



Ministère de la Santé et de la Prévention,  
*en charge de la protection sociale généralisée*

Direction de la santé

# PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE RAA EN POLYNESIE FRANCAISE

2019-2023



**STOP RAA**

Programme de lutte contre  
le rhumatisme articulaire aigu  
en Polynésie française

## Sommaire

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>4</b>
<b>ACRONYMES.....</b>	<b>5</b>
<b>CONTEXTE GENERAL.....</b>	<b>6</b>
1- LE RAA .....	6
2- LES STRATEGIES DE PREVENTION.....	7
3- LES ACTEURS ET PARTENAIRES INTERNATIONAUX .....	8
4- LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE ET COUT DU RAA EN POLYNESIE FRANÇAISE .....	8
<b>OBJECTIFS DU PROGRAMME 2019-2023.....</b>	<b>9</b>
1- OBJECTIFS GENERAUX .....	9
2- OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	9
3- OBJECTIFS OPERATIONNELS.....	9
4- SCHEMA GENERAL DES OBJECTIFS GENERAUX ET OPERATIONNELS.....	10
5- DOCUMENT DE SYNTHESE .....	11
FICHE ACTION 1 : METTRE EN PLACE LE REGISTRE RAA .....	18
FICHE ACTION 2 : REALISER LE DEPISTAGE SCOLAIRE SYSTEMATIQUE DES CRC AUPRES DES ENFANTS DE CM2 .....	20
FICHE ACTION 3 : METTRE EN PLACE UN PLAN DE COMMUNICATION SUR LE RISQUE DU RAA POUR LES POPULATIONS A RISQUES.....	22
FICHE ACTION 4 : INTRODUIRE LES STREPTO TESTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES ANGINES ET PHARYNGITES .....	24
FICHE ACTION 5 : DEVELOPPER DES OUTILS FAVORISANT L’OBSERVANCE DE LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE .....	26
FICHE ACTION 6 : METTRE EN PLACE UN PLAN DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	28
FICHE ACTION 7 : CREER UN CENTRE DE REFERENCE .....	30
FICHE ACTION 8 : METTRE A JOUR LES RECOMMANDATIONS.....	32
FICHE ACTION 9 : EVALUER LE COUT DU RAA .....	34
FICHE ACTION 10 : FAVORISER LA PARTICIPATION DE LA PF AU TRAVAIL SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL ET AUX ACTIVITES DE RECHERCHE SUR LE RAA .....	36
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>38</b>
ANNEXE1 : DONNEES GENERALES SUR LE RAA.....	39
ANNEXE 2 : CAHIER DES CHARGES DU REGISTRE.....	43
ANNEXE 3 : FICHE MDO DU RAA .....	44
ANNEXE 4 : DONNEES A COLLECTER POUR LE REGISTRE .....	45
ANNEXE 5 : ORGANISATION DU DEPISTAGE SCOLAIRE.....	46
ANNEXE 6 : COMMUNICATION .....	47
ANNEXE 7 : EPU.....	48
ANNEXE 8 : ACTU-RAA .....	49

ANNEXE 9 : COMITE DE PILOTAGE .....	50
ANNEXE 10 : CAHIER DES CHARGES DU CENTRE DE REFERENCE.....	51
ANNEXE 11: DOCUMENTS DE REFERENCE ACTUELS .....	52
ANNEXE 12 : ORGANISATION GENERALE .....	53
ANNEXE 13 : RECOMMANDATIONS DU PROGRAMME AUSTRALIEN WHA MAI 2018 .....	54

# Remerciements

## SOUS LA DIRECTION

Docteur Jacques RAYNAL, Ministre de la Santé et de la Prévention

Docteur Laurence BONNAC-THERON, Directrice de la santé

Docteur Merehau MERVIN, Directrice adjointe de la santé

## REDACTION

Docteur SEGALIN Jean-Marc, responsable du BPPI

Docteur COJAN Bruno, responsable du DPP de la DS

Docteur BIAREZ, Philippe Formations Sanitaires de Moorea-Maiao (FSMM)

Docteur PAPOUIN Gérard, médecin cardiologue

Madame TERIIEROOITERAI Heimata, infirmière en cardiologie, CHPF

Madame LE CALVEZ Evelyne, infirmière, DPP de la DS

Madame ROLLAND Sylvie, infirmière, DPP de la DS

## CONTRIBUTION

Docteur COSTES Philippe, cardiologue libéral.

Docteur DEMIRTAS Géraldine, médecin conseil de la CPS

Docteur GOEURIOT Julien, médecin FSMM.

Docteur GOMBERT-ALPINI Carole, pharmacien inspecteur, ARASS.

Docteur LEHARTEL Nathalie, pharmacien, DS

Docteur MATHIS Didier, médecin inspecteur, ARASS

Docteur PAGIS Bruno, chef de service de cardiologie du CHPF

Docteur PASCHE Jérôme, pédiatre, CHPF.

Docteur ROULLET Jean-Claude, cardiologue prestataire.

Membres du comité de pilotage du programme de lutte contre le RAA.

Professionnels de santé de Polynésie française.

Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale

Service de Cardiologie du Centre Hospitalier de Polynésie française

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Polynésie française

Service de l'informatique médicale du CHPF

Centre de consultations spécialisées d'hygiène et de santé scolaire de la DS

Cellule de santé publique des formations sanitaires de Moorea Maiao

Service de santé scolaire des formations sanitaires de Tahiti-Iti

Direction générale des enseignements de Polynésie française

Service de l'informatique du territoire

Agence de Santé sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie

World Heart Federation

# Acronymes

<b>ARASS</b>	: Agence de régulation de l'autorité sanitaire et sociale
<b>ATB</b>	: Antibiotique
<b>BPG</b>	: Benzathine Benzylpénicilline G
<b>BPPI</b>	: Bureau des Programmes de Pathologies Infectieuses
<b>BVS</b>	: Bureau de Veille Sanitaire
<b>CHPF</b>	: Centre Hospitalier de Polynésie française
<b>CME</b>	: Centre de la Mère et de l'Enfant
<b>COFIL</b>	: Comité de Pilotage
<b>CPS</b>	: Caisse de prévoyance sociale
<b>CRC</b>	: Cardiopathies rhumatismales chroniques
<b>DGEE</b>	: Direction Générale de l'Education et des Enseignements
<b>DPP</b>	: Département des Programmes de Prévention
<b>DS</b>	: Direction de la santé
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IM</b>	: Intramusculaire
<b>JOPF</b>	: Journal Officiel de Polynésie Française
<b>MDO</b>	: Maladie à Déclaration Obligatoire
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la santé
<b>Pf</b>	: Polynésie française
<b>PII</b>	: Prophylaxie secondaire
<b>PIP'S</b>	: Pays Insulaire du Pacifique
<b>RAA</b>	: Rhumatisme Articulaire Aigu
<b>SGA</b>	: Streptocoque du Groupe A
<b>TDR</b>	: Test Diagnostic Rapide
<b>WHF</b>	: World Heart Federation

## Contexte général

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) et ses complications cardiaques ; les cardiopathies rhumatismales (CR) représentent un problème de santé publique majeur. Le RAA a un impact potentiel à tous les âges de la vie. Si la maladie se déclare le plus souvent entre 5 et 14 ans, elle peut laisser de lourdes séquelles conduisant à la chirurgie cardiaque jusque tard dans la vie.

30 millions de personnes seraient atteintes de CR dans le monde. 305 000 personnes seraient décédées et 11,5 millions d'années de vie ajustées à l'incapacité auraient été perdues en 2015 à cause du RAA<sup>1</sup>. Toutes les régions du monde sont concernées mais l'Afrique, l'Asie du Sud-est et le Pacifique occidental sont les plus touchées. Elles représentent 84% de tous les cas prévalent et 80% des décès imputés aux cardiopathies rhumatismales. Dans le Pacifique ouest, la maladie atteint particulièrement les populations autochtones de Nouvelle-Zélande, d'Australie et des pays insulaires du Pacifique (PIPs)<sup>2</sup>.

Les CR affectent plus les femmes que les hommes<sup>1</sup>. Cela a un impact sur la morbi-mortalité périnatale. L'acquisition de la maladie est liée aux mauvaises conditions socio-économiques. Le logement insalubre et surpeuplé est un facteur de risque reconnu.

Les conséquences socio-économiques sont importantes à l'échelle des familles et de la société.

En Polynésie française, le Centre de lutte et de prévention du RAA, créé en 1983 et situé au Centre de la mère et de l'enfant de la Direction de la santé, est transféré en décembre 1999 au service de cardiologie du Centre Hospitalier Territorial, avec les moyens humains et matériels afférents. (Arrêté n°1779 CM du 20 décembre 1999).

Depuis la délibération n°88-26 AT du 03 mars 1988, qui déclarait le RAA endémie de gravité majeure à caractère prioritaire en Polynésie française, la situation épidémiologique n'a pas évolué de façon favorable. Les données de la base de la Caisse de Prévoyance Sociale de 2016, montrent une prévalence en valeur absolue de personnes inscrites au titre du RAA de 3 656 personnes, équivalente à celle de 2005.

Le RAA relève d'une prise en charge au titre de la Longue Maladie (LM). Les patients déclarés en LM par leur médecin référent, reçoivent un carnet de suivi, encore appelé carnet rouge. La Direction de la santé met à disposition des patients un carnet spécifique adapté au suivi annuel pour une durée de 5 ans. Le montant des dépenses annuelles consacrées au RAA serait de 1.2 milliards de XPF (estimation non officielle).

L'objet de ce document est d'identifier et de planifier les actions de prévention permettant de lutter contre ce fléau pour la période 2019 à 2023. Un certain nombre de repères médicaux ont été intégrés en annexe de ce programme pour en faciliter la compréhension. Des recommandations de pratique pour les professionnels de santé confrontés au RAA ont été publiées sous forme de circulaires depuis 2014, dans le cadre d'une mise à jour du document médical de référence de 1992. Ces recommandations seront intégrées aux protocoles de soins de santé primaires polynésiens en cours d'élaboration.

### 1- Le RAA

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) survient après un contact avec un streptocoque du groupe A (SGA). Après une infection Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ou cutanée, cette bactérie provoque une réponse inflammatoire généralisée aiguë. Cette réponse inflammatoire pathologique et inadaptée, atteint plusieurs organes spécifiques : les articulations, le cerveau, la peau et le cœur. L'expression classique de la maladie se caractérise par une fièvre associée à de fortes douleurs dans les

---

<sup>1</sup> [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_25-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_25-en.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.wpro.who.int/southpacific/pic\\_meeting/2017/documents/12thphmm\\_session04\\_02\\_rhd\\_16aug.pdf](http://www.wpro.who.int/southpacific/pic_meeting/2017/documents/12thphmm_session04_02_rhd_16aug.pdf)

articulations, gonflées et inflammatoires. Dans certains cas l'atteinte aiguë cérébrale provoque une chorée, et l'atteinte aiguë du myocarde et de l'appareil valvulaire donne lieu à une décompensation cardiaque grave.

Le diagnostic s'appuie classiquement sur les critères de Jones qui sont révisés régulièrement. Ces critères associent des signes cliniques et biologiques.

Cette phase aiguë peut nécessiter une hospitalisation pour le traitement de la douleur et de l'inflammation ou pour la prise en charge des formes graves d'emblée. L'hospitalisation est théoriquement nécessaire pour confirmer le diagnostic et initier la prise en charge de ce qui doit être considéré ensuite comme une maladie chronique.

Cet épisode aigu ne laisse de séquelles ni au cerveau, ni aux articulations, ni à la peau. Cependant, dans environ 2/3 des cas, il persiste des lésions cardiaques qui sont mises en évidence par échocardiographie : on parle alors de « cardiopathies rhumatismales chroniques » (CRC). L'échocardiographie doit être répétée, de façon régulière, pour surveiller l'évolution de la maladie.

La prise en charge au long cours du RAA repose sur l'administration de pénicilline par voie intramusculaire une fois par mois. Ce traitement évite une nouvelle colonisation par le SGA qui pourrait entraîner une rechute, source d'aggravation de la CRC. Le traitement dure au moins 10 ans. Il doit être assorti d'une surveillance régulière associant des consultations de médecine générale, des consultations de cardiologie et un suivi dentaire rigoureux. L'observance de ce traitement, qui impose des injections mensuelles, est très souvent un défi pour les personnes qui suivent les patients et pour leur entourage. La douleur liée aux injections est une cause fréquente d'abandon temporaire ou définitif du traitement. Le remplacement par la voie orale doit à tout prix être évité car il est moins efficace et source de rechute inflammatoire.

## 2- Stratégies de prévention

Il y a quatre niveaux de prévention du RAA et des CRC.

La **prévention primordiale** relève de la politique économique et sociale. L'objectif est de réduire les facteurs de risque d'exposition au RAA. En effet, le RAA a significativement diminué au XX<sup>ème</sup> siècle dans les pays les plus développés à la faveur de l'amélioration des conditions de vie. Il existe probablement des facteurs favorisant, non encore identifiés, dans des pays qui ont pourtant des moyens importants. C'est le cas notamment de plusieurs pays du Pacifique dont la Polynésie française fait partie.

La **prévention primaire** vise à diminuer le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population. En ce qui concerne le RAA, il s'agit d'empêcher la pénétration du streptocoque dans l'organisme car c'est lui qui induit la réaction immunitaire initiale. Classiquement le traitement des angines est le fer de lance de cette prévention mais son efficacité est remise en cause. L'impact sur l'écologie bactérienne doit être pris en compte, et le rôle des infections cutanées reste à définir.

La **prévention secondaire** a pour but de diminuer la durée et l'évolution de la maladie. L'administration mensuelle de pénicilline retard, par voie intramusculaire, empêche le streptocoque de pénétrer de nouveau dans l'organisme, ce qui prévient les rechutes, sources d'aggravation de l'état cardiaque. Le rapport coût-efficacité de cette procédure a été démontré. Par suite, l'antibioprophylaxie, qui prévient les rechutes, est le pilier principal des programmes de lutte contre le RAA.

Le défi à relever est l'observance de ce traitement qui est contraignant.

La prévention secondaire vise également à diminuer la prévalence d'une maladie grâce au dépistage précoce et au traitement des premières atteintes. Dans le contexte du RAA elle repose sur le dépistage scolaire par échocardiographie des lésions cardiaques infracliniques.

La **prévention tertiaire** consiste en la prise en charge des CRC, du traitement médical au traitement chirurgical. Elle permet de diminuer le nombre et la gravité des complications et des séquelles. Elle vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives.

### 3- Acteurs et partenaires internationaux

#### La Fédération mondiale du cœur – World Heart Federation (WHF)

Cette société scientifique, très reconnue, a une activité scientifique très riche en matière de lutte contre le RAA. Elle est également très efficace en matière de lobbying. (Annexe 4 : « Tackle RHD »)

#### L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Lors de sa 141<sup>ème</sup> session, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté une résolution sur le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales, et invité l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) à adopter le projet de résolution en 2018.3. Le projet de résolution pour la lutte contre le RAA a été adopté en mai 2018 à l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève.

Cette résolution rappelle les fondamentaux d'un programme de lutte contre le RAA. (Annexe « Résolution AMS »).



### 4- Situation épidémiologique et coût du RAA en Polynésie française

#### Sources de données

Les données épidémiologiques du RAA en Polynésie française proviennent de plusieurs sources.

Les données de la Caisse de Prévoyance Sociale font l'objet d'une mise à jour annuelle qui est disponible au premier semestre chaque année. Les données sont extraites des feuilles de déclaration en longue maladie. L'extraction et l'analyse sont réalisées par les statisticiens de la CPS.

Les données du CHPF sont celles de la base « Mafatu », logiciel métier sous 4D utilisé par le service de cardiologie, et sont colligées par l'IDE responsable des données RAA. Les données sont ressaisies sous format Excel, dans un tableau élaboré pour pouvoir analyser les données en temps réel.

#### Principaux chiffres

Selon les données de la CPS de l'année 2016, 3 651 personnes étaient inscrites en longue maladie au titre du RAA, dont 3 236 CRC. La prévalence de RAA est égale à 13,6/1000 et la prévalence des **CRC à 11,8/1000**. 243 nouveaux cas ont été déclarés. L'incidence du RAA en Polynésie française est estimée à 35/100.000 chez les 5 à 14 ans, et comparable avec les autres pays du Pacifique ouest. Il faut rappeler que cette région a une des plus hautes incidences mondiales<sup>3</sup> (annexe 1 : Données générales sur le RAA - Tableau 1). En 2015, 60 « *Evasan* » internationales ont été effectuées pour chirurgie valvulaire. Par ailleurs, deux enquêtes pratiquées dans les classes de CM2 ont révélé que 2,8% des enfants de Moorea et 5% des enfants de Faa'a étaient porteurs de cardiopathie rhumatismale chronique<sup>4</sup>. En comparaison, la prévalence des CRC en Nouvelle-Calédonie a été estimée à 1,1%.

**Repère : Selon la WHF, un pays est dit à « risque » lorsqu'il présente :**

- une prévalence des CRC au-delà de 2 pour 1 000
- une incidence annuelle du RAA au-delà de 30 pour 100 000 chez les 5-14 ans.

<sup>3</sup> Watkins DA, Johnson CO, Colquhoun SM, Karthikeyan G, Beaton A, Bukhman G, et al. Global, Regional, and National Burden of Rheumatic Heart Disease, 1990–2015. *N Engl J Med*. 24 août 2017;377(8):713- 22.

<sup>4</sup> Enquête de prévalence des cardiopathies rhumatismales infracliniques PREVASCOL 3. Rapport Définitif. Dr Gérard Papouin et Dr Jean-Claude Rouillet. 29.06.2018

# Objectifs du programme 2019-2023

## 1- Objectifs généraux

- 1- Assurer le dépistage de tous les enfants de CM2 d'ici 2024.
- 2- Réduire la prévalence des formes graves de RAA de 10% d'ici 2024.

## 2- Objectifs spécifiques

- 1- Identifier l'ensemble des cas de RAA/CR, les intégrer dans la base de données du registre et assurer le suivi des cas de RAA.
- 2- Optimiser la prise en charge des infections streptococciques d'origine ORL ou cutanée pour l'ensemble de la population de Polynésie française.
- 3- Assurer la prophylaxie secondaire par pénicilline injectable de l'ensemble des patients identifiés.
- 4- Structurer le centre de référence (ainsi que le réseau qui en découle).
- 5- Favoriser la recherche dans le domaine du RAA en Polynésie française.

Ces objectifs sont compatibles avec les objectifs généraux de la World Heart Federation qui fait référence en matière de lutte contre le RAA.

## 3- Objectifs opérationnels

### Axe 1 : Identifier tous les cas de RAA

- Fiche 1 : Mettre en place un registre dédié au RAA avant la fin de l'année 2019
- Fiche 2 : Etendre le dépistage scolaire des CRC à toute la Polynésie française d'ici 2023

### Axe 2 : Améliorer la prise en charge des infections streptococciques

- Fiche 3 : Mettre en place un plan de communication sur le risque du RAA pour les populations à risque
- Fiche 4 : Introduire les Tests de Diagnostic Rapide (TDR) du Streptocoque du groupe A pour la prise en charge des angines et pharyngites

### Axe 3 : Optimiser la prophylaxie secondaire

- Fiche 5 : Améliorer l'observance de la prophylaxie secondaire

### Axe 4 : Former les professionnels de santé

- Fiche 6 : Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé

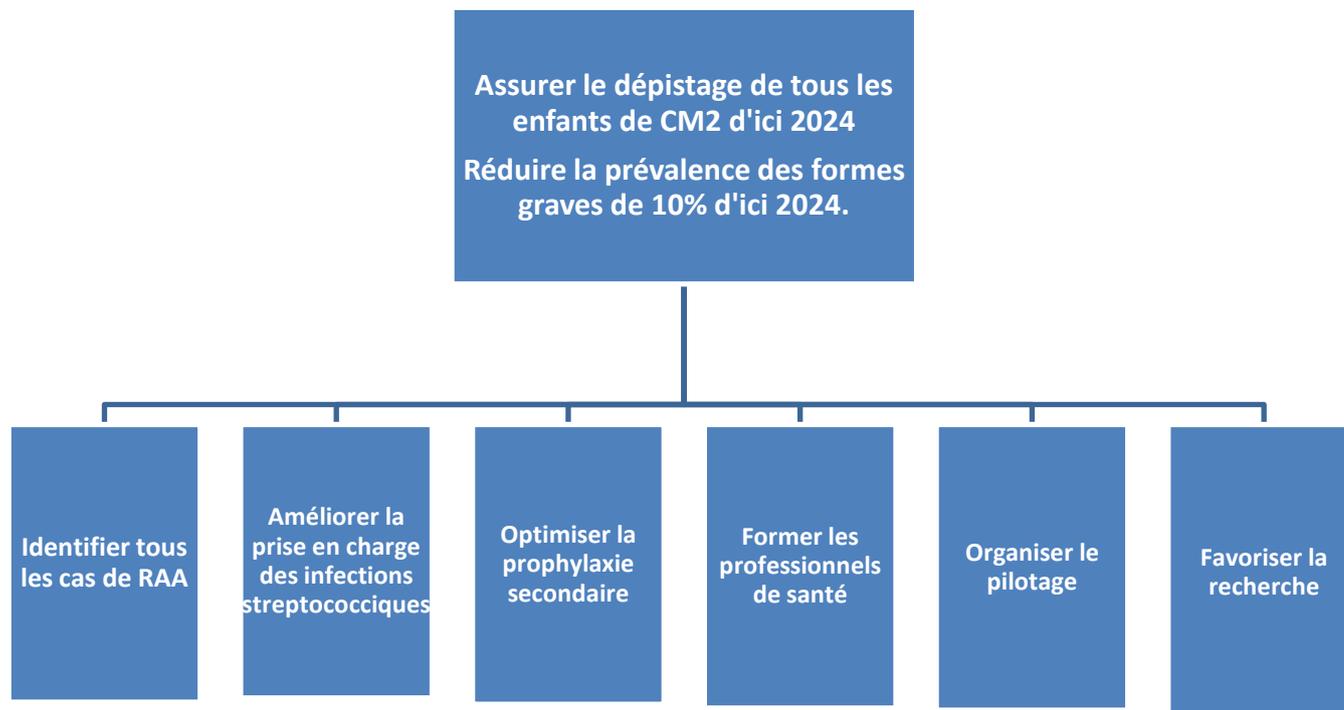
### Axe 5 : Organiser le pilotage

- Fiche 7 : Créer un centre de référence
- Fiche 8 : Mettre à jour les recommandations
- Fiche 9 : Evaluer le coût du RAA

### Axe 6 : Favoriser la recherche dans le cadre du RAA

- Fiche 10 : Favoriser la participation de la Polynésie française au travail scientifique international et aux activités de recherche sur le RAA

#### 4- Schéma général des objectifs généraux et opérationnels



## 5- Document de synthèse

### Objectif stratégique n°1 : IDENTIFIER TOUS LES CAS DE RAA

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>1. Mettre en place un registre dédié au RAA</b>							
Mettre en place le logiciel de gestion du registre par un prestataire (incluant la constitution de la base de données)						Obtenir un taux de PII > à 80% par patient suivi	SIPF, DS/BVS, CHPF, CPS
Faire une déclaration CNIL et création officielle du registre nominatif							
Recruter un prestataire pour la mise en œuvre							
Recruter et former un personnel dédié à la gestion des données des patients							
<b>2. Etendre le dépistage scolaire des CRC chez tous les enfants de CM2 de Polynésie française</b>							
2.1 - <u>Définir les modalités organisationnelles.</u> <i>(Les opérateurs sont différents selon les lieux de dépistage)</i>						Réaliser un dépistage scolaire des CRC par échocardiographie de tous les enfants de CM2 en Polynésie française d'ici 5 ans, soit 3600 enfants /an	CCHSS, CHPF Prestataire cardiologue
Mettre en place le Dépistage scolaire en autonomie à Tahiti iti et Moorea						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
Mettre en place le dépistage scolaire par cardiologues prestataires <i>(Tahiti nui ZU Tahiti nui ZR)</i>						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
Mettre en place le dépistage aux Tuamotu-Gambier						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
Mettre en place la consultation de confirmation à l'hôpital de Raiatea						Atteindre 100% de la consultation de confirmation	

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
Mettre en place le dépistage aux ISLV						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
Mettre en place le dépistage aux Marquises						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
Mettre en place le dépistage aux Australes						Atteindre 100% du dépistage chez les enfants de CM2 (d'ici 2023)	
2.2 - <u>Définir les modalités opérationnelles du dépistage selon les spécificités par archipel</u> (Fiche action 2)							
2.3 - <u>Organiser la consultation de confirmation</u>						Nombre de CRC dépistés : à 5ans, atteindre 100% de taux de dépistage chez les enfants de CME en Pf)	
2.4 - <u>Organiser le suivi des patients dépistés</u>						à 5ans, atteindre 90% de suivi des patients dépistés	

## Objectif stratégique n°2 : AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>3. Mettre en place un plan de communication sur le risque du RAA pour les populations à risque</b>							
3.1 <u>Elaborer des outils de communication modernes (campagne de com, réseaux sociaux...)</u>							Service communication de laDS, Prestataires spécialistes de la communication, Infographiste et éditeur
3.2 <u>Elaborer une mallette pédagogique à destination des enseignants</u>						Atteindre un pourcentage de connaissance de 80% de la CAT face à une angine dans la population générale, d'ici 5 ans	
3.3 <u>Elaborer une newsletter à l'attention des professionnels de santé (« ACTU RAA »)</u>						Atteindre un pourcentage de satisfaction de 80% des professionnels de santé, d'ici 5 ans	
3.4 <u>Organiser un colloque régional</u>							
<b>4. Introduire les strepto-tests dans la prise en charge des angines et pharyngites</b>							
4.1 <u>Introduire l'usage des tests streptococciques en Pf</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Projet Pilote : Mettre en place les strepto-tests dans 4 centres du réseau de médecins sentinelles: médecine libérale, Hôpital de Moorea, dispensaire Bora Bora, 1 dispensaire insulaire sans médecin</li> <li>➤ Adapter l'algorithme et la fiche du réseau des médecins sentinelles</li> </ul>						Nombre de TDR effectués : atteindre 100 % de prescription d'antibiotique justifiée, dans les sites pilotes, à 5 ans	Réseau de médecins sentinelles
4.2 <u>Faire une étude de coût/bénéfice (traitement d'emblée vs traitement orienté par le TDR)</u>							
4.3 <u>Proposer la prise en charge des tests par la CPS en vue d'une généralisation</u>							CPS

### Objectif stratégique n°3 OPTIMISER LA PROPHYLAXIE SECONDAIRE

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>5. Améliorer l'observance de la prophylaxie secondaire</b>							
5.1 <u>Définir les besoins et élaborer le cahier des charges</u> ➤ Rédaction du cahier des charges							BPPI, FSMM, DPP, BATM, SI
5.2 <u>Identifier une entreprise</u> permettant de mettre en avant de talents dans le domaine de la communication ou de l'ingénierie en téléphonie mobile. ➤ Appel d'offre							
5.3 <u>Mettre en place le projet</u>							
5.4 <u>Mettre à jour les protocoles de lutte contre la douleur</u> (utilisation du protoxyde d'azote et de la lidocaïne, ....)							
5.5 <u>Former les professionnels de santé à l'injection ventro-glutéale</u> (diffusion du protocole et d'un film pédagogique)						Mettre en place une formation d'ici 5 ans	
5.6 <u>Identifier un site pilote pour l'utilisation de l'hypnose</u> comme adjuvant dans le contrôle de la douleur pour les injections de BPG						Mettre en place des séances d'hypnose dans un site pilote d'ici 5 ans	

## Objectif stratégique n°4 : FORMER LES PROFESSIONNELS DE SANTE

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>6. Mettre en place un plan de formation de tous les professionnels de santé</b>							
6.1 <u>Adapter la formation au contexte local</u>							Services collaborateurs de la Direction de la santé : FSMM, CCHSS, FSTN
6.2 <u>Mettre en place un partenariat avec l'UPE</u>						Mettre en place un D.U d'échographie cardiaque de dépistage d'ici 5 ans	Partenaires extérieurs (publics ou privés) : cardiologues privés, DGEE
6.3 <u>Organiser la formation à destination des professionnels de santé en lien avec la santé scolaire</u>						Obtenir un taux de professionnels de santé en lien avec la santé scolaire formés à l'échocardiographie de 20% d'ici 5 ans	Formation échocardiographie : Services de cardiologie CHPF, CHU St Etienne

## Objectif stratégique n°5 : ORGANISER LE PILOTAGE

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>7. Créer un centre de référence</b>							
7.1 <u>Déterminer les missions</u>							Partenaires extérieurs (publics ou privés, locaux et régionaux), OMS et WHF
7.2 <u>Déterminer les moyens</u>						Avoir 100% des moyens sollicités d'ici 5 ans	
7.3 <u>Créer le centre du RAA</u>						Rendre opérationnel le centre de référence d'ici 2020	
7.4 <u>Créer un réseau (charte)</u>						Elaborer la charte du réseau d'ici 2020	
<b>8. Mettre à jour les recommandations</b>							
8.1 <u>Réactiver le groupe de travail</u>							
8.2 <u>Elaborer un guide des protocoles</u>						Avoir élaboré 100% des protocoles d'ici 5 ans	
8.3 <u>Tenir à jour ce guide</u>							
<b>9. Evaluer le coût du RAA</b>							
9.1 <u>Elaborer le protocole de l'étude intégrant l'évaluation des coûts directs et indirects du RAA</u>							ARASS, CPS, CHPF, cliniques, DS, ISPF
9.2 <u>Mener l'étude</u>						Atteindre 100% du recueil des données	

## Objectif stratégique n° 6 : FAVORISER LA RECHERCHE DANS LE CADRE DU RAA

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	FINANCEURS
	2019	2020	2021	2022	2023		
<b>10. Favoriser la participation de la Pf au travail scientifique international</b>							
10.1 <u>Etude de l'habitat</u>							OMS, WHF
10.2 <u>Publications</u>							

### Coût prévisionnel :

	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL (M XPF)
investissement (M XPF)	16,3		4		11	<b>31,3</b>
Fonctionnement (M XPF)	10,3	11,6	11,4	12,2	11	<b>56,5</b>

Pour les détails : cf annexe 13

## AXE 1 : Identifier tous les cas de RAA



### Fiche Action 1 : Mettre en place le Registre RAA

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin	
DETAILS DE L'ACTION	
Partenaires	
SIPF, DS/BVS, CHPF, CPS	
Contexte	
<p>La World Heart Federation (WHF) recommande l'utilisation d'un registre national unique pour la gestion du programme de lutte contre le RAA.</p> <p>Dans le cadre de la gestion du patient, l'élément fondamental est l'observance. Les piliers de l'observance sont le médecin de famille et/ou l'infirmier référent.</p> <p>Les résultats des enquêtes récemment menées en Polynésie française montrent que la prévalence du RAA est &gt; 3% (Fiche action 2).</p> <p>Selon la WHF, société savante, un pays est dit « à risque » si l'incidence dépasse 30/ 10 000 chez les enfants de 5 à 14 ans ou si la prévalence globale dépasse 2/1 000.</p> <p>La Polynésie française est donc un pays « à risque » selon les critères de la WHF.</p> <p>La prévention secondaire doit être soigneusement suivie au moyen d'un <b>registre nominatif</b>. Ce registre demande des <b>ressources humaines et techniques</b>. Actuellement le registre polynésien unique n'existe pas. Le texte de loi prévoyant la création d'un registre nominatif, dans le cadre des maladies à déclaration obligatoire (MDO), est prêt mais pas encore publié. Les deux autres bases de données sont gérées par le service de cardiologie du CHPF et de la CPS. La base de données hébergée par la CHPF est actualisée régulièrement par une IDE du service mais elle n'est pas exhaustive (elle représente essentiellement la patientèle de la médecine publique) et le temps consacré est insuffisant (1 demi-journée par semaine).</p> <p>Les données issues de la médecine privée sont difficiles à collecter. Ces données sont en partie collectées par la CPS. Cet aspect du registre nécessite une collaboration technique avec la CPS.</p> <p>L'agence de santé de Nouvelle-Calédonie a développé un outil ad hoc pour la gestion de son programme. L'accord de transfert de technologie a été donné.</p> <p>Le cahier des charges a été élaboré en 2015.</p> <p>La solution d'importation de la base de données de Nouvelle-Calédonie reste une hypothèse mais elle ne résout pas le problème de l'hébergement de données qui se pose en Polynésie française.</p> <p>L'acquisition d'un logiciel, créé par un organisme professionnel détenteur d'un agrément pour l'hébergement de données, est la solution la plus adaptée.</p>	
Objectifs	
<p><b>Général</b> : Les deux objectifs sont la gestion des patients et les requêtes statistiques permettant l'analyse des indicateurs de processus et de résultats, et l'évaluation.</p>	

<b>Spécifiques</b> : Mettre en place un registre dédié au RAA avant la fin de l'année 2019.		
<b>Descriptif de l'action</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre en place (techniquement) le logiciel de gestion du registre par un prestataire (incluant la constitution de la base de données).</li> <li>- faire la déclaration à la CNIL et création officielle du registre nominatif.</li> <li>- recruter et former le personnel dédié à la gestion des données des patients RAA et au suivi du programme (ETP 0.5) – profil cadre infirmier ou IDE (le 0.5 ETP restant étant dédié à l'animation du réseau RAA).</li> </ul>		
<b>Lien avec d'autres actions</b>		
- Création d'un centre de référence pour le RAA		
<b>Postulats pour la réalisation de l'action</b>		
<u>Moyens humains</u> 1 administrateur de la base de données 0.5ETP	<u>Moyens financiers</u> A définir en fonction de l'orientation qui sera prise par le SI	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u> Texte rendant obligatoire la déclaration du RAA
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

<b>INDICATEURS</b>	
<b>De réalisation</b>	Mise en place du registre
<b>De résultats</b>	Obtention d'une base de données (obtenir un taux de PII > à 80% par patient suivi)
<b>D'impact</b>	% annuel de nouveaux cas de RAA

<b>CALENDRIER PREVISIONNEL</b>					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Service de l'informatique	X	X			
Prestataire et Création du registre nominatif		X	X	X	X
Déclaration CNIL	X	X			
Personnels dédiés	X	X			

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			



## Fiche Action 2 : réaliser le dépistage scolaire systématique des CRC auprès des enfants de CM2

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Dr Jean-Marc Ségalin, Dr Gérard Papouin, Dr Philippe Biarez	
DETAILS DE L'ACTION	
Partenaires	
CCHSS, CHPF, Prestataire cardiologue	
Contexte	
<p>La technique écho cardiographique est la base du dépistage du RAA – avec une sensibilité 10 fois supérieure à celle du stéthoscope, cette technique doit désormais être utilisée pour dépister les enfants qui ont des atteintes cardiaques liées au RAA. Cette stratégie doit être mise en place dès que possible en Polynésie française.</p> <p>En 2013, une enquête de terrain menée à Moorea a montré que la prévalence des cardiopathies rhumatismales chroniques infracliniques (c'est-à-dire les séquelles cardiaques de RAA asymptomatiques), parmi les élèves de CM2 de l'île, est de 2,6% soit 26/1000.</p> <p>Pour compléter ces données, deux enquêtes (Prevascol 1 et 2) ont été menées dans le cadre du projet d'évaluation de l'intérêt du dépistage scolaire systématique des enfants de CM2 en Polynésie française.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prevascol 1, octobre à décembre 2015 : prévalence des CRC chez 210 élèves de CM2 de Tahiti : 3,8%. Pas de différence significative avec la prévalence observée à Moorea. Surreprésentation des CRC à Faaa par rapport aux autres communes.</li> <li>○ Prevascol 2, avril à mai 2016 : prévalence spécifique des CRC mesurée chez tous les enfants de CM2 de Faaa : 4.7%.</li> <li>○ Prevascol 3, octobre 2017 à mai 2018 : 1 109 enfants de Moorea, Tahiti-Iti et d'une partie de la zone urbaine de Tahiti. Prévalence estimée à 3%.</li> </ul> <p>Le dépistage en première ligne par des cardiologues comme cela est fait à Nouméa n'est pas faisable actuellement en Polynésie française en raison du manque de personnels spécialisés et des contraintes géographiques. Il est proposé de former des IDE et des médecins non cardiologues au dépistage écho cardiographique et d'assurer la filière de consultations de confirmation.</p>	
Objectifs	
<p><b>Général</b> : Réaliser un dépistage scolaire des CRS par échocardiographie de tous les enfants de CM2 en Polynésie française d'ici 5 ans soit 3600 enfants/an.</p> <p><b>Spécifiques</b> : Définir les modalités organisationnelles et techniques du dépistage.</p>	
Descriptif de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les modalités de l'extension du dépistage (chaque archipel doit posséder sa propre stratégie. Les opérateurs sont différents selon les lieux de dépistage).</li> <li>- Définir les modalités opérationnelles du dépistage (annexe_org_depist_scol) selon les spécificités par archipel.</li> <li>- Organiser la consultation de confirmation.</li> <li>- Organiser le suivi des patients dépistés.</li> </ul>	
Lien avec d'autres actions	

Formation		
<b>Postulats pour la réalisation de l'action</b>		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
<b>De réalisation</b>	Taux d'enfants de CM2 ayant bénéficié d'une échocardiographie de dépistage RAA.
<b>De résultats</b>	Nombre de CRC dépistés (à 5 ans, atteindre 100% de taux de dépistage chez les enfants de CM2 en Polynésie française)
<b>D'impact</b>	Nombre de prises en charge mise en place

CALENDRIER PREVISIONNEL				
Description des actions	2019	2020	2021	2022
Dépistage scolaire en autonomie Tahiti-Iti et Moorea	X	X	X	X
Dépistage scolaire par cardiologues prestataires Tahiti-Nui Zone Urbaine et Tahiti-Nui Zone Rurale	X	X	X	X
Mise en place du dépistage aux Tuamotu-Gambier	X	X	X	X
Mise en place de la consultation de confirmation à l'hôpital de Raiatea		X	X	X
Mise en place du dépistage aux Îles-Sous-le-Vent			X	X
Mise en place du dépistage aux Marquises			X	
Mise en place du dépistage aux Australes			X	

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			



## AXE 2 : Améliorer la prise en charge des infections streptococciques

### Fiche Action 3 : Mettre en place un plan de communication sur le risque du RAA pour les populations à risques

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION		
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses	
Priorité 1	Les maladies endémiques	
PORTEURS DU PROJET		
Dr Jean-Marc Ségalin		
DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
Service communication de la Direction de la santé, Prestataires spécialistes de la communication, Infographiste et éditeur		
Contexte		
Les outils de communication informant la population sur le risque du RAA en Polynésie française sont obsolètes. Il faut adapter les outils au contexte actuel et en tenant compte de l'évolution des moyens de communication.		
Objectifs		
<b>Général :</b> Améliorer la connaissance du public cible sur le RAA.		
<b>Spécifiques :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer la population générale sur les dangers du RAA.</li> <li>- Adapter la communication à la population à risque, principalement les enfants d'origine polynésienne âgés de 5 à 15 ans et aussi leurs parents et les enseignants.</li> <li>- Informer les professionnels de santé sur le RAA et sa prise en charge : cardiologues, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes et infirmier(e)s.</li> </ul> <p>La diffusion de l'information technique par voie de circulaires n'est pas efficace ; notre expérience montre que ces documents sont sous- utilisés.</p>		
Descriptif de l'action		
<b>Stratégies proposées :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer des outils de communication modernes (campagne de communication, réseaux sociaux, ...).</li> <li>- Elaborer une mallette pédagogique à destination des enseignants.</li> <li>- Elaborer une newsletter à l'attention des professionnels de santé (« ACTU RAA »)</li> <li>- Organiser un colloque régional.</li> </ul>		
Lien avec d'autres actions		
Formation, centre de référence		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
<b>De réalisation</b>	Elaboration des outils de communication, utilisation de la mallette
<b>De résultats</b>	Nombre d'utilisation de la mallette (taux de connaissance de 80% de la CAT face à une angine dans la population générale, à 5 ans)
<b>D'impact</b>	Enquête de satisfaction

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Outils de Communication numérique	X	X			
Mallette pédagogique	X				
Newsletter	X	X	X	X	X
Colloque régional		X			

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



## Fiche Action 4 : Introduire les tests streptococciques dans la prise en charge des angines et pharyngites

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Dr Jean-Marc Ségalin	

DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
Réseau de médecines sentinelles		
Contexte		
<p>Il y a un problème de surconsommation des ATB dans les infections respiratoires hautes chez l'enfant. L'exposition à des ATB entraîne une pression de sélection et donc des résistances (ex : cephalosporine et E coli). Il faut préserver au maximum l'écologie bactérienne dans un pays où la prévention secondaire du streptocoque par BPG est efficace.</p> <p>L'orientation diagnostique avec des Test diagnostique rapide (TDR) est recommandée par l'OMS et la WHA avant la prescription d'antibiotique. L'utilisation des TDR n'est pas généralisée en Polynésie française.</p>		
Objectifs		
<b>Général</b> : Introduire l'usage des tests streptococciques en Polynésie française.		
<b>Spécifiques</b> : Mettre en place un projet pilote d'utilisation des TDR.		
Descriptif de l'action		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer le strepto test dans l'algorithme décisionnel des angines.</li> <li>- Mettre en place les strepto tests dans 4 centres du réseau de médecins sentinelles : en médecine libérale, à l'hôpital de Moorea, au dispensaire Bora-Bora, 1 dispensaire insulaire sans médecin.</li> <li>- Faire une étude de coût/bénéfice. (Traitement d'emblée vs traitement orienté par le TDR)</li> <li>- Proposer la prise en charge des tests par la CPS en vue d'une généralisation.</li> </ul>		
Lien avec d'autres actions		
La formation des professionnels de santé		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
<b>De réalisation</b>	Mise en place du projet pilote
<b>De résultats</b>	Nombre de TDR effectués (100 % de prescription d'antibiotique justifiée, dans les sites pilotes, à 5 ans)
<b>D'impact</b>	Diminution de la consommation des antibiotiques pour angines

<b>CALENDRIER PREVISIONNEL</b>					
<b>Description des actions</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Adapter l'algorithme et la fiche du réseau des médecins sentinelles	x				
Mise en place du projet pilote		x	x	x	
Etude coût bénéfice				x	
Prise en charge par CPS					x

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
<b>ENTITE</b>	<b>DATE</b>	<b>IDENTITE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			

## AXE 3 : Optimiser la prophylaxie secondaire



### Fiche Action 5 : Développer des outils favorisant l'observance de la prophylaxie secondaire

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin	
DETAILS DE L'ACTION	
Partenaires	
BPPI, FSMM, DPP, BATM, SI	
Contexte	
<p>La prévention secondaire consiste en l'injection, régulière, de pénicilline aux patients atteints dans le but de prévenir les rechutes et l'aggravation de l'état cardiaque.</p> <p>L'observance dépend de 2 paramètres : le suivi et la douleur de l'injection.</p> <p>Concernant le suivi : l'outil classique du suivi (le carnet RAA) doit être transformé en version électronique. Les données doivent être intégrées automatiquement au registre (par exemple la réalisation des injections de BPG) et participer aux indicateurs de suivi des patients. Le taux d'équipement multimédia en Polynésie française est important : équipement informatique, tablettes et Smartphones. Les possibilités de connexion, y compris pour les plus démunis, sont nombreuses dans le cadre familial ou dans l'environnement social et scolaire. Les stratégies de communication classiques sont peu efficaces si l'on vise un public de préadolescents ou d'adolescents.</p> <p>Concernant le contrôle de la douleur : les modalités d'injection intra-musculaire (IM) de Benzathine Benzylpénicilline G (BPG) est un objectif prioritaire car il conditionne en partie l'observance. Les dernières années, des progrès ont été accomplis avec la réintroduction de la lidocaïne associée à la BPG et l'utilisation du protoxyde d'azote dans les centres médicaux de la DS. Un nouveau site d'administration IM a été récemment expérimenté à Moorea : il s'agit de l'injection ventro-glutéale qui concerne non plus le grand fessier mais le moyen fessier. Les rapports anatomiques sont moins délicats et l'évaluation qui a été faite montre que les injections, même effectuées sans lidocaïne sont moins douloureuses. L'autre piste à étudier serait l'utilisation de l'hypnose dans la gestion de la douleur.</p>	
Objectifs	
<p><b>Général</b> : Impliquer le patient qui devient acteur de sa propre santé est un objectif majeur en santé publique.</p> <p><b>Spécifiques</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des outils modernes pour favoriser l'observance des jeunes patients.</li> <li>- Lutter contre la douleur de l'injection.</li> </ul>	
Descriptifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir les besoins et élaborer le cahier des charges.</li> <li>- Identifier une entreprise permettant de mettre en avant des talents dans le domaine de la communication ou de l'ingénierie en téléphonie mobile.</li> </ul>	

- Mettre à jour les protocoles de lutte contre la douleur (utilisation du protoxyde d'azote et de la lidocaïne, ...).
- Former les professionnels de santé à l'injection ventro-glutéale (diffusion du protocole et d'un film pédagogique).
- Identifier un site pilote pour l'utilisation de l'hypnose comme adjuvant dans le contrôle de la douleur pour les injections de BPG : efficacité et faisabilité.

#### Lien avec d'autres actions

Registre RAA : fiche 1

#### Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

#### INDICATEURS

<b>De réalisation</b>	Rédaction des besoins et du cahier des charges, organisation de l'appel d'offre, mise à jour des protocoles, mise en place de la formation.
<b>De résultats</b>	Elaboration de l'outil numérique (obtenir un taux de PII > à 80% par patient suivi) Nombre de professionnels de santé formés. Nombre de séance d'hypnose.
<b>D'impact</b>	Amélioration de la PII.

#### CALENDRIER PREVISIONNEL

Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Besoins et cahier des charges	X				
Appel d'offre		X			
Mise en place du projet			X	X	X
Rédaction et diffusion des protocoles	x				
Formation des professionnels		x	x		
Site pilote hypnose			x		

#### VALIDATION DE LA FICHE ACTION

ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

## AXE 4 : Former les professionnels de santé



### Fiche Action 6 : Mettre en place un plan de formation des professionnels de santé

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION		
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses	
Priorité 1	Les maladies endémiques	
PORTEURS DU PROJET		
Docteur Jean-Marc Ségalin		
DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Services collaborateurs de la Direction de la santé : FSMM, CCHSS, FSTN</li> <li>- Partenaires extérieurs (publics ou privés) : cardiologues privés, DGEE</li> <li>- Formation échocardiographie : Services de cardiologie CHPF, CHU St Etienne</li> </ul>		
Contexte		
<p>La technique échocardiographique est la base du dépistage du RAA – avec une sensibilité 10 fois supérieure à celle du stéthoscope, cette technique doit désormais être utilisée pour dépister les enfants qui ont des atteintes cardiaques liées au RAA. Cette stratégie doit être mise en place dès que possible en Polynésie française.</p> <p>Des enquêtes de terrain ont montré que la prévalence des cardiopathies rhumatismales chroniques infracliniques (c'est-à-dire les séquelles cardiaques de RAA asymptomatiques) parmi les élèves de CM2 est de 2.6% soit 26/1000 à Moorea en 2013, 4,7% à Faaa en 2016 et 3% à Moorea, Tahiti-Iti et une partie de la zone urbaine en 2016.</p> <p>Pour des raisons de contraintes géographiques et de disponibilité des cardiologues, il est proposé de former IDE et des médecins non cardiologues au dépistage échocardiographique (la consultation de confirmation sera effectuée par un cardiologue).</p> <p>La formation spécifique au dépistage du RAA doit être faite dans un cadre académique, être validante, donc encadrée par l'une ou l'autre des Universités de Bordeaux ou de Tours qui possèdent des laboratoires d'échocardiographie.</p>		
Objectifs		
<p><b>Général</b> : Donner les compétences aux professionnels en lien avec la santé scolaire à pratiquer le dépistage du RAA.</p> <p><b>Spécifiques</b> : Mettre en place une formation académique à l'échocardiographie</p>		
Descriptif de l'action		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter la formation au contexte local.</li> <li>- Mettre en place un partenariat avec l'université.</li> <li>- Organiser la formation à destination des professionnels de santé en lien avec la santé scolaire.</li> </ul>		
Lien avec d'autres actions		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>

<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>
----------------------------	----------------------------	----------------------------

<b>INDICATEURS</b>	
<b>De réalisation</b>	Mise en place d'un D.U. d'échocardiographie de dépistage du RAA.
<b>De résultats</b>	Nombre de professionnels de santé formés : disposer de 20 professionnels de santé formés à l'échographie d'ici 5 ans
<b>D'impact</b>	Nombre d'échocardiographies réalisées lors de la visite systématique des enfants de CM2

<b>CALENDRIER PREVISIONNEL</b>					
<b>Description des actions</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Adaptation de la formation au contexte local	x				
Partenariat avec l'université		x			
Organisation la formation			x	x	x

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
<b>ENTITE</b>	<b>DATE</b>	<b>IDENTITE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			

## AXE 5 : Organiser le pilotage



### Fiche Action 7 : Créer un centre de référence

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin	

DETAILS DE L'ACTION
Partenaires
Partenaires extérieurs (publics ou privés, locaux et régionaux), OMS et WHF
Contexte
<p>En 2005, à la demande du Directeur du CHPF les activités de prévention ont été interrompues. Seules l'activité de consultation et la collecte des données épidémiologiques du RAA ont continué.</p> <p>A partir de 2010, à la faveur du déménagement du CHT au Taaone les activités du Centre du RAA se sont fondues dans la consultation de cardiologie. Depuis cette période, le Centre du RAA n'est plus identifié.</p> <p>A partir de 2013, le BPPI et le Service de Cardiologie ont réalisé l'état des lieux de la lutte contre le RAA en Polynésie française. Ce travail a permis de reprendre conscience du problème et d'en mesurer l'ampleur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Réunions semestrielles du Comité de Pilotage de lutte contre le RAA.</li> <li>2) Mise à jour des données épidémiologiques en collaboration avec la CPS.</li> <li>3) Actualisation, rédaction et diffusion des recommandations de prise en charge du RAA.</li> <li>4) Réalisation d'enquêtes épidémiologiques dans les écoles de Moorea et Tahiti.</li> <li>5) Elaboration d'une stratégie de dépistage scolaire.</li> <li>6) Mise en place d'une consultation dédiée dans le Service de Cardiologie du CHPF avec éducation des nouveaux patients.</li> <li>7) Création d'une base de données provisoire de patients atteints de RAA selon les normes de la WHF.</li> </ol> <p>Les ressources humaines dédiées au programme de lutte contre le RAA sont actuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médecin de la Direction de la santé responsable du BPPI : Docteur Jean-Marc Ségalin (0.2 ETP).</li> <li>• 1 médecin cardiologue vacataire du CHPF : Docteur Gérard Papouin (0.2 ETP soit 2 vacations par semaine).</li> <li>• 2 médecins prestataires pour le dépistage scolaire : 0.2 ETP.</li> <li>• 2 infirmières du BPPI (0.1 ETP).</li> <li>• 1 infirmière du service de Cardiologie : Heimata Teriierooiterai (0.1 ETP).</li> <li>• 1 médecin et 3 infirmières formées aux échocardiographies de dépistage.</li> </ul> <p>L'Equipement actuel est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une salle de consultation dédiée au CHPF deux journées par semaine,</li> <li>- un bureau partagé avec la clinique des AVK une journée par semaine,</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 échographes dont 4 ultraportables dédiés au dépistage scolaire appartenant à la Direction de la santé.</li> </ul> <p>Les activités en cours sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des procédures diagnostiques, protocoles thérapeutiques recueil des données.</li> <li>- Dépistage scolaire organisé à Moorea.</li> <li>- Confirmation et suivi des enfants atteints de RAA (GP).</li> </ul>		
<b>Objectifs</b>		
<p><b>Général</b> : Se doter d'un outil de pilotage du RAA.</p> <p><b>Spécifiques</b> : Créer un centre de référence à la Direction de la santé.</p>		
<b>Descriptif de l'action</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer les missions du centre de référence (sachant que le COPIL est présidé par la Direction de la santé)</li> <li>- Déterminer les moyens.</li> <li>- Créer le centre du RAA.</li> <li>- Identifier les partenaires.</li> <li>- Créer un réseau (charte).</li> </ul>		
<b>Lien avec d'autres actions</b>		
Toutes les fiches		
<b>Postulats pour la réalisation de l'action</b>		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
1 TP médecin santé publique/épidémiologie 1 ETP médecin polyvalent expérimenté en échocardiographie 2 x 0.5 ETP cardio/écho. 2 ETP IDE 1 ETP agent administratif formé à la gestion des bases de données		
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

<b>INDICATEURS</b>	
<b>De réalisation</b>	Officialisation du centre du RAA
<b>De résultat</b>	Moyens humains et techniques du centre du RAA (obtenir un taux de PII > à 80% par patient suivi 100 % des enfants de CM2 bénéficient d'un dépistage écho de RAA, en 2023
<b>D'impact</b>	Nombre de patients suivis

<b>CALENDRIER PREVISIONNEL</b>					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Mission et moyens	x				
Creation du centre		x			
Partenaires et réseau		x			

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			



## Fiche Action 8 : Mettre à jour les recommandations

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION		
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses	
Priorité 1	Les maladies endémiques	
PORTEURS DU PROJET		
Docteur Jean-Marc Ségalin		
DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
Contexte		
<p>Les dernières recommandations du programme de lutte contre le RAA datent de 1997.</p> <p>Un comité de pilotage est créé en 2011, et un groupe de travail a revu et validé en 2014 la plupart des protocoles inspirés des recommandations australiennes de 2013. L'Annexe 11, (Documents de référence actuels) fait le point sur les principaux protocoles.</p> <p>En octobre 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ateliers de travail dédiés au RAA ont rassemblés respectivement des médecins généralistes et des cardiologues pour faire le point sur les protocoles et les critères de diagnostic des CRC ;</li> <li>- un EPU organisé au CHPF a rassemblé 70 professionnels de santé</li> </ul> <p>Enfin, les médecins arrivant en Polynésie française et recrutés à la Direction de la santé, sont adressés au DPP où ils reçoivent une information sur les pathologies spécifiques à la Polynésie française, dont le RAA.</p>		
Objectifs		
<p><b>Général</b> : Actualiser les connaissances dans le domaine du RAA.</p> <p><b>Spécifiques</b> : Mettre à jour les recommandations de prise en charge du RAA.</p>		
Descriptifs de l'action		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réactiver le groupe de travail.</li> <li>- Elaborer un guide des protocoles.</li> <li>- Tenir à jour ce guide.</li> </ul>		
Lien avec d'autres actions		
Centre de référence		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>
INDICATEURS		
<b>De réalisation</b>	Réactivation du groupe de travail	
<b>De résultats</b>	Nombre de protocoles élaborés (100% de protocoles élaborés)	
<b>D'impact</b>	Nombre de professionnels de santé destinataires du guide	

<b>CALENDRIER PREVISIONNEL</b>					
<b>Description des actions</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Réactivation du groupe de travail	x				
Elaboration du guide de protocoles	x				
Mise à jour du guide		x	x	x	x

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
<b>ENTITE</b>	<b>DATE</b>	<b>IDENTITE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>DPP</b>			
<b>DS</b>			
<b>Ministère de la Santé</b>			



## Fiche Action 9 : Evaluer le coût du RAA

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Les maladies endémiques
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin	

DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
ARASS, CPS, CHPF, cliniques, DS, ISPF		
Contexte		
<p>Selon les données de la CPS de l'année 2016 :            243 nouveaux cas ont été déclarés. L'incidence chez les 5 à 14 ans est égale à 35/100 000, elle est comparable à celle des autres pays du Pacifique ouest. Il faut rappeler que cette région a une des plus hautes incidences mondiales.            3 651 personnes étaient inscrites en longue maladie au titre du RAA, dont 3 236 CRC. Cela représente une prévalence de RAA de 13,6/1000 et une prévalence des CRC de 11,8/1000.</p> <p>En 2015, 60 « Evasan » internationales ont été effectuées pour chirurgie valvulaire.</p>		
Objectifs		
<b>Général</b> : Estimer le coût du RAA		
<b>Spécifiques</b> : Mener une étude médico-économique du poids de la maladie RAA		
Descriptifs de l'action		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer le protocole de l'étude intégrant l'évaluation des coûts directs et indirects du RAA.</li> <li>- Mener l'étude.</li> </ul>		
Lien avec d'autres actions		
Centre de référence		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
<b>De réalisation</b>	Protocole d'étude
<b>De résultats</b>	Chiffres disponibles (100% du recueil des données attendues)
<b>D'impact</b>	Orientation stratégique

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Protocole d'étude		x			
Etude			x		

<b>VALIDATION DE LA FICHE ACTION</b>			
<b>ENTITE</b>	<b>DATE</b>	<b>IDENTITE</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

## AXE 6 : Favoriser la recherche



### Fiche Action 10 : Favoriser la participation de la Pf au travail scientifique international et aux activités de recherche sur le RAA

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION		
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses	
Priorité 1	Les maladies endémiques	
PORTEURS DU PROJET		
Docteur Jean-Marc Ségalin		
DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
OMS, WHA		
Contexte		
<p>L'OMS a pris la mesure de l'importance de ce problème de santé publique partagé par les Pays insulaires du Pacifique (PIPs). Il existe des échanges réguliers avec nos voisins du Pacifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la Nouvelle-Calédonie qui a un programme de lutte contre le RAA élaboré autour du dépistage scolaire, avec un registre unique centralisé partagé avec les professionnels de santé.</li> <li>- la Nouvelle-Zélande à travers les services de chirurgie cardiaque et de cardio-pédiatrie, en raison des Evasan réalisées chaque année.</li> <li>- l'Australie qui a un programme de lutte contre le RAA très élaboré et très avancé dans le domaine de la recherche. Les recommandations en vigueur en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie sont inspirées des recommandations australiennes publiées en 2013.</li> </ul> <p>La transmission du RAA est intimement liée aux conditions de vie et notamment à l'habitat. L'insalubrité et le surpeuplement des habitats sont des facteurs de risque reconnus car ils favorisent les échanges des streptocoques. La prévention primordiale intervient en amont de toutes les actions. La qualité de l'habitat est un des objectifs de la lutte contre le RAA. Il est nécessaire de faire partager nos expériences et nos résultats avec ces collègues du Pacifique et plus largement à travers le réseau de la WHA.</p>		
Objectifs		
<p><b>Général :</b> Améliorer la connaissance des facteurs favorisant le RAA</p> <p><b>Spécifiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à des travaux de recherche avec des partenaires du Pacifique</li> <li>- Mener une étude sur les risques de RAA liés à l'habitat</li> </ul>		
Descriptifs de l'action		
<p>Intégrer la Polynésie à des groupes de recherche dans la zone du Pacifique</p> <p>Etablir des critères de risque pour la transmission des streptocoques, liés à l'habitat</p>		
Lien avec d'autres actions		
Centre de référence		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
<b>De réalisation</b>	Rédaction du protocole d'étude
<b>De résultats</b>	Réalisation de l'étude (nombre de publications internationales)
<b>D'impact</b>	Orientation des messages de prévention

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Etude habitat		x			
publications			x		

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

## Liste des annexes

N° Annexe	Annexes	<i>Correspondance avec les Fiches action</i>
1	Données générales	
2	Cahier des charges du registre	<i>Registre</i>
3	Fiche de déclaration MDO	
4	Données à collecter	
5	Dépistage scolaire	<i>Dépistage scolaire du RAA</i>
6	Communication	<i>Plan de communication</i>
7	EPU	<i>Communication pour PS</i>
8	Actu-RAA	<i>Communication pour PS</i>
9	Comité de pilotage	<i>Centre de référence</i>
10	Cahier des charges du centre de référence	<i>Centre de référence</i>
11	Documents actuels	<i>Centre de référence</i>
12	Organisation générale	<i>Centre de référence</i>
13	Budget	<i>Coût</i>
14	Recommandations australiennes	<i>Recherche</i>

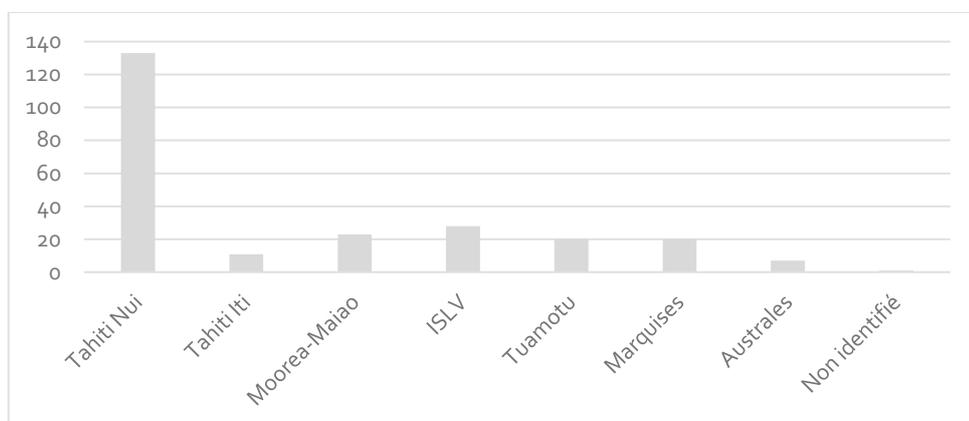
## Annexe1 : Données générales sur le RAA

**Tableau 1 : incidence des nouvelles déclarations de RAA et CRC (données CPS)**

	2013	2014	2015	2016
Nombre de nouveaux cas de <b>RAA</b>	<b>189</b>	<b>168</b>	<b>158</b>	<b>243</b>
Nombre de nouveaux cas de <b>RAA sans cardite</b>	47	36	36	49
Nombre de nouveaux cas de <b>CRC</b>	142	132	122	194
Population	270 212	271 377	272 800	274 000
Incidence des cas de <b>RAA</b> déclarés par année (/100 000 hab)	70	62	58	89
Incidence des cas de <b>RAA sans cardite</b> déclarés par année (/100 000 hab)	17	13	13	18
Incidence des <b>CRC</b> déclarées par année (/100 000 hab)	53	49	45	71
Nbre de CRC déclarées par classe d'âge				
0 à 4 ans	1	1	2	0
5 à 14 ans	71	49	60	97
15 à 19 ans	14	9	9	18
20 à 39 ans	23	21	18	23

**Incidence des CRC dans la classe d'âge des 5 à 14 ans en 2016 : 35 cas /100 000 hab**

40 à 59 ans	14	23	15	29
≥ 60 ans	18	23	11	19
Total	141	126	115	186



**Figure 1 : Répartition géographique des cas de RAA déclarés en 2016**

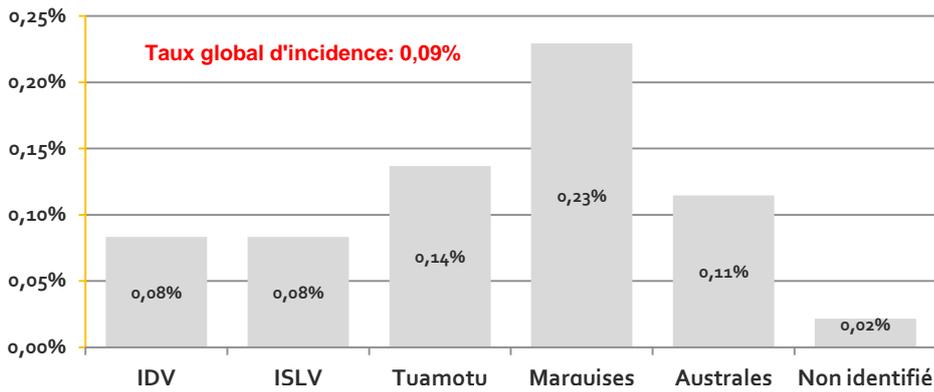


Figure 2 : Répartition géographique par taux d'incidence des cas de RAA déclarés en longue maladie en 2015

Tableau 2: nombre de rechutes déclarées au CHPF de 2013 à 2016

	2013	2014	2015	2016
RAA sans cardite	5	1	3	4
CRC	15	3	10	19
Total	20	4	13	23

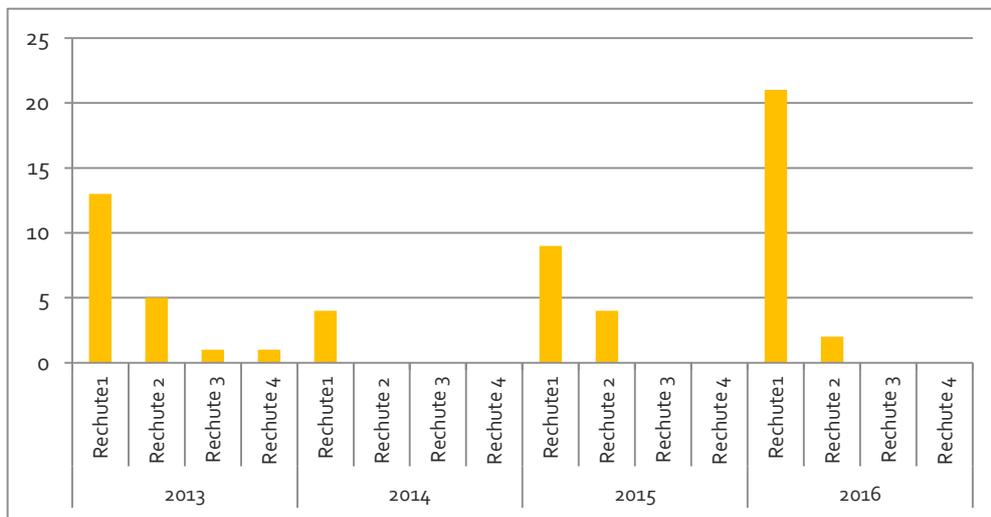
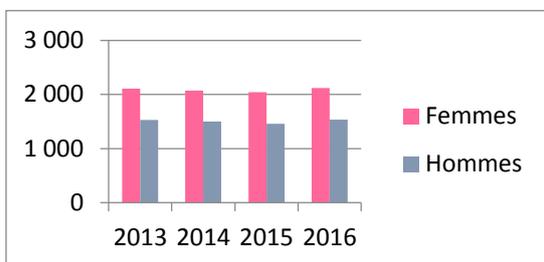


Figure 3: nombre de rechutes déclaré annuellement au CHPF, 2013 à 2016

**Tableau 3: Prévalence du RAA et des CRC (données CPS)**

	2013	2014	2015	2016
Nombre de cas de RAA	3747	3664	3563	3703
Nombre de cas de RAA sans cardite	501	472	441	467
Nombre de cas de CRC	3246	3192	3122	3236
Population	270 212	271 377	272 800	274 000
Prévalence du RAA (/1000 hab)	13,9	13,5	13,1	13,5
Prévalence des RAA sans cardite (/1000 hab)	1,9	1,7	1,6	1,7
<b>Prévalence des CRC (/1000 hab)</b>	<b>12,0</b>	<b>11,8</b>	<b>11,4</b>	<b>11,8</b>
<b>Prévalence des CRC par classe d'âge</b>				
0 à 4 ans	1	2	2	0
5 à 14 ans	334	319	319	346
15 à 19 ans	399	367	338	341
20 à 39 ans	1340	1286	1224	1244
40 à 59 ans	841	859	873	909
>= 60 ans	329	357	364	394
<b>Total général</b>	<b>244</b>	<b>3190</b>	<b>3120</b>	<b>3234</b>



**Figure 4 : Répartition des cas de RAA inscrits en LM selon le sexe, 2013 à 2016**

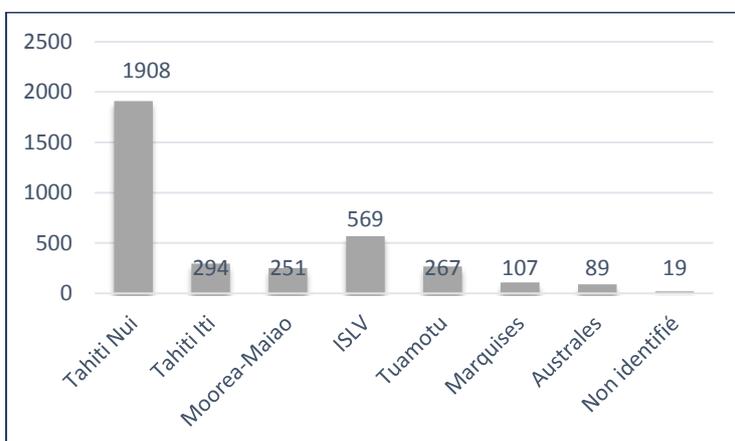


Figure 5 : Répartition géographique des cas de RAA inscrits en LM, 2016

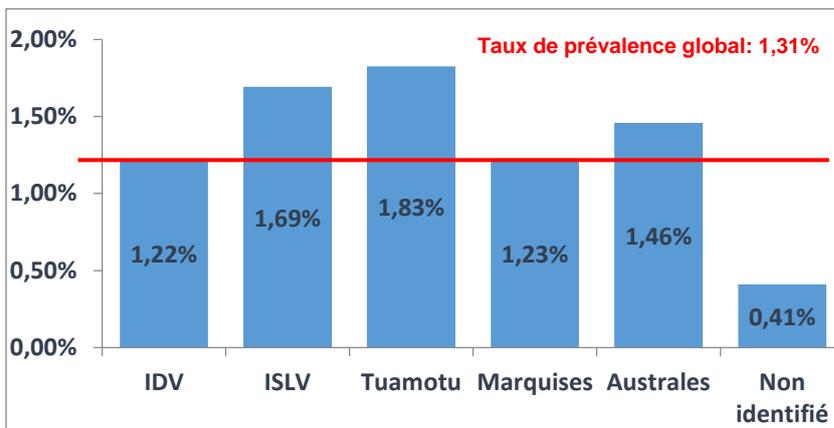


Figure 6 : Répartition géographique par taux de prévalence des cas de RAA inscrits en longue maladie en 2015

## Annexe 2 : Cahier des charges du registre

<b>Contexte</b>	Professionnels concernés : médecins généralistes, pédiatres, cardiologues, chirurgiens dentistes, infirmiers des structures de santé publique, cabinets libéraux, et du CHPf. BPPI, en charge du programme de lutte contre le RAA. Direction de la santé décide et finance.
<b>Définition des besoins</b>	Médecins et soignants qui signalent les patients atteints de RAA vont alimenter la base de données par une déclaration initiale nominative puis une mise à jour annuelle des données personnelles et médicales du patient. Ces professionnels de santé ne pourront pas avoir accès à la base de données dans son intégralité. Si les contraintes techniques le permettent ils pourraient avoir accès au dossier de leurs patients (dont ils sont le médecin référent). Le niveau d'autorisation reste à définir. La portée du système est la Pf dans son ensemble. En effet les patients atteints de RAA comme toutes les personnes vivant en Pf sont amenés à se déplacer au cours de leur traitement, qui dure plusieurs années, et ces déplacements sont susceptibles de perturber le bon suivi des patients et leur adhésion au traitement.
<b>Description de l'existant</b>	Des données sont collectées au sein du logiciel métier « Mafatu » dans le service de cardiologie du CHPf, ces données concernent uniquement les patients consultant au CHPf dans le cadre du suivi de leur pathologie. Cette base de données est donc incomplète. Une base de données existe à la CPS, ces données concernent les patients déclarés en longue maladie pour RAA. Or une partie des patients (notamment dans les îles) sont suivis gratuitement dans les structures de santé publique et ne sont donc pas déclarés en longue maladie à la CPS. Cette base de données est donc incomplète.
<b>Objectifs</b>	L'activité de la cellule RAA sera augmentée par la gestion du registre, mais il y aura une amélioration notable de la gestion du programme de lutte contre le RAA. Il y aura aussi une amélioration du suivi de la prévention secondaire et à terme une baisse de l'incidence du RAA grâce à l'amélioration des politiques de prévention. L'autre facette du registre est le suivi des patients : le nomadisme médical dans le contexte de grande mobilité des patients polynésiens rend cet outil nécessaire.
<b>Fonctionnalités souhaitées</b>	Données socio démographiques et techniques : données personnelles (lieu d'habitation, lieu de suivi, âge et sexe), diagnostic, suivi médical et paramédical et médicaments utilisés. Les indicateurs de performance du programme sont déduits de ces données. Le format est un formulaire de recueil de deux pages. Ce registre est donc constitué des données nominatives du formulaire pour chaque patient suivi pour un RAA, soit environ 3000 lignes
<b>Alimentation du registre</b>	Signalement initial du patient RAA à la DS et envoi du formulaire complété à la cellule RAA (formulaire de 2 pages) Suivi annuel avec transmission des données médicales actualisées à la CPS dans le cadre du panier de soins, ce formulaire sera ensuite transféré à la DS pour l'alimentation du registre (formulaire d'1 page) Evènement pouvant modifier le dossier : déclaration initiale puis suivi annuel, arrêt de la prophylaxie secondaire ou éventuel décès Situation après un évènement E : suivi annuel le temps du traitement qui peut durer 20 ans. Après la fin du traitement : clôture du dossier mais le patient restera enregistré, les données ne seront plus actualisées et il ne sera plus dans la file active des patients suivis pour RAA.
<b>Description du futur système</b>	Déclaration des données via un formulaire (éventuellement un pdf numérique). Alimentation de la base de données centrale (registre nominatif). Alimentation automatique d'une base de données anonyme par lien excel à des fins statistiques
<b>Mesure de la satisfaction</b>	Amélioration de l'état de santé de la population et du suivi de la prophylaxie secondaire. Diminution de l'incidence du RAA. Création d'une rétro-information annuelle à tous les partenaires (bulletin, EPU, etc.) pour optimiser le suivi des patients RAA et optimiser la gestion du programme de lutte contre le RAA.
<b>3 fonctions indispensables</b>	Alimentation des données de façon semi-automatique Base de données anonyme liée pour les analyses statistiques Gestion simplifiée en central par le BPPI
<b>Fonctionnalités optionnelles</b>	Les fonctionnalités optionnelles seraient principalement la possibilité pour les professionnels de santé de consulter le dossier médical de leur patient pour assurer au mieux leur suivi.
<b>Choix techniques</b>	L'idée est de pouvoir alimenter le registre de façon automatique afin de limiter le temps de saisie manuelle en central. La simplicité du formulaire est aussi la garantie d'une meilleure adhésion des professionnels de santé au programme de lutte contre le RAA.
<b>Contraintes</b>	Les partenaires sont dans des structures différentes : médecins et professionnels de santé du CHPf ; médecins et professionnels de santé des structures de santé publique ; médecins et professionnels de santé de la CPS Le problème de la sécurité pour la transmission de données personnelles et médicales doit être pris en compte dans le projet.



## Annexe 4 : Données à collecter pour le registre

 <b>WORLD HEART FEDERATION®</b>	<b>REGISTRE DES MALADIES CARDIAQUES RHUMATISMALES</b> <b>FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNEES</b> <i>Base de Données Elargie</i>																			
	<p><b>COORDONNEES PERSONNELLES</b></p> <p>Nom: ..... Adresse: .....</p> <p>Date de Naissance: ...../...../..... Numéro de la Clinique / Hôpital: .....</p> <p>Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Structure de soins de proximité: .....</p> <p>Médecin traitant: .....</p> <p>Groupe Ethnique: ..... Etat Actuel de la Maladie: <input type="checkbox"/> RAA <input type="checkbox"/> MCR bénigne <input type="checkbox"/> MCR Modérée <input type="checkbox"/> MCR sévère</p> <p>Numéro de Téléphone: ..... Condition Générale à l'enregistrement: <input type="checkbox"/> Nouveau Cas <input type="checkbox"/> Cas connu</p>																			
<p><b>PROPHYLAXIE SECONDAIRE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Benzathine Péni G (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> Pénicilline V (2/jour)</p> <p><input type="checkbox"/> Benzathine Péni G (1x/4semaines) <input type="checkbox"/> Erythromycine (2/jour) <input type="checkbox"/> Pas de Prophylaxie</p> <p>DEBUT:...../...../.....</p> <p>Date Prévue d'ARRÊT ...../...../.....</p> <p>Date ARRÊT: ...../...../.....</p> <p>Moins de 80% d'injections reçues au cours des 12 derniers mois: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p><b>RENDEZ-VOUS DE SUIVI</b></p> <p>Prochain Echocardiogramme: ...../...../.....</p> <p>Prochain contrôle Médical: ...../...../..... Date</p> <p>Prochain contrôle par un Cardiologue: ...../...../.....</p> <p>Prochain contrôle dentaire: ...../...../.....</p> <p>Date Prévue pour Chirurgie valvulaire cardiaque: ...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cette personne a besoin d'un traitement anticoagulant</p>																			
<p><b>DIAGNOSTIC</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Date</td> <td>Diagnostic</td> <td>Ce Diagnostic a été découvert par:</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes n Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage</td> </tr> </table>			Date	Diagnostic	Ce Diagnostic a été découvert par:	...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage	...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes n Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage	...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage	...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage	...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage
Date	Diagnostic	Ce Diagnostic a été découvert par:																		
...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage																		
...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes n Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage																		
...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> Signes Cliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage																		
...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage																		
...../...../.....	.....	<input type="checkbox"/> RAA Associé <input type="checkbox"/> SignesCliniques <input type="checkbox"/> Découverte Fortuite <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Grossesse/Accouch. <input type="checkbox"/> Contrôle Méd.Scolaire <input type="checkbox"/> Programme Dépistage																		



**WORLD HEART FEDERATION®**

### REGISTRE DES MALADIES CARDIAQUES RHUMATISMALES FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNEES *Base de Données Elargie*

<p><b>CHIRURGIE CARDIAQUE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Date</td> <td>Procédure Chirurgicale</td> <td>Lieu de l'opération</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>			Date	Procédure Chirurgicale	Lieu de l'opération	...../...../.....	.....	.....	...../...../.....	.....	.....	...../...../.....	.....	.....	...../...../.....	.....	.....								
Date	Procédure Chirurgicale	Lieu de l'opération																							
...../...../.....	.....	.....																							
...../...../.....	.....	.....																							
...../...../.....	.....	.....																							
...../...../.....	.....	.....																							
<p><b>RESULTATS DES CONTROLES</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Date</td> <td>Évalué par :</td> <td>Résultats</td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td><input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin de proximité ou médecin traitant</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dentiste.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td><input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td><input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td><input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>...../...../.....</td> <td><input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....</td> <td></td> </tr> </table>			Date	Évalué par :	Résultats	...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin de proximité ou médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Dentiste.....			...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....		...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....		...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....		...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....			
Date	Évalué par :	Résultats																							
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin de proximité ou médecin traitant	<input type="checkbox"/>																							
Dentiste.....																									
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....																								
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....																								
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....																								
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Echocardiogramme <input type="checkbox"/> Cardiologue <input type="checkbox"/> Médecin soins Primaires <input type="checkbox"/> Dentiste.....																								
<p><b>INJECTIONS DE BENZATHINE PENICILLINE G</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Année (par ex. 2006)</td> <td>Injections PREVUES pour toute l'année</td> <td>Injections FAITES</td> <td>%RECU</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Année (par ex. 2006)	Injections PREVUES pour toute l'année	Injections FAITES	%RECU	.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....	<p><b>DECES</b></p> <p>Date de décès: ...../...../.....</p> <p>Cause de décès:</p> <p><input type="checkbox"/> Autre cause(PAS MCR) <input type="checkbox"/> MCR + Hémorragie</p> <p><input type="checkbox"/> MCR + Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> MCR + Endocardite</p> <p><input type="checkbox"/> RHD+ Accident cérébral <input type="checkbox"/> Cause inconnue</p>
Année (par ex. 2006)	Injections PREVUES pour toute l'année	Injections FAITES	%RECU																						
.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....																						
.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....																						
.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....																						
.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....																						
.....	<input type="checkbox"/> 17 (1x/3 semaines) <input type="checkbox"/> 13 (1x/4 sem)	.....	.....																						

## Annexe 5 : organisation du dépistage scolaire

Localité ou entité fonctionnelle	Supervision administrative	Opérateurs du dépistage	Consultation de confirmation	Suivi cardio ultérieur	Suivi dentaire	Suivi médecine polyvalente
Tahiti nui zone urbaine	CCSHS	Prestataires + équipes mobiles + médecin référent santé scolaire	CHPF ou Secteur privé	CHPF ou Secteur privé	CCSHD ou secteur privé	CM DS ou secteur privé
Moorea	FSMM	Infirmière référente santé scolaire	Cardiologue privé ou réseau inter îles	Cardiologue privé ou réseau inter îles	CCSHD ou secteur privé	CM ou secteur privé
Tahiti nui zone rurale	FSTN	Prestataires + équipes mobiles	CHPF ou Secteur privé	CHPF ou Secteur privé	CCSHD ou secteur privé	CM DS ou secteur privé
Tahiti iti	FSTI	Médecin référent santé scolaire	CHPF ou Secteur privé	CHPF ou Secteur privé	CCSHD ou secteur privé	CM ou secteur privé
ISLV	Subdivision ISLV	Equipes mobiles ou référents DS ISLV	Cardiologue privé Raiatea ou missions inter îles	Cardiologue privé Raiatea ou missions inter îles	CCSHD ou secteur privé	CM DS ou secteur privé
Tuamotu Gambier	Subdivision TG	Equipes mobiles	Missions inter îles	Missions inter îles	CCSHD	CM, Dispensaire ou secteur privé
Marquises	Subdivision Marquises	Equipes mobiles	Missions inter îles	Missions inter îles	CCSHD ou secteur privé	CM, Dispensaire ou secteur privé
Australes	Subdivision Australes	Infirmière référente	Missions inter îles	Missions inter îles	CCSHD ou secteur privé	CM, Dispensaire ou secteur privé

## Annexe 6 : communication

# #TimeToTackleRHD

## Campagne de Communications

### Appel à l'Action

La CR (cardiopathie rhumatismale) est un problème mondial qui demande une solution mondiale. Tous les pays doivent s'unir pour éliminer cette maladie évitable. Aidez-nous à **donner voix au cœur** en convainquant votre gouvernement qu'il est temps de combattre la CR!

### Qu'est-ce que je peux faire?

Soutenez la campagne #TimeToTackleRHD en informant votre gouvernement sur la CR et en l'encourageant à soutenir une **Résolution mondiale sur la CR** à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

#### Comment s'y prendre:

- ✓ Ecrivez à votre Ministère de la Santé pour les informer sur la Résolution sur la CR
- ✓ Partagez des informations sur la CR dans votre pays ou communauté
- ✓ Faites passer le mot par des réseaux sociaux / Utilisez des réseaux sociaux pour sensibiliser le public

### Messages Clés

- ◆ La CR est un tueur silencieux mondial. Nous luttons pour **donner voix au cœur** et pour dire aux gouvernements qu'il est le temps de combattre la CR.
- ◆ En l'absence de programmes ou politiques mondiales, nous n'éliminerons jamais la CR. Les gouvernements doivent soutenir la Résolution sur la CR à l'OMS pour combattre cette maladie.
- ◆ La CR affecte 33 millions de personnes et cause 275,000 morts chaque année, pour la plupart évitables.
- ◆ La CR affecte les personnes les plus pauvres et vulnérables de notre société. Nous exigeons une politique mondiale sur la CR pour donner voix au cœur.



**RHD Action**

United to End  
Rheumatic Heart Disease



Pour utiliser cette image dans votre campagne, téléchargez-la ici: <http://bit.ly/2llqOxg>

### Slogans & Hashtag

Notre campagne s'appelle **#TimeToTackleRHD** (Le moment de combattre la CR) parce que nous croyons que la CR a été ignorée depuis trop longtemps par les décideurs mondiaux.

Notre but est de **donner voix au cœur** en faisant appel aux gouvernements pour soutenir une Résolution mondiale à l'OMS. Nous vous encourageons à utiliser ces slogans et hashtags dans votre campagne.

### Conseils Pratiques

- ✓ Soyez clair, concis et percutant
- ✓ Tenez-vous-en à nos messages clés, slogans et hashtags
- ✓ Utilisez des statistiques (nationales ou locales) pour soutenir votre argument
- ✓ Adaptez vos demandes et messages clés aux langues et coutumes locales
- ✓ Utilisez différentes façons de vous mettre en contact avec votre gouvernement: lettres, appels téléphoniques, emails ou réunions
- ✓ Partagez des données et des informations avec votre gouvernement afin de les convaincre de donner la priorité à la CR
- ✓ Encouragez votre réseau de contacts à s'impliquer dans la campagne
- ✓ N'abandonnez pas! Nous n'avons jamais été aussi proche du but d'une Résolution sur la CR!



WORLD HEART  
FEDERATION™



RHeACH  
RHEUMATIC HEART DISEASE  
ALLIANCE



## **Conférence sur le RAA**

**Amphithéâtre du CHPF**

**Jeudi 27 octobre 2016, 19H30**

**Modérateurs: Ph Costes, B. Pagis**



- RAA en Polynésie française : données épidémiologiques actualisées (JM Ségalin, DS)
- Déclarer les cas de RAA : où et comment ? (H Teriierooiterai, CHPF)
- Diagnostic : toujours penser au RAA ! (J Pasche, CHPF)
- BPG : pénicilline retard et mélange avec la lidocaïne (Ph Dupire, CHPF)
- Cas clinique : RAA et prophylaxie secondaire (S Girardot, CHPF)
- RAA et grossesse (R Richaud, CHPF)
- RAA et endocardite (M Levy, CHPF)
- Prévention du RAA et chirurgie dentaire (JF Chaumel, DS)
- Dépistage scolaire des cardiopathies rhumatismales chroniques (G Papouin/JM Ségalin)

Renseignements: Bureau des programmes de pathologies infectieuses - Département des programmes de prévention - Direction de la santé  
Courriel : [bppi@sante.gov.pf](mailto:bppi@sante.gov.pf) Tél. : (689) 40 488.200 Fax. : (689) 40 488.224.

## Annexe 8 : actu-RAA



### ACTU RAA N°3

14 septembre 2016

- La spécialité BPG Sandoz® est commercialisée en Polynésie française depuis mai 2016. Sa présentation, similaire à celle de l'Extencilline®, facilite l'utilisation de cette pénicilline retard.
- Nous vous rappelons que la dose de BPG recommandée pour les patients atteints de RAA est :
  - 0.6 MUI pour les sujets de moins de 30 kg
  - 1.2MUI pour les sujets à partir de 30kg
  - A administrer toutes les 3 ou 4 semaines selon les recommandations du médecin
- Il n'y a plus de recommandation d'administrer la BPG à des doses supérieures à 1.2 MU dans cette indication.
- Le dosage 2.4 MUI doit être réservé au traitement curatif des syphilis et au traitement préventif des récives d'érysipèle sur terrain lymphoedémateux.
- La prophylaxie secondaire est le pilier du traitement du RAA. Les injections de BPG sont douloureuses. La douleur est donc une cause d'échec de la prophylaxie secondaire. Il convient de lutter contre la douleur de l'injection par tous les moyens disponibles :
  - en privilégiant l'accueil et la qualité de la relation avec les patients
  - en utilisant des petits moyens comme l'application de froid sur la zone d'injection
  - en ayant recours au mélange oxygène-protoxyde d'azote pour les centres équipés.
- Peut-on utiliser la lidocaïne et la mélanger avec la BPG Sandoz®?
  - Ce produit a été utilisé dans la cadre du programme de lutte contre le RAA à partir de 1997 (1). L'utilisation a été interrompue en 2014 en raison de l'incompatibilité avec la Sigmacillina®.
  - L'autorisation de mise sur le marché de la BPG Sandoz® (2) ne prévoit pas l'utilisation concomitante de la lidocaïne et de la BPG, sans toutefois la contre-indiquer.
  - Des études publiées ont montré le bénéfice de l'adjonction de lidocaïne, la stabilité physico-chimique du mélange avec la BPG et l'absence de modifications pharmacocinétiques (3) (4) (5). Ces études n'ayant pas été réalisées avec la spécialité BPG Sandoz®, l'utilisation du mélange de lidocaïne et de cette spécialité reste sous l'entière responsabilité du prescripteur, après avoir évalué le bénéfice pour le patient.
- Références :
  1. Programme de lutte contre le RAA en Polynésie française. Direction de la santé. 1997.
  2. <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60195156>.
  3. Amir J, Ginat S, Cohen YH, Marcus TE, Keller N, Varsano I. Lidocaine as a diluent for administration of benzathine penicillin G. *Pediatr Infect Dis J.* 1998;17(10):890-893.
  4. Russell K, Nicholson R, Naidu R. Reducing the pain of intramuscular benzathine penicillin injections in the rheumatic fever population of Counties Manukau District Health Board: Reducing the pain of benzathine penicillin injections. *J Paediatr Child Health.* 2014 Feb;50(2):112-7.
  5. Zeydi AE, Khezri HD. Can lidocaine be safely used to reduce pain caused by intramuscular penicillin injections? A short literature review. *Oman Med J.* 2012;27(4):337.

## Annexe 9 : comité de pilotage

Nom Prénom	Fonction	Courriel
Dr Thierry Beylier	Médecin subdivisionnaire ISLV	<a href="mailto:thierry.beylier@sante.gov.pf">thierry.beylier@sante.gov.pf</a>
Dr Philippe BIAREZ	Med chef hôpital Moorea	<a href="mailto:philippe.biarez@sante.gov.pf">philippe.biarez@sante.gov.pf</a>
Dr Jérôme DEBACRE	Responsable FSTN	<a href="mailto:jerome.debacre@sante.gov.pf">jerome.debacre@sante.gov.pf</a>
Dr Géraldine DEMIRTAS	Médecin CPS	<a href="mailto:gdemirtas@cps.pf">gdemirtas@cps.pf</a>
Dr Carole GOMBERT ALPINI	Pharmacien inspecteur ARASS	<a href="mailto:carole.gombert@arass.pf">carole.gombert@arass.pf</a>
Dr Nathalie LEHARTEL	Pharmacien pharmappro	<a href="mailto:nathalie.lehartel@sante.gov.pf">nathalie.lehartel@sante.gov.pf</a>
Mme Evelyne LE CALVEZ	IDE BPPI	<a href="mailto:evelyne.lecalvez@sante.gov.pf">evelyne.lecalvez@sante.gov.pf</a>
Dr Bruno PAGIS	Cardiologue CHPF	<a href="mailto:bruno.pagis@cht.pf">bruno.pagis@cht.pf</a>
Dr Jérôme PASCHE	Pédiatre CHPF	<a href="mailto:jerome.pasche@cht.pf">jerome.pasche@cht.pf</a>
Dr Gérard PAPOUIN	Cardiologue, référent RAA	<a href="mailto:gerard.papouin@cht.pf">gerard.papouin@cht.pf</a>
Dr Hélène PUJOL	Médecine scolaire Tahiti Iti	<a href="mailto:helene.pujol@sante.gov.pf">helene.pujol@sante.gov.pf</a>
Dr Jean-Claude ROULLET	Médecin angiologue, référent RAA	<a href="mailto:angiodoc@hotmail.fr">angiodoc@hotmail.fr</a>
Dr Jean-Marc SEGALIN	Médecin responsable du BPPI	<a href="mailto:jean-marc.segalin@sante.gov.pf">jean-marc.segalin@sante.gov.pf</a>
Mme Heimata TERIIEROOITERAI	IDE cellule RAA CHPF	<a href="mailto:raa@cht.pf">raa@cht.pf</a>
Mme Sylvie ROLLAND	IDE BPPI	<a href="mailto:sylvie.rolland@sante.gov.pf">sylvie.rolland@sante.gov.pf</a>
Dr Vaea TEROROTUA	Médecin de CCSHSS	<a href="mailto:vaea.terorotua@sante.gov.pf">vaea.terorotua@sante.gov.pf</a>

## **Annexe 10 : cahier des charges du centre de référence**

### **Missions de diagnostic et de thérapeutique :**

- activité médicale : répondre aux demandes d'avis des médecins qui prennent en charge des patients suspects de RAA
- activité paramédicale: débiter l'éducation thérapeutique des nouveaux patients et les orienter dans le réseau de soins du RAA

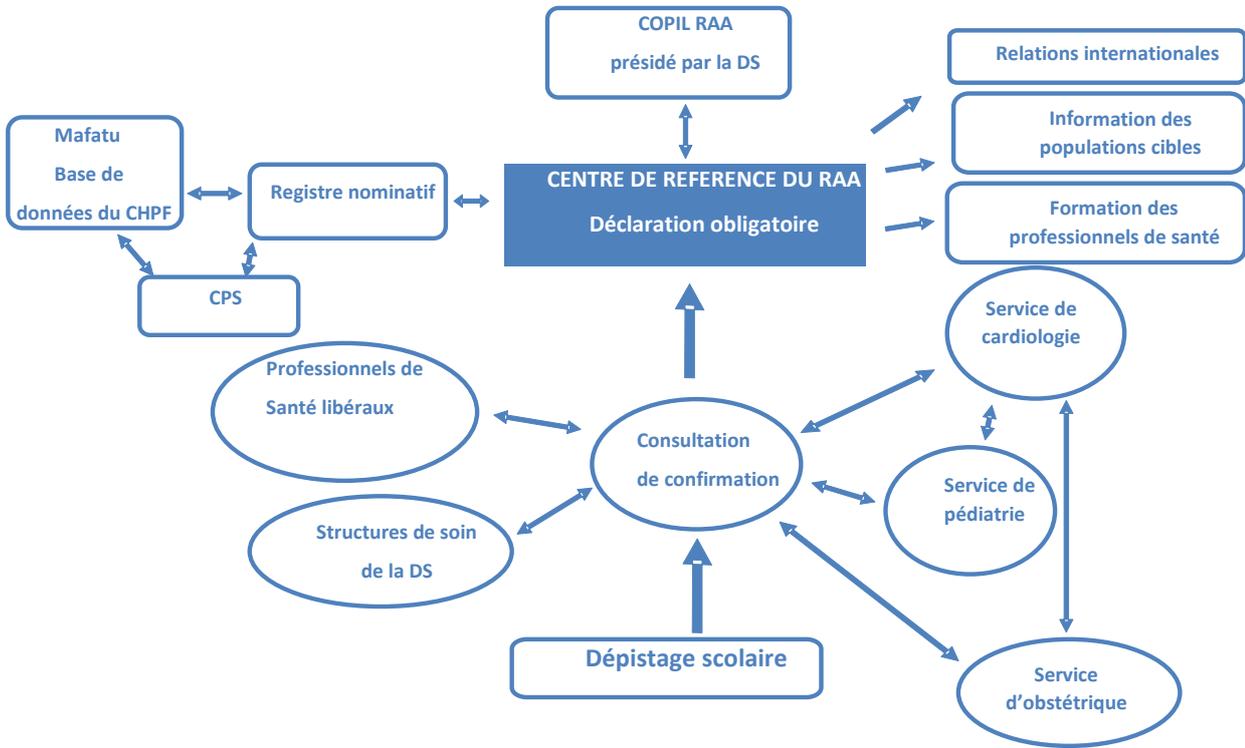
### **Missions de formation et d'accompagnement sur le terrain**

- participation à l'animation du réseau de soins du RAA
- organisation du dépistage scolaire
- mise en œuvre du programme dans les structures publiques (CHPF et Direction de la santé) et privées (cliniques et cabinets privés)
- supervision du programme sur le terrain, en collaboration avec les équipes de la Direction de la santé
- organisation de la formation des corps médical et paramédical
- élaboration d'un programme d'éducation sanitaire et de communication sociale à l'usage des populations-cibles : parents, enfants, enseignants.

## Annexe 11: documents de référence actuels

Date	Format	Intitulé	Statut	Diffusé	Commentaires
2014	Base de données format Excel	Base de données avec indicateurs WHF	En cours d'utilisation au CHPF au centre du RAA	Non	A revoir avec DS, SI CHPF, SI PF après publication de la LDP registre
2015	Protocole	Prise en charge du RAA V1	validé	Oui	
2015	Protocole	Prévention primaire V1 (TDR)	non validé	Non	absence de consensus COFIL
2015	Protocole	Prévention secondaire V1	validé	Oui	
2015	Protocole	Suivi du RAA	validé	Oui	-
2015	Formulaire PDF	Fiche de déclaration	validé	Oui	A revoir avec CPS et SI
2015	Formulaire PDF	Fiche de suivi et CALD	validé	Oui	A revoir avec CPS et SI, format papier non adapté
2015	Formulaire électronique format Excel	Fichier patients structures de santé et indicateurs	non validé	Non	Différé par cellule informatique DS, à revoir
2016	Protocole	Prise en charge du RAA V2	validé	Oui	-
2017	Protocole	Prévention primaire V2	proposé validé	Non	
2017	Protocole	Prévention secondaire V2	validé	Oui	
2017	Protocole	Endocardites	non validé	Non	pas de consensus local
2017	Protocole	Grossesse	à rédiger	Non	-
2017	Formulaire PDF	Fiche de signalement	validé	Oui	
2018	Protocole	Prévention primaire V3	en cours	Non	devrait intégrer les tests stepto
2018	Protocole	Prévention secondaire V3	en cours	Non	-
2018	Protocole	Prise en charge du RAA V3	en cours	Non	
2018	Formulaire PDF	Fiche de notification	validé	Non	Version def. en attente loi MDO
2018	Document PDF	Document médical de référence	en cours	Non	Intégration aux documents de l'ESSP

## Annexe 12 : organisation générale



## **Annexe 13 : Recommandations du programme australien WHA mai 2018**

- 1. Mettre en œuvre un programme intégré à la politique de santé du pays**
- 2. Promouvoir la prévention primaire dans les groupes à haut risque**
- 3. Moderniser la prévention primaire en introduisant l'usage des tests rapides de diagnostic**
- 4. Vérifier la compétence des laboratoires pour le diagnostic des streptocoques**
- 5. Identifier et enregistrer les nouveaux cas de RAA/CR**
- 6. Améliorer la mise en œuvre et le suivi de la prophylaxie secondaire dans les populations à risque de rupture d'observance**
- 7. Assurer la fourniture en BPG dans tous les centres de soins**
- 8. Sensibiliser les soignants au diagnostic et au traitement des infections ORL**
- 9. Assurer l'accès à la consultation spécialisée et au traitement chirurgical**
- 10. Organiser la prise en charge des femmes enceintes atteintes de CR**
- 11. Prendre en compte les déterminants de l'absence de prise en charge, en considérant les facteurs sociaux et le retard de prise en charge des RAA/CR**
- 12. Soutenir l'éducation et la promotion de la santé chez l'individu, la famille, et la communauté**
- 13. Favoriser la collaboration internationale et la mobilisation des ressources dans le but d'améliorer la lutte contre le RAA**

