



Situation Sanitaire

en Nouvelle-Calédonie

2017

I.2.2.1. Généralités

Une infection sexuellement transmissible (IST) se transmet entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels. Cette infection peut donner lieu à une maladie, autrefois appelée maladie vénérienne.

Toutes les pratiques sexuelles qui comportent un contact génital mutuel ou oro-génital avec une autre personne, ou ses fluides génitaux, sont considérées comme comportant un risque de transmission d'une IST. Chaque IST présente un risque et un degré de gravité différent.

▪ Liste des principales IST

- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (voir chapitre spécifique de la situation sanitaire) : Maladie à déclaration obligatoire (MDO),
- Syphilis, dont la syphilis néonatale : MDO,
- Infection par le virus de l'hépatite B : MDO,
- Infection par le virus de l'hépatite C : MDO,
- Infection par le papillomavirus : condylomes acuminés/verruques génitales/cancer du col utérin : MDO
- Infection par le gonocoque,
- Infection génitale par le Chlamydiae,
- Herpès génital (++) HSV2),
- Infection génitale par le trichomonas,
- Infection génitale par le mycoplasme.

▪ Rappel sur les facteurs de risque d'IST

On retrouve, entre autre :

- Rapports sexuels non protégés,
- Antécédents personnels d'IST,
- Partenaires sexuels multiples,
- Milieu social défavorisé,
- Age : adolescents et jeunes adultes (muqueuses immature : davantage de risque de transmission ; surtout pour les jeunes femmes),
 - Sexe féminin : les infections pénètrent dans le corps très facilement par les muqueuses superficielles telles que la muqueuse vaginale. Comme la surface des muqueuses entrant en contact avec l'agent infectieux est plus grande chez les femmes que chez les hommes, les femmes sont plus facilement infectées que les hommes,
 - Le statut immunitaire de l'hôte et la virulence de l'agent infectieux influencent la transmission des IST,
 - Facteurs associés au risque : l'absorption d'alcool ou de drogues avant et pendant les rapports sexuels peuvent compromettre l'utilisation de préservatifs, les piercings...

Population particulièrement vulnérable : adolescents et jeunes adultes, travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, hommes et femmes ayant des partenaires multiples, hommes et femmes qui sont, de par leur travail, séparés de leur partenaire régulier pendant de longues périodes...

▪ Prévention

- Prévention primaire

Entre autres :

- Rapports sexuels protégés : préservatifs masculins ou féminins,
- Vaccination des jeunes filles contre le HPV recommandée en Nouvelle-Calédonie dès l'âge de 11 ans et jusqu'à 14 ans,
- Conseils de prévention des IST (à donner en particulier avant et après une consultation de dépistage VIH),
- Interventions ciblées auprès des personnes à risque : adolescents et jeunes adultes, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, travailleurs du sexe, consommateurs de drogues intraveineuses...,
- Education sexuelle en milieu scolaire.

- Prévention secondaire

Entre autres :

- Dépistage et traitement systématique des partenaires sexuels lors d'un diagnostic d'IST chez une personne infectée,
- En cas de dépistage d'une IST : bilan avec recherche d'IST associées,
- Frottis du col utérin (dépistage de lésions ou cancer lié à l'HPV).

I.2.2.2. Données de la littérature en Nouvelle-Calédonie

« *Enquête IST 2012 en Nouvelle-Calédonie : prévalence et facteurs sociodémographiques associés aux infections à *Neisseria gonorrhoeae*, à *Chlamydia trachomatis* et à *Treponema pallidum* ».* Philippe CORSENAK - Enquête menée du 15 août au 31 décembre 2012.

▪ **Résumé de l'étude; texte entier disponible sur le site de l'INVS (BEH 8, 18 mars 2014)**

- Objectifs

Estimer les prévalences des infections à *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* et *Treponema pallidum* dans la population calédonienne âgée de 18 à 49 ans et identifier les facteurs sociodémographiques associés.

- Méthodes

Étude transversale selon un plan de sondage aléatoire en grappes proportionnel stratifié à trois degrés. L'échantillon a été redressé sur la population cible de l'étude. Les prévalences sont ajustées à l'âge de cette population et les facteurs de risque ont été identifiés par analyse logistique multivariée.

- Résultats

Les prévalences s'établissent à :

- 3,5% (intervalle de confiance (IC) à 95%: [1,9-5,1]) pour *Neisseria gonorrhoeae*,
- 9% [6,6-11,4] pour *Chlamydia trachomatis*,
- 2,1% [0,8-3,3] de co-infections à ces deux dernières maladies,

Source : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43276/1/9789242593402_module1_fre.pdf

Les infections sexuellement transmissibles

- 0,4% [0,0-0,9] pour la syphilis active et 3% [1,7-4,3] pour la syphilis cicatricielle.

Les modèles multivariés ont révélé, selon l'infection considérée, des sur-risques liés à l'âge, au sexe, à l'ethnie, à la province de résidence, au fait de vivre seul et d'avoir un bas niveau d'étude. Une disparité du risque ethnique des Mélanésiens en fonction du lieu de résidence a été identifiée dans la survenue de *Chlamydiae trachomatis*.

- **Conclusion** : Cette première enquête probabiliste en population générale établit des taux de prévalence importants pour ces trois infections sexuellement transmissibles. Elle met en évidence des facteurs sociodémographiques associés qui permettront d'orienter la future politique de prévention en santé sexuelle de la Nouvelle-Calédonie.

I.2.2.3. Méthode de surveillance des IST en NC

Les données présentées sont issues de trois sources principales :

▪ Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO)

- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (voir chapitre spécifique de la situation sanitaire),
- Syphilis, dont la syphilis néonatale,
- Infection par le virus de l'hépatite B,
- Infection par le virus de l'hépatite C,
- Infection par le papillomavirus : Condylomes acuminés.

Ces maladies doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire et systématique par la fiche de recueil MDO, à renvoyer au Service de santé publique de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) de Nouvelle-Calédonie.

Biais possible dans l'interprétation des résultats : déclarations non exhaustives, et donc sous-estimation des effectifs.

▪ Transmission des résultats positifs par les laboratoires d'analyses

Les laboratoires fournissant mensuellement leurs résultats d'analyses biologiques, de façon anonyme et cumulée sont :

- CMS Receiving,
- Laboratoire du CHT,
- Laboratoire Central,
- Laboratoire PK7,
- Laboratoire Catalan/Robinson,
- Laboratoire du rond-point de Magenta,
- Laboratoire Alphabiologie,
- Laboratoire du service de transfusion sanguine du CHT,
- Laboratoire Quartier Latin,
- Laboratoire de Bourail,
- Laboratoire de Ducos.

Ces données transmises par les laboratoires comprennent notamment :

- Les prélèvements positifs à chlamydia et à gonocoque,

- Les résultats positifs concernant la sérologie de l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti HBc et Ag HBe),
- Les résultats positifs concernant la sérologie de l'hépatite C.

Biais possible dans l'interprétation des résultats :

- le nombre de résultats positifs ne correspond pas forcément au nombre de patients incidents (examens de surveillance, patients ayant bénéficié de plusieurs prélèvements),
- certains résultats nécessitent le croisement des résultats entre les différents dosages pour être interprétés (sérologie hépatite B notamment).

I.2.2.4. Syphilis (MDO)

La bactérie *Treponema pallidum*, source de cette maladie, se transmet par des rapports sexuels non protégés (vaginal, anal ou bucco-génital), par voie sanguine (transfusion ou rarement usage de matériel souillé) et par voie transplacentaire pendant la grossesse, de la mère à l'enfant. La période d'incubation est de 3 semaines à 1 mois.

La maladie n'étant pas immunisante, des réinfections sont possibles.

La syphilis évolue classiquement en plusieurs stades successifs : primaire, secondaire, tertiaire, latente. On note deux formes particulières : la neurosyphilis et la syphilis congénitale.

▪ Incidence des déclarations obligatoires (toutes formes cliniques de syphilis)

189 fiches de déclaration obligatoire pour la syphilis ont été reçues par la DASS-NC en 2017 (165 en 2016).

Le taux d'incidence des déclarations a amorcé une baisse dès 1991, semblant indiquer une diminution de la fréquence de cette maladie. Depuis 2003, l'incidence de ces déclarations a par contre tendance à augmenter, puisqu'elle est passée de 0,4/10 000 hab. en 2003 à 6,8/10 000 hab. en 2017 (Figure 1).

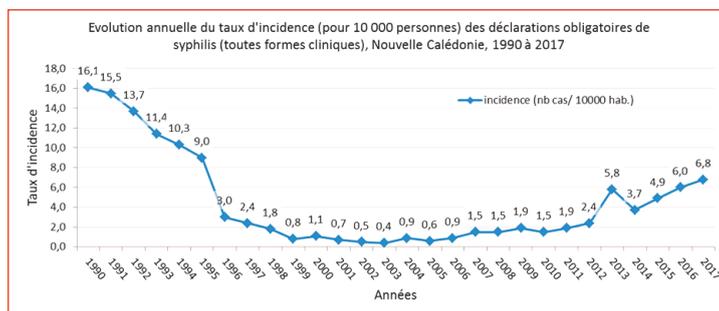
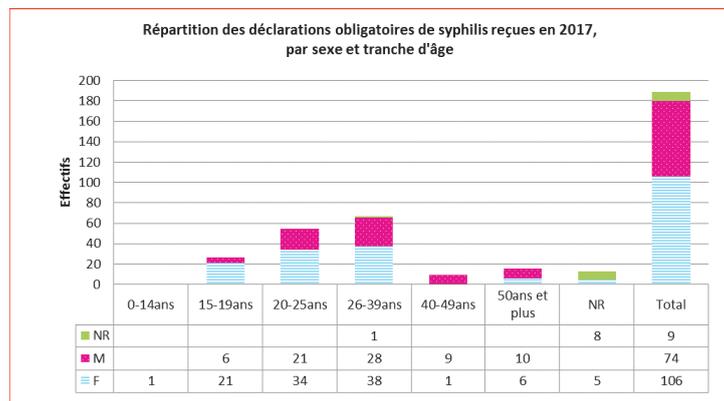


Figure 1. Sources de données : ISEE (recensement officiel pour les années 1996, 2004, 2009 et 2014 + estimations intermédiaires fournies par l'ISEE sur demande, estimations sujettes à révision), fichiers MDO DASS-NC (informatique + papiers).

On note qu'en 2013, une épidémie de syphilis en province Nord a fait l'objet d'une investigation spécifique et d'actions de prévention : 62 personnes de ce cluster présentaient une syphilis active.

Sous-estimation probable des effectifs : la déclaration des cas est probablement non exhaustive.

Sur les 189 cas de syphilis déclarés (figure 2), l'âge médian des patients était de 26 ans (âge moyen : 29 ans). Avec 67 patients, soit près d'un tiers des patients, la classe modale, c'est-à-dire la classe d'âge comprenant le plus grand effectif était celle des 26-39 ans. Les 15-39 ans représentaient 79% des cas. 59% étaient de sexe féminin



N=189 ; 13 données manquantes. Source de données : base de données MDO syphilis DASS Nouméa.

Sous-estimation probable des effectifs : la déclaration des cas est probablement non exhaustive.

Rappel aux praticiens : déclarer systématiquement tout cas de syphilis (congénitale, primaire, secondaire ou tertiaire) par la fiche de recueil MDO de syphilis, à renvoyer au service de santé publique de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS-NC).

Sur les **189** déclarations de syphilis reçues à la DASS-NC en 2017, **98 (51,8%)** présentaient des critères biologiques d'évolutivité, définis comme tels : **VDRL > 8 et/ou IgM positive**.

Le tableau ci-contre présente un tri à plat succinct de ces 98 déclarations.

En croisant les données, on note que :

- Les **chancres syphilitiques** (n=19) étaient présentés :
 - dans 31,5% des cas par des femmes (n=6),
 - dans 52,6% des cas par la classe d'âge des 26-45 ans (n=10).
- un stade de **syphilis primaire ou secondaire** (n=35) concernait :
 - à 74,3% des résidents en Province Sud (26/35),
 - à 11,4% des résidents en Province Nord (4/35),
 - à 2,8% des résidents de la Province des Iles Loyauté (1/35),
 - la résidence n'était pas indiquée dans 11,4% des cas (4/35).
- cependant, la déclaration ne comportait des **renseignements cliniques** que :
 - dans 66,0% des déclarations pour des patients résidant en province Sud (35/53),
 - dans 25,9% des déclarations pour des patients résidant en province Nord (7/27),
 - dans 25,0% des déclarations pour des patients résidant en province Iles Loyauté (1/4),

		n	%
Sexe	M	46	46,9
	F	48	49,0
	NR	4	4,0
Classes d'âge (ans)	< 18	10	10,2
	18-25	34	34,7
	26-45	43	43,9
	46-65	5	5,1
	65+	1	1,0
	NR	5	5,1
Province de résidence	Nord	27	27,5
	Sud	53	54,1
	Iles Loyauté	4	4,1
	NR	14	14,3
Commune et province de résidence	Hienghène	1	1,0
	Houailou	8	8,1
	Koné	4	4,0
	Kouaoua	1	1,0
	Koumac	2	2,0
	Ouegoa	6	6,1
	Ponerihouen	2	2,0
	Poya	2	2,0
	Touho	1	1,0
	Tot Prov Nord	27	27,5
	Nouméa	31	31,6
	Dumbéa	6	6,1
	Mont Dore	7	7,1
	Païta	4	4,0
	La Foa	1	1,0
	Farino	1	1,0
	Sarraméa	1	1,0
	Bourail	1	1,0
	Yaté	1	1,0
	Tot Prov Sud	53	
	Lifou	1	1,0
	Maré	2	2,0
Ouvéa	1	1,0	
Tot Prov Iles	4	4,0	
Métropole	1	1,0	
Tot NR	13	13,2	
Déclaration avec des informations de nature	Clinique et biologique	51	52,0
	Biologique seulement	47	47,9
Critères d'évolutivité	VDRL>8 seul	78	79,6
	IgM+ seul	14	14,3
	Les deux	6	6,1
Présence d'un chancre récent parmi les 51 DO cliniques	Oui	19	37,2
	Non	32	62,7
Classification parmi les 51 DO cliniques	Primaire	24	47,0
	Secondaire	11	21,5
	Latente précoce	1	1,9
	Latente tardive	7	13,7
	NR	8	15,7

- trop de déclarations (47/98 = 47,9%) ne se font que sur des critères biologiques, ce qui ne permet pas de classer les cas de syphilis.

En conclusion :

La qualité de la déclaration se dégrade, en raison d'un certain nombre de non renseignement de la déclaration, pouvant porter le lieu de résidence, le sexe, l'âge ou les signes cliniques. En l'absence de données sur l'identité, la recherche de doublons est parfois complexe.

Le nombre de déclarations de syphilis a augmenté en 2017 (n=189) par rapport en 2016 (n=165).

La part des syphilis actives biologiquement reste stable (51,8%, contre 53,9% en 2016), avec une hyper déclaration dans quelques communes, notamment du Nord, et présence d'un chancre dans plus d'un tiers de ces syphilis actives.

▪ Note sur la Benzathine Benzylpenicilline

Suite à l'arrêt de commercialisation du médicament EXTENCILLINE, l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) a d'abord mis à disposition une spécialité italienne : la SIGMACILLINA (qui relève de la chaîne du froid). Cette spécialité a ensuite été remplacée en 2016 par la Benzathine benzylpénicilline Sandoz®.

Les indications de cette spécialité sont les mêmes que pour l'EXTENCILLINE, tout en tenant compte des recommandations de bonne pratique en vigueur : traitement de la syphilis et du pian, prophylaxie des rechutes du rhumatisme articulaire aigu.

I.2.2.5. Hépatite B et C (MDO)

L'hépatite B et l'hépatite C sont deux maladies à déclaration obligatoire.

En 2017, la DASS-NC a reçu 13 fiches de déclaration obligatoire pour l'hépatite B, dont 12 pour des hépatites chroniques, 1 pour une hépatite aiguë, et 2 fiches de déclaration obligatoire pour l'hépatite C.

Ces infections ne sont pas suffisamment déclarées par les médecins pour permettre une analyse des données du fichier MDO de la DASS-NC.

Pour les déclarations faites par les laboratoires, l'interprétation des résultats est délicate : en effet, pour être interprétées, les sérologies des hépatites B et C nécessitent le croisement entre les différents dosages d'anticorps et d'antigènes.

Rappel aux praticiens : bien déclarer les cas d'hépatite B et C à l'aide des fiches MDO appropriées.

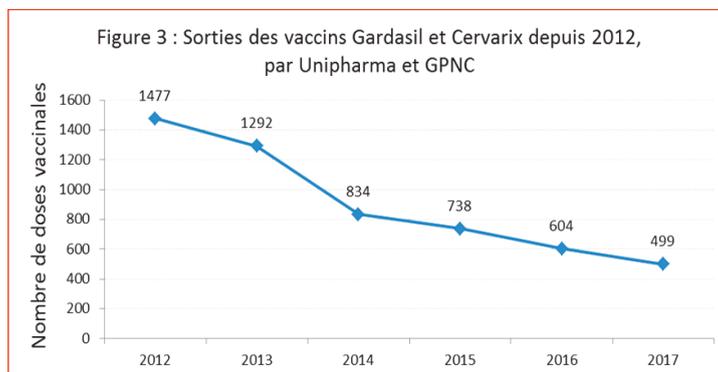
I.2.2.6. Infection à HPV (MDO)

En 2017, la DASS-NC n'a reçu aucune **fiche de déclaration** obligatoire pour les condylomes acuminés (0 en 2016).

Ces infections ne sont pas suffisamment déclarées par les médecins pour permettre une analyse des données du fichier MDO de la DASS-NC.

Les sorties faites par Unipharma et GPNC donnent une idée du nombre d'utilisation annuel des vaccins anti-HPV Gardasil* et Cervarix*. Ces chiffres sont en baisse constante depuis 2012 (Figure 3).

Il est rappelé à tous les praticiens que la vaccination anti-HPV, inscrite sur le calendrier vaccinal calédonien depuis 2011, est recommandée à l'âge de 11 ans pour les jeunes filles (nouveau calendrier vaccinal 2017).



I.2.2.7. Infections à Gonocoque et à Chlamydiae

Selon l'enquête sur les IST de 2012, les IST, les infections à chlamydiae et gonocoque sont les IST les plus représentées en Nouvelle-Calédonie.

Les infections à gonocoque et chlamydiae ne sont pas à déclaration obligatoire : afin d'avoir une idée de l'évolution du nombre de nouveaux cas pour ces deux infections, les laboratoires transmettent à la DASS-NC un relevé mensuel des analyses faites, et le nombre de patients pour qui les tests sont positifs à ces germes.

Les données sont les suivantes:



Figure 4 : Evolution du nombre de prélèvements positifs à Chlamydiae ou Gonocoque depuis 2001

Source : déclarations mensuelles des laboratoires, DASS-NC.

En 2017, le nombre total d'infections à chlamydiae déclarées s'est stabilisé à 448 cas positifs. La tendance à la baisse observée depuis 2013 (-32%) semble terminée. Le nombre d'infections à gonocoque a quant à lui augmenté de 41% entre 2016 et 2017 et poursuit sa hausse observée depuis 2014.

I.2.2.8. Herpès génital

En 2017, la DASS-NC n'a reçu aucune fiche de déclaration obligatoire pour l'herpès génital (0 en 2016).

Les médecins diagnostiquant un cas d'herpès génital ont l'obligation de le déclarer en remplissant la fiche de déclaration et en l'envoyant au service de santé publique de la DASS-NC.

I.2.2.9. Précautions et préconisations

Il est rappelé aux praticiens la nécessité de déclarer tout patient atteint d'une MDO à la DASS NC, afin que les données soient en nombre suffisant pour pouvoir les interpréter.

I.2.2.10. Situation en France métropolitaine

Source de données : site de Santé publique France. Données pour la syphilis, et les infections à gonocoque et chlamydiae.

▪ Syphilis

Les syphilis récentes (datant de moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillées à travers le réseau de cliniciens RésIST. Après avoir beaucoup augmenté jusqu'en 2011, le nombre de sites participants est relativement stable. Près des trois quarts des patients déclarés à travers ce réseau sont diagnostiqués dans des structures spécialisées : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et depuis 2016, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Le nombre de cas de syphilis récente notifiés chez les HSH n'augmente pas en 2016. Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, cette tendance à la stabilisation est aussi observée (figure 1). Parmi les patients déclarés pour une syphilis récente en 2016, 81% sont des HSH, les femmes ne représentant que 5% des cas rapportés.

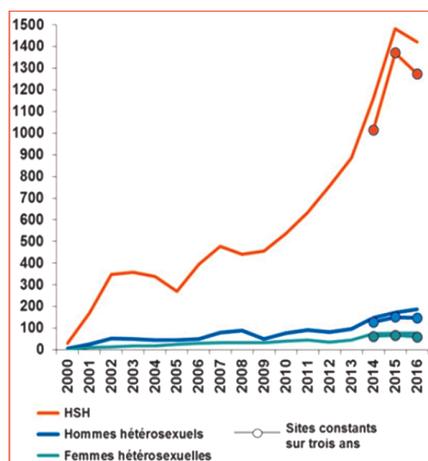


Figure 1 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe, réseau resIST, France, 2000-2016.

▪ Gonocoques et Chlamydiae

Les gonocoques sont surveillées à travers deux réseaux :

- le réseau de cliniciens RésIST, dont les patients sont diagnostiqués quasi exclusivement dans des structures spécialisées (Ciddist et CDAG : 95% en 2016) ;
- le réseau de laboratoires Rénago, dont les patients sont diagnostiqués en médecine de ville pour près de 50% d'entre eux. Ce réseau ne permet pas de connaître l'orientation sexuelle des patients, mais il surveille la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques. L'augmentation du nombre de gonocoques se poursuit en 2016 chez les hommes. Les HSH représentent 69% des patients diagnostiqués en 2016 dans le cadre du réseau RésIST, avec une augmentation du nombre de cas de 127% entre 2014 et 2016. Cette augmentation est observée quelle que soit la région. Le nombre de cas a augmenté de 40% chez les hommes hétérosexuels et de 20% chez les femmes hétérosexuelles.

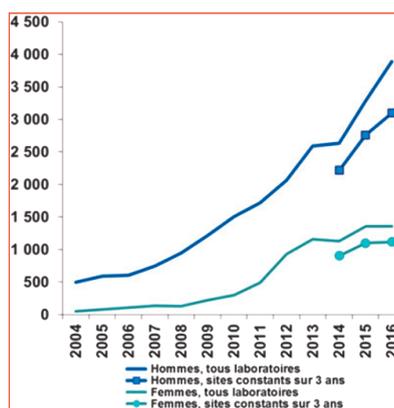


Figure 2 : Evolution du nombre de gonocoques selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2016.

La surveillance des infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis est basée sur un réseau de laboratoires Rénachla, qui ne permet pas de connaître l'orientation sexuelle des patients. L'exhaustivité de ce réseau a été estimée à 18,2% [10,6–25,9] en 2012. Le nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia trachomatis n'augmente pas en 2016 chez les femmes et les hommes. La proportion de femmes parmi les cas déclarés reste élevée en 2016 (63%) et laisse supposer que l'infection se transmettrait davantage dans le cadre de rapports hétérosexuels (figure 3).

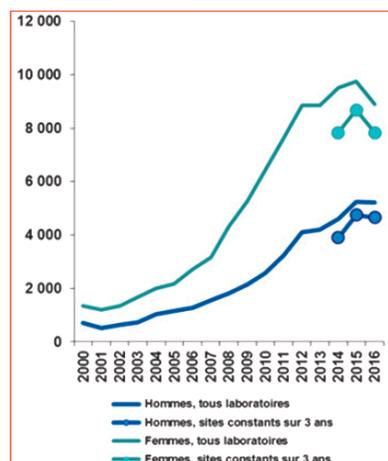


Figure 3 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2004-2016.

RELEVÉ MENSUEL DES LABORATOIRES				 DASS Direction des Affaires Sanitaires et Sociales		Mois de: DECEMBRE 2014	
						Laboratoire:	
Les laboratoires ne déclarent que les activités qu'ils réalisent ; ils ne déclarent pas les analyses sous traitées par un autre laboratoire calédonien.							
Agent infectieux	Type d'échantillon	Nbre d'échant. Traités	Nbre de patients	Nbre de patients +	Remarques		
BACTERIOLOGIE	M. leprae ⁽¹⁾	Tous					
	M. tuberculosis ^{(1) (4)}	Tous					
	N. meningitidis ⁽¹⁾	LCR			type :		
	St. pneumoniae	LCR					
	H. influenzae	LCR					
	E. coli	LCR			type :		
	M.én. à éosino	LCR					
	Autres	LCR			germes :		
	S. typhi ⁽¹⁾	Selles					
		Sang					
	S. paratyphi ⁽¹⁾	Selles				type :	
		Sang				type :	
	Salmonella sp ⁽²⁾	Selles				espèces :	
	Shigella sp ⁽²⁾	Selles				espèces :	
	N. gonorrhoeae	Génitaux				dont PPNG :	
	Chlamydiae	Génitaux					
	T. pallidum ⁽¹⁾	Chancres					
		Sang ^{(2) (3)}					
Bordetella pertussis	Respiratoires						
PCR ⁽¹⁾							
Leptospira ⁽¹⁾	Tous						
Vibrio vulnificus ⁽¹⁾	Tous						
(1) Déclarer individuellement les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (fiche de déclaration MDO individuelle)							
(2) Déclarer les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (nom du médecin, date de prélèvement, initiales du patient)							
(3) Echantillon positif en TPHA et VDRL et/ou IgM positif, indépendamment des taux, pourvu qu'ils ne soient pas nuls							
(4) Déclaration décalée à 2 mois							
Les laboratoires ne déclarent que les activités qu'ils réalisent ; ils ne déclarent pas les analyses sous traitées par un autre laboratoire calédonien.							
Agent infectieux	Type d'échantillon	Nbre d'échant. Traités	Nbre de patients	Nbre de patients +	Remarques		
PAPASITO / MYCOLOGIE	E. histolytica	Sang					
		Selles					
	Giardia	Selles					
	Ankylostomes	Selles					
	Anguillules	Selles					
	Ascaris	Selles					
	Plasmodium ⁽¹⁾	Sang				Espèces :	
	Microfilariaes	Sang				Espèces :	
Sporothrix schenckii ⁽¹⁾	Sang						
Agent infectieux	Type d'échantillon	Nbre d'échant. Traités	Nbre de patients	Nbre de patients +	Remarques		
VIROLOGIE	Dengue ⁽¹⁾	Tous			Types :		
	VIH dépistage	Sang			Réactifs:		
	VIH confirmation ⁽¹⁾	Sang			Code du patient:		
	VHA IgM ⁽¹⁾	Sang					
	VHB Ac anti HBc	Sang					
	VHB Ag HBs ⁽¹⁾	Sang					
	VHB Ac anti HBs	Sang					
	VHC dépistage	Sang					
	VHE IgM	Sang					
	VRS	Respiratoires					
	HSV	Respiratoires			Type :		
	Norovirus	Selles					
	Enterovirus	LCR / Selles			Nbre LCR : / Nbre Selles :		
Rotavirus ⁽²⁾	Selles						
(1) Déclarer individuellement les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (fiche de déclaration MDO individuelle)							
(2) Déclarer les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (nom du médecin, date de prélèvement, initiales du patient)							



**Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
de la Nouvelle-Calédonie**
Service de santé publique
Tél : 24 37 00 / Fax : 24 37 14
Email : dass@gouv.nc
Site web : www.dass.gouv.nc