UNIVERSITE DES ANTILLES
2025

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° ……

Bilan d'une année d'activité du CeGIDD de Basse-Terre dans le domaine des IST : forces, faiblesses et perspectives

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 25 mars 2025

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BARTHELEMI Benjamin

Né(e) le 10/12/1991

A Uccle (Belgique)

Examinateurs de la thèse :

M. PARANT Olivier	Professeur et président de jury
M. CHERET Antoine	Professeur
M. DELAYE Thomas	Docteur en Médecine
Mme RECEVEUR Marie-Catherine	Docteur en médecine et directrice de thèse

Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY

Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Antoine ADENIS **Antoine.adenis@ch-cayenne.fr**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention** **CH de CAYENNE** **Tél. : 0594 39 50 50**
Véronique BACCINI **veronique.baccini@chu-guadeloupe.fr**	**Hématologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Pascal BLANCHET **pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr**	**Chirurgie Urologique** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 13 95**
Sébastien BREUREC **sbreurec@gmail.com**	**Bactériologie & Vénérologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 12 80**
Laurent BRUREAU **laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr**	**Urologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
André CABIE **andre.cabie@chu-martinique.fr**	**Maladies Infectieuses** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 23 01**
Philippe CABRE **philippe.cabre@chu-martinique.fr**	**Neurologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 22 61**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Raymond CESAIRE **raymond.cesaire@chu-martinique.fr**	**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 96 89 10 10**
Nadège CORDEL **nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr**	**Dermatologie & Vénérologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Pierre COUPPIE **pierre.couppie@ch-cayenne.fr**	**Dermatologie** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 39 53 39**
CHERET Antoine **antoine.cheret@chu-guadeloupe.fr**	**Thérapeutique-Médecine de la douleur** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Michel DE BANDT **Michel.DE-BANDT@chu-martinique.fr**	**Rhumatologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Bertrand De TOFFOL **Bertrand.detoffol@ch-cayenne.fr**	**Neurologie** **CH de CAYENNE** **Tél. : 0594 39 50 50**
Magalie DEMAR - PIERRE **magalie.demar@ch-cayenne.fr**	**Parasitologie et Infectiologue** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 39 53 09**
Christophe DELIGNY **christophe.deligny@chu-martinique.fr**	**Médecine Interne** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 22 55**
Félix DJOSSOU **felix.djossou@ch-cayenne.fr**	**Maladies infectieuses et tropicales** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 39 50 50**
Moustapha DRAMÉ **moustapha.drame@chu-martinique.fr**	**Épidémiologie, Économie de la Santé** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Suzy DUFLO **suzy.duflo@chu-guadeloupe.fr**	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 93 46 16**
Narcisse ELENGA **Narcisse.elenga@ch-cayenne.fr**	**Pédiatrie** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 39 77 37**
Loïc EPELBOIN **loic.epelboin@ch-cayenne.fr**	**Maladies infectieuses** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 93 50 00**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Karim FARID **karim.farid@chu-martinique.fr**	**Médecine Nucléaire** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 21 67**
Jocelyn INAMO **jocelyn.inamo@chu-martinique.fr**	**Cardiologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38**
Hatem Kallel **hatem.kallel@ch-cayenne.fr**	**Médecine intensive-réanimation** **CH de CAYENNE** **Tél. : 0594 39 50 50**
Annie LANNUZEL **annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr**	**Neurologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 14 13**
Mehdi MEJDOUBI **mehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr**	**Radiologie et imagerie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Harold MERLE **harold.merle@chu-martinique.fr**	**Ophtalmologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Mathieu NACHER **mathieu.nacher@ch-cayenne.fr**	**Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 93 50 24**
Rémi NEVIERE **Remi.Neviere@chu-martinique.fr**	**Physiologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Olivier PARANT **nicolas.venissac@chu-martinique.fr**	**Gynécologie-Obstétrique** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Stéphanie PUGET **stephanie.puget@aphp.fr**	**Neurochirurgie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Chantal RAHERISON-SEMJEN **marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr**	**Pneumologie, Addictologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Dabor RESIERE **dabor.resiere@chu-martinique.fr**	**Thérapeutique-médecine de la douleur** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Pierre-Marie ROGER **pierre-marie.roger@chu-guadeloupe.fr**	**Maladies infectieuses et tropicales** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
François ROQUES **chirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr**	**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 22 71**
Jean ROUDIE **jean.roudie@chu-martinique.fr**	**Chirurgie Digestive** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71**
Maturin TABUE TEGUO **maturin.tabueteguo@chu-martinique.fr**	**Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
André-Pierre UZEL **andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr**	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 14 66**
Magaly ZAPPA **magaly.zappa@ch-cayenne.fr**	**Radiologie et imagerie médicale** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 93 50 00**

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers	
Stéphane AMADEO **stephane.amadeo@chu-martinique.fr**	**Psychiatrie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL **jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr**	**Épidémiologie, économie de la santé et prévention** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Papa Ngalgou GUEYE **papa.GUEYE@chu-martinique.fr**	**Médecine d'Urgence** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Hossein MEHDAOUI **hossein.mehdaoui@chu-martinique.fr**	**Médecine intensive-réanimation** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Stéphane PLAWEKI **splawecki@icloud.com**	**Chirurgie Orthopédique** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Patrick PORTECOP **patrick.portecop@chu-guadeloupe.fr**	**Médecine d'urgence** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Marc PUJO **Marc.pujo@ch-cayenne.fr**	**Médecine d'Urgence** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 93 50 00**

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Cindy BERAL **cindy.beral@chu-guadeloupe.fr**	**Ophtalmologie** **CHU de Guadeloupe** **Tél. : 0590 89 10 10**
Romain BLAIZOT **Blaizot.romain@ch-cayenne.fr**	**Dermatologie-Vénéréologie** **CH de CAYENNE** **Tel : 05 94 93 50 00**
Moana GELU-SIMEON **moana.simeon@chu-guadeloupe.fr**	**Gastroentérologie hépatologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Clarisse JOACHIM-CONTARET **clarisse.joachim@chu-martinique.fr**	**Epidémiologie, économie de la santé et prévention** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH **marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr**	**Nutrition** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 13 00**
Amélie ROLLE **amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr**	**Anesthésie Réanimation** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**
Emmanuelle SYLVESTRE **Emmanuelle.sylvestre@chu-martinique.fr**	**Biostatistique, Informatique médicale et Technologie** **CHU de Martinique** **Tel : 05 96 55 20 00**
Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE **fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr**	**Endocrinologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 13 03**

Maître de Conférences	
Yoann GARNIER **Yoann.garnier@inserm.fr**	**Biologie Moléculaire et Cellulaire** **INSERM**

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticiens Hospitaliers	
Maïder FIRPION-COPPRY **maider.coppry@chu-guadeloupe.fr**	**Hygiène hospitalière** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 05 90 89 10 10**

Professeur des Universités de Médecine Générale	
Jeannie HELENE-PELAGE **jeannie.pelage@wanadoo.fr**	**Médecine Générale** **CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral** **Tel : 05 90 84 44 40**

Professeur Associé de Médecine Générale	
Franciane GANE-TROPLENT **franciane.troplent@orange.fr**	**Médecine générale** **Cabinet libéral** **Tel : 05 90 20 39 37**

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale	
Philippe CARRERE **philippe.carrere@gmail.com**	**Médecine générale** **Cabinet libéral**

Maître de Conférence Associé de Médecine Générale	
KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé **drwcdk@gmail.com**	**Médecine générale** **Cabinet libéral**
Franck MASSE **mspducos@gmail.com**	**Médecine générale** **Cabinet libéral**

Professeur émérite	
Eustase JANKY	**Gynécologie-Obstétrique** **eustase.janky@univ-antilles.fr**

Liste des chefs de clinique 2022-2023	
ABOUT Frédégonde **fredegonde.about@gmail.com**	**Maladies infectieuses** **CH l'ouest Guyanais** **Tél. : 07 67 14 40 66**
BAALA Mélina **melina.baala@gmail.com**	**Médecine Générale** **Tel : 06 95 40 09 43**

Liste des chefs de clinique 2022-2023

BARRIGAH-BENISSAN Koko **epiphanie08@yahoo.fr**	**Maladies infectieuses** **CH de Cayenne** **Tel : 06 58 11 85 52**
CASSE Léo **leo.casse@chu-guadeloupe.fr**	**ORL** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 25 45 15 93**
COCO-VILOIN Illitch **illitch.cocoviloin@gmail.com**	**Médecine interne** **CHU de Martinique** **Tel : 06 50 22 22 05**
DAGONIA Dorice **dorice.dagonia@gmail.com**	**Gériatrie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 24 66 06 93**
EECKOUT Marie **marie.eeckout@yahoo.fr**	**Médecine Générale** **Tel : 06 80 74 70 05**
FREMERY Alexis **alexis.fremery@gmail.com**	**Accueil et Traitement de Urgences** **CH de Cayenne** **Tel : 06 90 55 05 64**
GARZELLI Lorenzo **lorenzo.garzelli@aphp.fr**	**Radiologie et Imagerie Médicale** **CH de Cayenne** **Tel : 06 42 53 00 68**
HERTAULT Hugo **hugohertault@yahoo.fr**	**Chirurgie générale et viscérale** **CHU de Martinique** **Tel :06 96 36 45 54**
Jean-Pierre KARAM **jpkay11@hotmail.com**	**Neurologie** **CHU de Guadeloupe** **Tél. : 06 58 11 99 93**
KAULANJAN Kevin **kevin.kaulanjan@gmail.com**	**Urologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 49 34 42 15**
LAHUNA Constance **constance.lahuna@chu-martinique.fr**	**Maladies infectieuses** **CHU de Martinique** **Tel : 06 01 20 44 57**
LAMBERT Yann **yann.lambert@ch-cayenne.fr**	**Santé publique** **CH de Cayenne** **Tel : 06 76 64 67 49**

Liste des chefs de clinique 2022-2023

LARA Kève-Yann **keve_yannlara@hotmail.com**	**Médecine Générale** **Maison médicale** **Tel : 06 90 25 25 28**
LETCHIMY Laurys **letchimy.laurys@orange.fr**	**Gériatrie** **CHU de Martinique** **Tel : 06 96 51 32 21**
LETHONGSAVARN Vincent **vince.leths@gmail.com**	**Anatomie et Pathologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 37 39 29 63**
MONTAGNAC Clémentine **montagnac.clementine@gmail.com**	**Neurologie** **CH de Cayenne** **Tel : 06 14 89 13 13**
NEGRELLO Florian **negrello.florian@gmail.com**	**Médecine d'urgence** **CHU de Martinique** **Tel :06 90 24 01 44**
NIAUX Moïse **moiseniaux@gmail.com**	**Médecine Générale** **Tel : 06 94 24 22 98**
POSTEL-VINAY Pierre **pierre.postel.vinay@gmail.com**	**Réanimation** **CHU de Martinique** **Tel : 06 88 03 99 23**
REJAUDRY-LACAVALERIE Mickaël **lacavaleriemickael@gmail.com**	**Cardio/Labo Ea 7526** **CHU de Martinique** **Tel : 06 82 38 78 00**
ROMAMA Julie **julie.romana@gmx.fr**	**Gériatrie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 90 98 78 03**
ROTSEN Dryss **dryssrotsen@orange.fr**	**Psychiatrie** **CHU de Martinique** **Tel : 06 75 82 19 02**
SUZON Benoît **benoitsuzon@gmail.com**	**Médecine interne** **CHU de Martinique** **Tel : 06 07 83 17 90**
STEMPFER Gautier **gautierstempfer@hotmail.fr**	**Urologie** **CHU de Guadeloupe** **Tel : 06 90 19 50 41**

Liste des chefs de clinique 2022-2023	
THEVENET Eugénie **eugethevenet@gmail.com**	**Cardiologie** **CHU de Martinique** **Tel : 06 27 72 67 94**
WEBER Stéphanie **stephanie.weber@live.fr**	**Parasitologie-mycologie** **CH de Cayenne** **Tel : 06 29 14 89 55**

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

À Monsieur le **Professeur PARANT**, merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Merci pour la gentillesse dont vous avez fait preuve lors de notre rencontre. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et gratitude

À Monsieur le **Professeur CHERET**, merci pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et gratitude.

À Monsieur le **Docteur Thomas DELAYE**, merci pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse. Merci pour les conseils avisés que vous m'avez prodigué pendant l'élaboration de cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et gratitude.

À Madame le **Docteur Marie-Catherine RECEVEUR**, je vous suis infiniment reconnaissant de m'avoir encadré lors de la réalisation de ce travail. Vous avez été une immense source de gentillesse et de patience. Vous m'avez laissé travailler à mon rythme, et avez été présente pour moi tout au long de cette étape importante. Merci pour votre disponibilité et le temps que vous avez accordé au projet. Je vous remercie aussi pour les conseils et critiques que vous m'avez apportés, toujours avec tact, pertinence et bienveillance. Soyez assurée de ma plus profonde reconnaissance, gratitude et admiration.

À toute l'équipe du CeGIDD de Basse-Terre, je vous remercie sincèrement pour l'aide que vous m'avez apporté et pour l'accueil chaleureux dont vous avez fait preuve.

À Monsieur **Benoît TRESSIERES**, je vous suis sincèrement reconnaissant pour votre aide précieuse et pour le temps que vous m'avez consacré. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et gratitude.

Au Docteur CHELLE du laboratoire du CHBT, merci pour toutes vos réponses qui ont contribuer à ce travail.

À tous les médecins qui ont été des modèles pour moi tout au long de ma formation, je vous remercie d'avoir fait preuve de tant d'empathie et de bienveillance. J'espère un jour pouvoir prétendre égaler votre humanité.

À tous les amis et amies qui m'ont accompagné, tout au long de ma vie, dans les rires et les larmes, je vous remercie du fond du cœur d'avoir toujours été là pour moi.

À ma famille, je vous remercie pour l'amour que vous m'avez donné.

Table des matières

I. Introduction 1919

A. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic 1919

B. Les infections sexuellement transmissibles (IST) : un problème mondial majeur de santé publique 2020

C. Le dépistage des principales IST en France 2121

1. L'infection par le VIH 2121

2. La chlamydiose uro-génitale 2424

3. La gonococcie 2626

4. La syphilis 2929

5. L'hépatite B 3131

6. L'hépatite C 3232

7. Le papillomavirus humain 3333

8. A propos des vaginoses : 3838

II. Matériels et méthodes 3939

A. Généralités 3939

B. Population et variables étudiées 4040

1. Variables médico-socio-démographiques 4040

2. Variables cliniques 4040

C. Utilisation des variables 41
D. Aspects éthiques et réglementaires 41
E. Analyses statistiques 42
III. Résultats 43
A. Données démographiques 43
B. Données de consultation 46
1. Motifs de consultation 46
2. Comportements sexuels et facteurs de risque 47
3. Signes cliniques évocateurs d'IST 48
4. Dépistage des IST 51
5. Traitements 57
6. Suivi de contrôle post traitement 59
IV. Discussion 60
A. Forces de l'étude 60
B. Limites de l'étude 60
C. Analyse des données démographiques 61
D. Analyse des données de consultations 64
1. Motifs de consultation 64
2. Comportements sexuels et facteurs de risque 65
3. Signes cliniques d'IST 68

4. Dépistage, traitement et suivi post-traitement des IST 7070

5. Rappel de la prévention 8484

V. Conclusion..... 8585

VI. Liste des annexes..... 8888

VII. Bibliographie..... 8989

Abréviations

AEV : Accident d'Exposition au VIH

Ac : Anticorps

Ag : Antigène

ARN : Acide RiboNucléique

ARS : Agence Régionale de Santé

CDAG : Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CHBT : Centre Hospitalier de Basse-Terre

Chemsex : CHEMical SEX ou sexe sous drogue

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDDIST : Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNR : Centre National de Référence des IST

COREVIH : COmités de coordination REgionaux de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine

Doxy-PEP : Doxycycline Pre-Exposition Prophylaxis

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

HPV : Human Papilloma Virus

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IM : Intra Musculaire

IV : Intra Veineuse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymérase Chain Reaction

PID : Pelvic Inflammatory Disease ou maladie inflammatoire pelvienne

PND : Patients Nouvellement Diagnostiqués

PrEP : Prophylaxie Préexposition

SNDS : Système National de Données de Santé

TDS : Travailleurs du Sexe

TFH : Transgenre Femme Homme

UDI : Usagers de Drogues Injectables

UI : Unité Internationale

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

Introduction:
Les IST représentent un problème de santé publique mondial. La Guadeloupe est une région particulièrement touchée où l'incidence des différentes IST reste élevée malgré les activités importantes de dépistage. Les CeGIDD de Guadeloupe, dont celui de Basse-Terre jouent un rôle fondamental dans la prévention, le dépistage et le traitement de ces IST. L'objectif de cette étude est de décrire l'activité en lien avec les IST en 2023 au CeGIDD de Basse-Terre afin d'évaluer les forces et faiblesses du dispositif et les améliorations potentielles.

Matériels et méthodes :
Une étude épidémiologique observationnelle a été menée à partir des données de Nadis®, un logiciel national de recueil et d'exploitation des données médicales. Toutes les consultations effectuées entre le 1e janvier 2023 et le 31 décembre 2023 au CeGIDD de Basse-Terre ont été analysées dans cette étude.

Résultats :
1829 consultations de 801 patients différents ont eu lieu dont 777 consultations pour un dépistage d'IST. L'âge médian des patients était de 26 ans et la répartition hommes-femmes est équitable. Des manifestations cliniques évocatrices d'IST ont été rapportées par 70 patients, représentant 3,8 % des passages au CeGIDD et 9,0% des consultations de dépistage. Ont été réalisés, 632 dépistages VIH (0 positif), 372 dépistages VHB (3 positifs), 349 dépistages VHC (0 positif), 497 dépistages syphilis (10 positifs), 568 dépistages gonocoques (28 positifs) et 573 dépistages chlamydia (98 positifs).

Discussion :
La population consultant au CeGIDD de Basse-Terre est plutôt jeune, avec une répartition équilibrée en termes de genre. Les populations vulnérables sont sous représentées et des actions hors les murs dirigées vers ces dernières doivent être multipliées. Les protocoles de prélèvement, bien que déjà améliorés, mériteraient d'être revus après une étude médico-économique des coûts induits. Un protocole de recherche en collaboration avec le CNR pour l'étude des souches locales résistances aux antibiotiques serait utile.

Mots-clés :

Abstract

Introduction:

Sexually transmitted infections (STIs) represent a global public health issue. Guadeloupe is a particularly affected region where the incidence of various STIs remains high despite extensive screening activities. The french STI clinics (CeGIDD) in Guadeloupe, including that of Basse-Terre, play a fundamental role in the prevention, screening, and treatment of these infections. The objective of this study is to describe STI-related activity at the Basse-Terre CeGIDD in 2023 to assess the strengths and weaknesses of the system and identify potential improvements.

Methods:

An observational epidemiological study was conducted using data from Nadis®, a national software for collecting and analyzing medical data. All consultations carried out at the Basse-Terre CeGIDD between January 1, 2023, and December 31, 2023, were analyzed in this study.

Results:

A total of 1,829 consultations were conducted for 801 different patients, including 777 consultations specifically for STI screening. The median age of patients was 26 years, with an equal gender distribution. Clinical manifestations suggestive of an STI were reported by 70 patients, representing 3.8% of all visits to the CeGIDD and 9.0% of STI screening consultations. The following screenings were performed: 632 HIV tests (0 positive), 372 HBV tests (3 positive), 349 HCV tests (0 positive), 497 syphilis tests (10 positive), 568 gonorrhea tests (28 positive), and 573 chlamydia tests (98 positive).

Discussion:

The population consulting the Basse-Terre CeGIDD is relatively young, with a balanced gender distribution. Vulnerable populations are underrepresented, and outreach initiatives targeting these groups should be expanded. Although sample collection protocols have already been improved, they should be reviewed following a medico-economic study of the associated costs. A research protocol in collaboration with the National Reference Center (CNR) to study local antibiotic-resistant strains would be beneficial.

Keywords :

I. Introduction

Le travail qui suit reprend le bilan de l'activité du CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) de Basse-Terre sur l'année 2023 de façon à pouvoir l'analyser et proposer des axes d'améliorations potentiels après avoir posé le problème dans un contexte mondial et national.

A. Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

Les CeGIDD ont été créés en 2016 en France pour remplacer les anciens CDAG (Centres de dépistage anonymes et gratuits) et CIDDIST (Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles). Cette réforme s'inscrivait dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 (1), visant à améliorer la qualité et l'accès aux services de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) tout en simplifiant leur gestion juridique et financière.

Les CeGIDD sont sous la supervision des agences régionales de santé (ARS) et peuvent être gérés par divers acteurs, notamment les établissements de santé, les associations ou les collectivités territoriales. Les services proposés y sont entièrement gratuits et peuvent être effectués de manière anonyme ou nominative, selon le choix de l'usager. Les CeGIDD sont financés par l'assurance maladie au moyen d'une allocation annuelle forfaitaire. Cette allocation est déterminée en fonction de divers critères, notamment du périmètre des dépenses d'activité, de l'activité du centre constatée au cours des trois dernières années et du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle (2).

Ces centres sont ouverts à l'ensemble de la population, y compris les personnes sans couverture sociale, les mineurs sans autorisation parentale, et les personnes en situation irrégulière. Ils doivent toutefois mettre un accent particulier sur les populations les plus vulnérables face aux risques de transmission des IST (travailleurs du sexe (TDS), patients sans couverture sociale …etc..)(1).

Les missions principales des CeGIDD sont (Annexe 1) :

- La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les IST
- La prévention des autres risques liés à la sexualité (violences conjugales, grossesses non désirées, etc…) dans une approche globale de santé sexuelle.

B. Les infections sexuellement transmissibles (IST) : un problème mondial majeur de santé publique

« L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation du terme d'infections sexuellement transmissibles plutôt que de maladies sexuellement transmissibles (MST) pour prendre en compte la fréquence des formes asymptomatiques. […] Les plus fréquentes des IST sont la gonococcie, la syphilis, les chlamydioses, la trichomonose, l'herpès génital et les papillomaviroses. »(3,4)

Selon les estimations de l'OMS, en 2022, 39 millions de personnes dans le monde étaient atteintes du VIH. 1,3 million de personnes l'ont contracté cette année-là et 630 000 personnes sont mortes de causes liées au VIH (5). En 2020, 374 millions de personnes âgées de 15 à 49 ans auraient contracté l'une des quatre IST suivantes : chlamydiose, gonorrhée, syphilis ou trichomonase. L'infection par le virus du papillome

humain (HPV) est associée à plus de 311 000 décès dus au cancer du col de l'utérus chaque année. De plus, l'émergence de résistances aux traitements vient renforcer les difficultés d'éradication des IST dans le monde.

C. Le dépistage des principales IST en France

1. L'infection par le VIH

En 2022, la France a enregistré environ entre 4 200 et 5 700 nouvelles découvertes de séropositivité au VIH, une estimation fondée sur l'exhaustivité des données de déclaration. Ce chiffre représente une légère diminution par rapport aux années précédentes, possiblement due à deux facteurs : aux perturbations causées par la pandémie de COVID-19 sur le dépistage mais aussi sur les possibilités de contamination. Le taux de positivité des tests de dépistage était de 1,6 pour 1 000 tests, confirmant une tendance à la baisse observée entre 2012 et 2021 (6).

En termes de dépistage, 6,5 millions de tests de sérologie VIH ont été effectués en 2022 (pour 5,3 millions de tests en 2012). Environ 44 % de ces tests ont été réalisés par des personnes âgées de 20 à 29 ans. 65 600 autotests VIH ont été vendus, soit une légère augmentation par rapport à 2021.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022, 54% sont hétérosexuelles (38% nées à l'étranger et 16% nées en France), 41% sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (27% nés en France et 14% nés à l'étranger), 2% des personnes transgenres contaminées par rapports sexuels et 1% des usagers de drogues injectables (UDI). Moins de 1% sont des enfants de moins de 15 ans, principalement contaminés par transmission materno-fœtale (6).

En 2022, environ 43 % des personnes diagnostiquées avec le VIH en France ont découvert leur infection à un stade tardif (stade sida ou taux de CD4 < 350/mm3 hors primo-infection), dont 28 % d'entre elles à un stade avancé (stade sida ou taux de CD4 < 200/mm3 hors primo-infection). Cette proportion reste stable depuis plusieurs années. En Guadeloupe, depuis 2020, la part des patients nouvellement diagnostiqués (PND) à un stade avancé a augmenté : 37% en 2021 et 38% en 2020 alors qu'elle n'était que de 22% en 2019 (7).

En ce qui concerne la région Guadeloupe et îles du nord, comprenant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, le taux de sérologie VIH réalisé (194 pour 1000 habitants) est plus élevé que celui de France hexagonale (entre 68 et 130 pour 1000 habitants). Le taux de découvertes de séropositivité VIH est aussi plus important en Guadeloupe (323 par million d'habitants) qu'en France hexagonale (entre 36 et 190 par million d'habitants).

Cette disparité entre la Guadeloupe et l'hexagone souligne l'importance d'intensifier les campagnes de dépistage et d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux pour réduire la progression de l'épidémie (6).

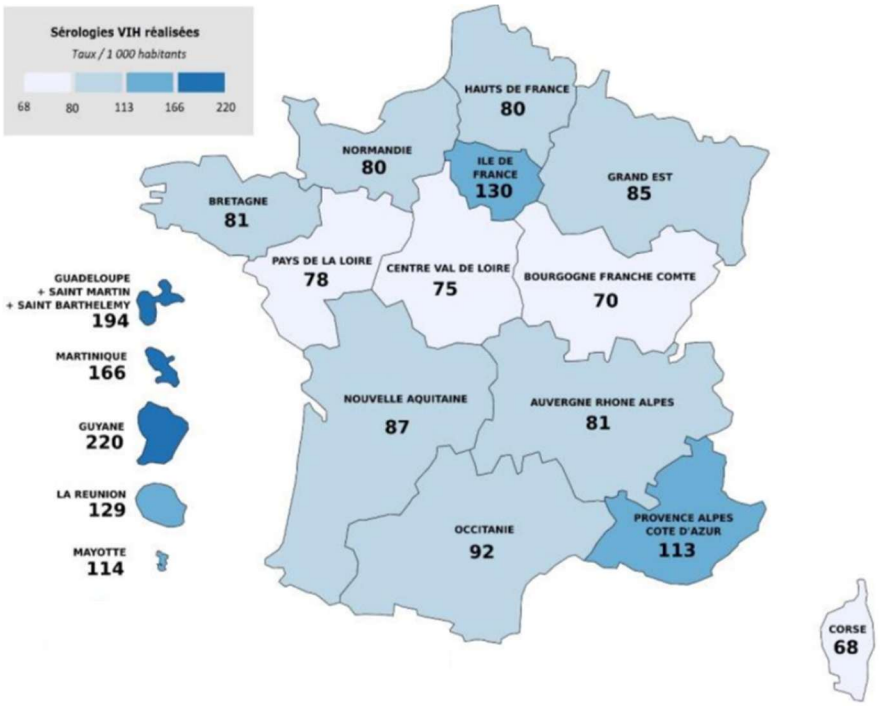

Figure 1. Taux de sérologie VIH réalisées par région pour 1000 habitants, France 2022
Source : Santé Publique France, LaboVIH 2022)

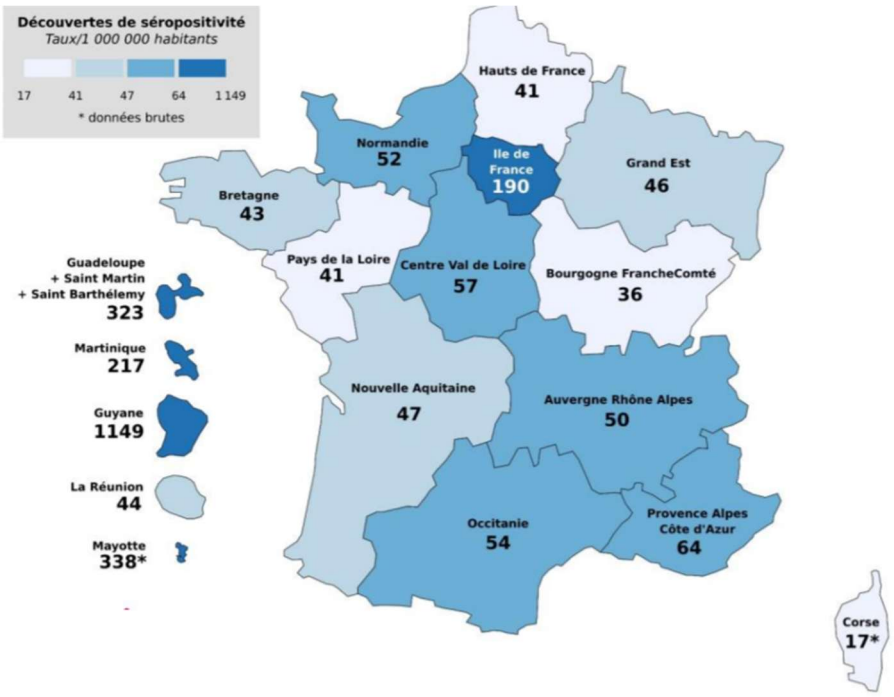

Figure 2. Taux de découvertes de séropositivité VIH par région de domicile (par million d'habitants), France, 2022
Source : Santé Publique France, Déclaration Obligatoire VIH, données corrigées au 30/06/2023 (estimations "hautes")

2. La chlamydiose uro-génitale

La chlamydiose à *Chlamydia trachomatis* est l'IST bactérienne la plus fréquemment rapportée dans le monde, et elle représente un enjeu majeur de santé publique. En France, cette infection connaît une progression inquiétante ces dernières années, notamment chez les jeunes adultes. L'absence fréquente de symptômes, particulièrement chez les femmes, complique le diagnostic précoce et favorise la transmission. De plus, une infection à *C. trachomatis* chez la femme peut entraîner des complications telles qu'une cervicite, une salpingite, ou encore une inflammation chronique du pelvis (PID). Les conséquences potentielles des PID sont l'infertilité, des douleurs chroniques du pelvis et un risque accru de grossesse extra-utérine.

En 2022, environ 2,6 millions de personnes en France ont bénéficié d'un dépistage remboursé pour une infection à *C. trachomatis* au moins une fois dans l'année. Le dépistage de cette infection sexuellement transmissible (IST) continue de croître de façon régulière, en dehors d'une diminution ponctuelle observée en 2020.

Par ailleurs, le nombre de diagnostics confirmant une infection à *C. trachomatis* est en augmentation constante au cours des dernières années. En 2014, le nombre de personnes de plus de 15 ans, diagnostiquées pour une infection à *C. trachomatis* au moins une fois dans l'année, en secteur privé et publique (hors hospitalisation) était estimé à 23 500. En 2022, ce chiffre atteint 53 000 personnes et les taux d'incidence des cas diagnostiqués pour 100 000 habitants sont de 103 chez les hommes et de 88 chez les femmes.

Les taux de dépistage ainsi que les taux de diagnostics sont plus élevés dans les départements et régions d'Outre-mer (6). Ceux-ci sont repris en figure 3 et 4.

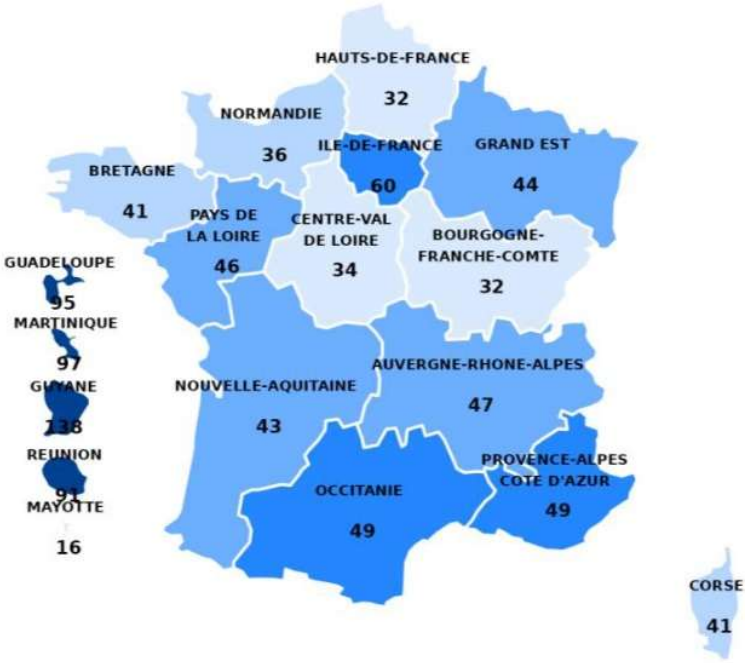

Figure 3 Taux de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis par région de domicile pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022
Source : Assurance maladie, Système national des données de santé (SNDS). Exploitation Santé publique France, juillet 2023

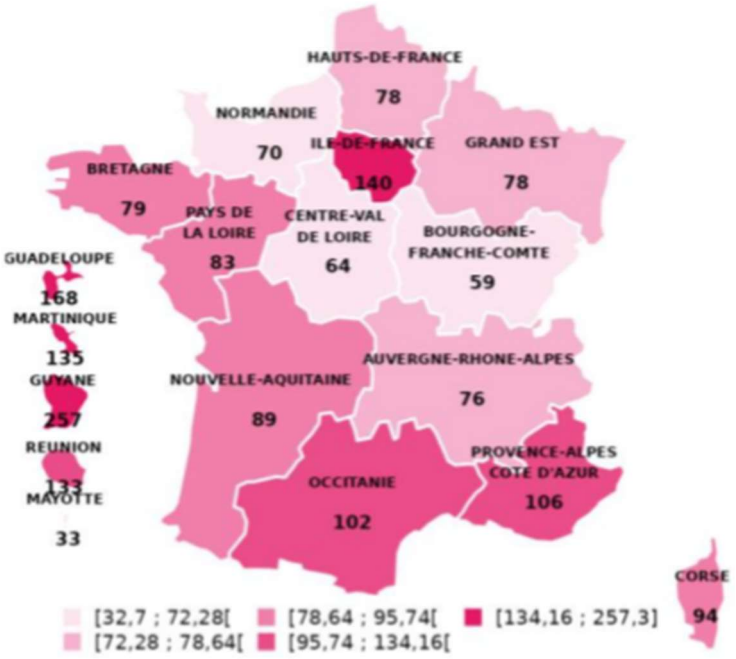

Figure 4.Taux d'incidence des diagnostics d'infection à C. trachomatis en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personne diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100.000 habitants), France, 2022
Source : Assurance maladie, SNDS. Exploitation Santé publique France, juillet 2023

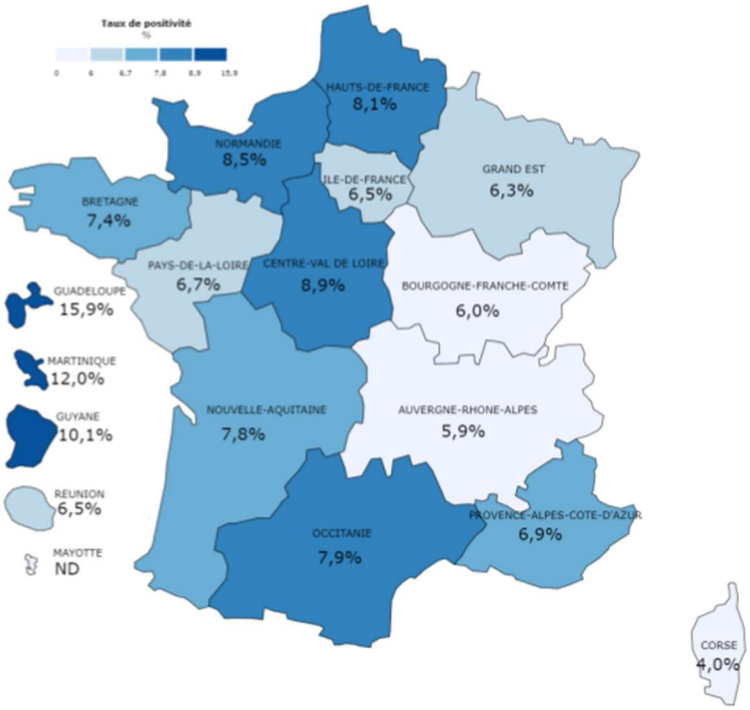

Figure 5. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à C. trachomatis en CeGIDD, par région des CeGIDD, France, 2022
Source : Données des rapports d'activité et performance des CeGIDD. Exploitation Santé Publique France

3. La gonococcie

En 2020, l'OMS estimait à environ 82,4 millions de nouveaux cas d'infections à *Neisseria gonorrhoeae* parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans dans le monde. En 2022, en France environ 3 millions de personnes âgées de 15 ans et plus ont réalisé au moins un dépistage de la gonococcie sur l'année. Ce qui correspond à un taux de dépistage national de cette tranche d'âge de 53 pour 1 000 habitants (en secteur privé et public, hors hospitalisation et excluant les dépistages gratuits en CeGIDD). En plus des dépistages pris en charge par l'Assurance maladie, environ 365 000 dépistages gratuits de l'infection à gonocoque ont été effectués en CeGIDD. Le taux de positivité de ces derniers varie selon les régions entre 0,9% et 4,9%.

En Guadeloupe, la même année, le taux de dépistage est de 96 pour 1000 habitants (en secteur privé et public, excluant les dépistages gratuits en CeGIDD). Le taux de positivité des tests de dépistage de l'infection à gonocoque réalisés en CeGIDD est de 4,8% en Guadeloupe (6).

Cette infection représente un problème majeur de santé publique en raison de la montée rapide de la résistance aux antibiotiques. Cette résistance a été observée avec des antibiotiques tels que les tétracyclines, les quinolones et même les céphalosporines de troisième génération (8).

En France, la situation est également préoccupante avec une hausse des cas de résistance aux traitements. Par exemple, en 2023, plusieurs souches de gonocoque extrêmement résistant ont été identifiées, la plupart ayant été importées suite à des voyages en Asie (9). En 2010, une dose unique de 125 mg de ceftriaxone en intra-musculaire était suffisante pour permettre la guérison de 98,9% des cas (10). En 2016 la dose recommandée était d'une injection unique de 500 mg de ceftriaxone. A ce jour, les dernières recommandations sont d'une injection unique d'1 g. Le contrôle de cette infection reste donc un défi croissant.

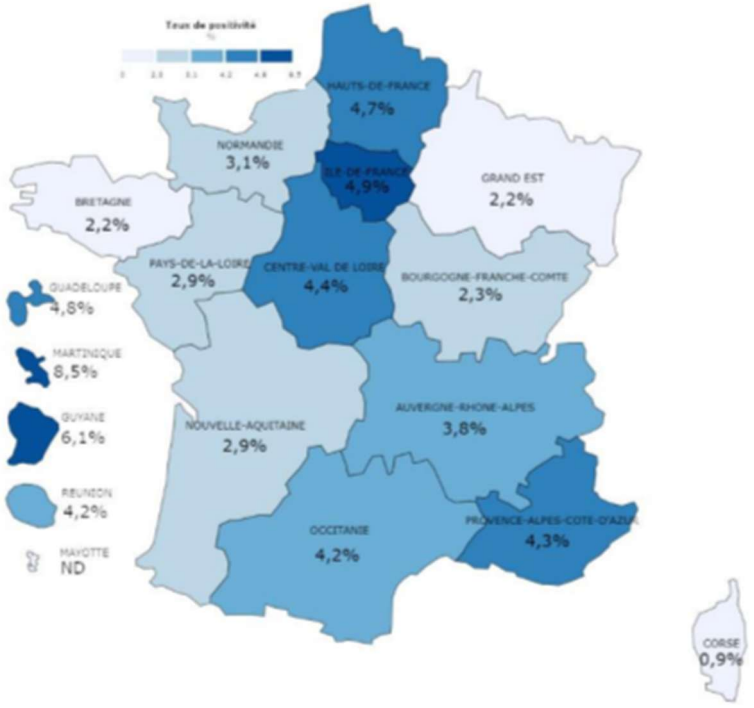

Figure 6. Taux de positivité (%) des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, par région des CeGIDD, France, 2022.
Source : Données des rapports d'activité et performance des CeGIDD. Exploitation Santé Publique France

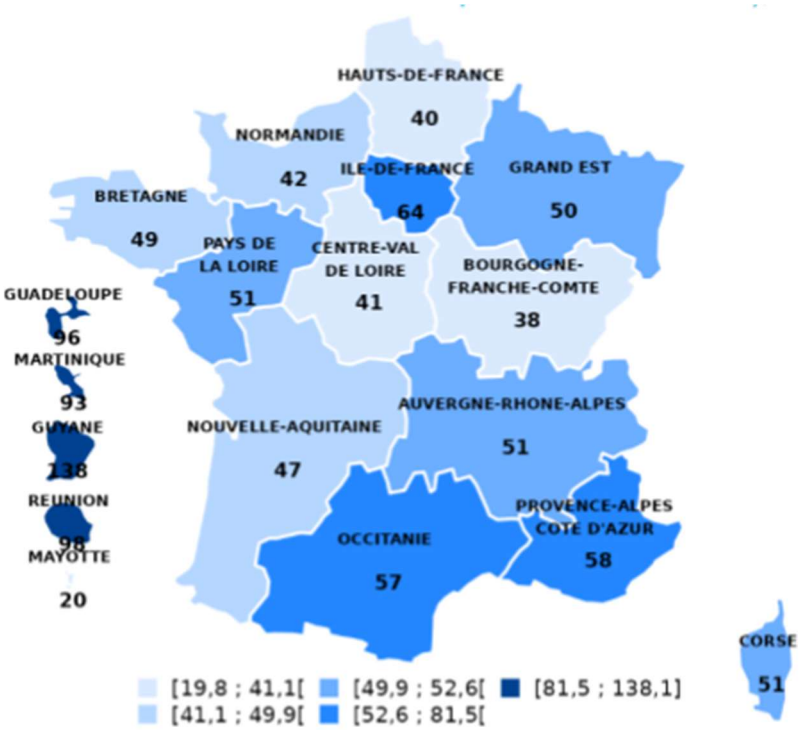

Figure 7. Taux de dépistage des gonococcies par région de domicile pour les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1000 habitants), France, 2022
Source : Assurance maladie, SNDS. Exploitation Santé Publique France, octobre 2023

4. La syphilis

La syphilis, infection bactérienne causée par *Treponema pallidum*, continue de poser un problème important de santé publique. En 2022, l'OMS estimait que 8 millions d'adultes âgés de 15 à 49 ans avaient contracté la syphilis dans le monde (11). La majorité des infections touche des groupes vulnérables comme les HSH, les travailleurs du sexe et les jeunes adultes. La transmission de la syphilis peut se faire par contact sexuel ou de la mère à l'enfant (syphilis congénitale), une forme grave qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner des complications sévères pour le fœtus. La syphilis est également associée à un risque accru de transmission du VIH.

En France, en 2022, le taux national de dépistage de la syphilis en secteur privé et en secteur public hors hospitalisation est de 55 pour 1000 habitants de plus de 15 ans. En plus des dépistages pris en charge par l'Assurance maladie, environ 253 000 dépistages gratuits de la syphilis ont été effectués en CeGIDD (6). Le taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD est de 1,6%.

En Guadeloupe (incluant aussi l'île de Saint-Martin), en 2021, le taux de dépistage de la syphilis en secteur privé et public en dehors des hospitalisations est de 112,8 pour 1000 habitants. Pour l'ensemble des CeGIDD de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, près de 2500 dépistages ont été réalisés permettant la découverte de 5 cas.

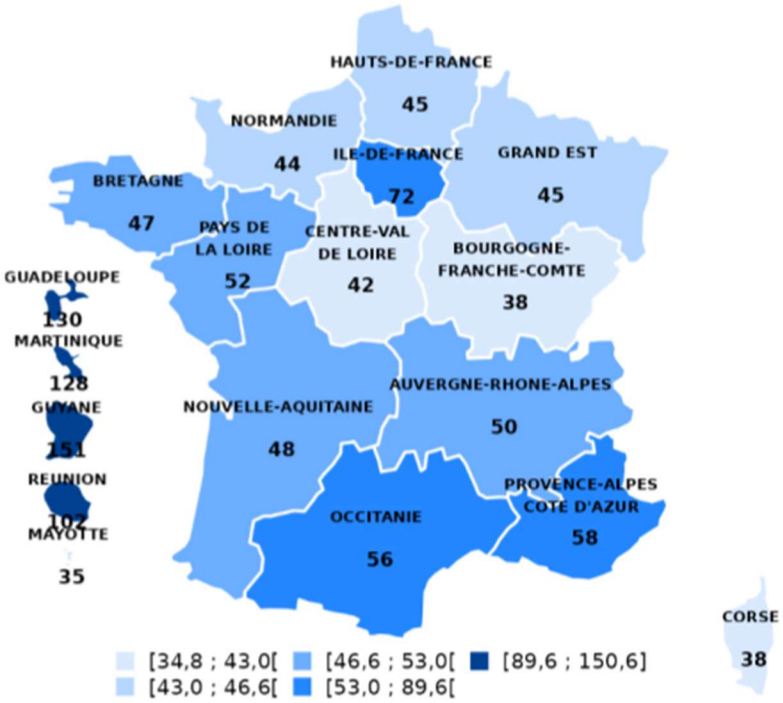

Figure 8. Taux de dépistage de la syphilis par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes dépistées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022
Source : Assurance maladie, SNDS. Exploitation par Santé publique France

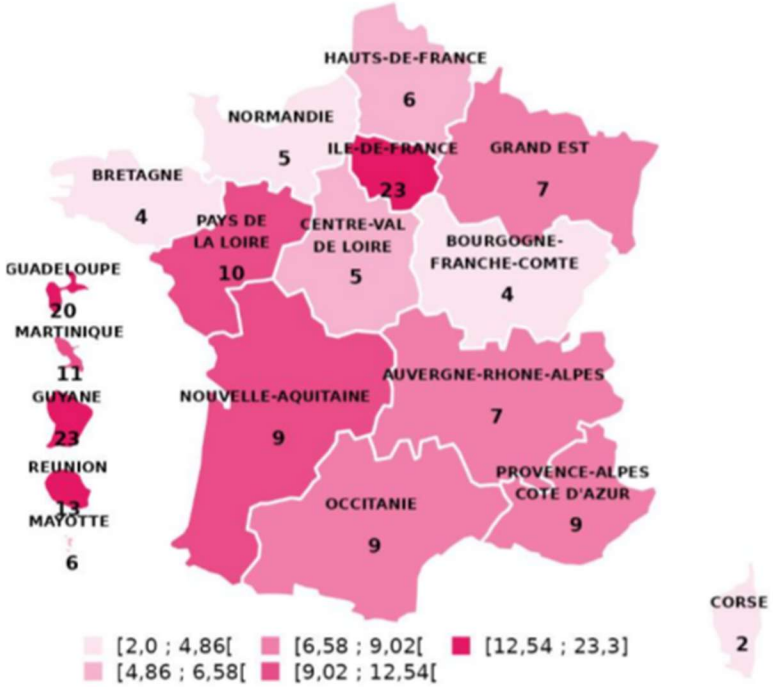

Figure 9. Taux d'incidence des diagnostics de syphilis en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants), France, 2022
Source : Assurance maladie, SNDS. Exploitation Santé publique France, juillet 2023

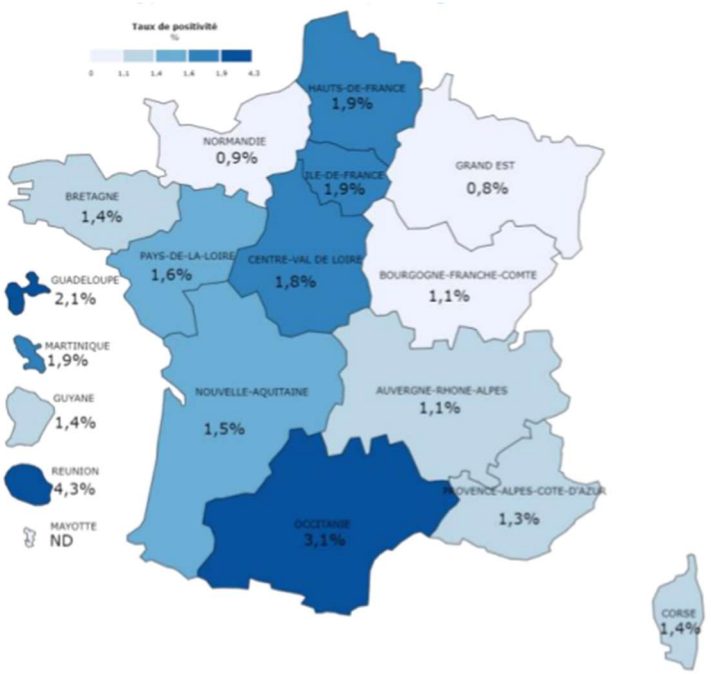

Figure 10. Taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD, par région des CeGIDD, chez les 15 ans et plus, France, 2022
Source : Données des rapports d'activité et performance des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

5. L'hépatite B

En 2022, l'OMS estimait que 254 millions de personnes vivaient avec une infection chronique au virus de l'hépatite B (VHB). Environ 1,1 million de décès liés à cette infection ont été recensés la même année, principalement en raison de complications telles que la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. Il existe cependant un vaccin contre l'hépatite B (12).

En France en 2022, le taux de personnes testées (nombre de personnes testées rapporté à la population française) pour l'antigène (Ag) HBs du VHB était de 62 pour 1000 habitants (données concernant les remboursements de l'assurance maladie). En Guadeloupe, ce taux atteint 132 pour 1000 habitants. « Pour l'année 2021, un total de 454 099 consultations a été rapporté par les CeGIDD, parmi lesquelles 129 138 ont donné

lieu à un dépistage de l'Ag HBs. […] Le taux de positivité était globalement de 0,83% : 0,74% en France métropolitaine hors Île-de-France, 1,0% en Île-de-France et 1,34% dans les DROM. » (13). Plus spécifiquement en Guadeloupe, ce taux de positivité était de 0,3% (14).

La vaccination contre le VHB est devenue obligatoire pour tous les nourrissons nés à partir du 1er janvier 2018. La couverture vaccinale du schéma en 3 doses chez les nourrissons de 21 mois en 2021 était de 91.2% à l'échelle nationale et de 84.6% en Guadeloupe (13).

6. L'hépatite C

En 2022, environ 50 millions de personnes dans le monde étaient porteuses du virus de l'hépatite C (VHC), avec environ 1 million de nouvelles infections chaque année, avec à la clé environ 242 000 décès cette même année par cirrhose et/ou hépatocarcinome.

Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le VHC (15). Il est ici nécessaire de rappeler que : « La contamination par le VHC se fait principalement par le sang : usage de drogues par voie intraveineuse ou par pailles, matériel (y compris médical) contaminé par du sang infecté. […] Le risque de transmission sexuelle est considéré comme extrêmement faible chez les couples hétérosexuels, mais il est important en cas de rapports sexuels traumatiques (micro saignements) notamment chez les HSH, en particulier ceux vivant avec le VIH. […] La contamination après piqûre accidentelle survient entre 1 et 10% des cas si la personne-source est virémique. […] Le risque de transmission de la mère à l'enfant est de l'ordre de 5%, plus élevé en cas de co-infection de la mère par le VIH. Il n'y a pas de transmission par l'allaitement maternel. » (16)

L’infection par le VHC entraîne une hépatite asymptomatique ou paucisymptomatique. En dehors des hépatites fulminantes exceptionnelles, l’hépatite à VHC évolue de façon chronique chez 75 à 85% des patients ou se guérit spontanément chez 15 à 25% des patients. Les dépistages se font par le dosage de l’anticorps (Ac) anti-VHC. Si ce dernier est négatif, le patient n’a pas été en contact avec le virus. Si ce dosage se révèle positif, une recherche d’acide ribonucléique (ARN) viral permet de différencier une infection active d’une élimination naturelle du virus ou d’une élimination suite à un traitement. Le patient guéri d’une hépatite C, spontanément ou par traitement, présentera toujours des Ac anti-VHC.

En France en 2022, le taux de personnes testées pour l’Ac anti-VHC était de 60 pour 1000 habitants (données concernant les remboursements de l’assurance maladie). Ce taux est plus élevé en Guadeloupe et atteint 118 pour 1000 habitants. En ce qui concerne les données fournies par tous les CeGIDD de France, en 2021, 127 703 tests Ac anti-VHC ont été réalisés. Le taux de positivité était de 0,64% au niveau national (soit 818 tests positifs) et 0,74% dans les DROM. Sur ces 818 tests positifs, la recherche d’ARN VHC a été rapportée pour 303, dont 82 étaient positifs (13).

En 2022, les taux de positivité du dépistage VHC dans les CeGIDD sont de 0,0% en Guadeloupe, de 0,5% en Martinique et de 0,4% à Saint-Martin et Saint-Barthélemy (14).

7. Le papillomavirus humain

Le papillomavirus humain (HPV) est une infection sexuellement transmissible responsable de la majorité des cancers du col de l’utérus et impliquée dans d’autres cancers anogénitaux et oropharyngés. En 2019, l'OMS a estimé qu'environ 620 000

nouveaux cas de cancers chez les femmes et 70 000 chez les hommes étaient attribuables au HPV. Les types 16 et 18 de l'HPV sont les plus fréquemment responsables des cancers du col de l'utérus, représentant environ 70 % des cas mondiaux. Le HPV est aussi associé aux cancers de l'anus, du pénis, de la vulve, du vagin, et de l'oropharynx. Il existe un vaccin contre ce pathogène (17).

En France, en 2015, sur les 352 000 nouveaux cas de cancer, 14 000 cas étaient attribués à un agent infectieux. Le HPV est estimé responsable de 6333 cas parmi ces 14 000. Il représente donc le premier pathogène responsable des cancers d'origine infectieuse (18). En 2022, en Guadeloupe, la couverture vaccinale des jeunes filles de 15 ans ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le HPV était de 26,5% (pour 3,1% chez les garçons). La couverture vaccinale des jeunes filles de 16 ans ayant reçu un schéma complet (2 doses) était de 19,3% (pour 1,3% chez les garçons). Les chiffres concernant la France hexagonale étaient respectivement de 48,8% et 42,4% pour les filles, et de 12,8% et 8,5% pour les garçons. La couverture vaccinale reste encore largement insuffisante par rapport aux objectifs de 80% (19). Pour comparaison, les pays scandinaves ont une couverture vaccinale HPV supérieure à 79%.(20)

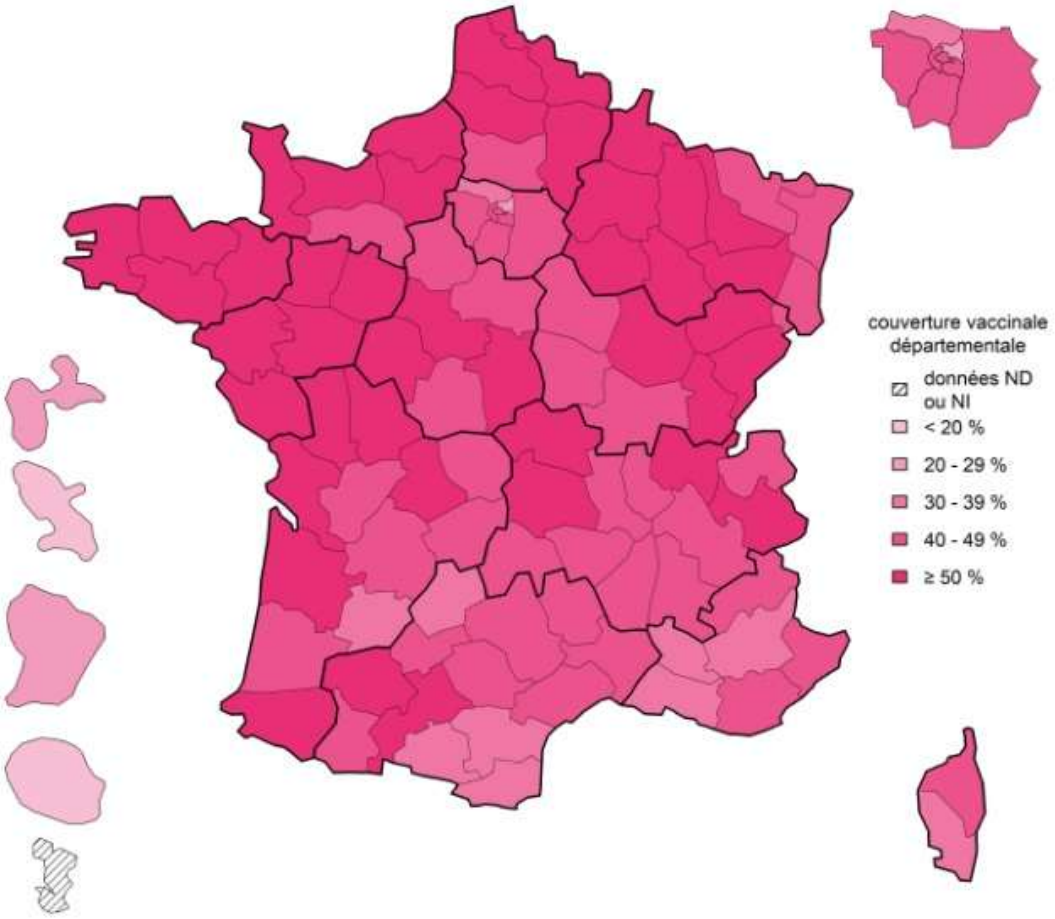

Figure 11. Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains (au moins 1 dose) à 15 ans, chez les jeunes filles nées en 2007, France, données au 31/12/2022*
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

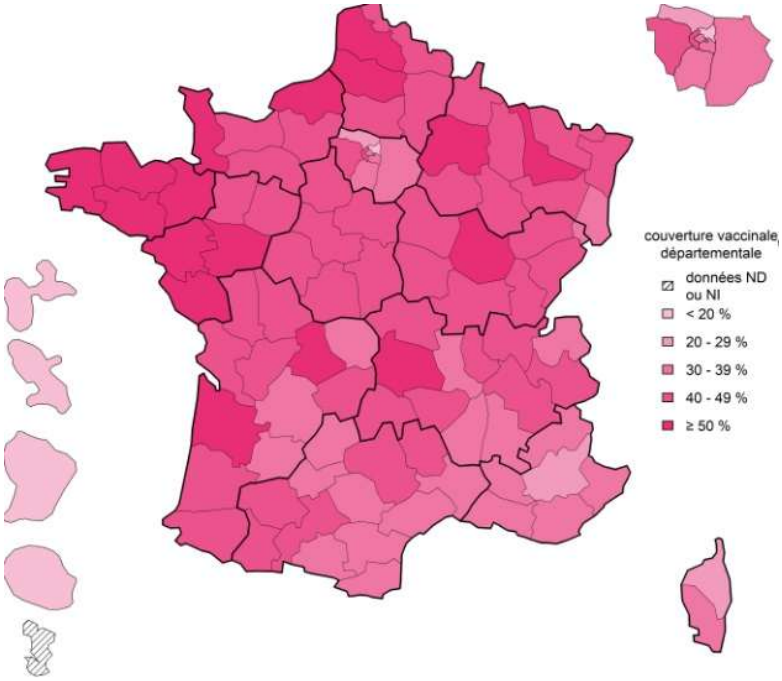

Figure 12. Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains (2 doses) à 16 ans, chez les jeunes filles nées en 2006, France, données au 31/12/2022
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

Zone géographique	HPV	
	Au moins 1 dose, à 15 ans (Cohorte 2007) (%)	2 doses, à 16 ans (Cohorte 2006) (%)
Guadeloupe	**26,5**	**19,3**
Martinique	**17,6**	**12,1**
France métropolitaine	***48,8***	***42,4***
France entière	47,8	41,5

Figure 13. Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains (au moins 1 dose) à 15 ans chez les jeunes filles nées en 2007, et (2 doses) à 16 ans chez les jeunes filles nées en 2006, Guadeloupe et Martinique, France, données au 31/12/2022
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

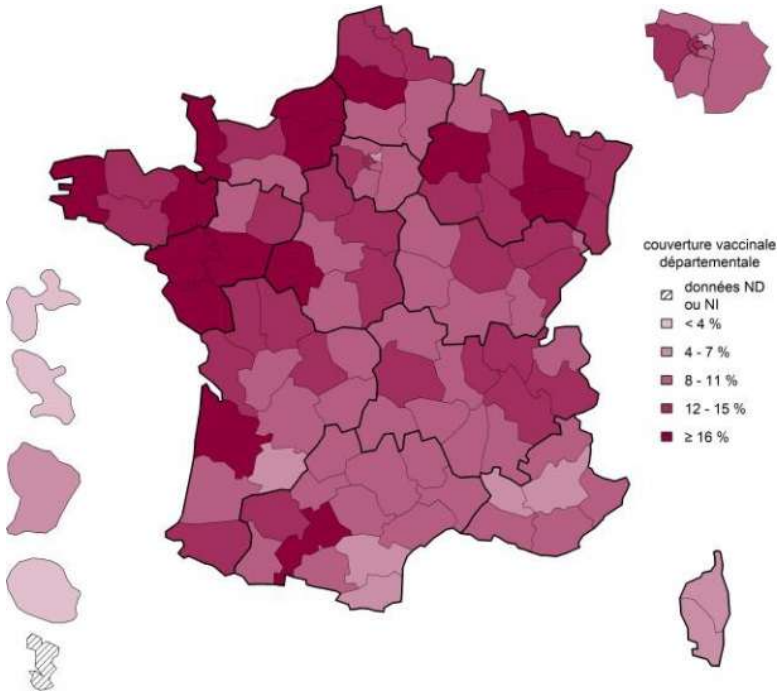

Figure 14. Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains (au moins 1 dose) à 15 ans, chez les garçons, cohorte de naissance 2007, France, données au 31/12/2022
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

Zone géographique	HPV	
	Au moins 1 dose, à 15 ans (Cohorte 2007) (%)	2 doses, à 16 ans (Cohorte 2006) (%)
Guadeloupe	3,1	1,3
Martinique	2,3	1,2
France métropolitaine	*13,1*	*8,7*
France entière	*12,8*	*8,5*

Figure 15. Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains (au moins 1 dose) à 15 ans chez les garçons nés en 2007, et (2 doses) à 16 ans chez les garçons nés en 2006, Guadeloupe et Martinique, France, données au 31/12/2022
Source : SNDS, Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2022

8. A propos des vaginoses :

Les infections vaginales représentent l'une des causes les plus fréquentes de consultation des femmes, soit des millions de consultations par an dans le monde. Les infections vaginales sont provoquées par des organismes infectieux (tels que des bactéries ou des levures) (21). Elles provoquent généralement des pertes vaginales avec des démangeaisons, des rougeurs et parfois une sensation de brûlure et des douleurs au niveau du vagin et de la vulve. Le traitement dépend de la cause. La vaginite est un terme qui fait généralement référence aux infections vaginales, mais qui peut également être utilisé pour décrire une simple inflammation, vaginite, vulvite ou vulvovaginite, sans infection. Les vaginoses sont fréquemment diagnostiquées en CeGIDD et peuvent constituer une IST, ou pas (22). Le pathogène le plus souvent isolé en cas de vaginose bactérienne est *Gardnerella vaginalis*. Mycoplasma genitalium est une IST dont le portage asymptomatique est très fréquent. Il ne doit être recherché que chez les patients symptomatiques. Une clairance spontanée pouvant atteindre 90 % à un an a été rapportée. Tout comme *N. gonorrhoeae*, il présente une résistance importante aux antibiotiques (23). Pour limiter la diffusion des résistances, un traitement doit être prescrit uniquement aux patients très gênés et par des médecins spécialistes des IST.

II. Matériels et méthodes

A. Généralités

Cette recherche correspond à une étude épidémiologique observationnelle descriptive à type de cohorte rétrospective. Son objectif principal est de caractériser l'état de santé d'une population spécifique, en l'occurrence la cohorte des patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023. Il s'agit donc essentiellement d'une population résidant sur le sud Basse-Terre. L'étude est qualifiée d'observationnelle car elle repose sur l'analyse de données collectées sans intervention directe auprès des patients ni modification de leur prise en charge. Le caractère rétrospectif de l'étude réside dans l'utilisation de données préexistantes au moment de l'inclusion dans l'analyse.

Toutes les données utilisées ont été extraites à partir de la base de données Nadis®, utilisée par le CeGIDD du Centre Hospitalier de Basse-Terre (CHBT).

La base de données Nadis® est un outil informatique utilisé en France pour la gestion et le suivi des données liées aux consultations des Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), ainsi qu'aux parcours de soins des personnes vivant avec le VIH. Elle est mise à disposition des professionnels de santé pour collecter, centraliser et analyser des données médicales et épidémiologiques. Cette base de données permet l'extraction des données brutes en respectant l'anonymat des patients.

Le dossier patient est structuré en différents onglets, contenant des informations administratives, sociales et médicales.

Les données utilisées dans cette étude ont été anonymisées et extraites depuis la base de données Nadis®, vers un fichier Excel® qui permet de garantir l'anonymat.

B. Population et variables étudiées

La population étudiée répond au critère d'inclusion suivant : Avoir réalisé au moins une consultation au CeGIDD de Basse-Terre entre le 1e janvier 2023 et le 31 décembre 2023. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Plusieurs critères ont été sélectionnés parmi les informations disponibles dans les différents onglets de la base de données Nadis®. Ces critères ont été regroupés en deux grandes catégories : socio-démographiques et cliniques, et concernent les patients au moment de leur consultation au CeGIDD.

1. Variables médico-socio-démographiques

Les données médico-socio-démographiques incluent l'âge au moment de la consultation, le sexe, le pays de naissance, la ville de résidence et l'activité professionnelle. Ces informations ont été extraites des onglets « Administratif » et « Social ».

Les antécédents font partie des variables médico-socio-démographiques et ont été extraites à partir de l'onglet « Antécédent ».

2. Variables cliniques

Les variables cliniques comprennent des informations relatives au motif de consultation, au type, aux circonstances, aux motifs et aux résultats du dépistage, aux symptômes observés lors du diagnostic, aux traitements.

C. Utilisation des variables

Les analyses des variables médico-socio-démographiques ont été réalisées en se basant sur une seule consultation par numéro d'identification patient, soit un total de 801 consultations distinctes. En revanche, les analyses des variables cliniques ont été effectuées sur l'ensemble des consultations réalisées au CeGIDD pendant la période étudiée, représentant un total de 1 829 consultations.

Il existe une distinction entre les catégories « donnée manquante » et « donnée inconnue » :

- Une « donnée manquante » correspond à une case non cochée dans le formulaire et n'est pas incluse dans le calcul des pourcentages.
- Une « donnée inconnue » correspond à une case « inconnu » cochée, et est prise en compte dans le calcul des pourcentages.

D. Aspects éthiques et réglementaires

Aucun patient ne s'est opposé à l'utilisation anonyme de ses données à des fins de recherche, conformément aux réglementations françaises et européennes en matière de protection des données personnelles, sous l'autorité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Conformément aux exigences de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), une déclaration de conformité concernant le protocole sur méthodologie de recherche MR-004 a été introduite le 7 Novembre 2024 (Référence : 2236352 v 0)

E. Analyses statistiques

Les données utilisées pour cette étude ont été extraites à partir du logiciel Nadis® puis exportées sous format Excel®. Aucune donnée nominative ou identifiante n'a été incluse dans l'extraction. Les individus sont répertoriés dans le fichier Excel par leur numéro de dossier Nadis®. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOVI®. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de fréquences, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes et d'écart-types.

III. Résultats

Sur l'année 2023, 801 personnes ont consulté au CeGIDD de Basse-Terre, certaines plusieurs fois. Le nombre total de consultations sur cette période s'élève à 1829. Ce qui fait une moyenne de 2.28 consultations par patient ayant consulté au cours de l'année. Sur les 1829 consultations, 777 étaient des consultations de dépistage d'IST (soit 42,5%). Le détail des motifs de consultation se trouve dans le tableau 2.

A. Données démographiques

L'âge médian de la population ayant bénéficié d'une consultation au CeGIDD sur l'année 2023 est de 26 ans, la moyenne est de 30.9 ans. Les âges extrêmes sont 13 et 95 ans. Trente-quatre personnes de moins de 18 ans ont bénéficié d'une consultation soit 4,2% des patients. La catégorie des 18-25 ans comprend 365 personnes (45,6%). La catégorie des 26-45 ans comprend 269 personnes (33,6%). Cent-douze personnes (13,9%) étaient âgées de 46 à 65 ans. Enfin 19 personnes ayant consulté avaient plus de 65 ans (2,4%). La répartition hommes/femmes est reprise dans le tableau ci-dessous.

	SEXE	N	Manquants	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
AGE	**F**	391	1	29.5	24	13.1	13	95
	H	407	1	32.2	26	14.1	16	84
	TFH	1	0	31.0	31	NaN	31	31

Tableau 1. Répartition de l'âge en fonction des sexes des patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre au cours de l'année 2023.
TFH : Transgenre Femme -> Homme

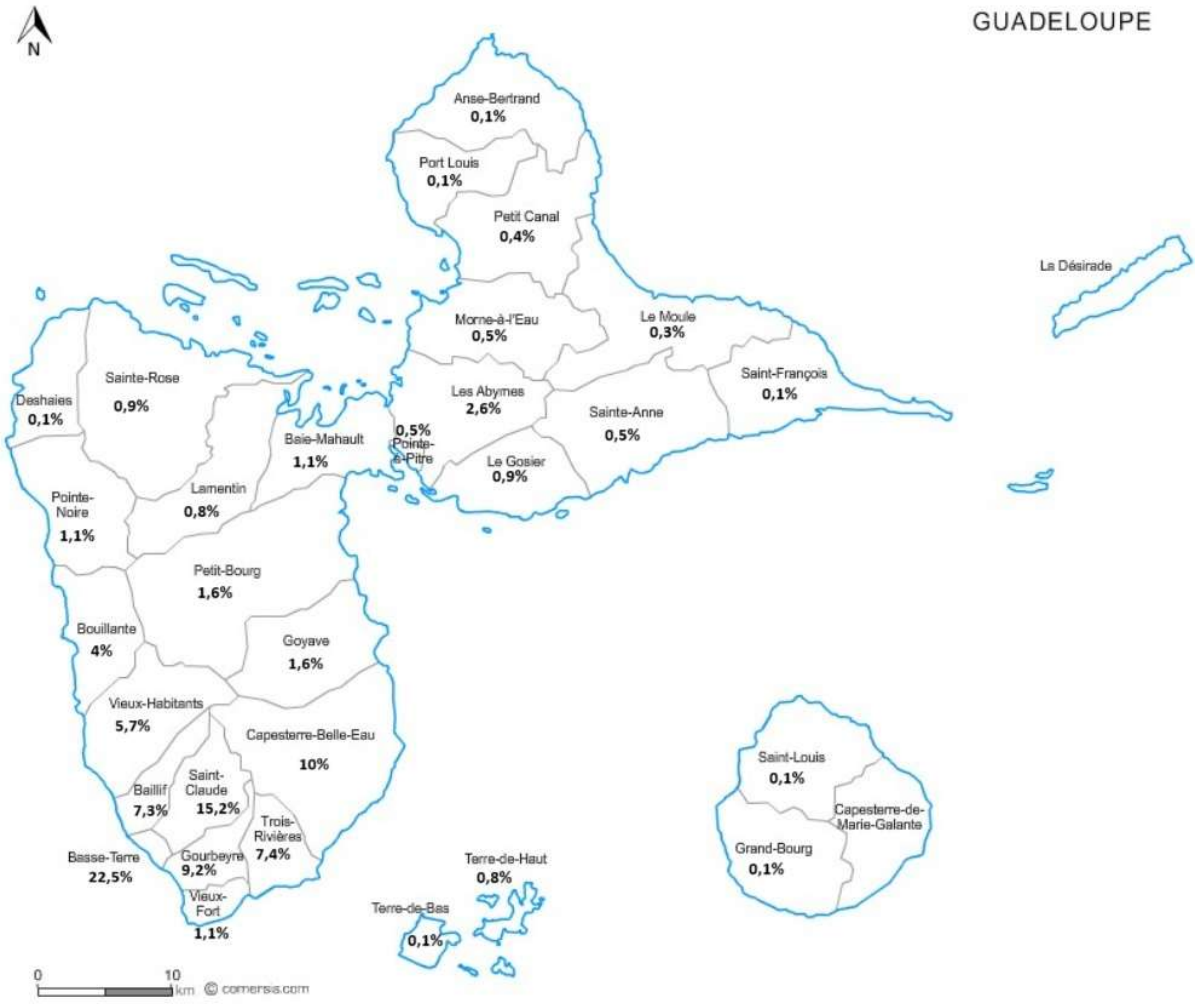

Figure 16. Répartition (en %) des communes de résidence des patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre

Concernant le pays d'origine, 88,6 % des patients étaient nés en France hexagonale ou en Guadeloupe. Les patients originaires d'Haïti représentaient 7,6 %, tandis que 0,9% provenaient de la Martinique et 0,8 % de la Dominique.

En réponse à la question sur l'activité professionnelle, 34,8 % des patients ont déclaré exercer une activité, 36,5 % ont répondu par la négative, et 28,7 % ont été classés comme « inconnu ». Enfin, dans la catégorie socio-professionnelle, les données étaient manquantes pour 95 % des patients.

Parmi les antécédents d'IST virales rapportés, trois patients ont déclaré une hépatite B, et un patient a rapporté être porteur de l'hépatite C. Les données « antécédent VIH » n'étaient pas disponibles. La seule donnée disponible était : « avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH ? ». Question à laquelle 274 patients ont répondu « oui » (soit 35,8%), et 155 ont répondu « non » (soit 20.2%). La donnée était « inconnue » pour 337 patients (soit 44%) et « manquante » pour 11 patients.

Au total, 176 patients (22 %) avaient des antécédents d'IST bactérienne, dont 25 cas de syphilis, 39 cas de gonococcie, 127 cas d'infection à *C. trachomatis*, et un cas de lymphogranulomatose vénérienne.

B. Données de consultation

Sur les 1829 consultations enregistrées par le CeGIDD de Basse-Terre, 137 ont été effectuées hors les murs, représentant 7,5% de l'activité.

1. Motifs de consultation

Motifs de consultation	Nombre de consultations par motif
Demandes de conseils et d'informations	639 (34,9%)
Dépistages liés à une prise de risque	433 (23,7%)
Dépistages sans prise de risque	344 (18,8%)
Vaccination	90 (4,9%)
Signes évocateurs d'IST	87 (4,8%)
Contraception régulière	70 (3,8%)
Prise en charge d'un AEV	43 (2,4%)
Prescription de PrEP	28 (1,5%)
Contrôle d'un test antérieur	8 (0,4%)
Test de grossesse	7 (0,4%)
Violences	6 (0,3%)
Contraception d'urgence	5 (0,3%)
Suivi d'une PrEP	2 (0,1%)
IVG	0
Consultation de sexologie	0
Autres motifs de consultation	435 (23,7%)

Tableau 2. Répartition des motifs de consultation au cours de l'année 2023 au CeGIDD de Basse-Terre

2. Comportements sexuels et facteurs de risque

Les préférences sexuelles sont uniquement documentées dans les consultations de dépistages soit 777 consultations. On retrouve cette information dans 648 consultations (35,4%). Il y a donc 129 données manquantes, cette donnée n'est pas réécrite lors d'une nouvelle consultation de dépistage d'un même patient. Trente-deux patients HSH ont consulté au CeGIDD de Basse-Terre sur l'année 2023 soit 5% des consultations renseignées.

Parmi les facteurs de risque identifiés suivants, les données ne sont remplies que dans les consultations de dépistage soit 777 consultations.

- Rapports sexuels en échange d'argent : 8 réponses positives (1%), tous étaient des hommes, 573 réponses négatives et 196 inconnues.
- Personnes usagères de drogues : 105 (13,5%) dont 5 usagers de drogues intraveineuses avec partage de matériel (0,6%) et 9 usagers de drogues par voie nasale avec partage de matériel (1,2%). Aucun des patients ayant partagé du matériel lors d'une consommation de drogue n'est porteur d'une IST virale.
- Tatouages sans matériel à usage unique : 21 réponses positives (2,7%), 527 négatives et 229 inconnues. Aucun de ces patients n'est porteur d'une IST virale.

3. Signes cliniques évocateurs d'IST

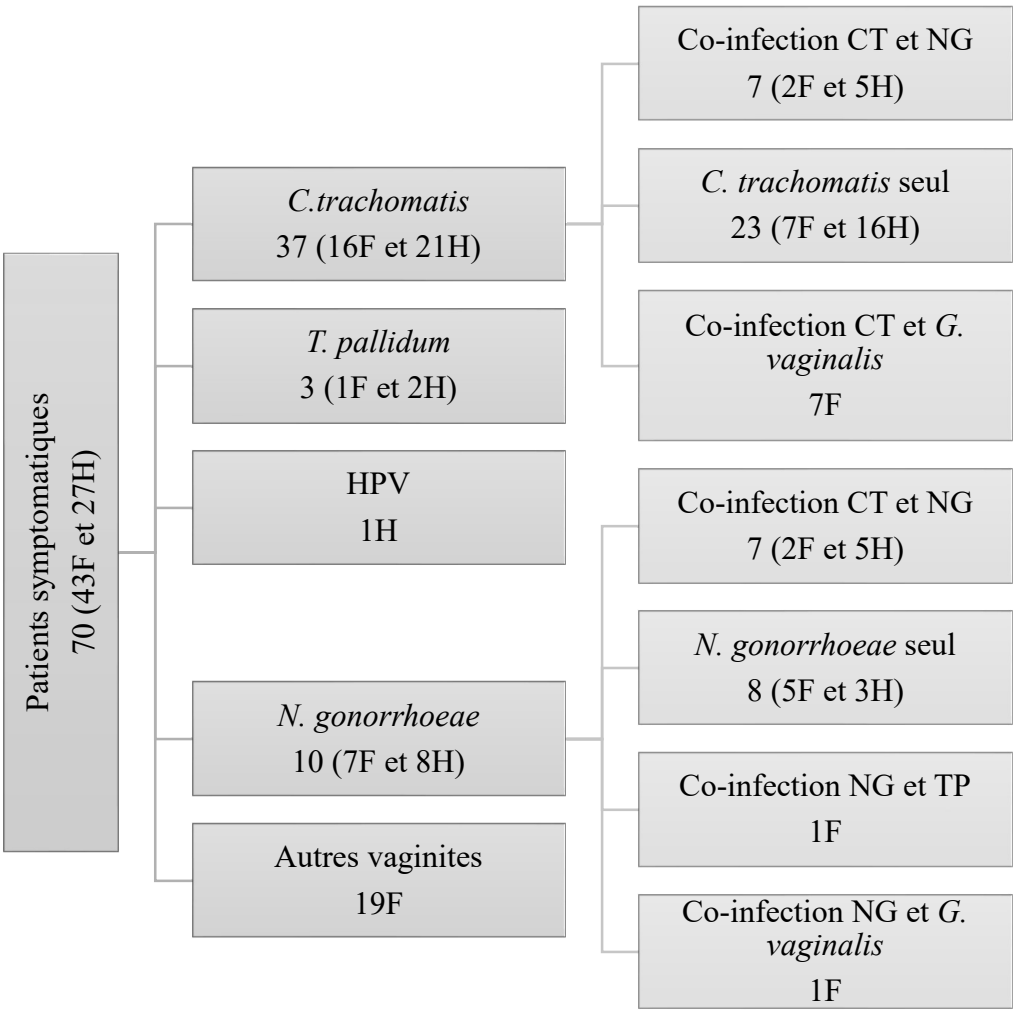

Tableau 3. Répartition du nombre de patients symptomatiques en fonction des pathogènes retrouvés, au cours de l'année 2023 au CeGIDD de Basse-Terre. (F : Femmes – H : Hommes – CT : C. trachomatis -NG : N. gonorrhoeae – TP : T. pallidum)

Des manifestations cliniques évocatrices d'IST ont été rapportées par 70 patients, représentant 3,8 % des passages au CeGIDD et 9,0% des consultations de dépistage. Parmi les patients dépistés positifs à une ou plusieurs IST parmi *T. pallidum*, *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*, 50 présentaient des symptômes associés (soit 38,5%). Dix-neuf patientes ont présenté une vaginite symptomatique dont le pathogène mis en

évidence n'était pas une des 3 bactéries susmentionnées. Enfin, un patient a présenté des condylomes au niveau de la verge et de l'anus.

Les signes cliniques et symptômes retrouvés tous pathogènes confondus sont repris dans le tableau suivant.

Signes cliniques / Symptômes	Femmes	Hommes
Leucorrhées	23	
Brûlures urinaires	3	16
Ecoulement urétral	1	13
Prurit génital	12	2
Douleurs pelviennes	8	2
Eruption cutanée	4	3
Dyspareunie	1	1
Balanite		1
Douleurs de la verge et du gland		1

Tableau 4. Répartition des signes cliniques (en valeur absolue) des patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre au cours de l'année 2023

Parmi les patients diagnostiqués avec une syphilis, 2 sur 10 présentaient des manifestations cutanées évocatrices de cette infection. Une éruption maculo-papuleuse diffuse impliquant le tronc, la face, les quatre membres, le fourreau de la verge et le gland a été observée chez un patient. Un autre présentait une éruption de type roséole localisée

sur les paumes des mains, les plantes des pieds et le thorax, accompagnée d'un ptérygion. Enfin, un patient a rapporté une éruption cutanée sans autres précisions cliniques. La patiente atteinte d'une co-infection *N. gonorrhoeae* et syphilis présentait uniquement des brûlures mictionnelles.

Aucune infection herpétique n'a été diagnostiquée sur l'ensemble des consultations.

Parmi les 32 patientes diagnostiquées avec une vaginite dont l'agent pathogène identifié n'était ni *T. pallidum*, ni *C. trachomatis*, ni *N. gonorrhoeae*, 13 dossiers ne mentionnent pas de signe clinique. Une patiente présentait un déséquilibre de la flore sans précision (soit 3,1%).

Enfin, 69 cas positifs à *C. trachomatis*, 16 cas positifs à *N. gonorrhoeae* et 6 cas positifs à T. pallidum étaient asymptomatiques.

4. Dépistage des IST

a) VIH

En 2023, 441 sérologies VIH ont été réalisées sur 777 consultations de dépistage. Ce qui représente 56,8%. Tous les résultats étaient négatifs. Cent quatre-vingt-onze tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH ont été effectués dont la majorité hors les murs. Tous les résultats étaient négatifs. 632 dépistages au VIH ont été réalisés sur 777 consultations.

Dépistages VIH	*Positif*	*Négatif*	*Total*
Sérologie	0	441	441
TROD	0	191	191
Total			632

Tableau 5. Résultats des tests VIH réalisés au cours de l'année 2023 au CeGIDD de Basse-Terre

b) Hépatite B

Concernant l'hépatite B, 364 dépistages sérologiques combinant AgHBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc ont été effectués, soit 46,8% des consultations de dépistage. Parmi ces dépistages, 3 résultats étaient positifs pour l'AgHBs, 355 négatifs, 5 non réalisés et 1 indéterminé. Les résultats des Ac anti-HBs comportaient 209 positifs, 150 négatifs, 4 non faits et 1 indéterminé. Concernant les Ac anti-HBc, 13 résultats étaient positifs, 325 négatifs, 25 non réalisés, et 1 indéterminé. Huit TROD VHB ont été réalisés, tous étaient négatifs. La donnée indéterminée est une erreur d'encodage dans le dossier du patient.

Dépistage VHB	*Positif*	*Négatif*	*Non fait*	*Indéterminé*	*Total*
Sérologies AgHBs	3	355	5	1	364
Ac anti-HBs	209	150	4	1	364
Ac anti-HBc	13	325	25	1	364
TROD VHB	0	8			8

Tableau 6. Résultats des sérologies et TROD VHB réalisés au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023.

c) Hépatite C

Le dépistage de l'hépatite C a concerné 332 consultations soit 42,7% des consultations de dépistage, avec la réalisation de sérologies Ac anti-VHC. Tous les résultats étaient négatifs. 17 TROD VHC ont été réalisés, tous étaient négatifs. Il n'y a eu aucune recherche d'ARN VHC.

Dépistage VHC	*Positif*	*Négatif*	*Total*
Sérologie Ac anti-VHC	0	332	332
TROD VHC	0	17	17

Tableau 7. Résultats des sérologies et TROD VHC réalisés au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023

d) Syphilis

Concernant la syphilis, 497 dépistages ont été réalisés dont 432 dépistages sérologiques, ce qui représente 64% des consultations de dépistage. La répartition hommes/femmes de ces dépistages sérologiques étaient de 238 hommes (soit 55%) et 194 femmes (soit 45%). Dix résultats étaient positifs dont 3 syphilis précoces et 7 syphilis tardives. Soixante-cinq TROD syphilis ont été réalisés, tous étaient négatifs. Sur les 10 dépistages positifs, la répartition hommes/femmes était parfaitement égale.

Les patients présentant un antécédent d'IST au moment du diagnostic représentent 20% des patients infectés par *T. pallidum* soit 2 patients sur 10.

Dépistage syphilis	*Positif*	*Négatif*	*Total*
Sérologies	10	422	432
TROD syphilis	0	65	65

Tableau 8. Résultats des sérologies et TROD syphilis réalisés au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023.

e) Gonococcie

Le dépistage du gonocoque a été réalisé lors de 568 consultations (73,1% des consultations de dépistage). Sur 561 prélèvements urinaires ou urétraux, les résultats incluent 26 PCR positives, 525 PCR négatives, 1 culture positive et 11 cultures négatives (549 cultures non réalisées). Parmi les 19 prélèvements vaginaux ou cervicaux, 1 PCR était positive et 18 négatives. Un prélèvement anorectal a donné un résultat PCR négatif.

De plus, 5 patients avec test positif réalisé à l'extérieur ont consulté afin de bénéficier d'un traitement. Sur l'ensemble des patients traités soit 33 patients, 19 étaient des femmes et 14 étaient des hommes.

Les patients présentant un antécédent d'IST au moment du diagnostic représentent 30,3% soit 10 patients sur 33.

Après interrogation du laboratoire du CHBT, aucune culture N. gonorrhoeae ou C. trachomatis n'a été réalisée au cours de l'année 2023. La seule technique de dépistage utilisée est la PCR. Les 12 cultures reprises plus haut sont possiblement des erreurs d'encodage dans les dossiers ou des erreurs d'extractions.

Dépistage Gonocoques	*Positif*	*Négatif*	*Total*
PCR urines/urètre	26	525	551
Cultures urines/urètre	1	11	12
PCR prélèvement vaginal	1	18	19
PCR ano-rectale	0	1	1
Prélèvement externe	5	N/C	

Tableau 9. Résultats des dépistages gonocoques réalisés au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023.

f) Chlamydiose

Concernant *C. trachomatis*, 573 dépistages ont été effectués (73,7% des consultations de dépistage). Sur 567 prélèvements urinaires ou urétraux, 95 PCR étaient positives (16,8% des tests réalisés) et 472 négatives. Parmi les 18 prélèvements cervicaux ou vaginaux, 2 PCR étaient positives (11,1%) et 16 négatives. Deux prélèvements anorectaux ont été réalisés, avec 1 PCR positive et 1 négative. Aucun prélèvement pharyngé n'a été réalisé. Sept patients avec test positif réalisé à l'extérieur ont consulté pour bénéficier d'un traitement. La répartition homme/femme des patients traités pour une chlamydiose est de 51 hommes pour 54 femmes.

Les patients présentant un antécédent d'IST au moment du diagnostic représentent 25,7% soit 27 patients sur 105.

Dépistage Chlamydia	*Positif*	*Négatif*	*Total*
PCR urines/urètre	95	472	567
PCR Prélèvement vaginal	2	16	18
PCR ano-rectale	1	1	2
Prélèvement externe	7	N/C	

Tableau 10. Résultats des dépistages du chlamydia réalisés au CeGIDD de Basse-Terre durant l'année 2023.

Parmi les 131 dépistages confirmés positifs à au moins une IST, 45 patients (34,4%) présentaient des symptômes cliniques directement associés à l'infection diagnostiquée.

g) Autres vaginites

Un volet majeur de l'activité du CeGIDD de Basse-Terre concerne la symptomatologie vaginale aboutissant à un prélèvement local. Toutefois, les données précises sur le nombre total de prélèvements vaginaux réalisés en 2023 n'ont pas pu être extraites. En revanche, il a été possible d'analyser les données relatives aux cas de vaginites traitées, qu'elles soient symptomatiques ou non.

Au total, 43 patientes ont bénéficié d'un traitement pour une vaginite à *G. vaginalis*. Parmi elles, 10 présentaient une co-infection à *C. trachomatis*, dont une patiente chez qui trois autres agents pathogènes ont également été identifiés sur le prélèvement vaginal. Une autre patiente a présenté une co-infection associant *N. gonorrhoeae* et *G. vaginalis*. Par ailleurs, 32 patientes ont été diagnostiquées avec une vaginite à *G. vaginalis*, parmi lesquelles 4 présentaient au moins un autre agent pathogène identifié sur le prélèvement vaginal. Parmi les autres pathogènes identifiés, on retrouve de rares cas de *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma parvum*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*.

Bien que la prise en charge des vaginites représente une part significative de l'activité du CeGIDD, les infections dont l'agent pathogène identifié n'est ni *T. pallidum*, ni *N. gonorrhoeae*, ni *C. trachomatis* ne seront pas développées dans la discussion.

5. Traitements

Parmi les 777 consultations de dépistage réalisées, 162 comprenaient une prescription de traitements dont 129 étaient des prescriptions d'antibiotiques ciblant spécifiquement au moins une IST.

Parmi les 105 patients traités pour un *C. trachomatis*, 77 présentaient une infection isolée, un cas présentait une co-infection avec *T. pallidum*, et 17 cas présentaient une co-infection avec *N. gonorrhoeae*. Dix cas présentaient une co-infection *C. trachomatis* et *G. vaginalis*. Le traitement des cas de *C. trachomatis* a majoritairement consisté en la prescription d'azithromycine (103 cas). Deux prescriptions de doxycycline ont été réalisées, dont l'une motivée par une suspicion de résistance après vérification de la compliance au traitement et du respect des recommandations thérapeutiques du CeGIDD. La co-infection *C. trachomatis* et *T. palladium* a été traitée par l'association azithromycine et benzathine benzylpénicilline (Extencilline®). Les 17 cas de co-infections *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* ont tous bénéficié d'un traitement associant azithromycine 1 g en dose unique et ceftriaxone 1 g.

Les 15 cas d'infections isolées à *N. gonorrhoeae* ont tous été pris en charge par l'administration de ceftriaxone 1 g en dose unique. Le cas de co-infection associant *N. gonorrhoeae* et *T. pallidum* a été traité par une combinaison de ceftriaxone 1 g et de benzathine benzylpénicilline.

L'ensemble des cas de syphilis ont été traités par benzathine benzylpénicilline (Extencilline®), selon le stade évolutif de l'infection. Les formes primaires et secondaires de moins d'un an (3 cas) ont reçu une injection unique de 2,4 millions d'unités internationales (UI). Les formes évoluant depuis plus d'un an ou pour lesquelles il y avait

un doute sur l'ancienneté (7 cas) ont été traitées par trois injections de 2,4 millions d'UI, administrées à raison d'une injection par semaine.

Toutes les vaginites à *G. vaginalis* ont été prises en charge par un traitement à base de métronidazole, à l'exception d'un cas particulier traité par métronidazole associé à de l'azithromycine, en raison d'un antécédent de vaginites récurrentes mentionné dans le dossier médical. Cependant, des variations dans la posologie et le mode d'administration du métronidazole ont été observées en fonction du prescripteur. Les motifs justifiant ces différences n'étaient pas documentés dans les dossiers médicaux. Concernant les traitements per os, deux schémas thérapeutiques ont été identifiés :

- 2 g de métronidazole en prise unique,

- 500 mg de métronidazole, deux fois par jour pendant 7 jours.

Par ailleurs, un traitement par voie vaginale pouvait être proposé en complément ou en substitution du traitement oral, consistant en l'administration d'un ovule de métronidazole (500 mg) par jour pendant 7 jours.

Les co-infections *C. trachomatis* et *G. vaginalis* ont été traitées par azithromycine 1 g et métronidazole per os ou par voie vaginale.

La co-infection *N.gonorrhoeae* et *G. vaginalis* a été traitée par une injection d'1 g de ceftriaxone et d'une prise unique per os de métronidazole.

Le patient ayant présenté des condylomes a été traité par Aldara® crème 5%.

Aucune donnée n'est disponible quant à la recherche de résistance aux antibiotiques pour *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*.

6. Suivi de contrôle post traitement

Parmi les patients diagnostiqués avec une infection à *C. trachomatis* et/ou *N. gonorrhoeae*, 51 (42 %) ont réalisé un bilan de contrôle un mois après le traitement. Un cas est resté positif pour *C. trachomatis* malgré une observance thérapeutique adéquate. Deux prélèvements de contrôle positifs pour *C. trachomatis* ont été attribués à une probable réinfection par un partenaire non traité. De plus, un prélèvement s'est révélé positif pour *N. gonorrhoeae*, également suspecté d'être lié à une réinfection par un partenaire non traité. En revanche, 70 patients (58 %) n'ont pas effectué de contrôle post-thérapeutique.

IV. Discussion

A. Forces de l'étude

Cette étude inclut l'ensemble des individus répondant aux critères d'inclusion, garantissant ainsi une analyse exhaustive de la population étudiée. Cette approche permet d'obtenir une représentation fidèle des caractéristiques épidémiologiques et cliniques, tout en minimisant le risque de biais de sélection.

Par ailleurs, l'utilisation de la base de données Nadis® constitue un atout méthodologique, car elle permet une standardisation des informations recueillies et facilite la comparaison des données. Les données sont saisies à partir de réponses préétablies dans des onglets dédiés, d'une intégration directe des résultats biologiques ou par la rédaction de comptes rendus et commentaires. De plus, les informations sont renseignées de manière prospective, au moment de la consultation du patient, limitant ainsi le biais de mémorisation et améliorant la fiabilité des données.

B. Limites de l'étude

Un biais de sélection est malgré tout présent dans cette étude. Seuls les patients connaissant l'existence du CeGIDD et ceux pouvant s'y rendre ont pu y consulter.

Certaines données spécifiques étaient manquantes dans les dossiers, parfois en proportion importante pouvant atteindre dans certains cas plus de 50% des consultations. Cette limitation méthodologique a pu influencer la fiabilité des analyses comparatives et, par conséquent, l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, la présence potentielle de biais déclaratifs doit être prise en compte. Des informations, souvent autodéclarées, peuvent être sujettes à une sous-déclaration ou à des imprécisions liées à la perception et à la volonté du patient de ne pas partager certaines données sensibles.

De plus, une variabilité dans la qualité des informations saisies a été observée, probablement liée aux différences d'utilisation du logiciel Nadis® par les praticiens. Cette hétérogénéité dans le remplissage des dossiers peut affecter l'exhaustivité et la précision des données collectées.

Enfin, la nature descriptive de cette étude, bien qu'offrant un aperçu épidémiologique pertinent, constitue une limite en termes de niveau de preuve scientifique. Conformément aux classifications méthodologiques de la Haute Autorité de Santé (HAS), les études observationnelles descriptives présentent un niveau de preuve inférieur à celui des études analytiques ou interventionnelles. Ces éléments doivent être pris en considération dans l'interprétation des résultats et leur généralisation.

C. Analyse des données démographiques

L'âge médian de 26 ans et la moyenne de 30,9 ans indiquent que la majorité des patients fréquentant le CeGIDD en 2023 sont des jeunes adultes. Cette tendance est cohérente avec les comportements à risque plus élevés observés dans cette tranche d'âge en matière de santé sexuelle.

La faible proportion des mineurs (4,3%) peut indiquer des barrières d'accès au dépistage dans cette population : méconnaissance des dispositifs, réticence à consulter par peur du jugement, ou manque d'anonymat perçu. Pourtant une étude martiniquaise

rapporte que l'âge médian des premier rapports est de 14,8 ans chez les garçons et 16,5 ans chez les filles (24).

Individus ayant une sexualité active selon l'âge et le sexe							
	Garçons Effectif	Dont au moins un rapport sexuel		Filles Effectif	Dont au moins un rapport sexuel		Effectif total
		Effectif	%		Effectif	%	
13 ans	72	9	13	61	6	10	133
14 ans	31	16	52	36	5	14	67
15 ans	42	17	41	47	15	32	89
16 ans	27	17	63	19	10	53	46
17 ans et plus	5	5	100	7	6	86	12
Total	**177**	**64**	**36**	**170**	**42**	**25**	**347**

Figure 17 enquête sur la sexualité des adolescents martiniquais face au risque VIH/SIDA, 2017

Bien que des actions de prévention et de sensibilisation soient déjà mises en place au sein des établissements scolaires, leur renforcement pourrait améliorer l'accès au dépistage et la sensibilisation des jeunes aux risques liés aux IST.

La forte représentation de la classe des 18-25 ans souligne que les jeunes adultes sont plus sensibilisés et plus exposés aux risques d'IST. Cela peut refléter des comportements sexuels plus à risque (multi partenariat, usage irrégulier du préservatif) ou une meilleure sensibilisation au dépistage dans cette population.

La tranche d'âge des 26-45 ans (33,6%) est également bien représentée, ce qui peut traduire une prise de conscience continue des risques liés aux IST.

La faible représentation des patients plus âgés (46-65 ans (13,9 %) et plus de 65 ans (2,4%)) peut refléter un moindre recours au dépistage ou une sous-estimation des

risques d'IST dans cette population. Pourtant, les comportements sexuels à risque ne sont pas exclusifs aux jeunes. Une sensibilisation spécifique pourrait être envisagée.

Les patients consultant au CeGIDD sont majoritairement domiciliés à Basse-Terre et dans les communes avoisinantes. Cette concentration géographique peut s'expliquer par la proximité du centre, facilitant l'accès aux soins. Toutefois, en raison de la taille réduite de la Guadeloupe, une réticence à fréquenter le CeGIDD pourrait exister chez certains patients, liée à la crainte de croiser des connaissances parmi les autres usagers ou le personnel soignant. Une partie des consultants viennent de communes éloignées de la Grande-Terre comme l'illustre la carte en figure 16. Cette crainte d'une forme de stigmatisation pourrait constituer un frein au recours au dépistage, particulièrement dans un contexte socio-culturel où les dogmes religieux restent fortement ancrés. Afin de mieux comprendre l'impact de ces facteurs sur la fréquentation du CeGIDD, l'intégration d'une rubrique spécifique aux croyances dans les données recueillies pourrait permettre d'obtenir une représentation plus précise de certaines populations et d'adapter les stratégies de prévention en conséquence.

L'accès au CeGIDD de Basse-Terre par d'autres moyens que le véhicule individuel est particulièrement difficile, ce qui peut être un frein au dépistage des populations en situation de précarité et des mineurs.

Le profil socio-professionnel de la population consultant au CeGIDD de Basse-Terre, suggère que celui-ci est largement fréquenté par des personnes sans emploi ou dans une situation socio-économique précaire. La précarité constitue un facteur de risque de contracter une IST (25). L'absence d'activité professionnelle pourrait favoriser la disponibilité des patients pour consulter en journée, période où les services du CeGIDD

sont ouverts. À l'inverse, les personnes professionnellement actives pourraient rencontrer des contraintes horaires limitant leur accès aux services. La mise en place d'une permanence en dehors des horaires habituels d'ouverture du CeGIDD pourrait constituer une piste pertinente pour améliorer l'accès aux soins de ces derniers. Toutefois la petite taille du centre, et notamment ses faibles effectifs, ne permet pas d'envisager cela en l'état actuel des choses.

Nos résultats soulignent la fréquence élevée des réinfections chez les patients consultant en CeGIDD, ce qui concorde avec les données de la littérature (26) indiquant que les antécédents d'IST constituent un facteur de risque majeur pour de nouvelles infections. Cette observation met en lumière l'importance du suivi régulier et du dépistage systématique, en particulier pour les patients ayant des antécédents d'IST, afin d'optimiser la prise en charge et de prévenir les récidives. De plus, ces résultats rappellent la nécessité de renforcer les stratégies de prévention, incluant l'éducation à la santé sexuelle, l'usage du préservatif et, le cas échéant, l'accès à la PrEP pour les populations les plus à risque.

D. Analyse des données de consultations

1. Motifs de consultation

Les consultations au CeGIDD se répartissent entre plusieurs motifs décrits au chapitre résultats, illustrant la diversité des besoins exprimés par la population. Cela met en évidence qu'au-delà du dépistage, le CeGIDD joue un rôle crucial en tant que centre d'information et d'éducation à la santé sexuelle.

Les consultations pour dépistage (soit 42,5% des consultations totales), qu'il soit associé ou non à une prise de risque, constituent un axe significatif des activités, soulignant ainsi le rôle central des CeGIDD en tant que structures de référence pour l'accès au dépistage.

Ces résultats révèlent que parmi les 125 patients confirmés positifs à au moins une IST, seuls 45 (36%) présentaient des symptômes cliniques en lien avec l'infection diagnostiquée. Ce constat souligne l'importance du dépistage systématique dans la détection des IST, en particulier chez les patients asymptomatiques qui, en l'absence de symptômes, pourraient ne pas solliciter spontanément une consultation. Cette donnée reflète également la nécessité d'intensifier les campagnes de sensibilisation et de promotion du dépistage pour prévenir la transmission silencieuse des IST et de leurs conséquences souvent longtemps silencieuses mais parfois gravissimes dans la population.

2. Comportements sexuels et facteurs de risque

La proportion de patients HSH consultant au CeGIDD de Basse-Terre apparaît significativement inférieure à celle observée au niveau national. En 2023, seulement 5% des patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre se sont identifiés comme HSH, tandis qu'à l'échelle nationale, cette proportion atteignait 21,9% en 2022 (27). Cette sous-représentation des HSH au sein du CeGIDD de Basse-Terre pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les particularités socio-culturelles de la Guadeloupe diffèrent de celles de la France métropolitaine, notamment par une influence religieuse plus marquée et la persistance de comportements homophobes plus marqués au sein de la société locale. Ces éléments peuvent constituer des freins au recours au dépistage et à la

prise en charge des IST pour les HSH, par crainte de discrimination ou de stigmatisation. Une sous déclaration de leur statut HSH par les patients est aussi possible.

Par ailleurs, il est envisageable que la taille de la population HSH en Guadeloupe soit effectivement inférieure à celle observée en métropole. Il est vrai que les données disponibles sont uniquement déclaratives donc sujettes à caution. Toutefois, une autre hypothèse serait que cette population, bien que numériquement comparable, adopte une plus grande discrétion et un moindre recours aux services de santé en raison des pressions sociales. Enfin, cette disparité pourrait également refléter des limites dans les stratégies de sensibilisation et de dépistage ciblant spécifiquement les HSH, nécessitant ainsi une réévaluation des actions mises en place afin d'améliorer l'accessibilité et l'attractivité des services de prévention pour cette population clé.

Les travailleurs et travailleuses du sexe (TDS) constituent jusqu'à 2,4 % des consultations dans certains CeGIDD à l'échelle nationale (28). En comparaison, cette population ne représente que 1 % des consultations enregistrées au CeGIDD de Basse-Terre, avec une population exclusivement masculine.

Bien que les données précises sur la prostitution en Guadeloupe soient inexistantes, il est probable que cette population soit sous-représentée parmi les consultants du CeGIDD de Basse-Terre, en particulier les femmes TDS. Cette faible proportion pourrait être liée à des barrières structurelles et socioculturelles entravant l'accès aux soins, notamment la stigmatisation, la crainte de discrimination, ou encore un manque d'information sur l'offre de dépistage et de prise en charge.

Or, les TDS constituent un groupe particulièrement vulnérable aux IST bactériennes et aux violences (29). Il est notamment important pour le CeGIDD de Basse-Terre de renforcer sa stratégie du « aller vers » ces populations à risque.

Faire évoluer la légalisation de la prostitution pourrait contribuer à une réduction de la clandestinité de cette activité, favorisant ainsi une meilleure protection des TDS. En effet, un cadre légal permettrait un accès facilité aux services de santé, une amélioration des conditions de travail et une diminution des risques de violences et d'exploitation. De plus, une réglementation encadrée offrirait la possibilité de mettre en place des stratégies de prévention et de dépistage ciblées et plus efficaces, en intégrant les TDS dans des parcours de soins adaptés. Il serait pertinent d'examiner les pratiques en vigueur aux Pays-Bas et en Belgique dans ce domaine.

Depuis plusieurs années, la pratique du « chemsex » (chemical sex), ou « consommation de substances psychoactives dans un contexte sexuel », connaît une expansion croissante, en particulier au sein des populations HSH. Toutefois, ce phénomène n'a pas encore été documenté en Guadeloupe, et aucune donnée épidémiologique spécifique n'est actuellement disponible sur le sujet. L'intégration d'un questionnement systématique lors des consultations en CeGIDD permettrait d'évaluer la prévalence du chemsex chez les consultants du CeGIDD.

La pratique de l'injection intraveineuse de drogue est très peu répandue en Guadeloupe et dans les DROM en général par rapport à d'autre départements (30). Ce qui en fait un facteur protecteur par rapport aux infections virales.

La proportion de patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre et rapportant un tatouage réalisé sans utilisation de matériel à usage unique s'élève à 2,7 %. Cette pratique expose à un risque accru de transmission des infections virales, notamment du VHB, VHC et VIH en raison d'une possible contamination croisée par du matériel non stérile. Nous avons remarqué par nous même une pratique de tatouage en dehors de toute structure et donc sans protocole d'hygiène adapté. Cette réalité implique la nécessité de poursuivre la surveillance des IST virales sur le territoire. La mise en place d'une campagne de sensibilisation visant à informer sur les risques infectieux associés aux tatouages réalisés dans des conditions non sécurisées pourrait contribuer à réduire ce mode de transmission.

3. Signes cliniques d'IST

Parmi les 105 patients ayant été traités pour une infection à *C. trachomatis*, 68 étaient asymptomatiques, représentant 64,8 % des cas. Cette proportion élevée de formes asymptomatiques concorde avec les données de la littérature (31), qui décrivent fréquemment des infections silencieuses, en particulier chez les femmes, chez qui l'infection peut évoluer de manière subclinique tout en augmentant le risque de complications à long terme, telles que la PID, l'infertilité, et les grossesses extra-utérines. Aucune donnée au CeGIDD de Basse-Terre n'est disponible concernant le portage asymptomatique au niveau anal ou pharyngé.

Concernant *N. gonorrhoeae,* 48,5% des 33 patients positifs n'avaient aucun symptôme évocateur lors de leur consultation de dépistage. Dix femmes sur 19 (soit 52,6%) étaient asymptomatiques, ce qui est en accord avec les chiffres retrouvés dans la

littérature (10). Aucune donnée dans l'étude n'est disponible concernant le portage asymptomatique au niveau anal ou pharyngé.

Parmi les patients diagnostiqués avec une syphilis, 60% étaient asymptomatiques, soulignant la fréquence des formes cliniquement silencieuses de l'infection. La proportion de patients présentant des signes cliniques, ainsi que l'hétérogénéité des manifestations observées, illustrent la variabilité des présentations cliniques de la syphilis. Cette diversité symptomatique, combinée à la prévalence élevée des formes asymptomatiques, met en évidence la nécessité d'un dépistage systématique, indépendamment de la présence de symptômes.

L'identification de cas asymptomatiques, qui auraient probablement échappé à un diagnostic en l'absence de dépistage, contribue à la réduction de la transmission communautaire et à la prévention des séquelles à long terme. De plus, la prévalence élevée des formes asymptomatiques met en évidence le rôle central des CeGIDD dans la détection précoce des IST silencieuses et justifie la mise en œuvre de stratégies de dépistage élargies, y compris en l'absence de symptômes, afin de contrôler efficacement la propagation de l'infection dans la population. Les actions hors les murs ont la aussi toute leur importance quant à la sensibilisation du publique aux infections asymptomatiques.

4. Dépistage, traitement et suivi post-traitement des IST

a) VIH

Le nombre total de dépistages VIH réalisés en 2023 s'élève à 632, représentant 81,3 % des consultations étiquetées « dépistage », qu'elles soient associées ou non à une prise de risque. Il est à noter ici qu'en cas de consultation pour dépistage avec prise de risque, le dépistage est fait automatiquement. En cas de dépistage sans prise de risque, le personnel soignant évalue la pertinence de la réalisation du test au cas par cas. Il en est de même pour les IST traitées plus bas.

Aucun résultat positif n'a été rapporté. Cette donnée, bien qu'encourageante à première vue, mérite une analyse approfondie dans le contexte épidémiologique spécifique de la Guadeloupe. En effet, cette région présente historiquement un taux de prévalence et de découverte de séropositivité au VIH plus élevé que celui observé en France hexagonale.

L'absence de nouvelles détections pourrait être en partie attribuée à une représentativité limitée des populations dépistées dans ce CeGIDD. Les groupes les plus à risque, tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les TDS et les personnes en situation de précarité, pourraient ne pas être suffisamment atteints par les campagnes de dépistage actuelles, notamment celles menées hors les murs. Il est possible qu'une plus grande population à risque se concentre sur la zone pointoise. Une étude comparative des populations consultant au CeGIDD de Basse-Terre et au CeGIDD de Pointe-à-Pitre pourrait constituer une piste de recherche intéressante. De plus, une intensification des actions hors les murs par le CeGIDD de Basse-Terre et en

lien avec les associations qui œuvrent autour des populations les plus à risque semble pertinente.

L'absence de nouveaux cas détectés ne doit pas être interprétée comme un indicateur d'une faible transmission locale. Ces résultats mettent simplement en évidence l'importance de diversifier et d'intensifier les stratégies de dépistage pour mieux cibler les populations vulnérables. Des campagnes spécifiques dans les zones géographiques prioritaires et auprès des groupes à risque, couplées à des actions de sensibilisation renforcées, pourraient donc contribuer à améliorer l'efficacité du dépistage.

Enfin, une meilleure visibilité du CeGIDD auprès de la population générale pourrait être atteinte par le renforcement des campagnes de communication, notamment via les chaînes de télévision et radio locales, via aussi les réseaux sociaux. Ces initiatives permettraient de mieux informer la population sur l'existence de cette structure, qui propose des dépistages gratuits et éventuellement anonymes, favorisant ainsi un accès élargi aux services de prévention et de dépistage.

b) VHB

L'analyse des chiffres liés au dépistage du VHB révèle un nombre de tests nettement inférieur à celui observé pour le dépistage du VIH et des IST bactériennes. Cette disparité s'explique en grande partie par l'existence et l'efficacité du vaccin contre l'hépatite B. Lors d'une primo-consultation de dépistage au CeGIDD, une sérologie combinée incluant l'AgHBs, les anticorps anti-HBs et les anticorps anti-HBc est systématiquement réalisée. Si les résultats montrent une immunisation acquise, soit par vaccination, soit par guérison, cette information est enregistrée dans les antécédents

médicaux du patient, ce qui rend inutile la répétition de ce dépistage lors des consultations ultérieures.

En revanche, pour les patients non immunisés, une vaccination contre le VHB est systématiquement proposée, conformément aux recommandations de prévention. Ce protocole permet non seulement de limiter le nombre de tests répétés chez les patients déjà protégés, mais également de promouvoir une couverture vaccinale élargie au sein de la population dépistée. Ces pratiques, tout en réduisant le volume global des dépistages, s'inscrivent dans une stratégie de prévention durable visant à diminuer la prévalence de l'hépatite B à long terme.

Parmi les dépistages réalisés, 3 résultats positifs à l'AgHBs ont été identifiés, traduisant une infection active, soit un taux de positivité de 0,82%. Ce taux est comparable à celui observé au niveau national en France hexagonale hors Île-de-France (0,74%), mais reste inférieur à celui des DROM, qui s'élève à 1,34%. À l'instar du dépistage du VIH, le taux de positivité observé, inférieur à celui attendu, pourrait refléter l'efficacité des stratégies locales de prévention et de dépistage mises en œuvre en sud Basse-Terre. Cependant, il pourrait également traduire un ciblage insuffisant des populations à risque ou un manque de visibilité du CeGIDD auprès de la population générale. Ces résultats soulignent la nécessité d'évaluer l'accessibilité des campagnes de dépistage et leur capacité à atteindre les groupes les plus vulnérables, tout en renforçant la communication autour des services proposés par le centre. Il convient de souligner que le faible nombre de dépistages réalisés et de cas positifs identifiés limite la représentativité des données et ne permet pas d'obtenir une vision précise de la situation épidémiologique locale en comparaison avec le reste du territoire.

c) VHC

En 2023, aucun cas positif au VHC n'a été identifié parmi les 349 dépistages réalisés au CeGIDD de Basse-Terre. Ce nombre relativement faible de dépistages, comparé à ceux des autres IST, peut être expliqué par les particularités du mode de transmission du VHC. En effet, le risque de transmission sexuelle est généralement considéré comme très faible chez les couples hétérosexuels, mais il augmente en cas de rapports sexuels traumatiques entraînant des microlésions, notamment chez les HSH, ou en cas de partage de matériel de consommation de drogues intraveineuses ou de tatouage. Ainsi, l'évaluation du risque individuel joue un rôle déterminant dans la prescription des sérologies VHC.

Cependant, l'absence de cas positifs parmi les tests réalisés peut également suggérer que la population fréquentant le CeGIDD n'est pas représentative des groupes les plus à risque pour le VHC. Le taux de positivité observé dans les CeGIDD de Guadeloupe est de 0,0%, tandis qu'en France métropolitaine, il atteint 0,7% (14). En comparaison, le taux de positivité dans les CeGIDD de Martinique est de 0,5% et dans les CeGIDD de Saint-Martin et Saint-Barthélemy de 0,4%. Cette différence pourrait être attribuée à une faible prévalence de l'infection dans la population consultant en Guadeloupe, mais elle pourrait également refléter un nombre insuffisant de tests réalisés au sein des groupes les plus à risque.

En particulier, seuls cinq patients ayant consulté au CeGIDD de Basse-Terre en 2023 ont déclaré un usage de drogues intraveineuses avec partage de matériel, un comportement reconnu comme étant l'un des principaux facteurs de transmission. Cette faible représentation de consommateurs de drogues injectables pourrait indiquer une

moindre prévalence de ce mode de consommation dans la région (30) ou, à l'inverse, un accès limité de cette population aux dispositifs de dépistage et de réduction des risques.

À l'instar des résultats observés pour le dépistage du VIH, ces données soulignent la nécessité de diversifier les stratégies de dépistage et de mieux cibler les populations vulnérables afin de garantir une identification plus efficace des infections non diagnostiquées.

d) Syphilis

En 2023, environ 2 500 cas de syphilis ont été identifiés dans les CeGIDD à l'échelle nationale. Ces cas concernaient principalement les hommes cisgenres (86%), suivis des femmes cisgenres (12%) et des personnes transgenres (2%). En termes d'orientation sexuelle, les HSH représentaient 67% des cas, tandis que les hommes hétérosexuels et les femmes hétérosexuelles constituaient respectivement 21% et 12% des cas diagnostiqués (32). En comparaison, la distribution des cas de syphilis observée au CeGIDD de Basse-Terre diffère de la tendance nationale, avec une répartition équilibrée entre les sexes (50% d'hommes et 50% de femmes, soit 5 cas dans chaque groupe). Cette particularité pourrait s'expliquer par la sous-représentation des HSH parmi les consultants du CeGIDD de Basse-Terre, qui ne constituent que 5% des patients, contre 14,8% à l'échelle nationale (33). Étant donné que les HSH représentent la population la plus touchée par la syphilis, leur faible fréquentation du centre pourrait contribuer à une sous-estimation de la dynamique de transmission locale.

Au niveau national, une symptomatologie évocatrice de syphilis a été relevée lors de la consultation dans 29% des cas (32), un taux en accord avec les observations faites

au CeGIDD de Basse-Terre, où 3 patients sur 10 présentaient des signes évocateurs de syphilis.

L'identification de cas asymptomatiques met également en évidence le rôle essentiel des consultations de dépistage dans la prévention des complications à long terme associées à la syphilis non traitée, telles que les atteintes neurologiques ou cardiovasculaires. Par ailleurs, la détection de syphilis asymptomatique permet de briser les chaînes de transmission, notamment chez les individus qui, en l'absence de signes cliniques, ne consultent pas spontanément.

Les cas de syphilis diagnostiqués se répartissent en 3 cas de syphilis précoce et 7 cas de syphilis tardive. Ces 7 cas ne disposaient pas d'un test négatif dans l'année qui précédait le diagnostic et ont été considérés comme syphilis tardive. Cette distribution contraste avec la répartition observée au niveau national, où les syphilis primaires représentent 60% des cas, les syphilis de stade secondaire 19%, et les syphilis latentes précoces 21% (32).

Cette prédominance des formes tardives au CeGIDD de Basse-Terre pourrait être le reflet d'un dépistage tardif, potentiellement lié à un moindre recours aux soins, un retard dans l'identification des symptômes, ou une sensibilisation insuffisante des populations à risque.

Les recommandations de traitements de l'assurance maladies sont les suivantes : « En cas de syphilis primaire ou secondaire de moins d'un an, le traitement repose sur la benzathine pénicilline G « retard » (ou Extencilline®), à raison d'une injection intramusculaire unique de 2,4 millions d'unités. En cas de syphilis évoluant depuis plus

d'un an, le traitement est plus long et repose sur une injection intramusculaire de benzathine pénicilline G « retard » par semaine, pendant 3 semaines (34). Sur les 10 traitements réalisés, 7 traitements pour syphilis datant de plus d'un an ont été réalisés. Par mesure de sécurité, ils ont été traités par 3 injections d'Extencilline® en 3 semaines. Les 3 autres cas avaient bénéficié d'un dépistage négatif à la syphilis dans l'année précédant le dépistage positif. Ces derniers ont été traités par une injection d'Extencilline®, en accord avec les recommandations de l'HAS. Parmi ces 10 patients, 7 ont bénéficié d'au moins une consultation de suivi sérologique des tests non tréponémiques. Trois de ces patients ne se sont plus présentés en consultation au CeGIDD après la consultation de remise de résultats. Leur traitement et suivi est donc incertain.

e) Chlamydia

En 2023, un total de 573 dépistages de *C. trachomatis* a été réalisé au CeGIDD de Basse-Terre, représentant 73,7 % des consultations de dépistage. La quasi-totalité des prélèvements effectués dans cette étude concernait des échantillons urinaires ou urétraux, tandis que les prélèvements pharyngés et anorectaux demeuraient marginalement réalisés, voire absents. Cette situation contraste avec les données épidémiologiques actuelles, qui mettent en évidence une fréquence non négligeable de portage asymptomatique de *C. trachomatis* au niveau des sites extra génitaux. Ce phénomène est particulièrement documenté chez les HSH, population au sein de laquelle la transmission oro-génitale et anale joue un rôle prépondérant dans la dynamique de diffusion de l'infection. L'absence de dépistage systématique au niveau de ces sites extra génitaux peut conduire à une sous-estimation de la prévalence réelle de l'infection et à un maintien silencieux de la transmission (35). Les stratégies de dépistage actuellement définies par l'HAS privilégient la réalisation d'un prélèvement urinaire chez l'homme et d'un auto

prélèvement vaginal chez la femme. Les recommandations de la Société Française de dermatologie en matière de dépistage des IST datent de 2016. Elle recommande pour la population générale une PCR pour *C. trachomatis* par auto prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25/30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire et dans le 1er jet urinaire chez les hommes de moins de 30 ans. Pour les HSH, elle recommande une recherche de gonocoques et chlamydias par PCR sur les 3 sites de prélèvements, à savoir, urinaire, anal et pharyngé tous les ans du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique (36).

Dans ce contexte, les pratiques de dépistage mises en œuvre au CeGIDD de Basse-Terre en 2023 présentent certaines divergences par rapport aux recommandations de l'HAS, notamment en ce qui concerne le dépistage chez les femmes. En effet, une proportion des prélèvements réalisés dans cette population repose sur des échantillons urinaires, alors que l'auto prélèvement vaginal est préconisé comme méthode de référence (31,37). Dans le courant de l'année 2024, suite à une formation, le CeGIDD a changé ses pratiques afin de s'aligner avec les recommandations. Depuis lors, les prélèvements de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* ne se font plus que sur auto prélèvement vaginal pour les femmes. Une harmonisation des pratiques, accompagnée d'une sensibilisation des professionnels de santé aux bénéfices du dépistage extra génital, contribue à une amélioration du rendement diagnostique et, par conséquent, à une prise en charge plus efficace des infections.

Le taux de positivité des tests de dépistage de *C. trachomatis* au sein du CeGIDD de Basse-Terre s'élève à 17,1 %, un résultat comparable à celui observé dans l'ensemble des CeGIDD de Guadeloupe et des îles du Nord, où il atteint 15,9 %. Cette proximité des

taux suggère une homogénéité dans la circulation de *C. trachomatis* sur le territoire. Ces résultats mettent en évidence une prévalence non négligeable de l'infection à *C. trachomatis*, confirmant l'importance du dépistage systématique en population clé, notamment chez les jeunes adultes et les personnes à risque élevé d'exposition.

Concernant la prise en charge de l'infection à *C. trachomatis*, les recommandations de l'HAS préconisent l'administration de doxycycline à la dose de 200 mg par jour en deux prises pendant 7 jours en première intention, et de l'azithromycine en dose unique de 1 g en seconde intention. Ces recommandations s'inscrivent dans le contexte préoccupant de l'émergence de l'antibiorésistance, qui constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle nationale et internationale. Aucune donnée locale concernant l'émergence d'antibiorésistance à *C. trachomatis* n'existe. Une recherche à ce sujet, qui pourrait prendre la forme d'un travail coopératif avec le centre national de référence des IST (CNR), permettrait d'adapter au mieux localement les recommandations de traitements.

Il est à noter par ailleurs que les données collectées dans le cadre de cette étude montrent que la quasi-totalité des prescriptions effectuées pour le traitement des infections à *C. trachomatis* concernent l'azithromycine, malgré son statut de molécule de seconde intention dans les recommandations nationales (38). Ce choix effectué localement s'explique par la meilleure observance thérapeutique associée à l'administration d'un traitement en dose unique, facilitant la compliance des patients, notamment dans les contextes où le suivi est difficile à assurer. Dans un contexte asymptomatique ou paucisymptomatique, l'observance d'un traitement antibiotique prescrit sur une durée de 7 jours tend à être réduite. L'absence de symptôme perçu risque

effectivement fortement de diminuer l'adhésion thérapeutique des patients et donc in fine de conduire à l'échec du traitement ou à l'émergence de résistance.

Sur l'ensemble des patients traités, seuls 38 patients (soit 40%) ont effectué une consultation de contrôle dans le mois suivant le traitement, incluant la réalisation d'un prélèvement de contrôle. Parmi ces 38 contrôles, deux se sont révélés positifs, probablement en lien avec des réinfections secondaires à des partenaires non traités. Un cas supplémentaire a été identifié avec un résultat positif malgré une observance rigoureuse du traitement et des consignes associées, suggérant la possibilité d'une souche de *C. trachomatis* résistante à l'azithromycine. Ce cas a été pris en charge avec succès par l'administration de doxycycline.

Ces résultats soulignent l'importance du fait de disposer de données sur l'antibiorésistance dans un territoire donné, de façon à adapter au mieux les stratégies de prise en charge proposées, l'importance également d'un suivi post-thérapeutique systématique pour identifier précocement les échecs thérapeutiques et les réinfections. Ceci ne justifie pas forcément une consultation physique au CeGIDD. Une téléconsultation pourrait être envisagée. Ce qui s'inscrit également dans le cadre de la feuille de route stratégie nationale en santé sexuelle 2021-2024, dont une des actions est de renforcer l'accessibilité des CeGIDD grâce à la téléconsultation en santé sexuelle (39). Par ailleurs, la prise en charge concomitante des partenaires sexuels doit être systématisée pour réduire le risque de réinfection.

Lors d'une consultation de remise de résultats positifs et de traitement, le personnel encourage toujours les patients à prévenir leurs partenaires et les inviter à se faire dépister. Evidemment le secret médical prévaut dans ce genre de situation et le

personnel médical ne peut en aucun cas prendre l'initiative de prévenir directement les partenaires possiblement contaminés.

f) Gonocoque

Le dépistage de *N. gonorrhoeae* a été réalisé lors de 568 consultations, représentant 73,1 % des consultations de dépistage effectuées au CeGIDD de Basse-Terre. Une très grande majorité de tests de dépistages ont été effectués sur des prélèvements urinaires toute population confondue. Les prélèvements extra-génitaux ne concernent qu'un seul prélèvement anorectal. Pourtant les données suggèrent un portage pharyngé et rectal pouvant passer inaperçu lors d'un prélèvement urétral unique, en particulier dans les populations HSH (35). Comme pour le dépistage de *C. trachomatis*, les recommandations de l'HAS sont le prélèvement urinaire pour le dépistage chez l'homme et l'auto prélèvement vaginal chez la femme (10).

Le taux de positivité des tests de dépistage urétraux ou urinaires est de 4,6%. Ce taux de positivité est proche du taux de positivité retrouvé en 2022 sur l'ensemble des CeGIDD de Guadeloupe et des îles du Nord (4,8%).

La proportion de patients asymptomatiques représente 60,7 % des infections diagnostiquées. Ceci mettant en évidence la nature souvent silencieuse de la gonococcie, en particulier chez les femmes, et dans les localisations extra-génitales (pharyngée et anorectale), où l'infection peut persister sans signes cliniques évidents. Ces résultats soulignent l'importance des stratégies de dépistage systématique, en particulier auprès des populations à risque, telles que les HSH, les travailleurs du sexe, et les personnes présentant des comportements sexuels à risque. Le dépistage actif permet de détecter des infections qui, en l'absence de symptômes, seraient probablement restées non

diagnostiquées, contribuant ainsi à la transmission continue de la maladie dans la population.

De plus, l'identification précoce des cas asymptomatiques est essentielle pour prévenir les complications à long terme associées aux infections non traitées, telles que la PID, l'infertilité, ou la dissémination systémique de l'infection.

L'HAS souligne la nécessité d'un remboursement élargi incluant les trois sites de prélèvement (génito-urinaire, anorectal et pharyngé), afin d'optimiser la détection des infections à *C. trachomatis et N. gonorrhoeae*, en particulier celles à localisation extra génitale (10,31). Le coût économique qu'impliquerait la réalisation d'un triple prélèvement plutôt qu'un prélèvement unique mérite d'être évalué. Les CeGIDD étant des centres de dépistage gratuit, une révision du budget annuel serait potentiellement nécessaire afin de palier à cette augmentation des coûts. Cette révision serait d'autant plus nécessaire, en cas de remboursement effectif, afin d'éviter un dépistage "au rabais" dans les CeGIDD.

Les recommandations actuelles pour le traitement des infections à *N. gonorrhoeae* préconisent l'administration d'une dose unique de 1 g de ceftriaxone en intramusculaire (IM) ou en intraveineuse (IV). L'ensemble des cas de gonococcie identifiés dans cette étude ont été pris en charge conformément à ces recommandations.

Il est à noter ici qu'en 2010, la posologie recommandée dans le traitement de *N. gonorrhoeae* était d'une seule injection de ceftriaxone de 125 mg, ce qui permettait la guérison de 98,8% des cas d'infections urogénitales et anorectales (10). Depuis lors, les doses sont passées à 250 mg, puis 500 mg pour arriver à ce jour à 1 g. Aucune donnée

locale concernant l'antibiorésistance de *N. gonorrhoeae* dans les Petites Antilles n'existe à ce jour. Un travail de recherche dans ce domaine permettrait une adaptation des recommandations de traitement aux territoires concernés.

Aucun antibiogramme n'a été réalisé sur les prélèvements effectués au CeGIDD de Basse-Terre pour évaluer la présence éventuelle de souches de *C. trachomatis* ou de *N. gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques. Cette absence de données sur la sensibilité aux antimicrobiens constitue une limite importante, notamment dans le contexte actuel marqué par l'émergence croissante de résistances, en particulier pour *N. gonorrhoeae.* La réalisation systématique d'antibiogrammes, notamment à partir des cultures positives de gonocoque, est pourtant essentielle pour la surveillance épidémiologique de la résistance aux antibiotiques, l'adaptation des recommandations thérapeutiques, et la prévention de la dissémination de souches multirésistantes. Le laboratoire du CHBT ne réalise aucune culture de *N. gonorrhoeae* ni *C. trachomatis*, les seuls tests réalisés sont les PCR. La raison à cela est double, d'abord ces deux germes sont très exigeants et fragiles, leur culture bactériologique est difficile et entraîne de faux négatifs. Ensuite, la PCR s'est développée au départ pour son application en microbiologie afin de pallier à la culture délicate voire impossible pour de nombreux germes et virus. Elle est donc devenue le gold standard pour ceux-ci.

Rappelons qu'en Asie, des souches très résistantes à la ceftriaxone se sont déjà disséminées dans plusieurs pays comme le Cambodge (40) et la Chine (41). Quelques cas ont aussi été rapportés en France (42). Ceci, ainsi que l'augmentation des doses de ceftriaxone recommandées depuis ces dernières années, illustrent s'il en était besoin, l'évolution de l'antibiorésistance au niveau mondial.

Survey or network	2018	2019	2020	2021	2022
	ENGON	ENGON	ENGON	ENGON	ENGON
Strains Nb	160	375	423	808	555
Ceftriaxone	0%	0.2%	0%	0%	0.2%
Cefixime	0%	0.8%	0.2%	0.1%	0.4%
Azithromycin	**7.6%**	6.7%	9.5%	9.7%	**12%**
Ciprofloxacin	62.0%	60.1%	59.8%	64.3%	**68.6%**
Tetracyclin	61.4%	65.2%	64.1%	91.4%	**91.5%**
Spectinomycin	0%	0%	0%	0%	**0%**

Figure 18 Prévalence des N. gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques, données du CNR IST bactériennes 2018-2022

Parmi les 28 cas traités, seulement 13 patients (46,4 %) ont effectué une consultation de suivi incluant un prélèvement de contrôle dans le mois suivant l'administration du traitement. Ce taux relativement faible de suivi post-thérapeutique soulève des préoccupations, car le contrôle microbiologique après traitement est essentiel pour confirmer l'éradication de l'infection, évaluer l'efficacité thérapeutique, et détecter précocement d'éventuels échecs thérapeutiques, notamment en lien avec l'émergence de souches résistantes.

Un rappel téléphonique systématique des patients par les infirmières ou secrétaires du CeGIDD deux semaines à un mois après traitement pourrait être envisagé afin d'encourager les patients à effectuer leur contrôle post-traitement.

5. Rappel de la prévention

Nous ne pouvons conclure un travail sur le CeGIDD sans parler de la prévention des IST. La prévention des IST repose sur une approche combinée incluant des stratégies biomédicales, comportementales et structurelles. L'usage systématique et correct du préservatif demeure une mesure de protection efficace contre la majorité des IST. Depuis 2023 les préservatifs sont gratuits en pharmacie pour les moins de 26 ans et sont remboursés lorsqu'ils sont prescrits pour les autres. Les vaccins contre l'hépatite B et le HPV sont des outils de prévention majeurs, à promouvoir notamment dans les Antilles où les couvertures vaccinales sont encore insuffisantes. Par ailleurs, la PrEP constitue une avancée majeure dans la prévention du VIH, notamment chez les populations à haut risque d'exposition. L'arrivée des traitements « long acting » comme le Cabotegravir dans les stratégies anti-VIH vont aussi modifier le panorama de la lutte contre le VIH. Récemment ajoutée aux outils de prévention, la doxycycline en prophylaxie pré-exposition (Doxy-PEP) consiste en une prise de 200 mg de doxycycline suivant chaque rapport sexuel non protégé. Ce traitement diminue le risque de transmission de plus de 70% pour *C. trachomatis* et *T. pallidum* et jusqu'à 50% de *N. gonorrhoeae* (43). L'éducation à la santé sexuelle, incluant l'information sur les modes de transmission et les moyens de prévention, est essentielle pour favoriser des comportements à moindre risque. Enfin, la prévention en santé sexuelle c'est aussi le contrôle post-traitement des IST, la notification des partenaires, la lutte contre la stigmatisation, l'accès aux offres en matière de prévention et de dépistage et l'autonomisation des patients.

V. Conclusion

Cette étude rétrospective menée au sein du CeGIDD de Basse-Terre permet d'apporter un éclairage précis sur l'activité de dépistage et de prise en charge des IST en Guadeloupe. Nos résultats mettent en avant une prédominance des jeunes adultes parmi les consultants, une proportion significative de dépistages systématiques en l'absence de symptômes, ainsi qu'une fréquence élevée d'infections asymptomatiques, notamment pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*. Malgré l'efficacité du dispositif, plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés. La faible proportion de populations vulnérables (HSH, travailleurs du sexe, personnes en situation de précarité) consultant au CeGIDD suggère l'existence de barrières d'accès aux soins, probablement liées à des facteurs socio-culturels, une stigmatisation persistante et possiblement à son inaccessibilité géographique. La taille de la population HSH, largement inférieure à celle de la France métropolitaine est probablement due à un biais de déclaration. Un renforcement des actions de prévention ciblées, ainsi qu'une intensification des dépistages hors les murs en partenariat avec les associations locales, apparaissent comme des nécessités pour mieux atteindre ces populations. Une attention particulière doit être portée au chemsex et à ses utilisateurs dans les années à venir.

La sous prescription des auto prélèvements vaginaux lors de l'année 2023 est une des principales découvertes de cette étude. Les protocoles de service ont évolué dans l'année 2024 afin de s'aligner avec les recommandations nationales. Toutefois la sous prescription de prélèvements réalisés au niveau des sites anaux et pharyngés constitue une limite importante dans la détection des infections asymptomatiques à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Un changement de protocole de prélèvement, pour y

inclure les sites extra-génitaux dans la population HSH, voire à l'ensemble des patients en fonction de leurs pratiques sexuelles, constitue une piste d'amélioration. Cependant, dans un contexte de budget contraint, cela nécessitera également de faire une étude médico-économique et des coûts supplémentaires induits.

L'analyse des traitements met en évidence une adhérence satisfaisante aux recommandations nationales concernant *N. gonorrhoeae*. Le traitement de *C. trachomatis*, bien que différent des recommandations nationales semble être adapté à la population locale et favorise l'observance thérapeutique. Cependant s'il y avait des indications sur l'état de la sensibilité ou l'état des résistances au niveau de la région, cela pourrait aider à conforter ou non les pratiques en cours. Une réflexion sur l'optimisation des protocoles de suivi post-traitement, notamment par la mise en place de téléconsultations, constitue une piste d'amélioration. Un suivi adapté pourrait permettre de mieux identifier les échecs thérapeutiques et de limiter les risques de réinfection, notamment par une implication accrue des partenaires sexuels des patients diagnostiqués.

Cette étude met en exergue la nécessité d'une vigilance accrue face à l'émergence des résistances aux antibiotiques, notamment pour *N. gonorrhoeae*. De plus, la mise en place de protocoles de recherche avec le CNR pour surveiller l'évolution des résistances pourrait renforcer la pertinence des recommandations locales et nationales.

L'optimisation des stratégies de sensibilisation, de dépistage et de suivi post-thérapeutique permettra d'améliorer encore davantage la réduction de la transmission

des IST et d'assurer une meilleure santé sexuelle au sein de la population guadeloupéenne.

Sur une note plus personnelle, au cours de la réalisation de ce travail, en expliquant le sujet de cette thèse à mon entourage, peu de gens connaissaient l'existence du CeGIDD et de ses missions. Une proportion non négligeable travaille dans la santé ou dans le domaine social. Cette information laisse en suspens une question qui mériterait une recherche à part entière. Quelle proportion de gens dans la population générale connaît l'existence des CeGIDD ? Le comité de coordination régional de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) effectue annuellement en Guadeloupe une campagne de communication sur la prévention des IST et du VIH. Cependant cette campagne semble au vu de notre travail, insuffisante et un relai amplifiant cette information par les autorités de santé régionales serait le bienvenu.

VI. Liste des annexes

Annexe 1.

Missions des CeGIDD

MISSIONS	Détails des missions des CeGIDD
Missions dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST	**1-** accueil et information de l'usager **2-** entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition **3-** élaboration avec l'usager de son parcours de santé **4-** dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'usager et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord **5-** conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels, digues dentaires…) **6-** prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée **7-** prise en charge médicale de l'usager porteur d'une chlamydiose, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (voir liste indicative en annexe 5) **8-** orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'usager porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée **9-** orientation de l'usager porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser **10-** prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'usager pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin **11-** vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles **12-** réalisation d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage **13-** conseil et expertise auprès des professionnels locaux
Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle	**14-** information et éducation à la sexualité **15-** information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge **16-** prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ; l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent **17-** prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate
Prise en charge spécifique et facultative	**18-** En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, un centre peut organiser, à titre facultatif et avec l'accord de l'ARS, une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins

VII. Bibliographie

1. Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles - Légifrance [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824374/

2. Article D174-18 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030829693/

3. Infections sexuellement transmissibles. In: Maladies infectieuses et tropicales: tous les items d'infectiologie. 27e éd. Paris: Alinéa plus; 2019. p. 254.

4. OMS-Infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

5. OMS - Principaux repères sur le VIH/sida [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

6. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023

7. Dossier de presse 1er décembre 2022 - COREVIH Guadeloupe-StMartin-StBarth [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Disponible sur: https://www.corevih971.org/ressources-documentaires/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-1er-decembre

8. Gonorrhée multirésistante [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea

9. European Centre for Disease Prevention and Control. Gonorrhoea. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024.

10. RUMEAU-PICHON. C. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria Gonorrhoeae : état des lieux et propositions. Rapport d'orientation de l'HAS décembre 2010. 2010 déc.

11. Syphilis [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/syphilis

12. Hépatite B - OMS [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b

13. Brouard C. Dépistage des hépatites B, C et Delta, enjeu majeur pour atteindre l'élimination, Journée mondiale contre l'hépatite, 28 juillet 2023 / Screening for hepatitis B, C and Delta, a major challenge for elimination, World Hepatitis Day, July 28, 2023. Bull Épidémiologique Hebd. 25 juill 2023;(15-16):273-317.

14. Tamandjou C. Dépistage et diagnostic des hépatites B et C en CeGIDD en 2022, surveillance SurCeGIDD / Screening and diagnosis of hepatitis B and C in French STI clinics (CeGIDD) in 2022, SurCeGIDD surveillance.

15. Principaux repères sur l'hépatite C [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c

16. Hépatite virale C. In: Maladies infectieuses et tropicales: tous les items d'infectiologie. 27e éd. Paris: Alinéa plus; 2019. p. 441.

17. Papillomavirus humain et cancer [Internet]. [cité 21 oct 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer

18. Shield KD, Marant Micallef C, De Martel C, Heard I, Megraud F, Plummer M, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. mars 2018;33(3):263-74.

19. BROTTET E. bulletin de santé publique_vaccination_Antilles_2023. Bull Santé Publique. Avril 2023.

20. Nygård S, Falkenthal TEH, Sture T, Lynge E, Elfström M, Nygård M. Impact of Multicohort Human Papillomavirus Vaccination on Cervical Cancer in Women Below 30 Years of Age: Lessons Learned From the Scandinavian Countries. J Infect Dis. 21 nov 2024;jiae584.

21. Mach F, Marchandin H, Bichon F. Prise en charge de la vaginose bactérienne. Actual Pharm. déc 2020;59(601):44-7.

22. Morris MC, Rogers PA, Kinghorn GR. Is bacterial vaginosis a sexually transmitted infection? Sex Transm Infect. févr 2001;77(1):63-8.

23. Laurier-Nadalié C. Actualités des résistances de Mycoplasma genitalium en France hexagonale - Année 2023. CNR des IST bactériennes; 2023.

24. Zobda Zebina M, Thirot M, Merle S. La sexualité des adolescent·e·s en Martinique: Le poids des représentations dans les rapports sexuels. Agora Débatsjeunesses. 21 mai 2021;N° 88(2):27-44.

25. Saïb A, Bouscaren N, Berçot B, Duchateau A, Miltgen G, Rodet R, et al. Prevalence and risk factors for gonococcal infection in Reunion Island. Infect Dis Now. mai 2022;52(3):149-53.

26. Niaré D. SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES BACTÉRIENNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE, FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2020-2022.

27. Santé publique France - Activité SurCeGIDD - Bretagne - données 2022.

28. Sulli L, Mangin F, Lassau F, Nicoulet I, Marmier M. Population et pathologies dépistées au Centre de dépistage départemental de la Seine-Saint-Denis: Santé Publique. 19 déc 2018;Vol. 30(5):697-702.

29. Clémence T. État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire. Haute Aut Santé. 2016;

30. OBRADOVIC I. Drogues et autres addictions en outre-mer : état des lieux et problématiques. Observatoire français des drogues et tendances addictivesT; 2020 déc.

31. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 févr 2025]. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

32. Syphilis [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis

33. Delmas G. Surveillance SurCeGIDD : dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2020. Bull Epidémiologie Hebd. 30 nov 2021;(20-21).

34. Le traitement de la syphilis [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/guadeloupe/assure/sante/themes/syphilis/traitement

35. Dudareva-Vizule S, Haar K, Sailer A, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Marcus U, et al. Prevalence of pharyngeal and rectal *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections among men who have sex with men in Germany. Sex Transm Infect. févr 2014;90(1):46-51.

36. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. Paris: SFD; 2016. https://www.sfdermato.orgmediaimageupload-editorfilesGuidelines%202016(1).pdf.

37. Aaron KJ, Griner S, Footman A, Boutwell A, Van Der Pol B. Vaginal Swab vs Urine for Detection of *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae* , and *Trichomonas vaginalis:* A Meta-Analysis. Ann Fam Med. mars 2023;21(2):172-9.

38. Haute Autorité de Santé - Choix et durées d'antibiothérapies : Urétrites et cervicites non compliquées [Internet]. [cité 18 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038472/fr/choix-et-durees-d-antibiotherapies-uretrites-et-cervicites-non-compliquees

39. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024. déc, 2021.

40. Ouk V, Say HL, Virak M, Deng S, Frankson R, McDonald R, et al. World Health Organization Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme, Cambodia, 2023. Emerg Infect Dis [Internet]. juill 2024 [cité 15 févr 2025];30(7). Disponible sur: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/30/7/24-0354_article

41. Tang Y, Liu X, Chen W, Luo X, Zhuang P, Li R, et al. Antimicrobial Resistance Profiling and Genome Analysis of the *penA* -60.001 *Neisseria gonorrhoeae* Clinical Isolates in China in 2021. J Infect Dis. 15 sept 2023;228(6):792-9.

42. Caméléna F, Mérimèche M, Brousseau J, Mainardis M, Verger P, Le Risbé C, et al. Emergence of Extensively Drug-Resistant *Neisseria gonorrhoeae,* France, 2023. Emerg

Infect Dis [Internet]. sept 2024 [cité 15 févr 2025];30(9). Disponible sur: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/30/9/24-0557_article

43. Bébéar C, Pereyre S, Berçot B, Cazanave C. Managing bacterial sexually transmitted infections (STIs) and preventing HIV/STIs in Europe. Lancet Reg Health - Eur. nov 2023;34:100760.

DÉCLARATION DE GENÈVE
Adoptée par la 2 Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale, Genève, Suisse, Septembre 1948,
révisée par la 22 Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968,
la 35 Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983,
la 46 Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994,
la 170 Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005,
la 173 Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006,
la 68 Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017,
et (dans sa version française uniquement) par la 71 Assemblée générale de l'AMM (en ligne), Cordoue, Espagne, octobre 2020

Le Serment du médecin

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au plus grand respect de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

Nom : BARTHELEMI Prénom : Benjamin

Sujet de la thèse :

Bilan d'une année d'activité du CeGIDD de Basse-Terre dans le domaine des IST : forces, faiblesses et perspectives

Thèse de Médecine Générale - Université des Antilles - Année 2025
Numéro d'identification :
Mots-clés :

INTRODUCTION : Les IST représentent un problème de santé publique mondial. La Guadeloupe est une région particulièrement touchée où l'incidence des différentes IST reste élevée malgré les activités importantes de dépistage. Les CeGIDD de Guadeloupe, dont celui de Basse-Terre jouent un rôle fondamental dans la prévention, le dépistage et le traitement de ces IST. L'objectif de cette étude est de décrire l'activité en lien avec les IST en 2023 au CeGIDD de Basse-Terre afin d'évaluer les forces et faiblesses du dispositif et les améliorations potentielles.

METHODE : Une étude épidémiologique observationnelle a été menée à partir des données de Nadis®, un logiciel national de recueil et d'exploitation des données médicales. Toutes les consultations effectuées entre le 1e janvier 2023 et le 31 décembre 2023 au CeGIDD de Basse-Terre ont été analysées dans cette étude.

RESULTATS : 1829 consultations de 801 patients différents ont eu lieu dont 777 consultations pour un dépistage d'IST. L'âge médian des patients était de 26 ans et la répartition hommes-femmes est équitable. Des manifestations cliniques évocatrices d'IST ont été rapportées par 70 patients, représentant 3,8 % des passages au CeGIDD et 9,0% des consultations de dépistage. Ont été réalisés, 632 dépistages VIH (0 positif), 372 dépistages VHB (3 positifs), 349 dépistages VHC (0 positif), 497 dépistages syphilis (10 positifs), 568 dépistages gonocoques (28 positifs) et 573 dépistages chlamydia (98 positifs).

DISCUSSION : La population consultant au CeGIDD de Basse-Terre est plutôt jeune, avec une répartition équilibrée en termes de genre. Les populations vulnérables sont sous représentées et des actions hors les murs dirigées vers ces dernières doivent être multipliées. Les protocoles de prélèvement, bien que déjà améliorés, mériteraient d'être revus après une étude médico-économique des coûts induits. Un protocole de recherche en collaboration avec le CNR pour l'étude des souches locales résistances aux antibiotiques serait utile.

JURY :

- Président : Pr PARANT Olivier
- Juges : Pr CHERET Antoine
  Dr DELAYE Thomas
- Directrice de Thèse : Dr RECEVEUR Marie-Catherine