ➔ Il comprend par ailleurs le certificat qui doit être signé lors des 2 consultations médicales à 7 jours d'intervalle et de l'entretien avec le travailleur social.
- ➔ Ils doivent aussi être mis à jour après chaque accouchement, permettent de vérifier et de mettre à jour le suivi des FCV, le contrôle clinique des seins (cf *Annexe 12*).

LA PROTECTION MATERNELLE

II. IV. Actions et outils pédagogiques



A) Prévention primaire

● Stage « santé au féminin » :

Ce sont des ateliers sur 1 à 3 jours qui font intervenir l'éducateur sanitaire +/- la sage femme du secteur +/- l'assistante sociale +/- l'équipe du CME/CMS. On y évoque la sexualité, le plaisir (de l'autre...) la grossesse, la contraception, l'IVG, les IST/VIH-SIDA, les violences, la prise en charge des enfants, de la ménopause...

● **Le PESMSP** (Programme d'Education à la Santé en Milieu Scolaire Primaire, *cf* fiche « **santé scolaire** »).

● Action d'Education à la Santé dans le secondaire :

Dans les collèges et les lycées avec entre autre le théâtre Forum dans toutes les classes de 3^e et de 1^{ère}.

● Affiche « **pour la santé de mon enfant, chaque jour je surveille ma grossesse** » (*cf* **Bibliographie**).

● Affiche et dépliant « **Le cancer du sein n'est pas une fatalité** », le dépliant « **qu'est-ce que le cancer du col de l'utérus ?** », le dépliant « **Cancer de la thyroïde, ne le prenez pas à la légère** », le livret « **j'allaité mon enfant** » (*cf* **Bibliographie**).

● Le livret : « **la contraception pour choisir le bon moment** », affiches « **la contraception d'urgence** » et « **la contraception** » (*cf* **Bibliographie**).

COMMENTAIRES

- ➔ Organisation lourde qui se fait 2 à 3 fois par an dans chaque secteur à la demande des tribus ou des associations de femmes. Financement des repas et/ou hébergement en tribu assumé par la mission de la femme de la province Nord ou l'Association AIDS Province Nord.
- ➔ La sexualité est évoquée en primaire avec le jeu *Kesexa* ?, le petit livret *Comment fait-on les bébé ?*, la maltraitance avec le livret *Passeport pour le chemin du respect* (*cf* **Bibliographie**).
- ➔ Avec les Educatrices Sanitaires et les sages femmes, 2 heures de théâtre forum qui sont suivies ou précédées par 2 heures d'information.
- ➔ D'autres outils sont plus anciens et difficile à trouver (*cf* **Bibliographie**) :
 - dépliant « **le sevrage** »
 - Dépliants « **La grossesse** », et « **l'Homme et la femme** »
 - Livret « **les malheurs de dame HERSENT** »

LA PROTECTION MATERNELLE



II. IV. Actions et outils pédagogiques

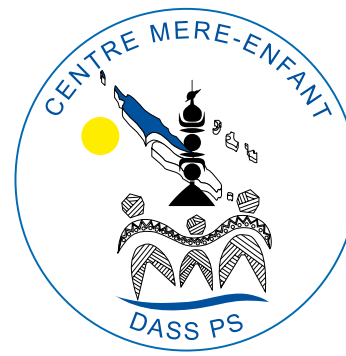
B) Prévention secondaire

- **Information des nouveaux professionnels de santé** aux missions du Centre Mère-Enfant.
- **Formation du personnel para médical**
- **Formation au counselling VIH** (cf Fiche à part IST-VIH)
- **Agrément CDAG** (Consultation de dépistage anonyme et gratuite)



COMMENTAIRES

- ➔ À programmer avec le CME (cf *Annexe 13*).
- ➔ Journée de formation proposée par le CME 2 à 3 fois par an sur les thèmes de l'obstétrique et de la pédiatrie.
- ➔ Formation d'une semaine planifiée tous les trois à quatre mois au centre Médical Polyvalent (CMP) de la province Sud.
- ➔ Agrément individuel délivré par la DASSNC après formation et devant être renouvelé tous les trois ans.



LA PROTECTION MATERNELLE



BIBLIOGRAPHIE

- *Situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* : bilan annuel parution avec 3 ans de retard (restitution avec un décalage de 2 à 3 ans) ou consultation possible par Internet : <http://www.gouv.nc> :
 - dérouler les directions, cliquer sur DASS
 - cliquer sur « PUBLICATIONS »
 - cliquer sur « La santé en chiffres », puis
 - « l'année » et « les populations spécifiques
 - la population féminine ».
 - « les maladies non transmissibles – les cancers »
- Livret *Passeport pour le chemin du respect*
- Livret *Comment fait-on les bébés ?*
- Affiche *Pour la santé de mon bébé, chaque mois, je surveille ma grossesse*
- Affiche et dépliant *Le cancer du sein n'est pas une fatalité*
- Dépliant *Qu'est ce que le cancer de l'utérus ?*
- Dépliant *Cancer de la thyroïde, ne le prenez pas à la légère*
- Livret *La contraception, pour choisir le bon moment*
- Affiches *À chacun sa contraception – La contraception d'urgence, pensez-y*
- Livret *J'allaité mon enfant*
- Dépliant *Le sevrage*
- Dépliant *La grossesse – L'homme et la femme*
- Livret *Les malheurs de dame Hersent*

ANNEXES

- **Annexe 1** : Circulaire de placement au centre d'hébergement de KOUMAC.
- **Annexe 2** : Guide IVG
- **Annexe 3** : Délibération IVG et contraception
- **Annexe 4** : Circulaire cadre provinciale sur la contraception
- **Annexes 5** : Délibération sur la contraception d'urgence
- **Annexe 6** : Bon orange RUAMM de dépistage du cancer du col de l'utérus
- **Annexe 7** : Bon vert AMG de dépistage du cancer du col de l'utérus + lettre d'explication + dépliant
- **Annexe 8** : Dossier « rose » pré-natal
- **Annexe 9** : Le suivi Pré-natal (maquette CME)
- **Annexe 10** : Fiche récapitulative de fin de grossesse
- **Annexe 11** : fiche récapitulative IVG
- **Annexe 12** : Page de garde du dossier médical femme, page de suivi de registre
- **Annexe 13** : Bulletin statistique d'interruption volontaire de la grossesse.

II. LA PROTECTION INFANTILE

La Protection Maternelle et Infantile, plus connu sous le sigle de PMI, a été créé en France après la seconde guerre mondiale pour lutter contre la mortalité infantile (*Bibliographie : activités types PMI Hôpital Sud RENNES-2000*)

II. I. Quelques données épidémiologiques

II. II. Dispositifs et mesures financières

II. III. Outils de suivi et d'évaluation

II. IV. Actions pédagogiques

. Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- « Bébés au sein, bébé en bonne santé » à rappeler **dès le début** de chaque grossesse
- **organiser** un suivi rigoureux des nourrissons et du programme vaccinal
- être attentif à **la relation** enfant-parent et à la **diversification** de l'alimentation.



LA PROTECTION INFANTILE

■ II. I. Quelques données épidémiologiques



A) En Nouvelle-Calédonie

Missions confiées traditionnellement aux dispensaires en brousse, aux centres de PMI à Nouméa.

B) En Province Nord

Les missions et dispositifs financiers se sont progressivement mis en place, l'appui technique spécialisé et l'harmonisation des pratiques étant finalisés avec la création du Centre Mère et Enfant (CME) en 2002. Les directives et circulaires internes à la province ont été actées en 2004 dans un projet de délibération (cf *Annexe 1*) qui tient lieu de référentiel pour les structures du Nord (sans jamais avoir été adopté par le Territoire).



COMMENTAIRES

- ➔ C'est un service médico-social pluridisciplinaire : la PMI a une mission de santé publique dans le domaine de la famille et de l'enfance, classiquement jusqu'à 6 ans (au-delà suivi relayé par la santé scolaire).
- ➔ Il n'existe pas de réglementation ni de politique de la famille, mais une succession de mesures et de dispositifs (les allocations familiales ont ainsi été généralisées pour les familles les plus déshéritées en 2004).
- ➔ En 2009, 11 % de la population a entre 0 – 6 ans, soit environ 4 900 enfants pour la province Nord.
- ➔ La PMI est articulée autour de l'équipe du CMS (médecin, infirmier, sage-femme), avec l'appui technique et l'encadrement du CME .
Le CME a pour mission la prévention médicale, psychologique, sociale et l'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants.

LA PROTECTION INFANTILE



II. II. Dispositifs et mesures financières

A) Prévention sanitaire

- **Suivi PMI de 0 à 6 ans** : protocoles validés dans le « **guide PMI** » (cf **Annexe 2**), et synthétisé dans le « **sous-main PMI** » (cf **Annexe 3**)
- **Avis spécialisé** (pédiatre, ophtalmologique, cardiologique, pneumologique, orthophonique, orthoptiste)
- Vacation tous les 15 jours ou tous les mois selon les communes de l'équipe du CME (côte Est), vacations gynécologue et pédiatre sur Koumac et Koohné (Koné) tous les mois, vacations de cardiologues et de pneumologue du CHT Gaston BOURRET sur les deux CHN tous les mois.
- Vacataires privés conventionnés pour les autres spécialités (ophtalmologie, cardiologie, orthophoniste, orthoptiste)

● **Délibération n°21/CP du 4 mai 2006 relative aux vaccinations** (cf **Annexe 4**)

COMMENTAIRES

➔ **Dans les structures publiques (CMS, CME) de la province Nord : OUVRAGES DE REFERENCE, détaillant l'organisation de la PMI en province Nord**, avec la gratuité des visites systématiques, de certaines dotations (sérum nasal physiologique, Zymafluor...)

Si dépistage d'une infection aiguë, prise en charge selon le tarif des caisses (pas d'avance de frais pour les CAFAT-Mutuelle des fonctionnaires, SLN, Commerce, 1/3 payant de la part CAFAT pour les autres mutuelles).

➔ Prise en charge par les puéricultrices au CMS ou à domicile des enfants signalés ou repérés, dépistage et entretien au cours de la grossesse (conseils sur l'alimentation, l'hygiène, l'éveil et la stimulation psychomotrice, la guidance parentale).

➔ Prise en charge par la psychomotricienne au CMS des enfants signalés ou repérés.

➔ Délivrance et réalisation des vaccinations obligatoires sans avance de frais quelle que soit la couverture sociale (avec la motion **100 % VO** sur l'ordonnance du pharmacien, sur la fiche EPITARIF, sur la feuille de remboursement de l'infirmier libéral).

LA PROTECTION INFANTILE

II. II. Dispositifs et mesures financières

B) Prévention sociale

● **Pour les assurés RUAMM-CAFAT** : les allocations familiales et prénatales, les aides du FAS (Fonds d'Aide Sociale de la CAFAT)

● **Pour les assurés RUAMM-CAFAT ne pouvant prétendre aux allocations sus-citées ou pour les bénéficiaires des aides médicales provinciales** : les allocations solidarité de la Nouvelle-Calédonie

● **Pour les bénéficiaires de l'aide médicale Nord** :
– les allocations prénatales

– Après avis de la commission de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) : les allocations enfants secourus, les secours immédiats exceptionnels,

– les dotations individuelles de lait (service prévention).

● **Pour les autres mutuelles** : allocations familiales



COMMENTAIRES

➔ Les prestations familiales RUAMM-Solidarité (*cf Annexe 5*) (17 000 CFP si déclaration de grossesse faite avant la fin du 3^{ème} mois, 34 000 CFP au cours du 6^{ème} mois, 15 000 CFP au cours du 8^{ème} mois et à l'accouchement) ; après la naissance, prestation /mois /enfant de 5 000 à 12 000 CFP selon les revenus et le quotient familial

➔ Prestation /mois /enfant de 5 000 à 12 000 CFP selon les revenus et le quotient familial

➔ Délibération N° 192/ 2006-APN du 01.09.06 (*cf Annexe 6*) : (15 000 CFP visite initiale de grossesse, 5 000 CFP visite du 6^{ème} mois, 5 000 CFP visite du 8^{ème} mois, 15 000 CFP à l'accouchement)

➔ À signaler à l'assistante sociale du secteur : situations temporaires déstabilisatrices (un parent décédé ou incarcéré, séparation...) : 6 000 CFP/enfant/mois pour 6 mois ou 1 an ; Situations urgentes et temporaires (frais des familles autour d'une hospitalisation d'un enfant à Nouméa, etc), variable.

➔ À signaler à l'assistante sociale, la puéricultrice ou la sage-femme : stagnation ou régression pondérale, difficultés financières (formulaire de demande : *cf Annexe 7*)

➔ Pour les fonctionnaires : allocations mensuelles selon le plafond de revenu directement versées par l'employeur (de 4 000 CFP/mois/enfant pour les hauts salaires à 12 000 CFP/mois/enfant pour les bas salaires)

LA PROTECTION INFANTILE

II. III. Outils de suivi et d'évaluation pour les enfants



A) Les outils internes provinciaux

● La page de garde « enfant » du dossier médical : (cf Annexe 8)

● Le **Carnet de santé** : délivré par les mairies, établi au nom de l'enfant et délivré gratuitement aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. C'est un document qui réunit tous les événements concernant la santé de l'enfant depuis sa naissance.

● La **fiche de suivi des consultations PMI** : (cf Annexe 9)

Elle permet de centraliser sur une seule fiche le suivi de l'enfant de la naissance à 36 mois. Elle peut être placée dans le dossier médical de l'enfant ou dans un classeur « suivi PMI » selon le choix des équipes.



● Le **registre de naissance**.

● Le **tableau mural avec une fiche par enfant**.

● Le(s) **registre(s) de vaccinations** (IDR/BCG, autres vaccins).

● La **Fiche de liaison (fax) néonatalogie** : signale au référent PMI du CMS la sortie des enfants de leur service, afin qu'ils soient vus dans les 15 jours qui suivent leur retour à domicile (cf Annexe 10).

COMMENTAIRES

- C'est la **sauvegarde** des données du carnet de santé (renseignements périnataux, vaccinations, ATCD familiaux et personnels), dont l'essentiel sera repris dans le dossier « adulte ».
- C'est le **lien** entre les divers professionnels, document confidentiel, couvert par le secret médical. Un carnet ludique financé par la Nouvelle-Calédonie » a été mis en circulation en 2006.
- C'est l'outil **fonctionnel** du suivi **individuel** de l'enfant :
 - surveillance rapprochée pour le développement psychomoteur et staturo-pondéral, le dépistage des handicaps de 1 à 4 mois
 - surveillance attentive pendant la période du sevrage des 5^{ème} au 9^{ème} mois (épisodes otitiques redoutables)
 - surveillance modulée selon l'histoire personnelle jusqu'à 3 ans (prévention des infections ORL, promotion de l'alimentation diversifiée riche en fer et protéine, de l'hygiène bucco-dentaire...).
- Outils **fonctionnels** permettant le suivi **collectifs** en tribu, des perdus de vue, dans la durée, le bilan régulier lors des vacations du pédiatre, de la puéricultrice, de la psychomotricienne, l'organisation des prises en charge (au CMS, à domicile).
- Outils **spécifiques** assurant le suivi pédiatrique systématique rigoureux de ces enfants très fragiles.

LA PROTECTION INFANTILE

■ II. IV. Actions et outils pédagogiques



B) Les outils Pays : aucun actuellement

C) Public professionnel

● Information des nouveaux professionnels de santé :

– présentation du Centre Mère et Enfants de Pwèédi Wiimiâ (Poindimié) à la demande des agents.

● Formation du personnel para médical :

– entretien et évaluation individuelle sur site, pour tout infirmier nouvellement arrivé, lors des vacances mensuelles de l'équipe du CME.

● Formation médicale continue :

– Journée de formation proposée par le CME 2 à 3 fois par an sur les thèmes de l'obstétrique et de la pédiatrie.

● création d'outils :

– Le CME a créé divers outils pour faciliter le travail des soignants en PMI : d'autres outils sont fournis par la DASSPS, le territoire ou les autres provinces.

COMMENTAIRES

Journée de **sensibilisation et d'informations** sur la protection maternelle et infantile dévolue au CME, les missions de santé publique des CMS et le partenariat pluridisciplinaires.

Une des principales missions de la puéricultrice qui vise à **l'harmonisation des pratiques** et de la qualité des suivis sur l'ensemble de la province, avec la pérennisation d'un **infirmier référent PMI** par CMS.

Le contenu des différents thèmes est diffusé aux agents n'ayant pu assister aux sessions, et sera édité sous forme d'un guide de référence.

Affiche lait, affiche alimentation du nourrisson, affiche développement psychomoteur, affiche suivi de la grossesse, guide PMI, sous-main PMI. Affiche gale, poux, hygiène corporelle. Dépliant gale, poux, otite, diarrhée, hygiène bucco-dentaire et corporelle. Fiches « Alimentation du nourrisson », bébé au sein. Plaquettes d'information des missions de la Promotion Maternelle Infantile, de la puéricultrice, de l'orthophoniste de l'orthoptiste, du psychomotricien, allaitement maternel, la PMI et la carie du biberon. *(cf bibliographie)*

LA PROTECTION INFANTILE

II. IV. Actions et outils pédagogiques



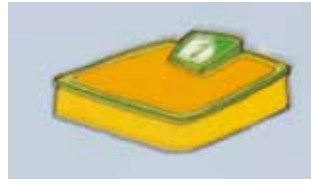
D) Grand public

● Action collective d'Éducation à la Santé :

– Sur l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire, la bobologie, ...

● prise en charge individuelle préventive et curative d'éducation à la santé :

– Obésité et surpoids :



– Handicap :

– Prématuration :



– Signalement sociaux :

– Famille d'accueil, crèche :

COMMENTAIRES

- ➔ Avec les Educatrices Sanitaires, lors des consultations PMI au CMS, lors des interventions en tribus.
- ➔ – Enfants repérés en PMI (suivi CME/CMS).
- ➔ – Enfants repérés en santé scolaire : suivis CME/CMS/éducateurs sanitaires et diététicienne (cf. « *santé scolaire* »).
- ➔ – Dépistage et suivis CME/CMS.
- ➔ – Reconnaissance du handicap (passage en CEJHNC) et adaptation scolaire (avis CCENC) (cf *Annexe 11*).
- ➔ – Prise en charge scolaire et familiale : dispositif des auxiliaires d'intégration scolaire et familiale.
- ➔ – Suivi rapproché du CME/CMS (protocole CALEPAGE) (cf *Annexe 12*)
- ➔ – Avis CME aux commissions de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) puis suivi rapproché au CMS et à domicile.
- ➔ – Prise en charge individuelle de la guidance parentale.
- ➔ – Avis CME aux commissions ASE, enquêtes et suivi à domicile des enfants placés ou gardés.

LA PROTECTION INFANTILE



BIBLIOGRAPHIE

- Activités PMI types, Hôpital Sud de RENNES, 2000
- **Fiches alimentation PMI**
- Dépliants Gale, Otite, Poux, Hygiène corporelle, Hygiène bucco-dentaire
- Affiche alimentation, Affiche développement psychomoteur



ANNEXES

- **Annexe 1 : Projet de Délibération** PMI Province Nord 2004.
- **Annexe 2 :** Guide PMI élaboré par le CME, 2005.
- **Annexe 3 :** Sous-main PMI , élaboré par le CME, 2005.
- **Annexe 4 : Délibération** N° 21/CP du 4 mai 2006 relative aux vaccinations obligatoires.
- **Annexes 5 :** Les prestations familiales RUAMM – Solidarité.
- **Annexe 6 : Délibération** N° 192/2006-APN du 1^{er} septembre 2006 relative aux allocation pré-natales des bénéficiaires de l'aide médicale Nords.
- **Annexe 7 :** Formulaire de dotation de lait 1^{er} âge, 2^{ème} âge, Sunshine junior.
- **Annexe 8 :** Page de garde « enfant » du dossier médical.
- **Annexe 9 :** Fiche de suivi PMI.
- **Annexe 10 :** Fiche de liaison néonatalogie.
- **Annexe 11 :** Note sur le handicap.
- **Annexe 12 :** Protocole CALEPAGE.

III. LA SANTÉ SCOLAIRE

III. I. : Quelques données épidémiologiques

III. II. : Fonctionnement

III. III. : Dispositifs associés

III. IV. : Outils de suivi et d'évaluation

Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- **organiser** avec rigueur et **restituer** avec précision
- assurer la continuité du **programme vaccinal**
- **communiquer** avec chacun : enfants, parents, enseignants.



LA SANTÉ SCOLAIRE

III. I. Quelques données épidémiologiques

En Nouvelle-Calédonie elle se compose de deux volets :

- des visites systématiques de dépistage de masse, assurant une veille sanitaire continue de la population infantile d'âge scolaire et un suivi épidémiologique.
- des programmes d'éducation, et de promotion de la santé.

A. Les visites systématiques :

En province Nord elle est désormais effectuée par les équipes des CMS :

- en moyenne section en maternelle
- en CP, CE2 et CM2.

En 2009 plus de 3 332 élèves (sur 3 622 inscrits) ont bénéficié de cette prise en charge (cf. *rapport santé scolaire*, cf *Annexe 1*).

B. les programmes d'éducation et de promotion de la santé :

En Province Nord sont assurés :

- dans le primaire un Programme d'Education à la santé en Milieu Scolaire Primaire (PESMSP), centré sur l'hygiène
- dans le secondaire les deux thèmes classiques de l'éducation nationale (conduites addictives, sexualité et alimentation).



COMMENTAIRES

- ➔ Organisée réglementairement du temps du territoire sur un modèle quasi-militaire (tous les enfants scolarisés de la maternelle au lycée devaient bénéficier d'une visite systématique par les médecins de santé publique des centres médico-sociaux), ce modèle a été allégé depuis les Accords de Matignon (une classe sur deux) et maintenu après les accords de Nouméa : aucun texte, néanmoins, ne modifie les arrêtés initiaux de 1947 ou n'adopte les dispositions actuellement appliquées en métropole.
- ➔ Dans la loi organique du 19 mars 1999 (découlant de l'Accord de Nouméa), la santé scolaire est de compétence État, mais les provinces ont continué d'assurer la mission, par délégation, se retirant du secondaire en 2002 faute de financement et de moyens humains compensatoires de l'État.
- ➔ En 2009 un transfert de compétence à la Nouvelle-Calédonie devrait être avalisé, objet de négociations actuelles devant aboutir à l'écriture d'un nouveau cadre réglementaire sur la santé scolaire (contenu, classes, obligations, délégation, etc.)



III. II. Fonctionnement

A) La préparation de la visite

Elle est décrite dans le document cadre *guide pratique de l'enseignant et du soignant (cf Annexe 2)*, et doit être programmée et organisée dès la rentrée scolaire début mars de chaque année et comprend :

- la constitution des classes et le pré-remplissage du registre « blanc » (cf Annexe 3) ;
- le rappel des visites aux directeurs d'établissements (cf Annexe 4) ;
- le courrier d'annonce aux parents (cf Annexe 5).

B) La visite

Elle se déroule en deux visites (et trois temps) :

- 1^{er} temps (1^{ère} visite) : la biométrie, le contrôle des vaccinations et la réalisation des IDR
- 2^{ème} temps (2^{ème} visite) : la visite médicale et la lecture des IDR, à l'aide des fiches individuelles roses (fille) et bleues (garçon) (cf Annexe 6)
- 3^{ème} temps : les suivis individuels, avec un courrier aux parents si nécessaire et la restitution du registre scolaire au service prévention de la DASS PS en fin d'année. (cf Annexe 10)

COMMENTAIRES

- ➔ Dans les petites écoles de tribu où il y a une ou deux classe(s) à un ou plusieurs niveaux, **voir systématiquement tous les enfants chaque année.**
- ➔ **Visites annuelles pour les enfants handicapés**, avec en début d'année réunions de concertation avec l'équipe pédagogique et le référent handicap (Éric BASSOT : tél. : 76 94 58) pour ceux bénéficiant d'une auxiliaire d'intégration.
- ➔ Négocier les conditions d'interventions (horaires, accompagnements des enfants au CMS, ou local adapté suffisamment isolé du bruit et permettant une certaine intimité à l'école).
- ➔ Ne pas faire l'IDR ou les vaccinations aux enfants dont les parents refusent la réalisation par le CMS.
- ➔ Il faut favoriser le dialogue avec l'enseignant par un temps de rencontre d'échange après la visite (protocoles de suivi et recommandations pour certains enfants, rappel des accompagnements possibles du CMS...).
- ➔ Les enfants du CM2 doivent passer une visite d'aptitude au changement de cycle en fin d'année (passage en 6^{ème}), il est recommandé de programmer leurs visites en fin d'année pour effectuer simultanément les deux démarches (visite systématique et certificat médical d'aptitude) voire le certificat de rentrée scolaire.

LA SANTÉ SCOLAIRE

III. Dispositifs associés

Le bilan de santé de pré-rentrée

En métropole, l'obligation scolaire place ce bilan lors de l'entrée en CP, et en Nouvelle-Calédonie comme en province Nord une attention particulière est apportée au dépistage précoce (maternelle moyen et CP), concourant à réduire le risque d'échec scolaire avec :

1) Dépistage auditif :

Les CMS ont été pourvus courant 2007 d'un appareil audio métrique qui permet un dépistage auditif de débrouillage. Il doit être réalisé en systématique pour tous les enfants de CP et pour les enfants signalés par l'instituteur.

2) Dépistage ophtalmologique :

Certaines communes bénéficient d'un dépistage systématique par une orthoptiste de tous les enfants de CP.

3) Dépistage orthophonique :

Certaines communes bénéficient de la possibilité d'un bilan orthophonique, puis d'une prise en charge ré-éducative (prescrite par le médecin).



COMMENTAIRES

- ➔ Dépistage des pathologies somatiques, notamment sensorielles, dépistage des troubles ou retard d'acquisition du langage oral ou écrit, dépistage des difficultés d'adaptation de l'enfant à la vie scolaire (comportement, investissement des apprentissages) qui doit être normalement satisfaisant dès la 2^{ème} année de scolarisation (en principe la section des maternelles moyens)
- ➔ Une fiche individuelle de dépistage et de suivi audiométrique (*cf Annexe 7*) permet d'assurer le lien avec le réseau éducatif (maître A de la DEFIJ et spécialiste ORL).
- ➔ Actuellement le secteur de Poya – Pouembout – Koné – Voh et de Touho – Poindimié – Ponérihouen – Houailou)

Un avis Ophtalmologique (vacataire NC dans les deux CHN et à Koné) permet le relais spécialisé et/ou la rééducation orthoptiste.

LA SANTÉ SCOLAIRE



III. IV. Outils de suivi et d'évaluation

A. Le certificat médical de rentré scolaire (cf Annexe 8)

Certificat réalisé par un médecin de santé public ou libéral sur un imprimé type (annexe) auto dupliquant.

B. Le certificat de sport (UNSS) (cf Annexe 9)

C. Fiche médico-scolaire individuelle (cf Annexe 6)

Elle suit l'enfant tout au long de sa scolarité et doit être donc envoyé aux CMS qui la demandent lors du changement de commune de l'enfant. Elle est rangée dans le dossier médical de l'enfant en dehors des visites scolaires.

D. Le Registre médical « Cahier Blanc », (cf Annexe 3)

Un registre vierge doit être demandé tous les ans à la cellule approvisionnement de la DASS PS. Il doit être complété toute l'année au fur et à mesure des visites.

En fin de visite scolaire (le plus souvent en fin d'année) il doit être relu, annoté, complété et renvoyé au service prévention de la DASS PS pour exploitation et analyse.

E. Fiche de suivi/restitution aux parents (cf Annexe 10)

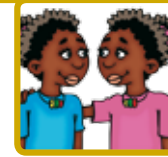
L'infirmière référent scolaire participe à la visite mais surtout veille au devenir des enfants dépistés, grâce à la fiche de suivi. En cas de non suivi de l'enfant après le dépistage elle renvoie une convocation. Si nouvel échec, elle en avise le médecin chef, en vue d'interpeller l'auxiliaire de vie ou l'assistante sociale.

F. Fiche de suivi audiométrique (cf Annexe 7)

COMMENTAIRES

- ➔ Il doit être réalisé pour la première rentrée et pour tout changement d'établissement c'est-à-dire en petite section de maternelle, parfois en CP, 6^{ème}, 2^{ème} et pour les internes. **En cas de problème médical majeur**, un courrier détaillé sera agrafé, sous enveloppe fermée, avec ce certificat à l'intention de l'IDE scolaire ou du médecin du CMS de rattachement scolaire.
- ➔ Il ne concerne que les enfants faisant de la compétition, mais est demandé **abusivement** chaque année par les établissements pour tous les élèves. Il n'est valable qu'un an, peut être rédigé lors des 1^{ères} vacances scolaires post-rentrée (vacances de Pâques), quand les enfants ont choisi leur filière.
- ➔ C'est la « mémoire » de l'enfant. Elle permet de voir l'efficacité du dépistage si on retrouve tous les 2 ans les mêmes pathologies il faut se poser des questions sur le suivi de l'enfant, annoter de façon concrète, même sur l'humeur ou le « ressenti général » (enfant triste, souriant, en forme, mal tenu, maigre, épanoui, etc).
- ➔ Celui-ci est analysé tous les ans par le service prévention. Il permet de voir le taux de couverture vaccinale mais aussi les pathologies émergentes c'est pour cela qu'il doit être renseigné de manière la plus complète possible et de manière lisible. Son remplissage est expliqué sur les premières pages du registre.
- ➔ Celles-ci seront analysées à visée épidémiologiques. Elle doit être rangée dans le dossier médical de l'enfant et l'ensemble des copies doit être envoyé au service prévention en fin d'année.

LA SANTÉ SCOLAIRE



BIBLIOGRAPHIE

- Consultation possible par Internet : <http://www.gouv.nc>
 - dérouler les directions , cliquer sur DASS
 - cliquer sur « PUBLICATIONS »
 - cliquer sur « la santé en chiffres », puis « l'année » puis sur les populations spécifiques / les enfants / santé scolaire »



ANNEXES

- **Annexe 1 :** Rapport santé scolaire année 2006.
- **Annexe 2 :** Guide soignant enseignant.
- **Annexe 3 :** Le registre « blanc » médico-scolaire – Mode d'emploi du registre médico- scolaire.
- **Annexe 4 :** Annonce (rappel) de visite aux chefs d'établissements.
- **Annexe 5 :** Courrier d'annonce aux parents et demande d'accord parental pour les vaccinations / IDR.
- **Annexe 6 :** Fiche médico-scolaire individuelle (bleue et rose).
- **Annexe 7 :** Fiche individuelle de dépistage et de suivi audiométrique.
- **Annexe 8 :** Certificat médical de rentrée scolaire.
- **Annexe 9 :** Certificat UNSS
- **Annexe 10 :** Fiche de restitution de la visite aux parents.

IV. LE VIH-SIDA-IST

- IV. I. : Quelques données épidémiologiques
- IV. II. : Dispositifs et mesures financières
- IV. III. : Outils de suivi et d'évaluation
- IV. IV. : Actions pédagogiques
- : Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- inclure **naturellement** la santé sexuelle dans la consultation tout-venant (recherche des IST par l'approche syndromique)
- visualiser **clairement** le circuit permettant de bénéficier de la discrétion et de l'anonymat du dépistage du VIH
- rendre **accessible** le préservatif à tous sans oublier les plus timides ou les plus inhibé(e)s.





Maladie virale à transmission :

- sexuelle (essentiellement), sanguine : transfusionnelle
- foëto-maternelle
- toxicomanie IV
- ou par contamination accidentelle d'un soignant

A) Le VIH en Nouvelle-Calédonie

- avec une atteinte prédominante des hommes de la tranche d'âge de 30-39 ans pour un sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme (DASS NC 2008) ;
- toutes les communautés sont atteintes, essentiellement européenne (cas importés), mais aussi des cas autochtones (n'ayant jamais quittés le territoire).
- pour mémoire, le suivi biologique des séropositifs est trimestriel avec :
 - la charge virale, le typage lymphocytaire (sur Nouméa)
 - la surveillance des effets secondaires (NFS, iono, transaminases, amylasémie, glycémie, protides créatininémie)
 - surveillances spéciales : sérologie syphilis régulière et hépatite B pour les non vaccinés
 - selon symptomatologie : coproculture...

COMMENTAIRES

- 3 cas dépistés sur le territoire depuis 1986.
- Toxicomanie essentiellement « importée » et toujours exceptionnelle.
- Majoritairement homo et bi-sexuelle avec un « tourisme sexuel » et une pauvreté sexuelle en milieu tribal majorant le risque.
- Par vieillissement de la première génération d'infectés.
- Pour 2,2 en Métropole.
- Données par ethnie non disponibles (refus de la DASS NC).
- • Un sujet sain présente une population lymphocytaire > 400 CD 4.
• Un sujet séropositif asymptomatique a une population lymphocytaire entre 200 et 400 CD 4.
• Lorsqu'elle devient inférieure à 150 CD 4, le patient doit être surveillé de très près.
• Quand elle est inférieure à 50 CD 4, le patient décompense. Il doit alors bénéficier d'un traitement préventif pour le cytomegalovirus, le Pneumocystis Carini (Bactrim) et d'une quadri-thérapie.



B) IST (Infections Sexuelles Transmissibles)

- Sans surprise, le nombre de cas déclarés est beaucoup plus important chez les femmes que chez les hommes (75,1 % des cas).
- Les plus touchés sont les 20/24 ans (36 % des cas de 2008).

COMMENTAIRES

- ➔ Du fait des nombreuses occasions opportunistes chez la femme (visites grossesses, contraception, etc.), alors que les hommes ont tendance à ne consulter que lorsque la symptomatologie devient « bruyante ».
- ➔ La sous-déclaration a tendance à minimiser l'impact de ces pathologies.





A) Prévention secondaire du VIH

1) **LE DISPOSITIF LM (LONGUE MALADIE) CAFAT-RUAMM**
(cf *Annexe 8*) assure la gratuité des soins pour le malade séropositif.

2) **LE DISPOSITIF ALM (LONGUE MALADIE AIDE MÉDICALE A)**
(cf *Annexe 9*) assure une validité de carte d'une année (au lieu de six mois).

3) **POUR PALLIER AU PROBLÈME DE CONFIDENTIALITÉ : CRÉATION DU FONDS DE PRISE EN CHARGE BIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU VIH-SIDA**
Tout patient séropositif bénéficie d'un numéro d'identifiant, (après admission à la Commission des Thérapeutiques Antivirales, **garantissant son anonymat**).

Cette admission permet alors la réalisation de bilans sans avance de frais dans le laboratoire de leur choix et la délivrance de la tri-thérapie à la pharmacie du CHT, sur **ordonnance rédigée avec ce seul numéro d'identifiant**.

COMMENTAIRES

- ➔ Procédure rarement acceptée par le patient car problème de confidentialité mal vécu (doute sur le respect du secret médical vis-à-vis du code VIH lors du traitement des demandes au RUAMM-CAFAT).
- ➔ Procédure intéressante pour le patient, mais toujours problème de confidentialité, reste pourtant plus que souhaitable, compte tenu de la précarité de ces patients pour leur confort et la qualité de leur suivi.
- ➔ Une convention spéciale inter-collectivités et caisses alimente directement le fond, finançant les tri-thérapies et les suivis biologiques **anonymes** des patients **quelque soit leur couverture sociale**.
- ➔ Créée en 1996 cette commission facilite ainsi la prise en charge anonyme des patients VIH, elle se réunit chaque premier jeudi du mois sous la responsabilité du médecin référent SIDA (chef du service de médecine interne au CHT Gaston Bourret).



Des IST

1) POUR LES CAFAT-RUAMM

Pas de prise en charge particulière. Les traitements et examens de laboratoires sont pris en charge selon le barème de la nomenclature (40 % par la CAFAT, 60 % par sa mutuelle complémentaire, 60 % par le patient s'il n'a pas de mutuelle complémentaire).

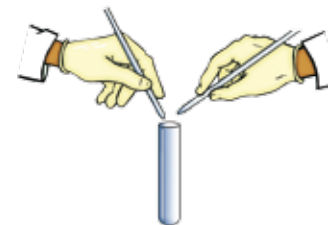
2) POUR LES AIDES MÉDICALES A ET B

Prise en charge sans avance de frais.

COMMENTAIRES

➔ Approche syndromique (Conduites à tenir adaptées) de fait quasi-systématique liée à l'exercice particulier de brousse (*cf annexe 1, protocoles thérapeutiques du CMP de Nouméa, protocoles du CME de Pwèèdi Wiimià "Poindimié"*). Dans les CMS de la province Nord, les consultations sont prises en charges **sans avance de frais** pour les CAFAT/Mutuelle des fonctionnaires et autres mutuelles (SLN et Commerce) **Exceptionnellement** (pas de couverture sociale ou dossier de traitement en cours, et en cas d'urgence) les examens de laboratoires peuvent bénéficier de la procédure « Fléaux Sociaux Veille Sanitaire » (FSVS), ex cas N° 2 (*cf annexe 3*), et les traitements pourront être délivrés sur le stock provincial.

➔ Pour les cartes B, retour financier à la province de 40 % par la CAFAT.





B) Prévention primaire(dépistage) du VIH

– **Quelque soit la couverture sociale pour palier au problème de confidentialité : création du fonds autonome de compensation des dépistages en santé publique (VIH et Tuberculose).**

– Prise en charge des deux consultations liées au « counselling » : le consultant reçoit un entretien conseil qui fait l'objet d'un questionnaire, réalise les examens de laboratoire de façon anonyme, puis bénéficie d'une 2^e consultation avec le rendu d'examen.

Pour mémoire, il y a obligation légale de **proposer** le test de dépistage à toutes les femmes enceintes au décours du suivi de leur grossesse, en respectant, dès lors qu'elles acceptent, la démarche counselling et la protection de la confidentialité par l'anonymat.

– En province Nord, dispositif **CDG** (Centre de **D**épistage **G**ratuit).



COMMENTAIRES

➔ Nécessité par le soignant (médecin ou sage-femme) d'être agréé par arrêté du gouvernement, à la suite d'une formation validante spéciale. Formation au « counselling » tous les trois mois par le **CMP** (Centre **M**édical **P**olyvalent de la province Sud), mais non agréante au fonds.

➔ Sans avance de frais et de façon anonyme pour le patient, selon le principe des **CDAG** (Centre de **D**épistage **A**nonyme et **G**ratuit).

- Les tubes d'examens avec étiquettes et numéro d'anonymat sont adressés au laboratoire qui sera rétribué directement par le fonds.
- Les fiches épidémiologiques (*cf Annexe 2*) avec les numéros d'anonymat sont adressées chaque trimestre à la DASS NC qui réalise l'activité CDAG du soignant agréés par le recueil de ces fiches.
- Les ordonnances anonymes sont adressées à la DASS PS, service comptabilité, pour enregistrement du titre des recettes, permettant l'encaissement des consultations à la province par le fonds.

➔ Qui permet, par défaut et pour les médecins et sages-femmes non encore agréés de faire bénéficier leurs patients de la gratuité de la consultation et de « l'anonymisation » des bilans sanguins (procédure FSVS et N° d'identifiant délivré à chaque CMS, (*cf Annexe 3*).



Des IST

La recherche des IST doit entrer dans **une démarche de recherche systématique** (consultation tout venant, populations cibles des jeunes ou moins jeunes, à activités sexuelles non « assagies »).

À négocier systématiquement, le dépistage des partenaires de tout patient consultant pour une IST (TPHA-VDRL, VIH, Chlamydiae voire Hépatite B).

– **À exploiter lors du dépistage des frottis de dépistage** du cancer du col de l'utérus (*cf. chapitre* : « cancer du col de l'utérus »).

A part : le KIT d'AES (Accident d'Exposition au Sang)
Pour le VIH, l'hépatite B ou C en cas de piqûre, plaie souillée d'un soignant.

COMMENTAIRES

- ➔ Encore une fois, exceptionnellement (couverture sociale en cours ou pas de couverture sociale, et en cas d'urgence) les examens de laboratoire peuvent bénéficier de la procédure « Fléaux Sociaux Veille Sanitaire » (FSVS, ex cas N°2, *cf annexe 3*) et les traitements pourront être délivrés sur le stock provincial.
- ➔ Pour info, recherche de chlamydiae par IF (écouvillon spécial).
- ➔ Le frottis dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus est gratuit pour les ressortissants de la CAFAT à jour de leurs droits (un frottis / les 3 ans).
- ➔ Protocole de dépistage, de déclaration d'AT, et trithérapie d'urgence dans chaque CMS.
Pour mémoire : la vaccination hépatite B est obligatoire pour le personnel de santé.

LE VIH-SIDA-IST

■ IV. III. Outils de suivi et d'évaluation



● Page de garde du dossier médical

- À renseigner de manière « codée » si nécessaire (ex : Σ pour Syphilis).
- Pour mémoire (*cf* chapitre à part PMI), la case frottis doit être remplie au crayon pour permettre une mise à jour régulière.

● Les fiches de déclaration obligatoire (MDO)

- Pour le VIH : elle comprend 4 parties (*cf Annexe 4*) :
 - le patient et son lieu de résidence
 - les facteurs de risque
 - le statut de la séropositivité
 - la classification de l'infection VIH.
- Pour les IST
 1. les MDO du carnet à souche : anonymat facultatif (sauf si refus de soins du patient)
 2. les fiches hebdomadaires de recueil mensuel des IST-MDO.

● Les fiches d'évaluation de l'activité de dépistage VIH

En lien avec la sage-femme et le(s) médecins, elle permet de garder :

- la mémoire des N° d'attribution, et sa restitution (anonyme)
- l'évaluation de l'activité CDG ou CDAG (*cf annexe 7*).

COMMENTAIRES

➔ Dans le cas du VIH, la notification du statut sérologique n'est pas systématique (dossier à part ou remis au patient) afin de préserver au maximum le secret médical.

Si un tel patient est suivi sur la commune, une discussion avec l'équipe doit être ouverte, sans révéler l'identité de ce dernier, afin de sensibiliser chacun sur les règles de sécurité intrinsèques à leur pratique professionnelle.

➔ À adresser au médecin inspecteur de la DASS NC, ou à lui faxer à son fax sécurisé 05 11 33.

Elle est bien sûre anonyme et codée par un identifiant alphanumérique et doit être envoyée sous pli confidentiel médical au médecin inspecteurs de la DASSNC.

➔ Doit être systématique pour les Syphilis, Gonococcies, chlamydiae, hépatite B (carnet à souche, *cf Annexe 5*).

➔ Pour simplifier, une déclaration anonyme, mensuelle des autres IST (dont les codes pathologies sont listés sur la page de garde du carnet à souche, *cf Annexe 6*) permet leur recueil statistique. Seuls les médecins de santé publique les remplissent. Les praticiens libéraux ne le font pas et du coup le recueil des données est très partiel surtout sur Nouméa et le grand Nouméa.

➔ À adresser au médecin de la prévention de la DASS PS ou à faxer à faxer en fin d'année à son fax sécurisé (47 72 36).



A) Prévention en milieu scolaire

- Programme d'Education à la Santé en Milieu Scolaire Primaire (PESMSP) avec l'accompagnement des éducateurs sanitaires et/ou des équipes de CMS et CME.
- Proposés aux enseignants et mis en place selon leur réactivité ou mis en place sous forme de programme annuel en collaboration avec les chefs d'établissements.
- Dans le secondaire, information MST/SIDA dans les collèges et les lycées avec ou sans l'aide des personnels des dispensaires.

En collaboration avec le Vice-Rectorat, les infirmières de collège et lycée.



COMMENTAIRES

→ Compétences transmises dans le cadre du programme scolaire (chapitre sexualité, maltraitance) déclinée à chacun des trois cycles par les enseignants et au 3^e cycle seul pour la partie liée au VIH-SIDA.

Outils : • *Passeport pour le chemin du respect*

- guide *Comment fait-on les bébés ?*
- 6 affiches en support pédagogiques ;
- Jeu d'évaluation KESEXA.



→ **Outils :** Théâtre forum inter-actif, pièce de théâtre reprenant le programme de l'éducation nationale en matière (IST-VIH mais aussi contraception, sexualité, la relation homme-femme, la violence conjugale).



B) Prévention en milieu communautaire et tout public

- **Stages « Santé au féminin »** : regroupant les femmes d'une à plusieurs tribus sur 2 ou 3 jours, logistique (hébergement, repas, programme) mise en place par un éducateur sanitaire, en collaboration avec divers intervenants (sage-femme, médecin CMS, équipe CME, assistante sociale et psychologue...).
- **Sensibilisation lors de la JMS** (Journée Mondiale de lutte contre le SIDA) du 1^{er} décembre.
- **Émission radio *Sexualité, parlons-en* sur radio DJIIDO** le jeudi soir de 19 h à 20h.
- **Réseau de distribution gratuite de préservatifs** (dotation CMS, tribus, collègue et lycées).
- Réseau de distribution commercial à financement aidé : **préservatifs « cailloux caoutchouc »** (12 préservatifs pour 100 CFP).

COMMENTAIRES

- ➔ Formation incluant le VIH dans les autres IST et les problématiques sexuelles.
Financement par la mission de la femme ou l'association « AIDS VI WEAMI GNE » de la province Nord.
- ➔ Affichage, questionnaire tout public, proposition de dépistage, rallye avec les collégiens et lycéens, concours d'affiches...
- ➔ Excellente émission animée par une équipe de professionnels et de bénévoles répondant en direct aux questions des jeunes (et moins jeunes) sur la sexualité, les MST, les rapports affectifs...
- ➔ Obligation d'imagination avec la nécessité de rendre accessible cette distribution au public le plus timide ou le plus inhibé (face intérieure des portes des toilettes, salles de consultation, personnes ressources en tribu...).

LE VIH-SIDA-IST



BIBLIOGRAPHIE

- *Enquête comportementale et habitudes sur la sexualité et le SIDA en Nouvelle-Calédonie* (1995).
- *État sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* (Bilan annuel parution avec 3 ans de retard ; restitution avec un décalage de 2 à 3 ans).
Ou : <http://www.gouv.nc>
- *Représentation du SIDA et gestion du risque chez les femmes kanakes de NC* (1998, Christiane BOUGEROL et Christine SALOMON).

NUMÉROS UTILES

N° Vert SIDA-Sexualité : **05 10 10** (appel gratuit)

N° AIDS Province Nord : 78 05 26

N° associations solidarité SIDA : 24 15 17
et comité de lutte contre le SIDA : 28 63 38

ANNEXES

- ➔ Roman photo : *Une famille face au SIDA*, réalisé par les classes de 3^e du collège de Pwêédi Wiimiâ (Poindimié) en 2003 et édité par la DASSPS et l'association « AIDS province Nord ».
- ➔ *Les aventures de Jéko dans le Pacifique (La 1^{ère} fois)* édité par la CPS (Communauté du Pacifique Sud) et l'association solidarité SIDA.
- ➔ *La sexualité en question* (livret 1 et livret 2) édités par le CMP de la province Sud.
- ➔ **Annexe 1** : Protocole approche syndromique du CMP de Nouméa (Dr. Françoise DROETTO).
- ➔ **Annexe 2** : Fiche de consultation de dépistage anonyme et gratuit.
- ➔ **Annexe 3** : Protocole CDG et FSVS.
- ➔ **Annexe 4** : Fiche de déclaration obligatoire des syndromes dus au VIH.
- ➔ **Annexe 5** : Fiche individuelle du carnet à souche (et page de garde du carnet).
- ➔ **Annexe 6** : Fiche de recueil mensuel des IST - MDO.
- ➔ **Annexe 7** : Recueil anonyme annuel d'activité de dépistage VIH.
- ➔ **Annexe 8** : Demande LM AMG A province Nord.
- ➔ **Annexe 9** : Taux de remboursement du Ruamm.

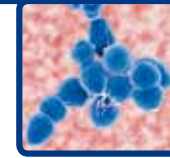
V. LE RAA

- V. I. : Quelques données épidémiologiques
- V. II. : Dispositifs et mesures financières
- V. III. : Outils de suivi et d'évaluation
- V. IV. : Actions pédagogiques
- : Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- ne négliger **aucune** affection ORL, s'acharner sur **toute** rhinorrhée purulente
- **organiser** le suivi attentif des cardites et restituer **rigoureusement** les données épidémiologiques
- **traquer les caries.**





En Nouvelle-Calédonie

Complication inflammatoire à distance et retardée des infections des voies aériennes supérieures par le streptocoque Béta hémolytique du groupe A, le **R**humatisme **A**rticulaire **A**igu (**RAA**) a une prévalence de 74,9 ‰.

L'incidence globale est de 18,1 pour 10 000 HBTS (et de 43,5 pour la province Nord).

Certaines communautés ont une sensibilité particulière au RAA. Dans l'ordre d'importance on a :

- les Mélanésiens 51 %
- les Wallisiens 32 %
- les Tahitiens 9,5 %
- les Européens 5,5 %.



Pour mémoire, le diagnostic de RAA repose sur les critères de JONES :

Critères majeurs :

- arthrite
- cardite
- chorée
- érythème marginé
- nodules cutanés

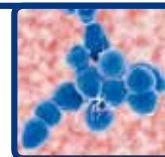
Critères mineurs :

- arthralgie
- ATCD de RAA
- syndrome inflammatoire
- allongement PR
- fièvre

Le syndrome inflammatoire repose sur la VS, le dosage de la protéine C-réactive ou l'élévation des ASLO.

COMMENTAIRES

- ➔ La prévention des rechutes est essentielle. Pour cela une chimio-prophylaxie doit être mise en place au dépistage et se poursuivre durant 5 années minimum. A chaque poussée le risque d'atteinte cardiaque ou d'une aggravation de celle-ci, augmente.
- ➔ Incidence en France de 0,015 cas/an et pour 10 000 Hbts (classe d'âge des 5 – 19 ans).
- ➔ Sont en cause des facteurs socio-économiques : précarité et environnement défavorable. Il semble exister des prédispositions familiales mais il n'a pas été possible de démontrer un profil génétique spécifique. La virulence propre à certaines souches serait proportionnelle à l'importance du portage pharyngé du streptocoque dans la population générale (**sujets porteurs sains** et malades).
- ➔ Protocoles validés par les pédiatres et les cardiologues dans un document cadre, le « guide du RAA », récemment actualisé (Manuel pratique *Protocole de référence RAA*) (*cf Annexe 1*).



A) Prévention secondaire

1) LE DISPOSITIF LM (LONGUE MALADIE) CAFAT-RUAMM

(cf *Annexe 8*) assure la gratuité des soins pour le malade.

2) LE DISPOSITIF ALM (LONGUE MALADIE AIDE MÉDICALE A)

(cf *Annexe 9*) assure une validité de carte d'une année (au lieu de six mois).

3) LE DISPOSITIF DE RÉFÉRENT RAA

Personnel financé par l'ASS NC (Agence sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie), basé à Nouméa, assurant un suivi « actif » du fichier.

B) Prévention primaire

1) Prise en charge de toute infection rhino-pharyngée suspecte (une extencilline IM et l'acte infirmier) sans avance de frais (délibération N° 490 du 11 août 1994 (cf *Annexe 7*).

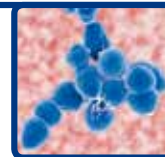
2) Traitement systématique et interventionniste des infections aériennes supérieures (rhinorrhée, otite, rhino-pharyngite), avec prescription antibiotique large si tableau purulent ou fébrile.

3) Dépistage systématique échographique.



COMMENTAIRES

- ➔ Le protocole de soins intègre :
 - l'acte infirmier (injection d'Extencilline)
 - les soins dentaires (prévention de la maladie d'OSLER, réalisés donc en secteur public comme en secteur libéral sans avance de frais).
- ➔ Dispositif peu utilisé (lourdeur administrative pour le médecin traitant autant que pour les familles et ce d'autant que les autres membres de la famille ont une carte valide pour seulement 6 mois, mais pourtant plus que souhaitable pour le confort du malade et la qualité de son suivi (risque de rupture de traitement en cas de fin de validité de carte).
- ➔ Tableau mensuel des extencillines à faxer au 05 11 33 (fax sécurisé de la DASS NC), (cf *Annexe 4*).
- ➔ Mesure actuellement inadaptée (refus des praticiens de pratiquer une injection IM sur de simples suspicions). A reconsidérer avec l'usage du streptotest (**TDR** : Test de Diagnostic Rapide).
- ➔ En province Nord gratuité des pipettes de sérum physiologique pour promouvoir le lavage de nez efficace pour AMG.
- ➔ Débuté en 2007 par l'ASS NC pour les élèves du CM1.



● Page de garde du dossier médical

(cf chapitre à part).

Doit décliner :

- la date du diagnostic de RAA et le grade si valvulopathie(s) associée(s),
- le protocole thérapeutique : chronologie et dosage des injections, date du prochain RV écho-cardiologique, **durée et date de fin de traitement.**

● Fiche individuelle (ou registre) du suivi mensualisé

Ces fiches sont stockées en dehors du dossier médical et permettent un suivi global des patients : injections, écho et suivi dentaire (cf Annexe 4).

● Carnet de suivi mensuel de la prophylaxie

Carnet conservé par le patient qui lui permet de connaître sa prochaine date d'injection (cf Annexe 6).

● Fiche de déclaration nouveau cas (MDO)

Maladie à **D**éclaration **O**bligatoire, précisant l'état civil du patient, le mode de dépistage, la forme du RAA au moment du dépistage, l'attente cardiaque et les récurrences (cf Annexe 2).

● Le « carnet vert LM » ou ALM

● Fiche de suivi épidémiologique et statistique

Elle reprend sensiblement les items de la fiche de déclaration et permet l'actualisation à la province Nord (cf Annexe 3).

Ce 2^e recueil étant rarement fait, la province a chargé le médecin-adjoint de la prévention d'en réaliser un retour actif (cf Annexe 5).

COMMENTAIRES



- Mise à jour du fichier (nouveau cas, décès, complications)
- Bilan des extencillines, des échos et des consultations cardiaques
- Bilan du suivi dentaire, des **CRC** (Cardiopathies Rhumatismales Chroniques).
- le CAO dentaire actualisé (crayon papier).



Visualise en temps réel les patients et la situation de leur suivi. Un tableau mural (non accessible au public, respect du secret médical oblige) avec des mini-fiches peut aussi faciliter le suivi des injections.



Edité par la DASS NC, il permet aussi au patient d'être « mobile » sur l'ensemble du territoire.



Elle doit être envoyée à la DASS NC ou par fax sécurisé (05 11 33).



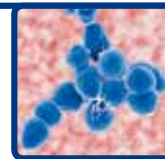
Alimente la restitution de la DASS NC sur l'état sanitaire du territoire (sous-déclaration chronique).



Amélioration spectaculaire, notamment grâce au carnet de suivi (carnet vert). Adhésion du patient au protocole, dépendant de la qualité de la tenue du carnet de suivi, par le médecin traitant.



Permet une amélioration de la restitution des données aux CMS (et à la DASS NC).



C) Prévention primaire en milieu scolaire

1) PROGRAMME D'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE PRIMAIRE (PESMSP)

Intervention sur la RAA, l'hygiène corporelle, alimentaire et buccodentaire.



Une intervention systématique avant le dépistage a été mis en place depuis 2009 devant l'effet anxiogène de ce dépistage.

2) DISTRIBUTION DE FLUOR EN PMI (FEMME ENCEINTE PUIS NOURRISSON EN MATERNELLE MOYEN)

Distribution de dentifrice fluoré et brosses à dents avec interventions des éducateurs sanitaires ou du personnel du CMS (AVS, dentiste, assistante dentaire), plus du Zymafluor® pour les classes de maternelle.



COMMENTAIRES

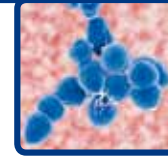
➔ Notions de douleurs, de mal de gorge, d'arthralgies, d'hygiène bucco-dentaire et ORL déclinées par les enseignants, en utilisant un outil d'évaluation créé par la Nouvelle-Calédonie (la mallette RAA *Sophie a le RAA*).

➔ Compétences transmises dans le cadre du programme scolaire et décliné à chacun des trois cycles par les enseignants (jeu de *la bonne immunité, mémoire, QUIZ alimentation, la petite souris*).



➔ Examen de bouche lors des visites scolaires et élaboration de liste de convocations prioritaires pour le dentiste. Traitement systématique des soins curatifs **de tous les enfants du CM2**.

Traitement préventif des « dents de six ans » au CP par la technique de scellement des sillons dentaires.



BIBLIOGRAPHIE

- *Etat sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* (Bilan annuel, parution avec 3 ans de retard restitution avec un décalage de 2 à 3 ans).

Ou : <http://www.gouv.nc>

Délibération :

- *Bilan annuel DASS PS* à partir des données des CMS.

- *Guide du RAA (cf Annexe 1)*.

À venir :

- logiciel informatique.
- fiche annuelle épidémiologique.

ANNEXES

- ➔ **Annexe 1** : Manuel pratique Protocole de référence RAA.
- ➔ **Annexe 2** : MDO initiale (à adresser à la DASS NC).
- ➔ **Annexe 3** : MDO de synthèse annuelle (à adresser à la DASS NC).
- ➔ **Annexe 4** : Fiche de suivi prophylaxie DASS NC.
- ➔ **Annexe 5** : Fiche de suivi DASS PS Nord.
- ➔ **Annexe 6** : Carnet de prophylaxie.
- ➔ **Annexe 7** : Délibération N° 490 du 11 août 1994.
- ➔ **Annexe 8** : Demande LM AMG A province Nord.
- ➔ **Annexe 9** : Taux de remboursement du Ruamm.

VI. LES MALADIES RESPIRATOIRES (HORS TUBERCULOSE)

VI.I. : Quelques données épidémiologiques

VI. II. : Dispositifs et mesures financières

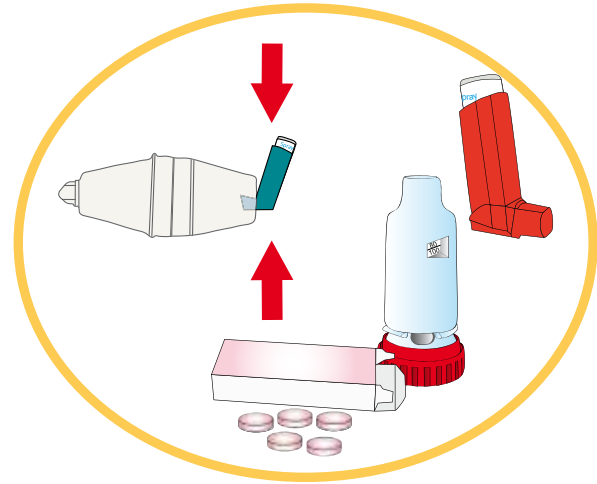
VI. III. : Outils et suivi d'évaluation

VI. IV. : Actions pédagogiques

: Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- **dépister tôt**
- visualiser **clairement** les protocoles thérapeutiques de décompensation respiratoire
- s'approprier l'**éducation individuelle** du patient, son auto-évaluation et auto-traitement
- organiser un suivi **chronique et attentif** et la restitution **rigoureuse** des données épidémiologiques.



LES MALADIES RESPIRATOIRES



VI. I. Quelques données épidémiologiques

A) En Nouvelle-Calédonie

Deux constats sont à prendre en compte :

- l'augmentation inquiétante et continue du nombre de patients insuffisants respiratoires :
 - patients polymédicamentés avec une difficulté d'équilibre thérapeutique liée à l'éducation du patient (prise de sprays)
 - les IRCG (Insuffisants Respiratoires Chroniques Graves) de plus en plus nombreux, sous oxygénothérapie.
- les étiologies classiques (BPCO et ASTHME), dont la prévalence est sensiblement identique à la métropole, avec quelques particularités locales :
 - une population européenne plus touchée par la pathologie asthmatique (et deux fois plus d'asthme grave qu'en métropole)
 - une prévalence des DDB dans la population mélanésienne
 - le rôle causal essentiel du tabac, notamment dans les BPCO, aggravé dans la population mélanésienne par les habitudes de vie traditionnelle (fumée dans la case ou cuisine au feu de bois).

COMMENTAIRES

- ➔ En 2008 cela concernait 8,9 % des ALM (Affection Longue Maladie).
- ➔ Comprenant les fins de vie – soins palliatifs sur cancers pulmonaires terminaux – les formes sévères d'asthme et de BPCO, les oxygénothérapies courtes (OC) à pression positive (PP), des apnées du sommeil...
- ➔ En 2008, 7,1 % des décès en Nouvelle-Calédonie sont liés à des maladies respiratoires.
- ➔ Pathologies (Asthme, BPCO, emphysème, DDB...) au traitement souvent commun mais de mécanisme et origine différente (toxique, infectieuse, génétique, allergique...) : L'enquête ISAAC (*cf Bibliographie*) sur la prévalence des maladies respiratoires allergiques en Nouvelle-Calédonie chez des pré-adolescents de 6^{ème} et de 5^{ème} en 1999 retrouve une prévalence d'enfants asthmatiques de 7 à 15 %, les taux les plus forts étant ceux des enfants européens ou ceux ayant un ou deux parents asthmatiques.

(suite page 3)

LES MALADIES RESPIRATOIRES

VI. I. Quelques données épidémiologiques

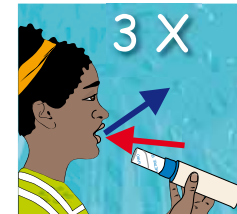
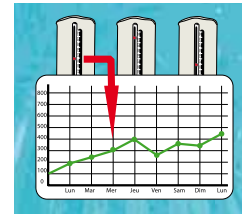
B) En province Nord

- Prévalence anormale des cancers de la plèvre (mésothéliomes) en lien direct avec l'exposition environnementale à la trémolite (variété d'amiante), que se soit par le Pö (badigeon recouvrant les cases et habitations traditionnelles en torchis) ou par les affleurements naturels mis à nu lors des terrassements de voiries ou d'habitations en tribus.

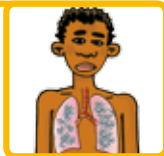


COMMENTAIRES

Près de la moitié des patients présentant une insuffisance respiratoire ont moins de 35 ans.
Au delà de 35 ans, la prévalence des pathologies respiratoires augmentent avec l'âge.
Près des trois quarts des pathologies respiratoires sont liées à l'asthme et plus d'un quart à un BPCO.



LES MALADIES RESPIRATOIRES



■ IV. II. Dispositifs et mesures financières

A) Prévention secondaire

1) CAFAT-RUAMM

Prise en charge, sans avance de frais des actes relatifs aux insuffisants respiratoires et asthmatiques dans le cadre de la Longue Maladie (LM), selon le barème en vigueur de la nomenclature et sous certaines conditions.

2) AIDE MÉDICALE (AMG)

Validité de la carte A prolongée sur 1 an (au lieu de 6 mois) pour le seul patient.

B) Prévention primaire

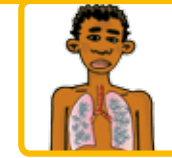
– Unité Mobile de Dépistage et de Prévention (UMDP, camion radiographique), devant assurer le suivi des patients à un haut risque d'exposition à la Trémolite :

- sujet ayant vécu plus de 15 ans dans une maison en Pö
- convocation tous les 3-4 ans pour un interrogatoire, un examen clinique, une EFR et une radiographie pulmonaire
(cf *Annexe 1 : fiche individuelle de suivi patient*)
- lecture camion, double lecture en radiologie à NOUMEA (clichés numérisés) puis avis spécialisé et scanner si nécessaire sur Nouméa
- campagne tri-annuelle, avec envoi nominatif d'une invitation par la DASS PS selon le calendrier de passage du camion proposé.

COMMENTAIRES

- ➔ La prise en charge CAFAT à 100 % ne se fait que pour des pathologies évoluées répondant à certains critères EFR, nécessitant souvent un avis spécialisé pneumologique.
- ➔ Dispositif peu utilisé (lourdeur administrative pour le médecin traitant autant que pour les familles et ce d'autant que les autres membres de la famille n'ont une carte valide que pour 6 mois).
- ➔ Pour les ressortissants de la carte B : une demande de prise en charge LM doit **impérativement** être adressée à la CAFAT qui prends en charge à 100 % ces pathologies.
- ➔ Si nouveaux patients non inscrits au fichier (à l'interrogatoire, notion de résidence dans une maison en Pö depuis 15 ans, même si habitat détruit), fiche signalétique et inscription au fichier. (cf *Annexe 3 : fiche de déclaration*)
- ➔ En province Nord c'est le médecin – adjoint SASP – qui supervise l'équipe du camion
(p.domingue@province-nord.nc), Tél. : 47 71 37 – FAX sécurisé confidentiel : 47 72 36).

LES MALADIES RESPIRATOIRES



VI. III. Outils et suivi d'évaluation

A) Page de garde

- Elle comprend l'état civil, les antécédents, la vaccination et le traitement au long cours du patient. Elle permet la vérification régulière et rapide de l'ensemble des programmes de prévention (cf *Annexe 4*).
- Il est intéressant d'y noter le Peak-Flow de base du patient et la consommation tabagique (causes spécifiques).
- Une case « Exposition trémolite » doit être notifiée et évaluée pour chaque dossier.

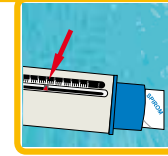
B) Fiches de suivi annuel (Individuelles et de synthèse)

- la première s'inspire du suivi LM des diabétiques (cf *Annexe 5 : fiche de suivi individuel patient Insuffisant respiratoire*), la seconde (cf *Annexe 6 : fiche de synthèse annuelle des patients Insuffisants respiratoires*) doit être retournée en début d'année au service prévention pour analyse.

COMMENTAIRES

- ➔ Permet une prise en charge globale du patient.
Vaccinations anti-pneumococciques (tous les cinq ans) et antigrippales (chaque année) à discuter.
- ➔ Cela permet en urgence de voir la gravité de la crise et sur le long cours la dégradation de la capacité respiratoire du patient.
- ➔ Selon le cas (déjà inscrit, ou nouveaux cas) signalement à la DASS PS, ou date du dernier contrôle de l'UMDP.
- ➔ La restitution des données épidémiologiques est faite aux élus de la Commission de la Santé et des affaires Sociales (CSAS) puis aux CMS, CHN, CHT et médecins libéraux de la province.

LES MALADIES RESPIRATOIRES



■ VI. IV. Actions pédagogiques

A) Prévention primaire

- Action de sensibilisation et de prévention contre la tabagisme (*cf chapitre VIII Conduites addictives*), en lien avec les éducateurs sanitaires.
- Sensibilisation au risque lié à l'exposition trémolite lors des campagnes (5 panneaux d'affichage, dépliants, *cf Bibliographie*).
- Création d'une affiche de sensibilisation à la BPCO.

B) Prévention secondaire

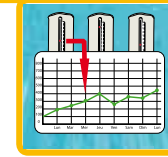
- Formation des personnels de santé à la prise en charge des insuffisants respiratoires au col de la pirogue.
- Création d'une malette éducative destinée aux soignants.
- Création de dépliants à remettre aux patients après l'éducation aux sprays.

COMMENTAIRES

- ➔ Dans le primaire avec le PESMSP (Programme d'Education à la Santé en Milieu Scolaire Primaire). Dans le secondaire avec l'équipe du PPSA (Programme de Prévention et de Soins en Addictologie) de la Nouvelle-Calédonie en classe de 4^{ème} et 2nde.
- ➔ Le but de l'éducation des patients est qu'ils connaissent leur maladie, qu'ils maîtrisent leurs traitements et gèrent les crises ou les décompensations.
- ➔ • Formation individuelle ou collective par petits groupes identiques à celles de l'éducation diabétique.
• Avec : – la compréhension de la maladie,
– la compréhension du traitement,
– l'éducation à la prise des sprays,
– l'auto-surveillance, l'auto-ajustement thérapeutique.
- ➔ Adaptée aux asthmatiques et aux autres pathologies (BPCO).

LES MALADIES RESPIRATOIRES

VI. IV. Actions pédagogiques



Documents Existants

- Enquête JSAAC (1999) cf *Bibliographie*.
- *État sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* (Bilan annuel parution avec 3 ans de retard ; restitution avec un décalage de 2 à 3 ans).

[http:// www.gouv.nc](http://www.gouv.nc) accès rapide vers les directions
(menu déroulant) : DASS

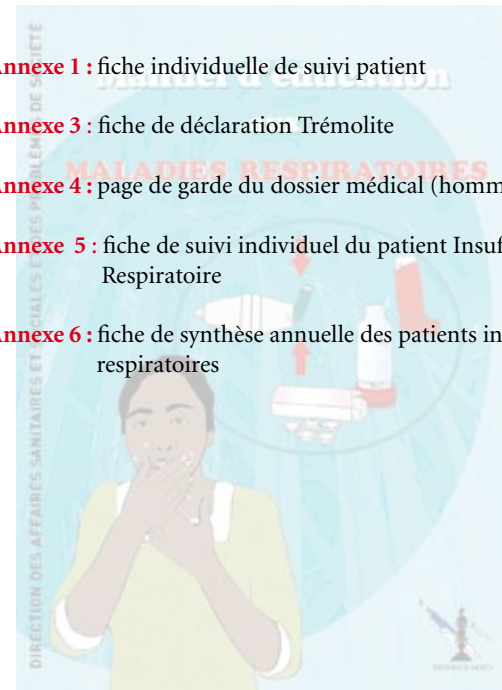
- Publications
 - La santé en chiffres
 - Bilan annuel

- Dépliant et panneaux Trémolite.

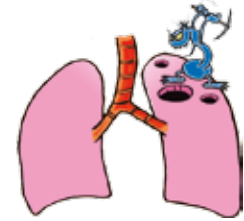


ANNEXES

- ➔ **Annexe 1** : fiche individuelle de suivi patient
- ➔ **Annexe 3** : fiche de déclaration Trémolite
- ➔ **Annexe 4** : page de garde du dossier médical (homme)
- ➔ **Annexe 5** : fiche de suivi individuel du patient Insuffisant Respiratoire
- ➔ **Annexe 6** : fiche de synthèse annuelle des patients insuffisants respiratoires



VII. LA TUBERCULOSE



- VII. I. : Quelques données épidémiologiques
- VII. II. : Dispositifs et mesures financières
- VII. III. : Outils de suivi et d'évaluation
- VII. IV. : Actions pédagogiques

Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- **la tuberculose se guérit bien** : soignant et patient doivent réagir tôt, être rigoureux dans l'observance du traitement, **notamment de la DOTS**
- les enquêtes ont un impact immédiat (notamment avec la prophylaxie des enfants de moins de 5 ans), **mais surtout dans la durée** : les proches en bonne santé peuvent être les malades de demain
- la traçabilité de la « mémoire tuberculose » **doit être obsessionnelle** : page de garde, dossier scolaire, carnet de santé, registre IDR/BCG.



LA TUBERCULOSE

■ VII. I. Quelques données épidémiologiques

En **Nouvelle-Calédonie**, assez classiquement, la tuberculose est dépistée dans 70 % des cas sur des signes cliniques : fièvre, amaigrissement, asthénie, adénopathie, toux, hémoptysie...

En **province Nord**, parmi les cas dépistés un nombre non négligeable est bacillifère (un tiers à la moitié des cas). Le sexe-ratio est voisin de 1, l'âge moyen est de 51 ans (données 2006).

Son incidence est de 37 pour 100 000 habitants en 2009 alors qu'en métropole il est de 11 pour 100 000 habitants.



COMMENTAIRES

➔ La tuberculose pulmonaire est celle qui est le plus souvent dépistée mais toutes les formes sont possibles et tous les organes peuvent être touchés.

En Nouvelle-Calédonie, c'est une pathologie qui doit être évoquée systématiquement devant toute toux persistante, amaigrissement et notion de contact familial.

➔ Les patients bacillifères sont souvent retrouvés dans les mêmes familles d'une commune (les « clusters ») où la tuberculose est vécue comme un boucan et où certaines personnes ne viennent pas au dépistage. Ce sont ces dernières que l'on retrouve quelques années plus tard, bacillifères, et le cycle recommence...

➔ Une consommation de cannabis massive et une incidence de VIH difficile à cerner sont aussi susceptibles de relancer l'incidence tuberculose dans les années à venir.



A) Prévention secondaire

1) **LE DISPOSITIF LM (LONGUE MALADIE) CAFAT-RUAMM** (cf annexe 4) assure la gratuité des soins pour le malade.

2) **LE DISPOSITIF ALM-NORD (LONGUE MALADIE AIDE MÉDICALE A PROVINCE NORD)** (cf annexe 5) assure une validité de carte d'une année (au lieu de six mois).



3) **LE DISPOSITIF D'INFIRMIER RÉFÉRENT**

Poste financé par la Nouvelle-Calédonie et mis à disposition de la province Nord, chargé du suivi des traitements, pour le Nord et les Iles.

4) **DOTS**

L'OMS préconise la mise en place de la **DOTS (Directory Observed Treatment Short-course)**. C'est un suivi très rapproché du traitement des patients bacillifères et des multirécidivistes : présence d'un auxiliaire de santé chaque matin lors de la prise du traitement par le patient pendant les 2 mois de la tri ou la quadri-thérapie, puis lors d'un suivi hebdomadaire durant les 4 mois de la bi-thérapie.

COMMENTAIRES

- ➔ Procédure lourde peu utilisée par les médecins traitants dans le cadre de la tuberculose (prise en charge dépassant rarement un an) mais pourtant plus que souhaitable pour le confort du malade et la qualité de son suivi.
- ➔ Même commentaire, risque de rupture de traitement en cas de fin de validité de carte.
Le CMS peut disposer d'un traitement de secours pour palier aux ruptures (WE, retour Nouméa, péremption des droits...). Dans le même cas (péremption des droits...), possibilité d'utiliser la procédure **FSVS (Fléaux Sociaux Veille Sanitaire)**, ancien cas n°2, pour les suivis biologiques.
- ➔ Il peut et doit être contacté pour toute suspicion, cas diagnostiqué et avis (Tél./Fax sécurisé : 47 72 36 - Mobilis : 92 18 88). Il veille à la bonne application de la **SLAT (Stratégie de Lutte Anti-Tuberculose)**.
- ➔ **Mise en place nécessitant un projet d'équipe** : organisation des horaires de travail pour l'agent volontaire (IDE ou AVS), possible délégation à une infirmière libérale ou à une personne ressource fiable et éduquée.



B) Prévention primaire : les enquêtes

1) LE DISPOSITIF D'INFIRMIER RÉFÉRENT

Deuxième mission essentielle de cet agent, chargé de la mise en place du plan d'enquêtes selon trois types (cf *Annexe 2*) :

- **type I** : Recherche d'infectés autour d'un patient contagieux.
- **type II** : Recherche d'un contaminateur autour d'un patient non contagieux.

2) FONDS SPÉCIAL DE DÉPISTAGE EN SANTÉ PUBLIQUE

Une convention inter-collectivités et caisses permet d'alimenter un fonds spécial finançant les enquêtes tuberculeuses autour d'un cas index, quelque soit la couverture sociale des sujets-contacts sans avance de frais de leur part, à savoir :

- la consultation généraliste et spécialiste
- la radio pulmonaire, voire le scanner
- l'IDR ou Tuber test et les tubage-crachats, si nécessaire.

Exceptionnellement, pour un cas suspect d'emblée de tuberculose (hors cadre d'un plan d'enquête) ce fonds permet aussi de lever l'obstacle financier au diagnostic avec la prise en charge des examens préliminaires nécessaires.

COMMENTAIRES

→ Ce plan d'enquête est réalisé par l'infirmier référent en collaboration avec l'équipe du CMS ou le médecin traitant libéral, il sera adressé au médecin provincial référent tuberculose qui attribuera un Numéro d'enquête. Le camion radiographique de la province Nord est disponible pour les équipes qui le souhaitent, demande relayée si besoin par l'infirmier référent tuberculose auprès du médecin responsable du camion.

Un imprimé individuel doit alors être renseigné pour chaque patient, qui tient lieu de feuille de maladie **pour les examens réalisés en externe** (tubages-crachats, radiologies) (cf *Annexe 1*).

→ Dès que le plan d'enquête a été réalisé, l'ensemble des imprimés individuels doit être renvoyé (**avec une ordonnance de radio dès lors que celle-ci est réalisée dans une structure provinciale**) au médecin provincial référent tuberculose qui transmettra les données anonymisées aux services financiers de la province. Un retour financier sera alors réalisé au profit de la province pour les actes réalisés en dispensaire à partir du fonds inter-collectivités.

→ La demande est adressée au médecin provincial chargé de la prévention qui attribuera un numéro individuel. Le suivi administratif est alors le même que celui des sujets contacts d'une enquête.



A. La page de garde du dossier médical

Elle permet la vérification de la vaccination BCG, des contrôles tuberculoniques et des éventuels contacts infectants.

Un registre des cas par année peut ainsi être créé permettant de visualiser les foyers à risque et de sensibiliser les équipes soignantes.

B. Les deux fiches de déclarations obligatoires

(1 seule fiche cf Annexe 3)

Elles doivent être adressées :

– au médecin inspecteur de la DASS NC
(fax sécurisé : 05 11 33)

– à IDE référent tuberculose
(tel/fax sécurisé : 47 72 36,

DASSPS-SASPTuberculose@province-nord.nc)

● La déclaration initiale obligatoire de la tuberculose

Elle permet une déclaration individuelle, pour le recueil statistique.

● La Fiche de déclaration de fin de traitement

Adressée en fin de traitement pour permettre une déclaration de guérison selon les normes de l'OMS.

COMMENTAIRES

➔ C'est la « mémoire » de la commune, elle permet de situer chaque consultant dans son environnement et l'histoire de sa famille. Elle n'a d'intérêt que si régulièrement mise à jour.

➔ Documents essentiels **que doivent impérativement renseigner les médecins traitants** dès confirmation des diagnostics ou issue de traitement, même si le pneumologue ou le CHT restent les déclarants obligés. L'infirmier référent tuberculose reste destinataire de l'ensemble des déclarations et fait le tri des éventuels doublons.

➔ C'est à partir de cette déclaration que le type d'enquête tuberculose va pouvoir se mettre en place car elle indique la forme de tuberculose du cas index. D'utilisation facile car les codes pathologies sont sur la fiche de déclaration.

➔ Permet de signaler à la DASS NC les cas perdus de vue et de réagir plus rapidement.

En l'absence de déclaration de fin de traitement la DASS NC est obligée de déclarer le patient perdu de vue.



A) Prévention primaire

- PESMSP (Programme d'Éducation à la Santé en Milieu Scolaire Primaire) en collaboration avec l'action des éducateurs sanitaires et/ou des équipes de CMS
- Dépliant « Stop à la tuberculose » et triptyque de 3 affiches reprenant les messages du dépliant
- Bingo de la tuberculose.



B) Prévention secondaire

- Intervention individuelle de l'infirmier référent tuberculose pour l'éducation du patient tuberculeux
- Formation des soignants à la SLAT (Stratégie de Lutte contre la Tuberculose), à l'éducation individuelle du patient insuffisant respiratoire
- Une fiche individuelle de suivi du traitement doit être rédigée et renseignée régulièrement (cf Annexe 6).

COMMENTAIRES

- ➔ Compétences transmises dans le cadre du programme scolaire et déclinées à chacun des trois cycles par les enseignants (*jeu de la bonne immunité, Memory, QUIZ alimentation, Bingo de la tuberculose*).
Thème transversal reprenant l'hygiène de vie, l'hygiène alimentaire et la physiologie de la respiration.



- ➔ La prise en charge initiale éducative du patient est très courte, durant la période de contagiosité au col de la pirogue.
La prise en charge au long cours (sur la prise médicamenteuse, les effets secondaires, le suivi thérapeutique) est là encore un projet d'équipe : entre les infirmiers du CMS, l'auxiliaire de vie, si celle-ci est formée à la DOTS, l'infirmier référent tuberculose.
- ➔ Permet d'augmenter la qualité et la compliance au traitement.



ENQUÊTES

Objectifs des enquêtes

Les enquêtes autour d'un cas index doivent permettre de diminuer l'extension de la maladie. Mais le système des enquêtes ne doit pas être figé et pour chaque cas on peut être amené à augmenter ou diminuer le nombre de dépistés. La concertation en équipe est importante. Mais comme il faut des bases communes, les enquêtes seront réalisées selon le type de pathologie du cas index.

• Elles sont au nombre de 3 :

- recherche d'infectés autour d'un patient contagieux.
- recherche d'un contaminateur autour d'un patient non contagieux.



• Ces deux sortes d'enquêtes obéissent cependant à un même plan :

- il faut d'abord **déterminer une période de recherche** : il est important de déterminer cette période avant d'entamer toute démarche. Elle est la base de l'enquête pour savoir à partir de quand on va rechercher les contacts et jusqu'à quand.
- **établir la liste des contacts étroits**

Contacts étroits : ce sont les personnes qui partagent le même toit, la même pièce, plusieurs heures par jour.

Cette liste s'établit :

- dans le contexte familial : à l'aide d'un arbre généalogique
- sur le lieu de travail (ou à l'école)
- au niveau des loisirs.

LA TUBERCULOSE



ENQUETES (SUITE)

Applications de la démarche :

PREMIER CAS : ACTION AUTOUR D'UN CAS DE TUBERCULOSE BACILLIFÈRE ED+ C+

- **But de l'enquête** : rechercher les infectés possibles.
- **Période de recherche** : c'est la période durant laquelle le cas index a pu contaminer son entourage.

Pour quelqu'un de contagieux, la période de recherche des infectés s'étendra **de trois mois avant le début des symptômes jusqu'à la mise sous traitement**. S'il n'est pas possible de déterminer la date d'apparition des symptômes, alors la période de recherche commencera 3 mois avant la mise sous traitement (exemple : un patient mis sous traitement en mars 2003, début des signes cliniques en décembre 2002. Période de recherche : septembre 2002 à mars 2003. Si pas de date pour le début des signes cliniques : décembre 2002 à mars 2003).

- **Sur cette période on recherche des infectés** : il faut donc faire la liste des contacts étroits avec le cas index. Pour aider à faire cette liste, on peut faire un arbre généalogique (exemple) + travail + loisirs.
- **Une fois cette liste établie on programme** : des examens cliniques et des radios aux adultes (> ou = 15 ans), on fait des Tubertests aux enfants de moins de 15 ans. Si quelqu'un crache dans l'entourage on fait des recherches de BK dans les crachats. On reprogramme ces mêmes visites et examens trois mois plus tard.

➔ **Attention : il est important de bien lister les enfants de 0 à 5 ans, qui sont en contact étroit avec un patient contagieux (bacillifère).**

Un bilan en hospitalisation pédiatrique, sera fait pour ceux entre 0 et 2 ans, entre 2 et 5 ans un avis spécialisé sera demandé en externe. Ils seront mis sous traitement (chimio prophylaxie).

➔ **Toutes les personnes qui ont été vues à M0 doivent être revues à M3.**

LA TUBERCULOSE



ENQUETES (FIN)

DEUXIÈME CAS : ACTION AUTOUR D'UN PATIENT NON CONTAGIEUX, EXAMENS DIRECTS NÉGATIFS (ED-C OU ED-C-HISTOLOGIE+ENTOURAGE)

- **But de l'enquête** : sensibiliser à la tuberculose, afin qu'il sache reconnaître les signes cliniques de cette pathologie.
- **Pas de période de recherche à établir** : si la personne est âgée, elle a pu être contaminée dans son enfance.
- **Une fois la liste des contacts étroits actuels établie, on programme** des informations ciblées dans les différents foyers. On insiste sur le mode de contamination, les signes cliniques de la maladie et les moyens de traiter. On espère toujours trouver un contaminateur en alertant la famille. Il n'y a donc pas de dépistage systématique, sauf s'il existe des personnes symptomatiques ou des anciens tuberculeux.

En conclusion :

Il est important d'établir un relevé synthétique des résultats de l'enquête : cela permet une meilleure visualisation du travail effectué et de celui restant à faire. Cela permet aussi de mettre en évidence les cas douteux à surveiller et enfin d'avoir une trace dans le dispensaire du travail effectué.



LA TUBERCULOSE



BIBLIOGRAPHIE

- *État sanitaire de la Nouvelle-Calédonie* (Bilan annuel : parution avec 3 ans de retard ; restitution avec un décalage de N + 2 à N + 3).
Ou : <http://www.gouv.nc>
- *Rapport annuel infirmière référent tuberculose* (restitution dans le 1^{er} trimestre de l'année N+1).
- *La SLAT* (2001) et *L'essentiel* (2007)
- *Guide radiologique de la tuberculose, chez l'adulte en Nouvelle-Calédonie*.
- *Convention d'objectifs et de moyens* (dispositif infirmier référent tuberculose).
- **Délibérations :**
- **Délibération n° 490 du 11 août 1994**, retenant la Tuberculose comme thème prioritaire de prévention
- **Délibération n° 100/CP du 13 mars 1991** relatives aux maladies à déclarations obligatoires
- **Délibération n° 10 du 08 septembre 2004** du Congrès de la Nouvelle-Calédonie portant création d'un fonds autonome de compensation des dépistage en santé publique.

ANNEXES

- ➔ **Annexe 1 :** FEUILLE DE MALADIE – PRISE EN CHARGE DE DÉPISTAGE (par le fonds autonome de compensation des dépistages en santé publique).
- ➔ **Annexe 2 :** déroulement des différentes enquêtes tuberculose.
- ➔ **Annexe 3 :** fiche de déclaration obligatoire de la tuberculose.
- ➔ **Annexe 4 :** demande de prise en charge 100% Cafat-RUAMM.
- ➔ **Annexe 5 :** demande de prise en charge 100% ALM Nord.

VIII. LES CONDUITES ADDICTIVES

- VIII. I. : Quelques données épidémiologiques
- VIII. II. : Dispositifs et mesures financières
- VIII. III. : Outils de suivi et d'évaluation
- VIII. IV. : Actions et outils pédagogiques
- : Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- inclure **naturellement** la démarche de l'intervention brève et de l'entretien motivationnel
- identifier **tôt** les addictions, usages nocifs et s'approprier et promouvoir les dispositifs d'accompagnement :
 - consultation et sevrage addictologique
 - signalement précoce au réseau CHS s'intéressant aux chantiers thérapeutiques
 - signalement au réseau social (violences faites aux femmes, hébergement d'urgence, écoute psychologique)



LES CONDUITES ADDICTIVES

VIII. I. Quelques données épidémiologiques

A. Alcool

La consommation d'alcool en Nouvelle-Calédonie est moindre que celle de la Métropole si l'on regarde la consommation d'alcool pur par habitant. En 2008, elle était de 12,3 litres d'alcool pur en métropole pour 7 en Nouvelle-Calédonie. Mais le mode de consommation est différent. Il y a peu d'alcoolisation chronique comme en métropole mais plus d'alcoolisation festive comme dans les pays anglo-saxons. La consommation de bière représente en 2008 40,1 % de la consommation d'alcool, le vin 38,4 % et les alcools forts 21,4 %.

B. Tabac

La consommation de tabac est en augmentation constante depuis 10 ans sur le territoire avec 349 tonnes en 2008 soit une augmentation de 9 % en 10 ans. Par contre la consommation par individu est elle en baisse avec 5.3 g/adulte/jour ce qui correspond à une diminution de 9.3 % en 10 ans ; en brousse le tabac le plus consommé est le tabac à rouler car il est le moins cher.

C. Cannabis

Le cannabis a été introduit dans les années 80 par les premiers étudiants Kanak revenant de métropole. Il s'est progressivement étendu sur l'ensemble du territoire et constitue un véritable fléau car il pousse remarquablement bien sous nos climats. Si au départ les plantations étaient destinées à l'autoconsommation, on assiste maintenant à la mise en place d'une véritable économie parallèle. Sa consommation touche toutes les tranches de la société sans exception.



COMMENTAIRES

➔ Développement depuis quelques années d'un alcoolisme chronique type métropolitain.

La bière redevient la boisson alcoolisée la plus consommée et elle reste fortement privilégiée par les populations kanak et océaniques.



1 unité = 1 UIA

Depuis 2001, le taux maximum légal au volant est de 0,50g/litre, soit 2 UIA (Unité International Alcool).

➔ La proportion des femmes est nettement plus élevée que dans la population mondiale.

➔ L'augmentation dramatique de jeunes psychotiques majoritairement, consommateurs « nocifs » de cannabis ne permet plus de citer le cannabis comme simple co-facteur déclenchant d'un terrain prédisposé, mais véritablement comme un lien direct de cause à effet, le plaçant de fait dans les catégories de drogues dures.

LES CONDUITES ADDICTIVES



VIII. II. Dispositifs et mesures financières

A) Prévention primaire

C'est essentiellement le Programme de Prévention et de Soins en Addictologie (PPSA) géré par l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS NC) avec :

1. Les campagnes d'information sur les méfaits de l'alcool sur les radios, la télévision, les journaux avec en général un rappel avant les fêtes de fin d'année.
2. La formation et la sensibilisation des personnels en contact avec les enfants par le PPSA, des personnels soignants et éducatifs (formation au conseil).
3. Depuis 2007, la sensibilisation dans les écoles avec en province Nord un programme qui permet de voir notamment **tous les élèves de 4^{ème}** en 2 fois 2 heures (2 heures de théâtre forum et 2 heures avec l'équipe du PPSA) et depuis 2009 les 2^{ndes}.

COMMENTAIRES

- Programme cadre avec une équipe référente (2 médecins addictologues, 3 animateurs) basée à Nouméa et un animateur et 1 relais communautaire basés en province Nord à Koné : tél. : 24 01 66, disponibles pour toute action d'éducation, sensibilisation, accompagnement à la prévention et la prise en charge des conduites addictives.
- Campagne de plusieurs semaines avec des cibles différentes, alternant avec la campagne de la prévention routière (alcool au volant).
- Création de supports grand public, public jeune, professionnel...



LES CONDUITES ADDICTIVES

VIII. II. Dispositifs et mesures financières



B) Prévention secondaire

● Tabac

– Dispositif « Nicopatch » de la province Nord qui délivre gratuitement des patchs sur prescription médicale pour les patients bénéficiant de l'AMG. Actuellement discussion avec l'Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS NC) pour la mise en place d'un dispositif territorial pour l'ensemble des patients (quelque soit la couverture sociale), voire des consultations de sevrage tabagique.

● Alcool

– Interdiction de vente d'alcool frais dans les commerces (délibération). province Sud en 2001 puis province Nord en 2003 (cf *bibliographie*).
– Prise en charge des sevrages par le Programme de Prévention et de Soins en Addictologie (PPSA), avec la mise en place de consultations décentralisées sur Koné et les 2 CHN.

● Cannabis

– Chantiers thérapeutiques mis en place depuis 2004 par la province Nord dont le but est de faire arrêter la consommation de cannabis et de réinsérer l'individu dans son milieu social, animé par l'ACAF Nord (cf *Annexe 8*). Rebaptisé depuis 2008 « dispositif cannabis » avec deux éducateurs, une base est située sur la côte Est et l'autre sur la côte Ouest.

COMMENTAIRES



Ordonnance type pour la prescription (cf *Annexe 1*) à faxer au médecin chargé de la prévention (fax : 47 71 92).
Un dossier de suivi type est renvoyé en même temps que le traitement.



Les sevrages « lourds » (hospitalisation) relèvent toujours du CHS de Nouville avec un relais possible pour le PPSA lors du retour à domicile.



Réseau partenaire avec le CHS, la MIJ, l'APAÏ et le PPSA (la prise en charge précoce des comportements déviants « nocifs » cannabiques dès la première année peut permettre d'arrêter la décompensation psychotique).

LES CONDUITES ADDICTIVES

VIII. III. Outils de suivi et d'évaluation

A) Page de garde

Elle contient une partie pour l'évaluation de la consommation de tabac et d'alcool.

B) Évaluation des consommations

● Tabac

- Test de Fagerstrom : il permet d'évaluer la dépendance (cf Annexe 2)
- Test de De Maria : évalue les chances de réussite du sevrage (cf Annexe 3)
- Test de Horn : évalue les motivations de la consommation de tabac (cf Annexe 4)

● Alcool

- EthyloTest : logiciel qui permet l'évaluation de l'alcoolémie en fonction de la consommation d'alcool mais aussi du sexe, de la taille, du poids, et de l'alimentation (cf Annexe 5)
- Audit alcool permet d'évaluer la dépendance à l'alcool (cf Annexe 6)

● Cannabis

Audit cannabis : permet d'évaluer la dépendance au cannabis (cf Annexe 7)



COMMENTAIRES

➤ A calculer et à réévaluer régulièrement en paquet-année pour le tabac.



➤ A évoquer (conseil bref) dès lors qu'une suspicion d'usage inquiétant est évoqué (violence intra conjugale, AVP ou fractures à répétition).

➤ Selon le retentissement psycho-social, orientation vers l'équipe du PPSA du CHS ou de l'ACAF Nord.

LES CONDUITES ADDICTIVES

VIII. IV. Actions et outils pédagogiques



COMMENTAIRES

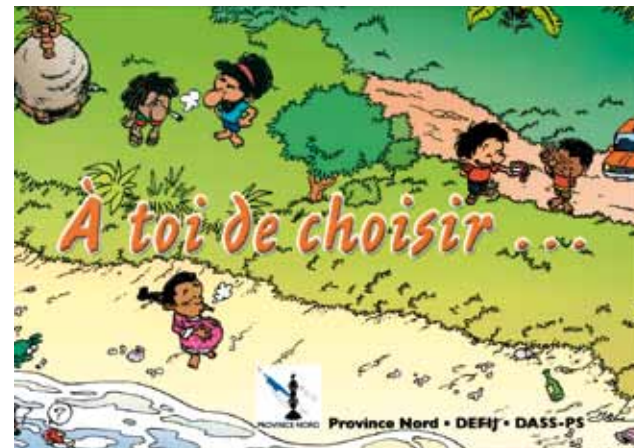
A) Prévention primaire

- Programme d'Education à la Santé en Milieu scolaire Primaire (PESMSP) un jeu a été créé pour aborder les conduites addictologiques en primaire. Il est basé sur les connaissances des produits et sur la mise en situation (capacité de choisir).
- Information de toutes les classes de 4^{ème} de la province Nord sur les conduites addictives par l'équipe du PPSA et les éducateurs sanitaires avec du théâtre forum, et une information préalable depuis 2009, extension aux lycées (2^{ndes}).

B) Prévention secondaire

- Mise en place d'une antenne décentralisée sur Koné avec consultation sur Koné et Poindimié pour la prise en charge des conduites addictives (évaluation individuelle, programme de sevrage, injonction thérapeutique sur retrait de permis...).

➔ Jeu *À toi de choisir...*



LES CONDUITES ADDICTIVES



BIBLIOGRAPHIE

- *État sanitaire de la Nouvelle-Calédonie*
- **Délibération** n° 170/2003-APN du 28/10/03 sur la vente des produits alcoolisés réfrigérés
- **Délibération** n° 79 du 15/06/05 sur la consommation de tabac et d'alcool dans les établissements scolaires
- *Tabac ouvrons le dialogue*
- *Alcool ouvrons le dialogue*
- BEH 52.98 *La consommation de tabac des jeunes français*
- *Tabac pour arrêter de fumer ouvrons le dialogue*
- *Tabac faire le point*
- *Tabac guide pratique*
- Enquête de l'INSERM : *Alcool, Tabac, Cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et lycée*
- Enquête de l'INSERM : *Consommation de substances psychoactives des élèves de 16 ans de 35 pays européens*
- *Au delà des produits les conduites addictives*
- BEH13.04 *Usage du cannabis à la fin de l'adolescence* : principaux résultats de l'enquête Escapad 2002 et évolutions récentes
- *Prévention des conduites addictives* : guide d'intervention en milieu scolaire
- *Climats scolaires* : prévention des souffrances psychiques et des conduites addictives
- *Toxicomanies, addictions et hiérarchisation des besoins*

ANNEXES

- **Annexe 1** : Ordonnance type pour prescription de Nicoparch.
- **Annexe 2** : Test de Fagerstrom (*lien Internet*).
- **Annexe 3** : Test de De Maria (*lien Internet*).
- **Annexe 4** : Test de Horn (*lien Internet*).
- **Annexe 5** : Ethylotests.
- **Annexe 6** : Audit alcool.
- **Annexe 7** : Audit cannabis.
- **Annexe 8** : Dépliant cannabis ACAF Nord

Numéros utiles : PPSA tél. : 25 50 60 Nouméa
fax : 25 50 62
Koné tél./fax : 42 58 85
ACAF Nord : 42 42 22

IX. LES COUVERTURES SOCIALES

IX. I. : Régimes maladie et maternité

IX. II. : Les autres régimes

IX. III. : Dispositifs particuliers

Bibliographie et Annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- être attentif à la prise en charge **dans l'intérêt du patient et de la collectivité** (recueil épidémiologique, retour financier)
- s'approprier tous les dispositifs et aides des caisses d'assurance maladie pour préserver le budget de l'aide médicale principale, **mais** sans jamais porter préjudice au patient.



LES COUVERTURES SOCIALES



P. 79

■ IX. I. Régimes maladie et maternité

A) Les différentes caisses

Financées par les prélèvements obligatoires salariés et patronaux, ou les cotisations des patentés.

On distingue :

- le « petit risque » (soins, consultations, médicale et para-médicale, actes externes, laboratoire, pharmacie...)
- du « gros risque » (hospitalisations, réanimation...).

1) LA CAFAT : CAISSE D'ALLOCATION FAMILIALE ET D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Elle prend en charge le « petit risque » avec un tarif de prise en charge de 40 % et le « gros risque » avec un tarif de prise en charge fonction du type, de la durée de l'hospitalisation ou de la cotation des actes : 100 % pour la réanimation, 100 % pour les actes de chirurgie > K 80, 100 % après le 12^{ème} jour d'une hospitalisation « normale » ou dès le 1^{er} jour pour les LM, 70 % pour les autres cas.

2) LES MUTUELLES : DES FONCTIONNAIRES, DE LA SLN (SOCIÉTÉ LE NICKEL, DU COMMERCE, MILITAIRE, DES PATENTÉS...)

Elles prennent en charge le complément (60 %) du « petit risque » et (40 %) du gros risque non couvert par la CAFAT.

COMMENTAIRES

- ➔ **Avant 2004** chaque caisse prenait en charge et pratiquait des taux de remboursement variables (20 %, 35 %, 50 %...) du « petit ou du gros risque », sans couvrir de façon cohérente les divers assurés.
- ➔ **En 2004** le dispositif du **Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité (RUAMM)** uniformise l'ensemble des tarifs touchant les régimes maladie et maternité, en confiant à la CAFAT le rôle de « caisse primaire » pour le « gros risque », et aux mutuelles celui de « caisse secondaire » pour le « petit risque » et le complément du gros risque non couvert par la CAFAT (*cf Annexe 9*).
Avec une obligation d'affiliation au RUAMM et, selon les employeurs, possibilité d'affiliation à une caisse secondaire (sauf pour ceux dont le revenu est inférieur au plafond d'admission à l'aide médicale, les aides médicales provinciales reprenant alors leur rôle d'aides sociales de substitution).
- ➔ **En 1994** le dispositif « **Longue Maladie** » **LM** permet la prise en charge sans avance de frais (tiers-payant total) de certaines pathologies « lourdes », les « 32 maladies » (*cf Annexe 1*), pour les ressortissants CAFAT, régime étendu à l'ensemble de la population non aide médicale **A** avec l'instauration du RUAMM en 2004.

LES COUVERTURES SOCIALES

■ IX. I. Régimes maladie et maternité



B) Les AIDES MEDICALES provinciales

Ce sont en fait des « Aides Sociales », financées par chaque province qui se substituent aux bénéficiaires ressortissants de leur province d'origine et **jouent le rôle** d'une couverture sociale :

- en totalité pour les personnes sans couverture sociale, ou qui ne bénéficient pas déjà de deux couvertures sociales, et dont les revenus sont inférieurs au plafond d'admission, les cartes « **A** »
- en assurant le tiers payant « petit risque » pour ceux dont les revenus sont inférieurs à ce plafond d'admission et qui ne bénéficient que d'une seule couverture sociale (avec un retour financier de ces caisses pour leur part respective), les cartes « **B** ».

COMMENTAIRES



Carte C pour les anciens combattants et veuves de guerre, en cours d'extinction...

Carte D pour les personnes souffrant d'une maladie dite sociale (c'est-à-dire lèpre, tuberculose, SIDA, cancer, IST, maladies

mentales...), dispositif obsolète avec la généralisation de la LM.

Carte M pour les femmes enceintes ne bénéficiant d'aucune couverture sociale (notamment les mineures, dans un souci de confidentialité, pour une grossesse ou une IVG).

LES COUVERTURES SOCIALES



■ IX. II. Les autres régimes

● Retraite

● Accident du travail



COMMENTAIRES

➤ Après 30 annuités de cotisation :

Disparité problématique entre :

- les retraites des salariés relevant de la CAFAT (entre 6 000 CFP et 80 000 CFP/mois)
- et les retraites du personnel relevant du statut des fonctionnaires : 80 % du dernier salaire, avec des abattements d'annuités pour les femmes avec enfants (dispositions particulières arrêtées en 2005).

➤ Disparité entre :

- les prises en charge des salariés relevant de la CAFAT
- et les fonctionnaires (pourcentage du salaire maintenu, durée de ce maintien, montant et calcul des pensions...).

LES COUVERTURES SOCIALES

■ IX. II. Les autres régimes

● Prestations familiales (cf Annexe 2)



COMMENTAIRES



Disparité entre :

– les salariés relevant de la CAFAT (en 2010) :

- allocations prénatales :
26 400 CFP (avant le 3^{ème} mois de grossesse)
52 800 CFP (au 6^{ème} mois de grossesse)
39 600 CFP (au 8^{ème} mois de grossesse)
- allocations maternité :
23 100 CFP à l'accouchement
23 100 CFP au 6^{ème} mois
- allocations familiales :
entre 6 930 CFP et 16 830 CFP par mois et par enfant
selon le plafond de revenus.

– et les ressortissants des aides médicales :

- En province Nord :
- allocations prénatales :
15 000 CFP (1^{ère} visite)
5 000 CFP (6^{ème} et 8^{ème} mois)
 - allocations maternité :
15 000 CFP (accouchement)

Pour les 3 provinces (financement Nouvelle-Calédonie, gestion confiée à la CAFAT) :

- allocations familiales « solidarité »
13 770 CFP (au 31.12.06) par mois et par enfant.

LES COUVERTURES SOCIALES

IX. III. Les autres régimes

1/ LE CONTROLE MEDICAL UNIFIE (CMU)

● **Hébergés à la CAFAT**, ces médecins-contrôleurs sont chargés d'appliquer les règles et dispositifs de chaque caisse et aide sociale (Aides médicales provinciales).

2/ LA LONGUE MALADIE (LM)

● **La procédure standard : diabète et HTA exceptés.**

Il faut remplir l'imprimé de demande de prise en charge longue maladie (*cf Annexe 3*) puis le renvoyer à la CAFAT.

- Si la prise en charge est refusée le patient reçoit un courrier qui le lui dit, mais pas le médecin.
- Si la prise en charge est acceptée le patient reçoit un carnet vert et un **Protocole Annuel de Soins (PAS)** qu'il doit faire remplir par son médecin traitant qui devient alors le médecin référent pour cette pathologie. Le médecin remplit ce PAS, les 3 volets du patient et les volets 4 et 5 (*cf Annexe 4*) qu'il a déjà à sa disposition. Le volet 4 est renvoyé à la CAFAT avec le PAS, et le volet 5 est rangé dans le dossier du patient. Le patient reçoit alors une notification de prise en charge annuelle.

Tous les ans la CAFAT envoie une **Fiche de Synthèse Annuelle (FSA)**, (*cf Annexe 5*) au patient. Celui-ci doit la remettre à son médecin référent ce qui lui permet de faire le point sur le suivi du patient. Cette fiche doit être remplie ainsi que les volets 4 et 5 qui sont à disposition du praticien. Le volet 4 doit être renvoyé à la CAFAT avec la FSA, et le volet 5 doit être rangé dans le dossier du patient.



COMMENTAIRES

- ➔ Toutes demandes d'entente préalable, de dérogations aux circuits d'hospitalisations ou de prescriptions particulières doivent lui être adressées.
- ➔ En cas de rejet du contrôle médical, **pour les patients de l'aide médicale**, le médecin peut saisir la direction (faxer la notification de rejet au 47 71 92) et téléphoner au (47 72 30) qui, selon l'argumentaire, pourra annuler le rejet.
- ➔ La prise en charge dite à 100% est limitée à un certain nombre de pathologies (32) qui font l'objet d'une liste. Il existe une procédure standard et une procédure particulière limitée au diabète et à l'hypertension. Elle sera bientôt étendue à certaines pathologies respiratoires.
- ➔ Lorsque la prise en charge est acceptée le patient reçoit aussi une notification provisoire de prise en charge de 75 jours, sans médecin référent.
- ➔ Ces imprimés doivent détailler la prise en charge du patient pour sa pathologie. Ce qui ne sera pas inscrit dans le PAS ne sera pas pris en charge à 100 % ultérieurement. Si l'on désire une prise en charge correcte et complète il faut bien renseigner le PAS.
- ➔ Pour changer de médecin référent le patient fait un simple courrier à la CAFAT en donnant le nom du nouveau médecin référent.
- ➔ Tous ces documents sont aussi signés par le patient qui doit être partie prenante dans les protocoles de prise en charge.

LES COUVERTURES SOCIALES



● La procédure particulière.

La différence avec la procédure de prise en charge standard est qu'il existe pour le diabète et l'HTA des PSA et des FSA types (cf *Annexe 6*). Le médecin peut refuser le PSA type. Il doit alors remplir le PSA, l'annexe du PSA et les volets 4 et 5. S'il accepte le PSA type il ne remplit pas les volets 4 et 5.

● La procédure pour les aides médicales.

Il existe une procédure de prise en charge **Longue Maladie (LM)** pour les aides médicales A uniquement : elle permet une annualisation de la carte d'aide médicale mais uniquement pour la personne qui présente la pathologie.

La procédure de prise en charge est identique à la procédure standard de la CAFAT et les imprimés doivent être envoyés au CMU (Contrôle Médical Unifié) à la CAFAT. Il existe des imprimés standards « province Nord » spéciaux pour la demande de prise en charge LM, pour le PSA et la FSA (cf *Annexes 8*).

● NB. : calcul du plafond d'admission à l'aide médicale.

Le montant des ressources ou revenus doit être inférieur au SMAG, majoré de 20 % par personne à charge (conjoint(e), enfants) :

- célibataire, veuf, veuve : < 112 200 CFP
- couple sans enfant, ou mère célibataire avec un enfant : < 134 640 CFP
- couple, un enfant : < 161 040 CFP
- couple, deux enfants : < 187 440 CFP etc...

COMMENTAIRES

- ➔ Cette prise en charge est détaillée dans un graphique. (cf *Annexe 7*).
- ➔ Les autres ayants-droits familiaux de la carte doivent continuer à faire un renouvellement semestriel (sauf si les personnes sont âgées de plus de 60 ans, carte Senior AS valable un an).
- ➔ Les aides médicales B **doivent faire l'objet impérativement** d'une demande de prise en charge à 100 % par la CAFAT.
- ➔ Les carnets verts sont à disposition des praticiens auprès du service approvisionnement papeterie à la direction de la DASSPS (Fax : 47 71 92 / Tél : 47 72 30).
- ➔ Il n'existe pas de procédure de prise en charge particulière pour le diabète et l'hypertension, mais la démarche de soins est intéressante et il est recommandé d'utiliser des formulaires CAFAT type pour ces pathologies afin d'harmoniser les pratiques quelque soit la couverture sociale des patients.
- ➔ Qu'il soit salarié, patenté ou agriculteur traditionnel..., calcul réalisé sur une moyenne de six mois (pour les salariés) à un an pour les patentés.
- ➔ Pour un SMAG à 112 200 CFP (au 1^{er} février 2010)

BIBLIOGRAPHIE

- Site de la CAFAT (la lettre des professionnels de santé, les différents protocoles et formulaires) : <http://www.cafat.nc>
- **Délibération n° 69 du 08 avril 2005** du congrès de la NC portant création des allocations solidarité.
- **Délibération n° 192/2006-APN du 01 septembre 2006** modifiant la délibération 19/98-APN du 30 mars 1998 portant création d'une allocation à la maternité et à la petite enfance.
- **Délibération n° 280 du 19 décembre 2001** relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.
- **Loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002** relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.
- **Délibération n° 095/CP du 7 mai 2002** portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

ANNEXES

- **Annexe 1** : Liste des 32 « Longues Maladies ».
- **Annexe 2** : Prestations familiales CAFAT.
- **Annexe 3** : Demande de prise en charge de LM standard.
- **Annexe 4** : Protocole annuel de soins (PAS).
- **Annexe 5** : Fiche de synthèse annuelle de soins (FAS).
- **Annexe 6** : PSA Diabète et HTA.
- **Annexe 7** : Graphique prise en charge LM.
- **Annexe 8** : Demande LM AMG A province Nord.
- **Annexe 9** : Taux de remboursement du Ruamm

X. VEILLE SANITAIRE

- X. I. Généralités
- X. II. Épidémies de gastro-entérites
- X. III. Lutte vectorielle (dengue, Chikungunya)
- X. IV. Méningite
- X. V. Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)

Bibliographie et annexes (voir CD joint)

L'essentiel

- **signaler**, communiquer, agir, rendre compte
- collecter les informations **précises**, prescrire les analyses **pertinentes**
- sensibiliser et **montrer l'exemple** en matière d'hygiène individuelle et collective.





X. I. Généralités

La veille sanitaire proprement dite relève des services de la Nouvelle-Calédonie (service sanitaire et service vétérinaire), chaque collectivité intervenant ensuite selon son propre champ de compétence :

- la Nouvelle-Calédonie pour la réglementation et pour l'organisation des schémas de veille sanitaire.
- **les provinces (par l'intermédiaire des CMS) en tant que relais, réseau sentinelle et gestionnaire de fait (avec les CHN) du schéma de l'urgence (donc des patients).**
- les communes dans le cadre du pouvoir de police du maire, et de sa responsabilité en hygiène et salubrité publique (notamment la lutte vectorielle), et dans le cadre plus particulier de gestionnaire du réseau d'adduction d'eau potable (*cf Bibliographie : règlement territorial d'hygiène municipal*).
- l'État en tant que tutelle de derniers recours en cas de défaillance d'un des partenaire ou lors de situation extrême.

Concrètement les CMS sont concernées en premier lieu par les alertes épidémiques :

- gastro-entérites (relevant d'intoxication alimentaire ou de pollution hydrique).
- épidémie virale (dengue, grippe A, hépatite A).
- cas de méningites

à part seront rappelés les dispositifs particuliers :

- alerte cyclonique (*cf Bibliographie : circulaire d'organisation*).
- filière d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux.

COMMENTAIRES

- ➔ La veille sanitaire aux frontières est assurée exclusivement par la Nouvelle-Calédonie (aéroport, zones portuaires).
- ➔ Les contextes de pandémies, d'épidémie ou d'alertes terroristes sont relayées conjointement avec les services de l'État (alerte BIOTOX, VIGIPIRATE, alerte SARS, grippe aviaire...)
- ➔ Hors veille sanitaire proprement dite le plan ORSEC décline localement les alertes cycloniques, le plan rouge, les alertes catastrophes naturelles.

Le service attendu est l'identification rapide de l'origine d'un problème sanitaire, ce qui exige imagination, réflexe et à propos (analyse d'eau pertinente, coproculture, voire bilan sanguin ou ponction lombaire post-mortem à visée diagnostic dans le cas de tableau foudroyant).

- ➔ Les TIAC (toxi-infections alimentaires collectives) comme les pollutions hydriques présentent le même tableau mais les dispositifs de réponse (partenaires et acteurs impliqués) et les conduites à tenir seront bien différenciés.

VEILLE SANITAIRE

X. II. Épidémies de gastro-entérites

Hors le cas d'une épidémie virale « grippe intestinale » au contexte clinique particulier, devant plusieurs cas de diarrhées se posera la question de l'origine, soit alimentaire (le plus souvent notion familiale, ou de repas festif commun, ou dans une cantine) soit hydrique (touchant plusieurs familles différentes d'une même tribu, d'un même quartier).

● **Lors d'une TIAC**, il faut : (cf *Annexe 1*)

- Réagir vite et efficacement : le médecin doit prendre en charge en urgence les sujets atteints, recenser le nombre de personnes malades et les symptômes.
- Établir le bilan et décider de l'orientation des patients (cf *Annexe 2*).
- Alerter les autorités compétentes (cf *Annexe 3*).
 - > Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS NC)
 - > Le service prévention de la DASSPS, en tant que relais et personne ressource
 - > Service d'Inspection Vétérinaire Alimentaire et Phytosanitaire (SIVAP)

● **En cas de suspicion de risque sanitaire lié à l'eau :**

La procédure de signalement est identique (cf *Bibliographie guide d'intervention eau*).

Il est important de **repérer le lieux de vie des personnes contaminées et de réaliser des analyses à visée diagnostique** (coprocultures).



COMMENTAIRES

● **La procédure commune est la suivante**

- **Renseignement d'une fiche d'alerte** aux services concernés (DASS PS et DASSNC) (cf *Annexe 3*).
- **Lettre de saisine par ces services** (cf *Annexe 4*), auprès du gouvernement, des communes : il est donc important que la fiche d'alerte soit renseignée le plus minutieusement et le plus rigoureusement possible.

On parle de **TIAC** (Toxi-Infections Alimentaires Collectives) lors de l'apparition au même moment de troubles le plus souvent digestifs (diarrhée) chez 2 personnes au moins, ayant consommé un même aliment (cf *Annexe 1*).

Tél. : 25 11 33 – Fax : 05 11 33, le médecin de la DASS NC aide à la collecte des informations, à l'enquête épidémiologique voire peut apporter un soutien local (déplacement sur site selon l'ampleur de la TIAC)

Tél. : 24 37 45 – Fax : 25 11 12, réalisent l'enquête phytosanitaire (analyse des repas, contrôle de la traçabilité alimentaire...).

Outre les numéros sus-cités : contacter l'ingénieur sanitaire de la Nouvelle-Calédonie **Tel : 24 37 17/ 95 35 80 – FAX 24 32 33**, qui activera le GUE (Groupe d'Urgence Eau).

Selon les informations reçues les communes orienteront leur enquête pour réaliser le diagnostic réseau d'adduction et les mesures appropriées (chloration de charge, drainage de la ressource des bois ou cadavres d'animaux en décomposition, curage des bassins).

Une communication grand public (conseils d'hygiène) pourra accompagner les éventuels arrêtés municipaux d'interdiction temporaire.



X. III. Lutte vectorielle (dengue, Chikungunya)

La dengue est une arbovirose transmise par le moustique *Aedes Aegypti*.

Il existe 4 sérotypes du virus de la dengue, avec des cycles épidémiques tous les 20 ans pour chaque sérotypes, ne donnant pas d'immunité croisée.

Toute suspicion de dengue doit faire l'objet d'une déclaration soit clinique (sur ordonnance simple à faxer à la DASS NC 05 11 33), soit bactériologique (cf Annexe 5).

Cet imprimé assure la « gratuité » de la sérologie des sites sentinelles (CMS de Houailou) et les 2 CHN.

Outre la NFS plaquettes, trois types d'examen peuvent être demandés : les IGM, l'Ag NS1 et la PCR (cf Annexe 6).

La lutte vectorielle se fera à trois niveaux :

- lutte domiciliaire
- lutte péri-focale :
- prévention primaire : inscrit dans le Programme d'Éducation à la Santé en Milieu Scolaire Primaire (PESMSP), cf. fiche médicale à l'intention du maître, fiche pédagogique à l'intention des élèves (cf Bibliographie PESMSP Dengue).

En Nouvelle-Calédonie, rester vigilant au diagnostic différentiel **LEPTOSPIROSE** (clinique plus évocatrice si accompagnée de **myalgies crurales et/ou des mollets**, cf Bibliographie dépliant *Leptospirose*).

COMMENTAIRES

- Depuis ces vingt dernières années, le territoire a connu les sérotypes I, II et III et reste donc très vulnérable au dernier séro-type IV (circulant actuellement dans le Pacifique).
- Il existe un protocole médical en pré hospitalier qui permet de prendre en charge efficacement les dengues avec des facteurs de gravité (cf Annexe 7).
- En cas de forte suspicion, une CMS pourra demander à l'IPNC (Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie) de prendre temporairement le statut de réseau sentinelle. Le cas échéant utiliser le dispositif FSVS (Fléaux Sociaux Veille Sanitaire, ex. : cas N°2)
- L'auxiliaire de vie et de santé et/ou l'éducateur sanitaire du secteur pourra faire une intervention d'information-sensibilisation au domicile de la personne contaminée.
- La commune réalisera une démoustication péri-domiciliaire (produit adulticide, au swing-fog) à J1, J3 et J8 (cf Annexe 8).
- La DASS NC organise une journée annuelle de lutte contre la dengue, destinée au grand public, axée sur la destruction des foyers larvaires autour des domiciles, avec ramassage gratuit des ordures ce jour là dans des sacs de poubelle rouges « spécial journée dengue ».
- Un imprimé type (cf Annexe 9) doit accompagner la demande de recherche immuno-bactériologique, et la même démarche de sensibilisation est réalisée en milieu scolaire (cf Bibliographie PESMSP *Leptospirose*).

VEILLE SANITAIRE

X. IV. Méningite



COMMENTAIRES

Les suspicions de méningite font l'objet d'un **signalement en urgence** à la DASS NC (fax : 05 11 33, téléphone : 79 49 91 ou 78 36 47)

Simultanément le médecin du CMS doit réaliser l'enquête épidémiologique afin de mettre en place une prophylaxie, dans le but d'éviter les cas secondaires (*cf Annexe 10*), avec quatre étapes :

- définition des sujets contacts (*cf Annexe 11*)
Pour les scolaires il est intéressant de contacter le directeur de l'école où est scolarisé l'enfant car il dispose de la liste des élèves de la classe et des coordonnées des parents
- choix de la prophylaxie
- récupérer le traitement : contacter la pharmacienne provinciale, possibilité de dépannage avec les CHN ou à défaut la DASS NC
- s'assurer au moment de la délivrance que les personnes répondant bien à la définition du sujet contact puissent consulter rapidement un médecin si elles présentent des signes évocateurs.

➔ En liaison avec le CHT et le service prévention de la DASS PS, un confrère de la DASS NC aidera le CMS à la gestion de la crise (plan d'enquête, communiqués médias, acheminement vaccins ou médicaments prophylaxiques)

➔ **Proximité** : on admet que la transmission orale des sécrétions oropharyngées nécessite une distance de moins d'un mètre entre une personne infectée et une personne réceptrice.

Durée du contact : lors d'un contact bouche à bouche, le temps de contact importe peu. Lors d'un contact rapproché (moins d'un mètre), sans contact buccal, la probabilité de transmission des sécrétions oro-pharyngées augmente avec la fréquence et la durée du contact.

L'irritation de la muqueuse oro-pharyngée du sujet infecté peut provoquer la toux et favoriser ainsi la projection des particules salivaires.

➔ Soit une chimio-prophylaxie seule (méningite de groupes B) soit accompagnée d'une vaccination (méningite de groupe A et C).

➔ La DASS NC assurera le relais avec les médecins traitants pour d'éventuels sujets contacts disséminés sur d'autres communes ou provinces (retour de vacances, soldat du RIMAP...).

X. V. Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI)

La délibération n° 105/CP du 14 novembre 2002 fait obligation aux producteurs de Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI) et assimilés de mettre en place une filière d'élimination et de traitement de ces derniers.

Le maître mot est la **TRACABILITE** (identification de l'origine de tous les containers), certifiée par chaque producteur (CMS)

Le traitement des DASRI implique une mobilisation générale des professionnels de santé, (*cf Annexe 12*) :

Outre le respect de la réglementation, l'impact financier est important (17 millions en 2007) et reste très dépendant de la qualité du tri.

Trois type de gisements sont concernés :

- les objets piquants tranchants coupants éliminés dans des containers spécifiques en plastique rigide : ne nécessitent pas de délais d'élimination, les containers peuvent être déposés une fois remplis dans des containers cartonnés étanches à usage unique habituels
 - les déchets de soins (pansements, matériels souillés (*cf Annexe 13*)) sont recueillis dans des sacs poubelles spécifiques puis dans des emballages cartonnés étanches à usage unique : ils doivent être éliminés dans les 10 jours qui suivent leur production (ramassage hebdomadaire de sécurité, (*cf Annexe 14*))
 - Les médicaments périmés : ils peuvent être déconditionnés (gain de volume), et déposés dans des containers cartonnés étanches à usage unique à éliminer une fois pleins
- A part, les pièces anatomiques (portion du corps humain reconnaissable par n'importe qui : un bras, un œil...)
- A part aussi les amalgames dentaires (stockés en attente d'une filière spécifique) et les produits de radiologie.



COMMENTAIRES

- Il existe deux filières : incinération (nécessitant le traitement « inertage » des fumées, la neutralisation des produits, leur stockage dans des déchetterie de classe particulière, non présente sur le territoire) : très polluante et très coûteuse, **elle est réservée aux traitements des médicaments périmés** (incinération et stockage en Nouvelle-Zélande).
- Désinfection : essentiellement par la vapeur, les déchets décontaminés sont assimilables ensuite à des déchets d'activité ménagère et déversés dans les décharges normales.
- Pour les patients diabétiques la CAFAT** prend en charge un petit container pour les patients sous insuline à condition de le prescrire avec les aiguilles, pour les AMG la pharmacie provinciale peut aussi donner une dotation du même type.
- Chaque poste de soins doit être équipé d'une poubelle DASRI adaptée à son activité (**sacs jaunes**) et d'une poubelle déchets ménagers (**sacs bleus**), pour les papiers d'emballage, tubulures non souillées, flacons de perfusion, ablation de plâtre...)
- Une étiquette autocollante « Médicaments périmés » doit les signaler distinctement au collecteur.
- Ils peuvent être inhumés (avec le corps du mort), le cas échéant doivent être incinérés (à gérer avec les CHN).
- Filière des métaux lourds non encore réglementée.



BIBLIOGRAPHIE

- Règlement territorial d'hygiène municipal
- Circulaire d'organisation « Alerte Cyclonique »
- Guide d'urgence eau
- Document pédagogique sur les infections liées à l'eau
- *Eau, mode d'emploi*
- Document PESMSP Dengue
- Dépliant Dengue
- Document PESMSP Leptospirose
- Délibération n°105/ CP du 14 novembre 2002 relative à la gestion des déchets d'activités de soins et assimilés
- Affiche Dengue, Crèche, Handicapé, Maison de retraite
- Livret blanc des DASRI

ANNEXES

- **Annexe 1** : Hygiène et sécurité alimentaire Document DASS NC
- **Annexe 2** : Arbre décisionnel TIAC.
- **Annexe 3** : Fiche d'alerte.
- **Annexe 4** : Lettre de saisine.
- **Annexe 5** : Fiche de demande d'examen de sérologie de dengue.
- **Annexe 6** : Note d'information IPNC.
- **Annexe 7** : Stratégie diagnostic de la dengue.
- **Annexe 8** : Fiche technique lutte vectorielle.
- **Annexe 9** : Fiche de demande d'examen de leptospirose.
- **Annexe 10** : Méningite circulaire prophylactique.
- **Annexe 11** : Définition des sujets contacts.
- **Annexe 12** : Circulaire d'application filière DASRI.
- **Annexe 13** : Tri des DASRI.
- **Annexe 14** : Circuit de ramassage.



PROVINCE NORD

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société

KOOHNÊ ☎ 47 72 30