

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,
- 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,
- Education sexuelle en milieu scolaire,
- Conseils de prévention des IST,
- 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...

- 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 CORSENAC - 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 de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC).

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 du CHN
- Laboratoire Central, Paita, Quartier latin, Kenu In, Dumbéa Médipôle, Bourail, Koné, Ile Nou Magnin,
- Laboratoire PK7, Ducos,
- Laboratoire Catalan/Robinson,
- Laboratoire du rond-point de Magenta,
- Laboratoire Alphabiologie,
- Laboratoire du service de transfusion sanguine du CHT.

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),
- par contact dans certaines formes de la syphilis secondaire, cutanées (certaines syphilides) ou muqueuses (plaques muqueuses),
- et par voie transplacentaire pendant la grossesse, de la mère à l'enfant.

La période d'incubation est en moyenne de 3 semaines.

La maladie n'étant pas immunisante, les 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.

Syphilis	Phases	Clinique	Délais	durées
Récente	Primaire	Chancre (indolore)	20 jours (10 -100 jours) après contact	
	Secondaire	Eruptions cutanéomuqueuses durant quelques jours à quelques semaines. Parfois signes cardiaques ou neurologiques	6 – 16 semaines après contact	1 – 2 ans
	Latente précoce	Silencieux	< 1 an	
Tardive	Tertiaire	Troubles neurologiques, cardiovasculaires et psychiatriques	3 ^{ème} année	2 à > 10 ans
	Latente tardive	Silencieux	> 1 an	

Source : Santé publique France

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

236 fiches de déclaration obligatoire pour la syphilis ont été reçues par la DASS-NC en 2018 (189 en 2017).

Le taux d'incidence des déclarations a amorcé une baisse dès 1991, semblant indiquer une diminution de la fréquence de cette maladie. Depuis 2003, le taux d'incidence de ces déclarations a par contre tendance à augmenter, puisqu'il est passé de 0,4/10 000 hab. en 2003 à 8,4/10 000 hab. en 2018 (figure 1). Cependant, il s'agit de taux d'incidence des déclarations et non de la maladie elle-même.

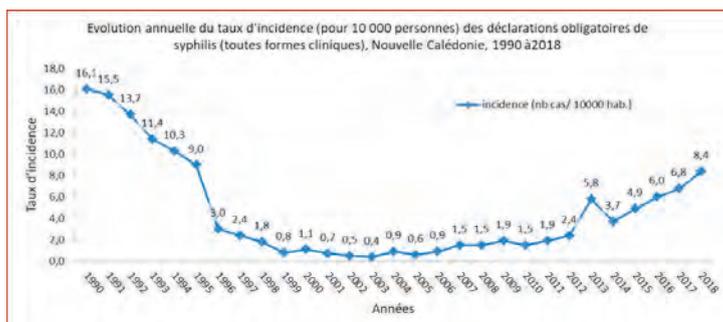
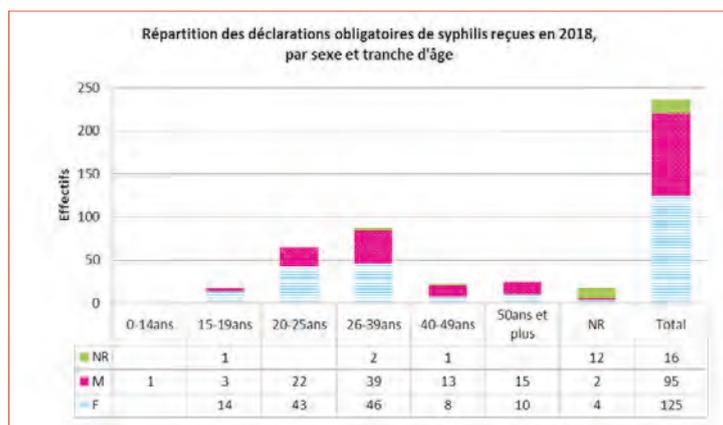


Figure 1. Sources de données : ISEE (recensement officiel pour les années 1996, 2004, 2009 et 2014 + estimations intermédiaires fournies par l'ISEE sur demande, estimations sujettes à révision), fichiers MDO DASS-NC (informatique + papiers).

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 236 cas de syphilis déclarés (figure 2), 87 patients, soit plus d'un tiers des patients appartenait à la classe modale des 26-39 ans, c'est-à-dire la classe d'âge comprenant le plus grand effectif. Les 15-39 ans représentaient 72% des cas. 53% étaient de sexe féminin



N=236 ; 16 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).

Nombre de déclarations reçues en 2018 :

- 236 déclarations ont été reçues à la DASS-NC en 2018 (contre 189 en 2017).

- 23,3% des déclarations (n=55) ont été adressées par l'Espas CMP, centre spécialisé dans le dépistage et le traitement des IST de la province Sud.

Critères de déclaration :

- 57,6% des déclarations (n=136) ont été faites sur des critères uniquement biologiques (pas de renseignement clinique)
- 40,7% (n=96) l'ont été sur des critères cliniques et biologiques,
- 1,7% déclarations (n=4) sur des critères uniquement cliniques (pas de renseignement biologique).

Complétude des 236 déclarations :

Le tableau ci-dessous montre le taux de réponse aux principales questions de la déclaration de syphilis.

La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire de façon nominative. Or l'indication du **nom des patients** n'est remplie que dans 69,9% des cas. Il est probable que le professionnel souhaite protéger l'identité du patient. Cependant, les déclarations sont confidentielles et l'absence d'identité pose des problèmes de gestion des doublons de déclaration, mais également d'analyse statistique.

On note qu'il manque très fréquemment des **renseignements cliniques** dans les déclarations reçues, ce qui nuit à la possibilité de classer plus de la moitié (57,6%) des cas de syphilis déclarés.

La notion de **chancre** était retrouvée dans 37 des 117 déclarations. Cependant, pour 9 d'entre elles, les critères biologiques d'évolutivité n'étaient pas atteints et 3 étaient sans information biologique.

Remplissage correct des DO	n	%
Nom	165	69,9
Prénom	221	93,6
Sexe	215	91,1
Date de naissance	212	89,8
Commune de résidence	198	83,9
Renseignements cliniques (seuls ou avec bio)	100	42,4
Renseignements biologiques (seuls ou avec clinique)	232	98,3
Renseignements cliniques et biologiques	96	40,7

Complétude des 236 déclarations (année 2018)

Les déclarations avec critère d'évolutivité

(défini par : VDRL > 8 et/ou IgM positive) :

- Sur les 236 déclarations de syphilis reçues à la DASS-NC en 2018, **49,6% (n=117) présentaient des critères biologiques d'évolutivité**, contre **51,8% (n=98) en 2017**.

- Le tableau page suivante présente un **tri à plat** succinct de ces 117 déclarations.

- **En croisant les données**, on note que les **chancres syphilitiques** (n=25) étaient présentés :

- dans 32% des cas par des femmes (n=8),
- dans 100,0% des cas par des moins de 40 ans et dans 16% des cas par des moins de 20 ans.

En conclusion :

Le **nombre de déclarations de syphilis** continue d'augmenter en 2018 (n=236) par rapport à 2017 (n=189) et 2016 (n=165).

NR : non renseigné		n	%	
Sexe	M	58	50,0	
	F	54	46,0	
	Trans	1	0,8	
	NR	4	3,4	
Classes d'âge (ans)	15-19	12	10,2	
	20-25	40	34,2	
	26-39	44	37,6	
	40-49	13	11,1	
	65+	5	4,3	
	NR	3	2,5	
Province de résidence	Nord	15	12,8	
	Sud	80	68,4	
	Iles Loyauté	7	6,0	
	NR	15	12,8	
Commune de résidence	Canala	2	1,7	
	Houaïlou	6	5,1	
	Koumac	2	1,7	
	Poindimié	1	0,8	
	Ponérihouen	1	0,8	
	Pouébo	1	0,8	
	Voh	2	1,7	
	Bourail	2	1,7	
	Dumbéa	10	8,5	
	Nouméa	43	36,7	
	Mont Dore	10	8,5	
	Paita	11	9,4	
	Yaté	3	2,5	
	Ile des Pins	1	0,8	
	Lifou	4	3,4	
	Maré	3	2,5	
NR	15	12,8		
Déclaration avec des informations de nature		Clinique + biologique	79	67,5
		Biologique seulement	38	32,5
Critères d'évolutivité	VDRL>8 seul		78	66,6
	IgM+ seul		24	20,5
	Les deux		15	12,8
Parmi les 79 Déclarations avec information clinique	Présence d'un chancre récent	Oui	25	31,6
		Non	52	65,8
		NR	2	2,5
	Classification	Primaire	25	31,6
		Secondaire	27	34,2
		Latente précoce	1	1,2
		Latente tardive	6	7,6
		NR	20	25,3

Analyse des 117 déclarations avec critère d'évolutivité (année 2018)

La **part des syphilis actives biologiquement** reste globalement stable (49,6% en 2018, contre 51,8% en 2017 et 53,9% en 2016), avec présence d'un chancre dans 21% de ces syphilis actives.

La **complétude** des déclarations n'est pas satisfaisante, en raison de l'absence d'informations surtout sur l'identité ou les signes cliniques, ce qui ne permet pas la recherche de doublons et la classification des formes de syphilis.

I.2.2.5. Hépatite B et C (MDO)

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

En 2018, la DASS-NC a reçu 12 fiches de déclaration obligatoire pour l'hépatite B chronique, aucune pour une hépatite B aiguë, et aucune fiche 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.

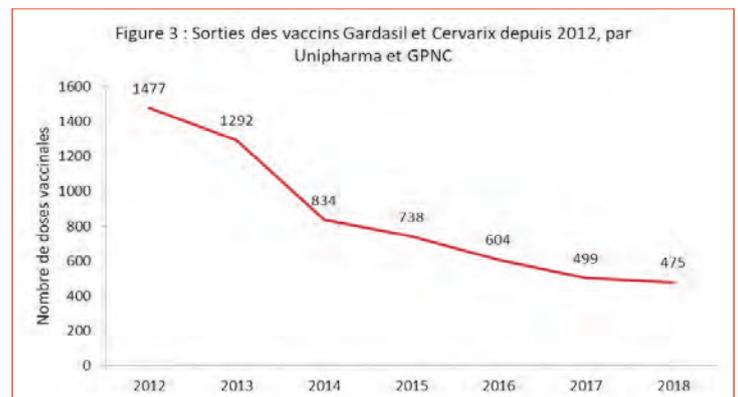
I.2.2.6. Infection à HPV (MDO)

En 2018, la DASS-NC n'a reçu aucune **fiche de déclaration** obligatoire pour les condylomes acuminés (0 en 2017).

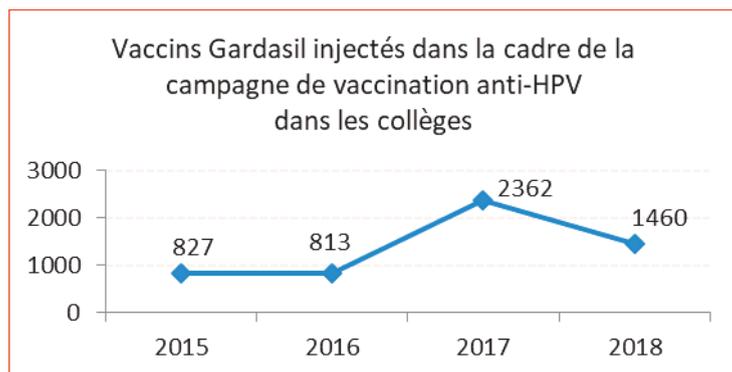
Ces infections ne sont pas déclarées par les médecins ce qui ne permet donc pas de connaître la situation épidémiologique de la Nouvelle-Calédonie vis-à-vis de cette maladie.

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).



Ces chiffres sont à mettre en parallèle des campagnes de vaccination anti-HPV réalisées dans les collèges.



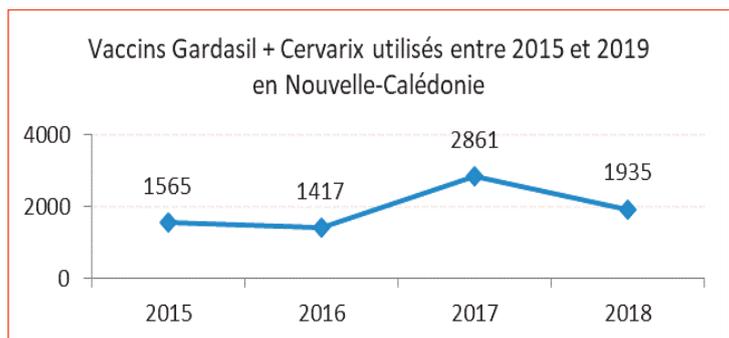
La 1^{ère} campagne était à cheval sur 2015 et 2016. La vaccination était proposée aux jeunes filles nées en 2003 (1^{ère} dose en 2015 et 2^e dose en 2016).

La 2^e campagne en 2017 était un peu particulière, car 2 classes d'âge ont été invitées afin de compenser l'absence de vaccination en 2016. La vaccination était proposée aux filles nées en 2004 et en 2005.

La 3^e campagne en 2018 était proposée aux filles nées en 2006.

La 4^e campagne se déroulera en 2019 et prendra fin le 29/11/2019.

Si on compile les 2 courbes :



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 2003

Source : déclarations mensuelles des laboratoires, DASS-NC.

En 2018, le nombre total d'infections à chlamydiae déclarées a augmenté de 448 cas positifs en 2017, à 597 cas positifs en 2018 (+33%). La tendance à la baisse observée depuis 2013 (-32%) semble terminée. Le nombre d'infections à gonocoque a quant à lui diminué de 19% entre 2017 et 2018, tout en étant la deuxième valeur la plus forte jamais observée.

I.2.2.8. Herpes génital

En 2018, la DASS-NC n'a reçu aucune fiche de déclaration obligatoire pour l'herpès génital (comme en 2017).

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 de 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).

Les infections sexuellement transmissibles

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.

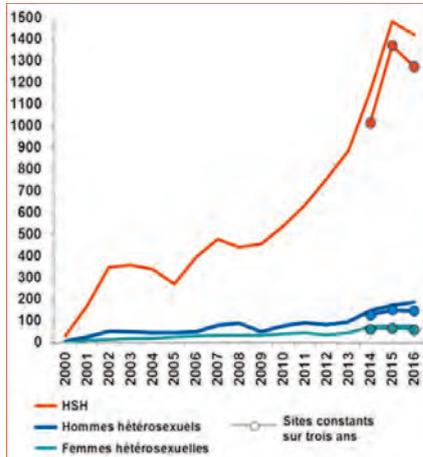


Figure 1 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe, réseau resIST, France, 2000-2016.

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).

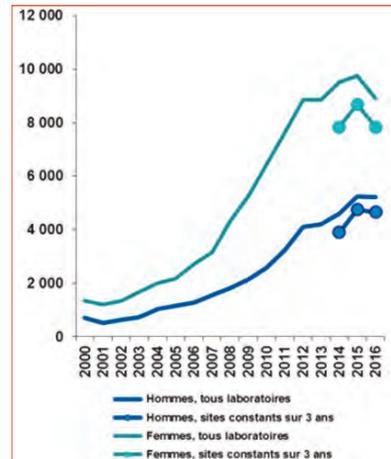


Figure 3 : Evolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2004-2016.

■ Gonocoques et Chlamydiae

Les gonococcies 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 gonococcies 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.

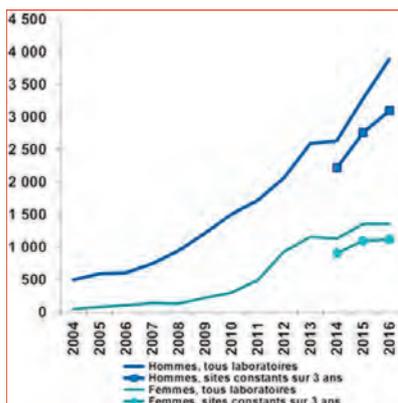


Figure 2 : Evolution du nombre de gonococcies selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2016.

RELEVÉ MENSUEL DES LABORATOIRES				DASS Direction des Affaires Sanitaires et Sociales		Mois de: DECEMBRE 2014	
					Laboratoire:		
<i>Les laboratoires ne déclarent que les activités qu'ils réalisent ; ils ne déclarent pas les analyses sous traitées par un autre laboratoire calédonien.</i>							
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						
<i>(1) Déclarer individuellement les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (fiche de déclaration MDO individuelle)</i>							
<i>(2) Déclarer les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (nom du médecin, date de prélèvement, initiales du patient)</i>							
<i>(3) Echantillon positif en TPHA et VDRL et/ou IgM positif, indépendamment des taux, pourvu qu'ils ne soient pas nuls</i>							
<i>(4) Déclaration décalée à 2 mois</i>							
<i>Les laboratoires ne déclarent que les activités qu'ils réalisent ; ils ne déclarent pas les analyses sous traitées par un autre laboratoire calédonien.</i>							
Agent infectieux	Type d'échantillon	Nbre d'échant. Traités	Nbre de patients	Nbre de patients +	Remarques		
PARASITO / MYCOLOGIE	E. histolytica	Sang					
		Selles					
	Giardia	Selles					
	Ankylostomes	Selles					
	Anguillules	Selles					
	Ascaris	Selles					
	Plasmodium ⁽¹⁾	Sang				Espèces :	
	Microfilaries	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						
<i>(1) Déclarer individuellement les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (fiche de déclaration MDO individuelle)</i>							
<i>(2) Déclarer les cas positifs à la DASS-NC dès connaissance du résultat (nom du médecin, date de prélèvement, initiales du patient)</i>							

