

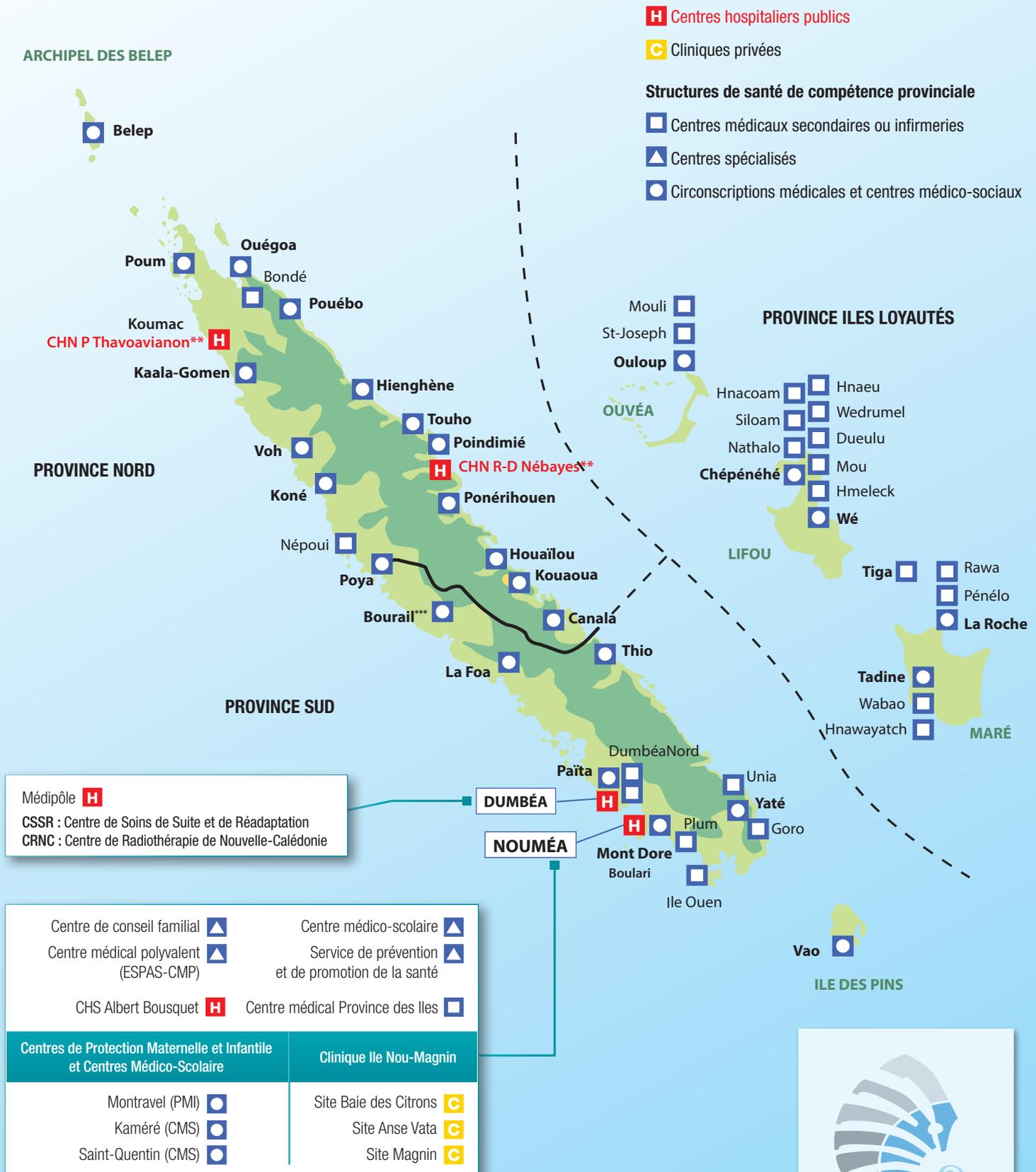


Situation Sanitaire

en Nouvelle-Calédonie

2017

Principales structures de santé de la Nouvelle-Calédonie*



* Les structures et le personnel de santé à la disposition de la population calédonienne sont détaillés dans le chapitre II : **Les services de santé.**

** Les CHN de Koumac et Poindimié disposent d'une antenne médico-psychologique rattachée au CHS Albert Bousquet.

*** 6 lits de soins de suites et de rééducation à Bourail.
- Centre mère et enfant à Poindimié et à Koumac



2017

Les données statistiques concernant l'infection à VIH proviennent de la surveillance des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) : imprimés spécifiques pour la déclaration initiale et les déclarations complémentaires des syndromes dus au VIH (disponibles en téléchargement sur le site de la DASS-NC : <http://www.dass.gouv.nc>).

I.2.3.1. Généralités

Définition des cas

Un patient est défini comme **porteur du VIH** lorsqu'il est décrit comme séropositif au VIH, c'est-à-dire, lorsqu'il est porteur d'anticorps contre le VIH-1 ou le VIH-2. Ces anticorps sont détectables au minimum à partir de 6 semaines après la contamination lorsqu'il s'agit de tests de 4^{ème} génération (combinaison de recherche d'anticorps et d'antigène) ou à partir de 3 mois lorsqu'il s'agit de tests plus anciens. En Nouvelle-Calédonie, les tests de 4^{ème} génération sont utilisés par tous les laboratoires d'analyses biologiques. La réglementation calédonienne ne permet pas encore une utilisation des TROD VIH en dehors des laboratoires de biologie médicale (texte en attente).

Un patient est défini comme « **SIDA avéré** » lorsqu'il présente des symptômes cliniques de la maladie, c'est-à-dire après la phase asymptomatique, dont la durée est variable, de quelques mois à plusieurs années (cf. figure 1). Ces symptômes correspondent à la catégorie C (code 042) de la définition de cas tel que recommandé par l'OMS (cf. guide des MDO).

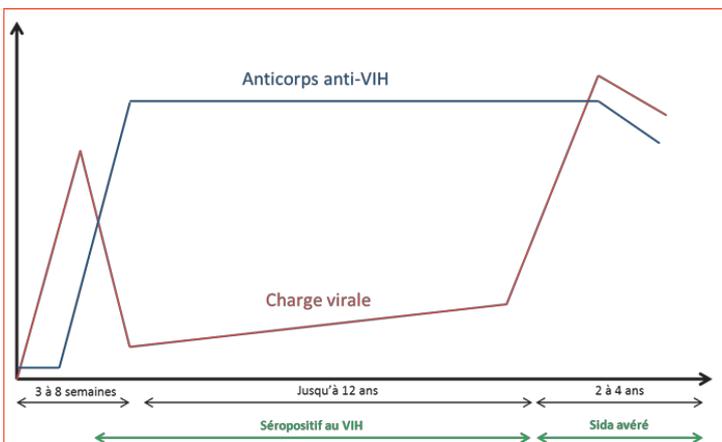


Figure 1 : Evolution naturelle (sans traitement) de la charge virale et des anticorps anti-VIH au cours du temps chez un patient porteur du virus.

I.2.3.2. Activité de dépistage

Il existe plusieurs types de dépistage du VIH :

- Obligatoire : lors de dons de sang, d'organe, ...
- Obligatoirement proposé par le médecin : en cas de grossesse.
- Dépistage volontaire :
 - nominatif et payant, mais remboursé : s'il est prescrit par un médecin.
 - anonyme et gratuit : si le patient en fait la demande auprès d'un des professionnels de santé (médecins et sage femmes) possédant l'agrément pour la pratique du dépistage anonyme et gratuit du VIH-SIDA (CDAG).

- gratuit : auprès de tout médecin des directions provinciales des actions sanitaires et sociales.

Tous les laboratoires utilisant des tests de 4^{ème} génération sont autorisés à réaliser un test sérologique de dépistage du VIH. Néanmoins, seul le laboratoire du CHT effectue localement les tests de confirmation.

En 2017, 9 laboratoires d'analyses médicales ont effectué 23 331 tests de dépistage du VIH. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2016 (20 506), avec notamment une augmentation de l'activité privée et du service de transfusion. Le dépistage systématique (don du sang) représente 32 % des dépistages.

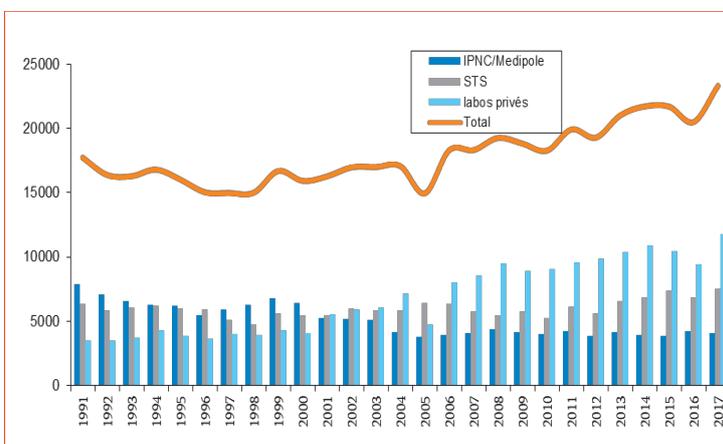


Figure 2 : évolution annuelle des tests de dépistage depuis 1991

La Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH-SIDA : les CDAG

Outre l'objectif de favoriser le dépistage pour permettre à chaque personne de connaître son statut sérologique, le dispositif CDAG est également un outil d'information et de prévention, en aidant les personnes séronégatives à améliorer leur stratégie de protection et les personnes séropositives à mobiliser leurs ressources et à entrer dans un processus de traitement et de suivi. Une consultation ne s'accompagne pas toujours d'une prise de sang, car une personne peut découvrir au cours de l'entretien qu'elle ne se sent finalement pas prête à faire le test. Les professionnels (médecins ou sages-femmes) souhaitant participer à ce dispositif doivent suivre une formation pour être agréés pour cette activité (arrêté du gouvernement de Nouvelle-Calédonie).

L'agrément est accordé pour 3 années, au terme desquelles une nouvelle formation est nécessaire. Dans l'attente d'une réflexion sur le système de dépistage du VIH, menée par les responsables du programme calédonien de lutte contre le VIH en Nouvelle-Calédonie, il n'y a, depuis 2014, plus de formation pour de nouveaux agréments, mais uniquement pour des ré-agrément. Le nombre de professionnels de

santé agréés pour les CDAG a de ce fait fortement diminué depuis 2005, en passant de 117 (80 médecins et 37 sages-femmes) à 38 en 2014 (19 médecins et 19 sages-femmes). Après 4 années de baisse d'activité, celle-ci se redresse en 2016 pour atteindre 1 776 consultations et se stabilise en 2017 à 1 682.

En 2015, parmi les 21 710 sérologies de dépistage du VIH réalisées en Nouvelle-Calédonie, seules 6,4 % l'auront été à la suite d'un CDAG. Ce sont pourtant les contenus de ces consultations qui peuvent être analysées, du fait du remplissage d'une fiche, adressée à la DASS NC.

Nombre de CDAG :

En 2017, 1 682 consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ont été effectuées sur l'ensemble du territoire calédonien. Cependant, seuls 831 formulaires CDAG ont été reçus à la DASS-NC. L'analyse ne portera donc que sur 49,4 % des CDAG.

L'âge moyen des patients ayant consulté en CDAG en 2017 est de 28 ans.

Sexe	Féminin	Masculin	Trans-sexuel	Non renseigné	Total
Nombre de patients	383	428	3	17	831
Age moyen des patients	26	29	29	30	28

Tableau 1 : Age moyen et sexe des patients ayant effectué un CDAG (2017)

Parmi les 831 consultations :

% de sérologies effectuées :

- 92 % des CDAG (n=761) ont abouti à la réalisation d'une sérologie,
- Le dépistage a été différé pour 57 personnes (item non renseigné pour 13 fiches),

Résultat des sérologies :

Aucun cas n'a été dépisté ni confirmé positif pour le VIH après un CDAG en 2017.

78 % des CDAG (n = 647) de 2017 ont été réalisées par l'ESPAS CMP de la DPASS Sud de Nouméa, alors que les CDAG effectués en dehors de Nouméa représentaient 22 % (n=184).

9 lieux de dépistage comprenant 13 prescripteurs, dont 3 lieux totalisent 91 % des dépistages.

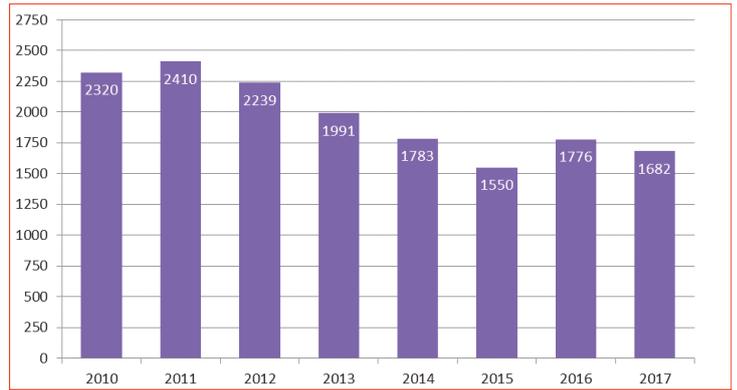


Figure 3 : Nombre de patients reçus lors d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH.

Absentéisme au résultat (patient non venu chercher son résultat) :

Certaines personnes effectuent l'entretien initial et la prise de sang, mais ne viennent pas chercher leur résultat : elles sont dites « absentes au résultat ». Bien que cela ne soit pas le seul critère de qualité à prendre en compte, plus le taux d'absentéisme au résultat sera bas, plus le dispositif CDAG sera performant.

Le taux d'absentéisme au résultat est très variable selon la structure où le CDAG était effectué.

En 2017, le taux d'absentéisme au résultat du test est globalement de 8,6 %. Ce taux est de 9,8 % à l'ESPAS-CMP, contre 7,5 % lorsque le test est effectué ailleurs. Ce taux étant calculé à partir de seulement 49,4 % des fiches, ces résultats sont à interpréter avec prudence.

En 2016, le taux d'absentéisme au résultat du test était globalement de 10 % et la variation selon le lieu du dépistage étaient minime : en effet, ce taux était de 9,9 % à l'ESPAS-CMP, contre 10,3 % lorsque le test était effectué ailleurs.

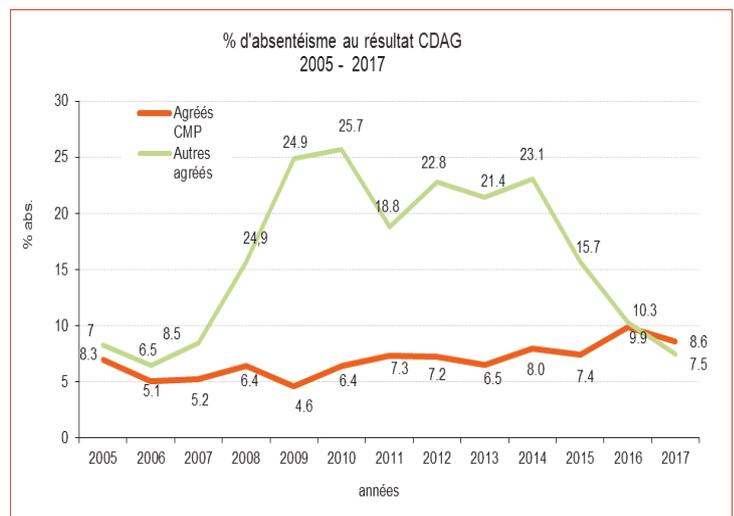


Figure 4 : Pourcentage d'absentéisme au résultat CDAG 2005-2017

Épidémiologie de la séropositivité pour le VIH en Nouvelle-Calédonie

Situation dans le monde

L'ONUSIDA estime qu'il y avait 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin de l'année 2017, soit une augmentation de 13,9 % par rapport à 2010. En 2017, près de 21,7 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès au traitement antirétroviral (ARV) dans le monde, soit environ 59 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, dont près de 59 % des adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH, mais seulement 52 % des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Enfin, de 1996 à 2017, le nombre des nouvelles infections à VIH par an a baissé de 47 % (1,8 millions en 2017) et le nombre des décès liés au sida de 51 % depuis le pic de 2004 (940 000 décès en 2017).

L'Afrique subsaharienne, où 25,7 millions de personnes vivent avec le VIH en 2017, est la région la plus touchée. Elle concentre également 65 % des nouvelles infections dans le monde, 13,6 % des nouvelles infections concernent des enfants âgés de 0 à 14 ans.

Epidémiologie en Nouvelle-Calédonie :

Depuis 1986, date du début de l'enregistrement des cas, **488 cas** au 31 décembre 2017 de séropositivité ont été enregistrés en Nouvelle-Calédonie (diagnostiqués en Nouvelle-Calédonie ou hors de Nouvelle-Calédonie). L'évolution de l'incidence des déclarations de séropositivité pour le VIH fluctue d'une année à l'autre, avec **une moyenne de 15 nouveaux cas de séropositivité enregistrés par an** ($\pm 5,93$) (cf. figure 5). Depuis 7 ans, le nombre de nouveaux séropositifs recensés en Nouvelle-Calédonie est supérieur à la moyenne locale observée depuis 1986.

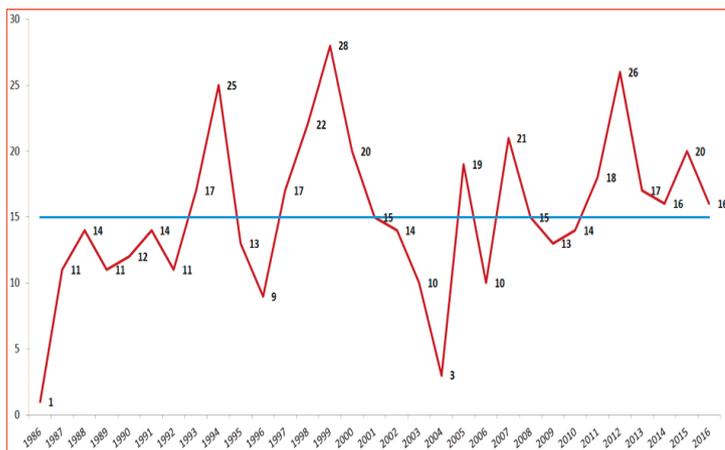


Figure 5 : Evolution annuelle de l'incidence des nouveaux cas séropositifs au VIH depuis 1986. En bleu, la moyenne (15).

En 2017, 16 nouvelles personnes ont été enregistrées comme étant séropositives au VIH en Nouvelle-Calédonie. Ce chiffre est stable par rapport à 2016 (16 nouveaux séropositifs). L'âge moyen à la déclaration des cas d'infection à VIH est de 37 ans (38 ans pour les hommes, 33 ans pour les femmes), pour les 483 cas où cette information est renseignée.

Particularité de la Nouvelle-Calédonie (NC) :
On distinguera les personnes séropositives découvertes en NC (**P**) de celles découvertes hors NC c'est-à-dire arrivant en NC en connaissant leur séropositivité (**F**).

En 2017, 10 des 16 personnes déclarées séropositives ont été dépistées en Nouvelle-Calédonie (P), alors que 6 connaissaient déjà leur statut avant leur arrivée en Nouvelle-Calédonie (F).

La proportion de « P » a évolué depuis les années 90. Entre 1986 et 1994, les « P » représentaient la majorité des cas de déclarations de séropositivité en Nouvelle-Calédonie (79 %). De 1995 à 2002, la proportion de « P » et de « F » s'est équilibrée, avec respectivement 52 % de P pour 48 % de F. Enfin depuis 2003, la proportion de « P » a diminué (35 %) et ce sont maintenant les personnes qui ont découvert leur séropositivité hors de Nouvelle-Calédonie qui représentent la majorité de l'incidence des déclarations de séropositivité (63 %). Néanmoins, il faut noter que ces données ne renseignent en rien sur la provenance ou le lieu de résidence actuel des personnes séropositives (Nouvelle-Calédonie ou hors Nouvelle-Calédonie).

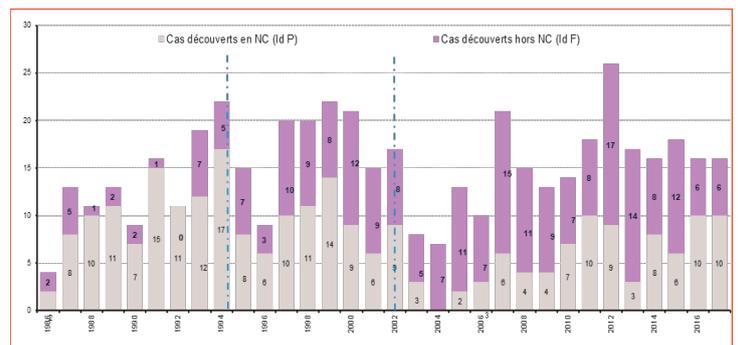


Figure 6 : Evolution annuelle des nouveaux cas de séropositivité enregistrés à la DASS-NC d'avril 1986 au 31 décembre 2017. Cas découverts en NC (Id=P) et hors NC (Id=F).

Age à la déclaration :

Malgré les stratégies de prévention ciblée, la déclaration de séropositivité des jeunes continue d'être la plus importante : 84 % des personnes ayant découvert leur séropositivité depuis 1986 avaient entre 20 et 49 ans à la déclaration en Nouvelle-Calédonie, dont 35 % pour la seule tranche des 30-39 ans au moment de la déclaration. La déclaration des plus âgés est moins fréquente (16 %).

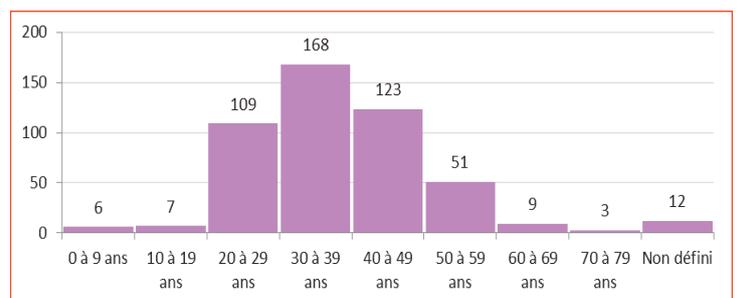


Figure 7 : répartition des 488 personnes séropositives selon l'âge au moment de la déclaration initiale, en Nouvelle-Calédonie.

Le cumul des cas des patients déclarés séropositifs depuis 1986, on compte 122 femmes, 362 hommes et 4 patients de sexe non précisé lors de la déclaration). Parmi les patients, on compte 6 enfants contaminés à la naissance (dont 3 dépistés localement et 3 encore suivis en Nouvelle-Calédonie en 2016).

Parmi les 16 cas de séropositivité **déclarés en 2017**, on compte 12 hommes et 4 femmes. Au 31/12/2017, le **sex-ratio H/F des cas cumulés** (depuis 1986) de séropositivité déclarés **est de 2,97** : on compte 362 hommes pour 122 femmes déclarés séropositifs ; le sexe n'est pas connu pour 4 déclarations.

La plus jeune personne vivant avec le VIH a 12 ans en 2017 et la plus âgée 94 ans. Depuis 1986, la moyenne d'âge à laquelle un patient est déclaré séropositif est de 35 ans (± 12 ans).

Mobilité :

Depuis 1986, 11 % des personnes déclarées séropositives (n=52) n'avaient jamais quitté le territoire Calédonien, 35 % (n=170) y habitaient depuis plus de 6 mois, 40 % (n=187) y habitaient depuis moins de 6 mois et 9 % (n=42) avaient une forte mobilité. Pour 7 % (n=32) le renseignement n'était pas disponible.

En 2017, 1 des 16 personnes séropositives enregistrées n'avait jamais quitté le territoire, 7 y vivaient depuis plus de 6 mois, 5 y vivaient depuis moins de 6 mois, 2 voyageaient beaucoup et pour 1 personne cette information n'était pas disponible.

Facteurs de risque de séropositivité :

Pour la période 1986-2017, parmi les déclarations pour lesquelles les facteurs de risque sont connus, 76 % (337/446) sont liés à un mode de transmission sexuelle du VIH et 43 % (191/446) se rapportent à des rapports sexuels de type « HSH » (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

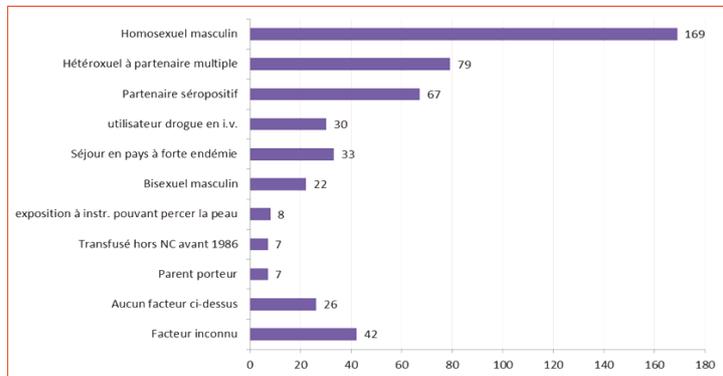


Figure 8 : répartition des 488 personnes séropositives par facteur de risque

Parmi les 16 cas enregistrés en 2017, 56 % (n=9) ont été contaminés lors d'un rapport sexuel, 12,5 % (n=2) au cours d'un séjour en pays à forte endémie et 31,2 % (n=5) concerne 3 cas avec « aucun facteur ci-dessus » et 2 cas sans précision sur les facteurs de risque.

Les cas de SIDA avérés

Au 31/12/2017, 32 % (n=154) des porteurs du VIH enregistrés depuis 1986 étaient classés au stade SIDA avéré. Pour la seule année 2017, 3 cas ont atteint le stade SIDA avéré.

Il est à signaler que l'enregistrement d'un cas séropositif vient immédiatement après la confirmation du test par le laboratoire pour les personnes testées en Calédonie, ou suit la date d'arrivée en Nouvelle-Calédonie, pour les personnes testées hors-Calédonie. Par contre, l'enregistrement d'un SIDA avéré dépend de la déclaration du médecin traitant, notifiée au moyen de la fiche complémentaire (disponible dans le guide des MDO). De ce fait, il peut y avoir un décalage entre la survenue du stade de SIDA avéré et son enregistrement.

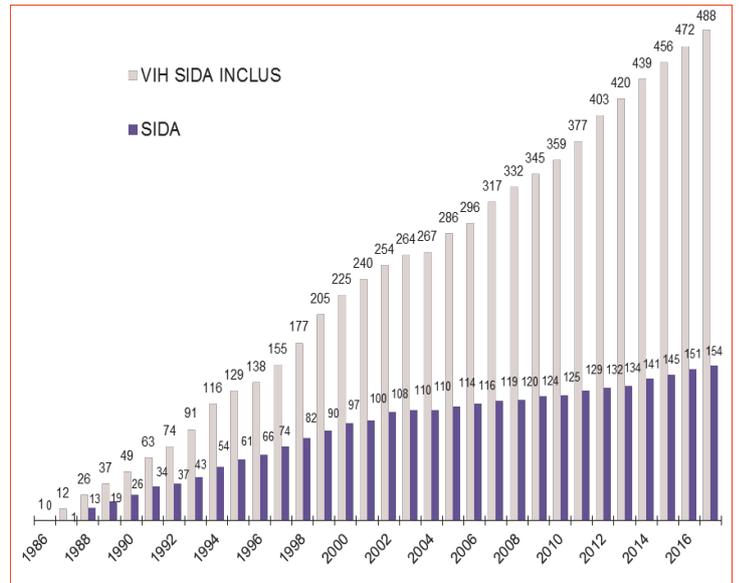


Figure 9 : cumul annuel des 488 séropositifs dont les 154 SIDA avérés enregistrés à la DASS-NC.

Suivi des cas de VIH-SIDA

File active VIH au 31/12/2017

Un numéro d'anonymat, attribué aux patients, leur permet de bénéficier de la gratuité des soins et des examens complémentaires en relation avec leur infection, tout en protégeant leur identité.

Le fichier des numéros d'anonymat a été tenu à jour par l'IPNC jusqu'à fin 2016, puis par le laboratoire du CHT.

La « file active VIH+ » est définie comme l'ensemble des patients VIH+ déclarés en Nouvelle-Calédonie depuis 1986, moins ceux étant décédés ou ayant quitté le territoire.

Au 31/12/2017, la file active des patients séropositifs était de 265, dont 228 (86 %) sont suivis régulièrement sur le territoire (36 - soit 14 % - ont été perdus de vue).

Suivi clinique

Depuis 1986, 370 pathologies associées au VIH ont été déclarées concernant 253 patients (parmi les 488 enregistrés). Les patients ont présenté simultanément ou successivement (selon les déclarations initiales ou complémentaires) : (voir tableau 2 page ci-contre).

Pathologies associées au VIH	N
Candidose	90
Infection à mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site	42
Pneumonie à Pneumocystis carinii	39
Toxoplasmose cérébrale	27
Syndrome cachectique dû au VIH	18
Syndrome constitutionnel : fièvre 38.5°C ou diarrhée > 1 mois	18
Zona	18
Infection à mycobactérie	15
Encéphalopathie due au VIH	13
Pneumonie bactérienne récurrente	12
Adénopathies	11
Cancer invasif du col utérin et carcinome in situ	10
Leucoplasie chevelue de la langue	9
Primo-infection tuberculeuse symptomatique	8
Maladies intestinales mal définies	7
Maladies intestinales à protozoaires	6
Herpès	4
Lymphomes (de Burkitt, immunoblastique, cérébral primaire)	4
Purpura thrombocytopénique idiopathique	4
Leuco-encéphalopathies multifocales progressives	4
Méningites	4
Rétinite à CMV	4
Hépatites virales B	2
Sarcome de Kaposi	1

Tableau 2 : pathologies associées au VIH

On entend par *dernier état connu*, la situation indiquée dans la dernière fiche complémentaire établie par le médecin traitant. Ainsi, parmi les 488 patients séropositifs, 79 sont décédés (dont 61 suite au VIH- SIDA), 108 ont définitivement quitté la Nouvelle-Calédonie et 36 sont perdus de vue.

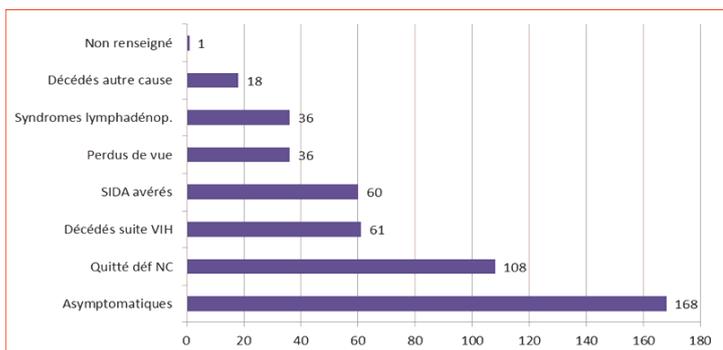


Figure 10 : répartition des patients séropositifs selon le dernier état connu (source: fiches MDO DASS-NC).

Décès

79 décès de PVVIH ont été comptabilisés depuis 1987 dont 61 dus au VIH. En 2017, 1 décès dû au VIH a été enregistré. Le nombre de décès dû au VIH a fortement diminué depuis 2010 grâce aux trithérapies antirétrovirales (Figure 11).

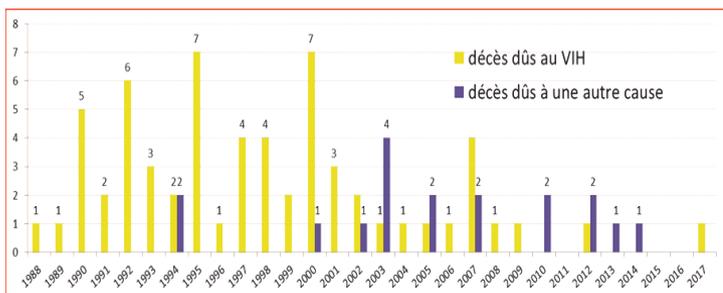


Figure 11 : nombre de décès des PVVIH par année de décès et par cause de décès

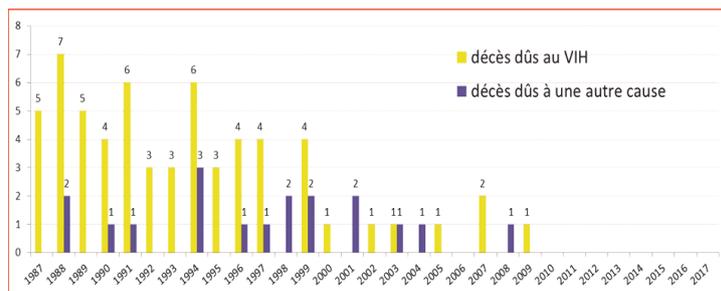


Figure 12 : répartition annuelle des décès, rapportés à l'année de déclaration de la séropositivité.

Suivi biologique (rédigé par le Dr Ann-Claire GOURINAT, laboratoire de biologie du CHT) :

Le laboratoire de microbiologie du CHT Gaston Bourret, laboratoire de référence pour le suivi des patients VIH+ sur le territoire calédonien depuis le 1^{er} novembre 2016, mesure le taux de CD4 (cellules responsables de la coordination du système immunitaire et infectées par le VIH) et la charge virale. Les demandes concernant le suivi des patients porteurs d'une infection VIH proviennent de l'ESPAS CMP, du CHT et de laboratoires privés.

Quantification des CD4 :

Elle est réalisée par le laboratoire d'hématologie. La technique utilisée est la cytométrie en flux après double marquage immuno-fluorescent CD4 / CD3 ou CD8 / CD3 sur automate Facscount® (Becton Dickinson™). Cette technique a évolué en juillet 2015 grâce à l'acquisition d'un nouveau Cytomètre de flux FACS Canto II (Becton Dickinson™).

Pour le suivi des patients VIH, **374 demandes ont été traitées** par le laboratoire d'hématologie en 2017.

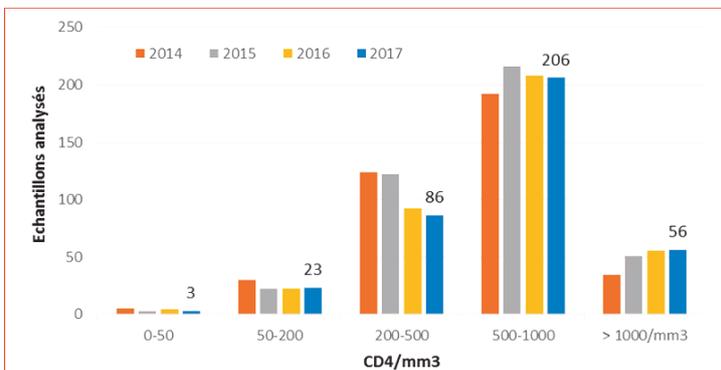


Figure 11 : Distribution du taux de CD4 par année de 2014 à 2017 chez les patients porteurs d'une infection par le VIH (IPNC)

Les demandes et les résultats sont stables selon les années. En 2017, 2 patients ont présenté une immunodépression sévère (CD4 < 50 / mm3).

Quantification de l'ARN viral :

La quantification de l'ARN du VIH est réalisée par méthode PCR basée sur le principe NASBA (Nucleic Acid Sequence Based Amplification) avec détection en temps réel (Nuclisens Easy-Q HIV1, bioMérieux). La présence d'ARN viral dans le plasma témoigne d'une répllication virale constante

dans l'organisme. La charge virale peut varier dans de nombreuses circonstances : en fonction du stade de l'infection (primo-infection, phase silencieuse, stade SIDA), du traitement antirétroviral (résistance, interactions médicamenteuses, observance...), du sous-type du VIH, qui peut être plus ou moins bien détecté en PCR.

En 2017 : 457 charges virales ont été réalisées au CHT. Ce chiffre est stable par rapport à l'année précédente (438 en 2016). Les patients ayant présenté des charges virales supérieures à 5 log étaient soit en rupture de traitement soit en découverte d'infection.

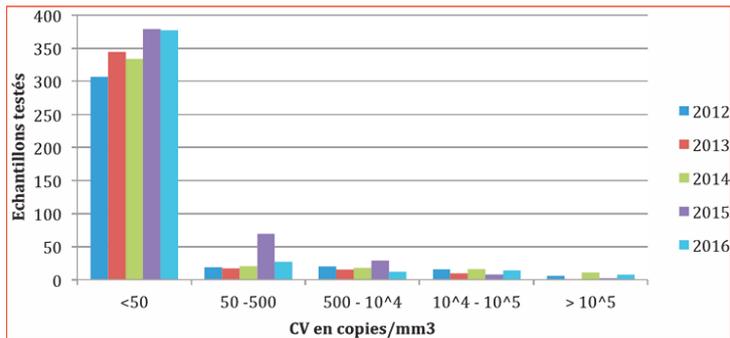


Figure 13 : Charge virale (CV) exprimée en copies/mm3 répartie par année (IPNC, 2011-2016)

Génotypage de résistance aux antivaux :

Pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de l'infection VIH, il devient indispensable pour chaque patient de connaître le profil de résistance de sa souche virale. Depuis 2007, un génotypage de résistance est réalisé de façon systématique chez tous les patients, avant toute instauration d'un traitement antirétroviral. Cela permet d'adapter d'emblée le traitement pour les patients ayant été contaminés par une souche présentant des résistances. Cet examen peut être demandé pour les patients en échec thérapeutique afin de modifier efficacement leur traitement, ou dans le but d'observer une restauration de la sensibilité à certains antirétroviraux lorsqu'une fenêtre thérapeutique à un ou à l'ensemble des médicaments est réalisée.

En 2017 : 32 demandes ont été transmises au laboratoire Cerba dont 3 sur ADN proviral et 16 patients (50 %) ont présenté au moins une résistance à un des antirétroviraux. Parmi les patients dépistés cette année, 4 étaient porteurs d'une souche présentant une résistance à un antirétroviral.

Test de tropisme CCR5 :

Le Maraviroc (Celsentri®) est une molécule, antagoniste sélective et réversible du récepteur CCR5, utilisée dans le traitement du VIH en association avec d'autres médicaments antirétroviraux. La détermination du tropisme viral est nécessaire en préalable au traitement par un antagoniste du CCR5, car ce traitement n'est pas efficace pour les patients infectés par des virus à tropisme autre que R5 c'est-à-dire de type CXCR4.

La détermination du tropisme du VIH-1 est réalisée au laboratoire de virologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-PH) par un test génotypique. A partir du séquençage de l'ARN

viral, des algorithmes informatiques permettent de prédire le phénotype du virus. Une amplification puis un séquençage des boucles V3 de la gp120 des virus plasmatiques du patient constituent la première étape.

Différents algorithmes sont appliqués pour déterminer une probabilité du tropisme viral du patient en fonction des séquences amplifiées.

En 2016 : 1 détermination du tropisme a été demandée et le résultat était également en faveur d'un tropisme CCR5.

En 2017 : 2 demandes de détermination du tropisme ont été transmises et le résultat était en faveur d'un tropisme CCR5.

ADN proviral :

L'ADN proviral du VIH est détectable par PCR dans le sang périphérique. Contrairement à l'ARN (ou charge virale), il est détectable en permanence, même sous traitement antirétroviral efficace. Sa recherche permet de confirmer une infection et est utilisée de ce fait chez les nouveau-nés de mères séropositives, chez lesquels la sérologie n'est pas indicative en raison des anticorps maternels et une charge virale ne peut en aucun cas exclure une contamination.

Cette analyse fait désormais partie du bilan de suivi des bébés nés de mères séropositives en Nouvelle-Calédonie et est envoyée au laboratoire CERBA.

3 enfants sont nés d'une mère séropositive en 2017 (1 enfant en 2016, 0 enfant en 2015, 1 enfant en 2014) et cet examen a été demandé systématiquement lors du bilan initial de suivi. Toutes les recherches ont été négatives et il n'y a eu aucune transmission mère enfant.

Cette analyse peut également être demandée chez un patient traité et non détectable afin d'envisager un génotype de résistance sur le génome intégré du virus. Ces demandes concernent des patients en demande de changement thérapeutique sur effets secondaires notables de la première ligne de traitement ou pour un confort.

I.2.3.4. Conclusion

- Rappel : en 2017, 23 331 tests de dépistage ont été réalisés en Nouvelle-Calédonie.

- 1 682 tests l'ont été de façon anonyme et gratuite (CDAG) en 2017. Le nombre de patients reçus dans le cadre de CDAG et de professionnels participant au dispositif est stable. Seul 49,4 % des fiches CDAG ont été reçues par la DASS-NC et permettent l'analyse de cette activité. Le pourcentage d'absentéisme au résultat est devenu plus important à l'ESPAS CMP.

- 16 cas de séropositivité au VIH ont été enregistrés pour l'année 2017 (10 diagnostiqués en Nouvelle-Calédonie et 6 arrivés en Nouvelle-Calédonie en connaissant leur statut sérologique). Ce chiffre est stable par rapport à 2016 (16 personnes séropositives) et à la moyenne depuis 1986 (15 cas ± 5,93 par an).

- Le nombre de nouveaux cas de SIDA avéré déclarés en 2017 est de 3.

- La file active des patients suivis était de 265 en 2017.

- 1 PVVIH est décédé en 2017. Le nombre de décès dus au SIDA depuis 1986 est de 61.

En Nouvelle-Calédonie, le taux d'incidence déclarée du VIH est faible (5,7 pour 100 000 habitants), malgré les facteurs de risques de transmission du virus (taux élevé d'infections sexuellement transmissibles, violences sexuelles, ...).

Il est essentiel de développer les moyens de dépistage pour éviter un sous-diagnostic et de maintenir les actions de prévention et de lutte contre le VIH et les IST en Nouvelle-Calédonie pour éviter que les plus jeunes n'oublient la réalité de cette épidémie, toujours présente.

Il serait également nécessaire de réaliser une nouvelle enquête de prévalence du VIH en Nouvelle-Calédonie.



**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