



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

Prévention et dépistage des pathologies liées au comportement sexuel dans les populations homosexuelles et bisexuelles : étude des pratiques des médecins généralistes du bassin mâconnais.

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27/05/2021

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme VIEU Valentine

Née le 06/05/1991

A Corbeil-Essonnes (91)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiats, reproductions illicites encourent une poursuite pénale.

ANNEE 2021

Prévention et dépistage des pathologies liées au comportement sexuel dans les populations homosexuelles et bisexuelles : étude des pratiques des médecins généralistes du bassin Mâconnais.

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 27/05/2021

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Mme VIEU Valentine

Née le 06/05/1991

A Corbeil-Essonnes (91)

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} Septembre 2020

Doyen : **M. Marc MAYNADIÉ**
Assesseurs : M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie

M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie

Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Professeur CHAVANET

Assesseur 1 : Professeur BONNOTTE

Assesseur 2 : Docteur WALDNER

Directrice de thèse : Dr GOODALL

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pascal Chavanet, merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider mon jury de thèse. Vous m'avez accompagnée et accueillie en Maladies infectieuses lorsque j'étais externe, et vous clôturez ce parcours qui fera de moi un docteur.

Au Professeur Bernard Bonnotte, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Au Docteur Anne Waldner, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et à l'ensemble des médecins du département de Médecine générale de Dijon et notamment au Docteur François Morlon, et merci de nous avoir accompagné tout au long de l'internat.

Au Docteur Jennifer Goodall, merci d'avoir accepté de m'accompagner et de diriger cette thèse, merci de ta bienveillance et ton ouverture d'esprit, de nos discussions et débriefs constructifs lors de mon dernier stage.

Au Docteur Guillaume Hiltbrand, merci pour les connaissances que tu m'as apportées, chacun de nos débriefs m'apportant énormément, pour ton calme et ta bienveillance, pour nos discussions qui ont participé à me rassurer sur l'après internat. Au Docteur Julien Mir, merci pour ton dynamisme et ta confiance, pour ton engouement à diversifier ton activité qui me montre que l'exercice de la médecine générale peut être vaste, et évolutif. Au Docteur Alexandre Labedan, merci pour ton accompagnement et ta rigueur que j'espère conserver après ton enseignement.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée durant mon externat et mon internat, au Docteur Grimaud pour sa soif de savoir et sa passion de le transmettre, aux Docteurs Cherasse et Marion Cugnet pour leur bienveillance, aux Docteurs Nuss, Laborde et Putot qui ont rendu plus doux et intéressant mon stage en gériatrie, aux médecins des urgences de Chalon pour avoir été là et ne pas m'avoir laissée seule face aux situations parfois difficiles rencontrées, aux Docteurs Palengat, De Boulard, Brulé et Bonnafoux merci d'avoir accompagné mes premiers pas en tant qu'interne, sans jamais mettre la pression et en m'autonomisant petit à petit. Merci au Dr Garin-Beauvais pour m'avoir fait découvrir la médecine de campagne et les repas entre confrères. Merci aux Docteurs Lesestre et Tissier pour m'avoir fait découvrir la PMI. Merci à Christine Paumier et ses journées au CPEF, où mes journées s'écoulaient dans la douceur et la bienveillance.

Au Docteur Jacques Thollenaz, merci d'avoir été là, merci du temps que vous m'avez accordé parmi ces journées de consultations effrénées, et merci pour cette capacité à me faire réfléchir, me poser des questions sur moi, sur la nature humaine.

A mes amis d'externat et d'internat, merci d'avoir été là durant ces longues études, à Elyse, Flore et les filles, qui m'ont aidé à traverser l'externat, à notre équipe de beunois Mathou, Laura et Alex, la best team d'internat, aux Zoulets Thib, Ere, et Manon pour les fous rires.

A mes amies Marie, Nora, merci pour notre amitié depuis le lycée, pour nos premières années à la fac en quasi-colocation dans nos appartements respectifs, nos repas à base de kiri-biscotte-pizza micro-ondes ; pour être là tout simplement, et j'espère pendant encore de nombreuses années.

A Mymy, merci de m'avoir supporté pendant nos deux PACES et merci pour ton amitié toujours là depuis ces temps maudits.

A mes parents, merci de m'avoir permis de faire ces études.

Et enfin et surtout merci à ma soeur, Océ, à la vie à la mort, liée par le pacte sacré de la sororité.

Table des matières

SERMENT D'HIPPOCRATE	7
REMERCIEMENTS.....	8
Table des tableaux	11
Table des figures	12
Liste des sigles ou abréviations	13
I. Introduction	14
1. Contexte	14
2. Santé des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes	15
a. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et infections sexuellement transmissibles.....	15
b. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et oncologie.....	17
c. Méthodes de prévention	17
d. Dépistage des cancers	28
3. Santé des femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes	29
a. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et infections sexuellement transmissibles.....	29
b. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et oncologie.....	30
c. Prévention et dépistage	31
4. Elaboration d'un guide pratique à destination des médecins généralistes.....	34
II. Problématique	35
III. Objectifs	37
IV. Méthode.....	38
1. Description	38
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	38
3. Plan d'analyse des données.....	38
4. Considérations éthiques	38
V. Résultats.....	39
1. Description de l'échantillon.....	39
2. Analyse de l'objectif principal.....	40
a. Questions générales	40
b. Homosexualité masculine	41
c. Homosexualité féminine.....	45
3. Analyses secondaires	48
VI. Discussion	53

CONCLUSIONS.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES	72
Questionnaire de thèse.....	72
Questions générales :.....	72
Santé des HSH :.....	73
Santé des FSF :	75
Guide pratique joint à la fin du questionnaire et après le recueil des données	77

Table des tableaux

Tableau 1. Indications de TPE après exposition sexuelle	24
Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon étudié (N=41).	39
Tableau 3. Questions générales aux médecins généralistes du bassin mâconnais concernant l'homosexualité (N=41). 2020.....	41
Tableau 4. A quelle fréquence les médecins interrogés dépistent les IST chez les HSH (N=41).	43
Tableau 5. Comment les praticiens répondants recherchent les infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae (N=41).	43
Tableau 6. Fréquence de dépistage des IST chez les FSF par les médecins interrogés (N=41).	46
Tableau 7. Rythme de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes hétérosexuelles proposé par les praticiens répondants (N=41).	47
Tableau 8. Combien de patients homosexuels pensez-vous avoir dans votre patientèle ? <i>Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.</i>	48
Tableau 9; Connaissez-vous les indications de la prophylaxie pré-exposition ? <i>Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.</i>	49
Tableau 10; Connaissez-vous le principe du traitement post-exposition - TPE ? <i>Résultats exprimés en termes d'effectifs (%), moyennes (écart-type), OR [IC95], différences de moyenne [IC95] et p-values.</i>	50
Tableau 11. Proposez-vous des vaccinations supplémentaires aux HSH en plus des vaccinations obligatoires ? <i>Résultats exprimés en termes d'effectifs (%), moyennes (écart-type), OR [IC95], différences de moyenne [IC95] et p-values.</i>	51
Tableau 12. Selon-vous, les FSF sont-elles à risque de développer un cancer du col de l'utérus au même titre que les femmes hétérosexuelles ? <i>Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.</i>	52

Table des figures

Figure 1. Combien de patients homosexuels estimez-vous avoir dans votre patientèle ? (N=41).....	40
Figure 2. Quels sont les moyens de prévention des IST et de l'infection au VIH connus par les médecins interrogés. (N=41)	42
Figure 3. Quelles IST sont dépistées chez les HSH multipartenaires par les médecins interrogés. (N=41)	42
Figure 4. Type de cancers dépistés par les médecins interrogés.	45
Figure 5. Quelles IST sont dépistées chez les FSF par les médecins interrogés.	46

Liste des sigles ou abréviations

- IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
- HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
- IST : Infections sexuellement transmissibles
- PCR : Polymerase Chain Reaction
- LGV : Lymphogranulomatose vénérienne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- VHB : Virus de l'hépatite B
- VHC : Virus de l'hépatite C
- HPV : Papillomavirus humains
- HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
- CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CNEMDiMTS : Commission Nationale d'évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé
- TasP : Treatment as Prevention
- HAS : Haute Autorité de Santé
- TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
- TAAN : Test d'amplification des acides nucléiques
- PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition
- USA : Etats-Unis d'Amérique
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- PEP : Prophylaxie Post-Exposition
- TPE : Traitement post exposition
- INCA : Institut National du Cancer
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
- FSF : Femme ayant des rapports sexuels avec des femmes
- HSV-2 : Herpès Simplex Virus
- CDC : Centers for Disease Control and prevention
- USPSTF : US Preventive Services Task Force
- CIM-10 : Classification internationale des maladies
- LGBT : Lesbiennes, gays, bi, trans
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
- OR : Odds-ratio
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- FCU : Frottis cervico-utérin

I. Introduction

1. Contexte

Selon un sondage IFOP(1) de mai 2014, 4% des français se définissent comme homosexuels et 3% comme bisexuels. 44% des nouveaux diagnostics d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont réalisés chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), qui représentent 85% des cas de syphilis et 66% des gonococcies ; les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes (FSF) ont moins souvent de frottis de dépistage, tout comme leurs spécificités en santé mentale sont souvent ignorées. Selon l'étude EGaLe-MG(2), une grande proportion des personnes interrogées n'a aucun médecin au courant de leur orientation sexuelle (48,7% des femmes, 40,5% des hommes). Pourtant, d'après l'étude HomoGEN(3), pour 84% la relation avec le médecin ne s'est pas trouvée changée après l'information au médecin. Or, lorsque le médecin est au courant de l'orientation sexuelle, il donne plus fréquemment des informations sur les infections sexuellement transmissibles (IST), propose plus souvent des dépistages ou la vaccination contre l'hépatite A. De même, lorsque le médecin est au courant de l'orientation sexuelle, 80% des HSH déclaraient le consulter en cas de problème médical sexuel contre seulement 50% d'entre eux si leur médecin n'est pas au courant. L'étude EGaLe-MG(2) étudiait les difficultés rencontrées par la communauté lesbienne et gay. Seulement 7,3% des femmes et 23,6% des hommes avaient reçu des informations jugées utiles ou intéressantes de la part des médecins généralistes sur la sexualité et/ou les IST. 44,9% des femmes et 33,6% des hommes pensaient qu'il n'existe pas de spécificités de santé liées à leur orientation sexuelle. Pour la syphilis, les hommes ayant été contaminés dans les cinq dernières années étaient 19,8% à avoir vu au moins trois médecins différents, 25,5% à avoir eu plusieurs diagnostics incorrects avant d'arriver au bon, et 24,2% à avoir eu la sensation de n'avoir pas été traités rapidement.

2. Santé des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

a. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et infections sexuellement transmissibles

Selon Santé publique France(4), en 2018, 6 155 personnes ont découvert leur séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine (contre 6 583 en 2017). Les personnes ayant découvert leur séropositivité ont été contaminées par rapports hétérosexuels en majorité (56%), puis par rapports sexuels entre hommes (40%). Les hommes ont majoritairement été contaminés par rapports sexuels entre hommes (61%).

L'enquête PREVAGAY 2015(5) menée en 2015 avait pour but d'estimer la prévalence de l'infection **VIH** dans les lieux de convivialité gay dans plusieurs grandes villes françaises. 2 646 HSH ont accepté de participer. La prévalence pour le VIH était estimée à 14,3%. Parmi les HSH séropositifs, la plupart connaissait leur statut sérologique (91,9%) et la majorité était sous traitement antirétroviral. Cependant 8,1% des HSH séropositifs l'ignoraient et parmi eux 54,9% avaient une charge virale élevée participant à la propagation de l'épidémie.

Concernant la **syphilis**, infection à *Treponema Pallidum*(6), le nombre de diagnostics de syphilis est stable autour de 3 160 cas, et concerne principalement des hommes ayant eu des rapports sexuels avec les hommes (79%). 30% de ces patients étaient co-infectés par le VIH. Ces co-infections concernaient plus souvent les HSH (32%). L'âge moyen de diagnostic est de 35 ans chez les hommes, et les 20-49 ans sont les plus touchés. Une revue australienne(7) de la littérature a étudié les résultats des dépistages avant mise en route de la prophylaxie pré-exposition, et retrouve une prévalence de 3,2% pour la syphilis.

En 2016, 49 628 infections à **Neisseria Gonorrhoeae**(6) ont été diagnostiquées. Ce chiffre est en augmentation, particulièrement chez les HSH avec une augmentation de 58% entre 2016 et 2018 (Santé Publique France). En 2018, les HSH représentent 71% des nouveaux cas. Chez les hommes, les sites de prélèvements ayant conduit au diagnostic dans le réseau RésisIST (réseau de praticiens volontaires de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST)) étaient les sites ano-rectaux (41%) et pharyngés (40%) chez les HSH alors que chez les hétérosexuels, c'est l'urètre à 96% qui est le principal site, ce que retrouve également la revue de littérature australienne(7) publiée en 2020 citée précédemment.

Presque la totalité de ces diagnostics a été effectuée par PCR. Cependant, la culture est vivement recommandée avant antibiothérapie pour s'assurer de la sensibilité des souches.

Parmi les 3 744 patients pour lesquels l'information était disponible, 12% étaient aussi infectés par le VIH. La plupart connaissait déjà leur statut sérologique. Cette co-infection était plus fréquente chez les HSH (15,5%) que chez les hétérosexuels (2,8%).

Concernant les infections à **Chlamydia Trachomatis**, en 2016, dans l'étude LaboIST, il est estimé à 267 097 le nombre de personnes infectées par *Chlamydia Trachomatis*. La majorité des infections concernait les femmes (592 cas pour 100 000 habitants contre 380 pour 100 000 chez les hommes).

En 2018, 722 lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) ont été déclarées au centre national de recueil des IST. 90% de ces cas concernaient des HSH. Parmi ces 722 cas, 54% étaient coïnfectés par le VIH.

En 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis comme objectif l'élimination des hépatites virales d'ici 2030. L'enquête Prevagay 2015(8) retrouve une prévalence pour le virus de **l'hépatite B** (VHB) chez les HSH estimée à 0,6%. Santé Publique France(9) annonce une prévalence de 0,65% en 2004 en population générale, et une positivité des anticorps anti-HBc à 7,3% suggérant que 3,1 millions de personnes ont eu un contact antérieur avec le VHB. Les facteurs significativement associés à des anticorps anti-HBc positifs sont l'usage de drogues intra veineuses, l'homosexualité, la précarité, un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, un séjour d'au moins trois mois en institutions, un pays de naissance où la prévalence de l'antigène HBs est supérieure à 2 %, un lieu de résidence situé dans le quart Nord-Est de la France, Sud-Est de la France, ou l'Ile-de-France, le fait d'être un homme et d'être âgé de plus de 29 ans. Cependant, une revue récente de la littérature(10) montre que les résultats des enquêtes de prévalence ne permettent plus de considérer les HSH comme une catégorie à risque même si les interactions entre les infections par le VIH et le VHC en font une population clé.

Concernant **le virus de l'hépatite C**, les HSH ne font pas partie des catégories à risque, mais il faut penser à dépister les sujets découverts séropositifs pour le VIH, ou en cas de pratiques sexuelles à risque.

Concernant **l'hépatite A**, en France, il est constaté une recrudescence du nombre d'infections depuis 2017 qui concerne majoritairement les hommes (80%). Il est difficile de déclarer factuellement qu'elle ne touche que les HSH, mais dans les cas recensés, qui touchaient les hommes, il n'y avait aucun autre facteur de risque que les pratiques sexuelles, pas de consommation de fruits de mer, pas de profession à risque, et il a été constaté une augmentation du sex-ratio (Quatre pour un en 2017 contre un pour un en 2016)(11). L'OMS rappelle que les HSH font partie des catégories à risque de contracter une hépatite A. L'étude de Raczynska et Al menée en Pologne montrait que 71% des sujets infectés par l'hépatite A l'avaient été par rapports oraux-anaux entre hommes(12), et une étude(13) menée à Milan entre 2016 et 2018 retrouve globalement que les relations sexuelles entre hommes étaient la première cause de contamination. C'est un mode de contamination majoritaire dans les pays de faible endémie comme la France.

Les hommes s'infectent également aux **papillomavirus humains** (HPV). Avant d'étendre la vaccination contre les papillomavirus aux garçons, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)(14) a étudié les caractéristiques de l'épidémie à papillomavirus. La revue de littérature de Dunne et Al(15) montre une prévalence masculine variant de 1,3 à 72,9% selon les études, avec, dans au moins la moitié d'entre elles, une prévalence supérieure à 20%. Le risque d'acquisition des HPV augmente avec le nombre de partenaires(16–18) et le risque d'infection aux HPV est plus important chez les HSH(19,20). Ces papillomavirus peuvent donner des verrues ano-génitales (condylomes). Il ne semble pas y avoir de différence de prévalences des condylomes génitaux entre les hommes hétérosexuels et homosexuels(21,22).

b. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et oncologie

Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes sont plus à risque de développer un cancer anal(20,23–25), par plusieurs biais. Le risque de cancer anal est 20 fois plus élevé que chez les hétérosexuels(26). Le PDQ® Screening and Prevention Editorial Board (groupe d'experts américains) l'évoque dans sa revue(27). 90% des cas de cancers anaux sont liés à l'infection par HPV(26,28) et certaines pratiques augmentent le risque de développer un cancer anal comme la multiplication des partenaires sexuels, les rapports anaux réceptifs(28,29), l'immunodépression et donc l'infection par le VIH(30). C'est un cancer qui reste rare (2,5% des tumeurs digestives)(31) et il touche préférentiellement les femmes mais il touche plus fréquemment les HSH que les hétérosexuels masculins.

Concernant le cancer de la prostate, l'étude PROtEuS(32) suggère qu'avoir eu plusieurs partenaires masculins chez les hommes augmenterait le risque de cancer de la prostate alors que Boehmer et Al(25) dans leur étude menée en Californie ont rapporté une prévalence moins importante de cancer de la prostate chez les HSH ($p < 0,001$) que chez les hétérosexuels.

Concernant les cancers de l'oropharynx liés aux HPV, une méta-analyse récente a montré que la prévalence des papillomavirus dans les cancers de la tête et du cou a tendance à augmenter (41% en 2000 VS 72% en 2004)(33). Une infection à papillomavirus et notamment au HPV 16 augmenterait de quatre fois le risque de développer un cancer de la cavité orale(34). L'étude de Heck et Al(35) en 2010 retrouve que les cancers de l'oropharynx sont significativement associés au nombre de partenaires, et pour le cancer de la langue, aux antécédents de contacts sexuels avec des hommes chez les hommes.

c. Méthodes de prévention

i. Le préservatif

Le préservatif reste la meilleure méthode de prévention des infections sexuellement transmissibles. Une analyse(36) estime que les préservatifs ont permis d'éviter environ 50 millions de nouvelles infections par le VIH depuis le début de l'épidémie. Ces préservatifs répondent à des normes internationales. L'usage du préservatif doit être promu et dans l'idéal, des préservatifs doivent être disponibles gratuitement ou du moins à prix abordable. Des études ont montré que dans les populations à faibles ressources, le préservatif était plus susceptible d'être utilisé si l'accès est gratuit ou subventionné(37).

Il est possible de trouver des préservatifs gratuitement dans les CeGIDD (centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic), et depuis le 12 juin 2018, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de Santé (CNEMDiMTS) a donné son accord pour l'inscription d'une marque de préservatifs EDEN®(38) sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables qui peut donc maintenant être prescrite et remboursée. Depuis mars 2019, la marque « Sortez couverts »® est elle aussi remboursée.

Cependant, depuis l'avènement de la trithérapie, il est constaté une baisse de l'utilisation du préservatif. L'enquête EPGL 2011 rapporte que parmi les 1 333 répondants séropositifs ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les douze derniers mois, seuls 18% utilisaient systématiquement le

préservatif. Près d'un quart des répondants séropositifs avait pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique différent ou inconnu en ayant une infection VIH contrôlée.

L'analyse définissait aussi des pratiques de réduction des risques utilisées par les HSH. La première consiste en un contrôle de l'infection VIH : les répondants se déclarent séropositifs mais traités avec une charge virale indétectable. La deuxième est le sérosorting : les répondants se déclarent séropositifs ou séronégatifs et ont des relations avec des partenaires de même statut sérologique qu'eux uniquement. La troisième s'appelle le séropositionning : les répondants séronégatifs ne pratiquent que la pénétration insertive, tandis que les séropositifs étaient exclusivement réceptifs.

Pour 25% de ces répondants, aucune pratique préventive ou de réduction des risques n'a été identifiée.

Parmi les 4 033 répondants séronégatifs, 16% ont eu au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu sans pratique préventive.

Parmi les 1 057 répondants séro-interrogatifs, c'est-à-dire qui ignorent leur statut sérologique mais s'interrogent sur celui-ci, 55% ont eu des rapports à risques sans pratique préventive.

ii. Traitement comme prévention – Dépistage des IST

Dans l'EPGL 2011, était évoqué le traitement de l'infection VIH comme pratique préventive **autrement appelé TasP : treatment as Prevention**.

L'étude PARTNER 2(39) publiée dans le Lancet en mai 2019 a recruté 972 couples homosexuels séro-différents. Le partenaire séropositif devait être traité et avoir une charge virale inférieure à 200 copies / ml pendant 12 mois. Les résultats montrent qu'après 75 000 actes sexuels sans préservatifs, aucun cas de transmission n'a été observé entre partenaires. Cette étude a permis de confirmer les résultats de l'étude PARTNER présentée en 2014 mais dont l'effectif était insuffisant. Des résultats similaires ont été retrouvés en Colombie Britannique et publiés récemment, montrant une amélioration de la morbi-mortalité grâce à l'introduction du TasP.(40)

Dans l'EPGL 2011, 24% des HSH se sachant séropositifs utilisaient le TasP comme pratique de réduction des risques.

Il faut bien comprendre que le TasP protège le partenaire d'une infection par le sérotype du patient sous traitement, mais ne protège pas ce patient source d'une infection par un autre sérotype s'il avait des rapports non protégés avec une personne séropositive non traitée.

Pour améliorer l'efficacité de cette méthode TasP, il faut bien évidemment que les patients infectés par le VIH soient connus et donc dépistés. Avec pour objectif de réduire le nombre de patients séropositifs qui l'ignorent (20% selon la Haute autorité de Santé) et donc qui participent à la propagation de l'épidémie, la HAS a émis de nouvelles recommandations en 2017 concernant le dépistage des IST en France.

Elle recommande un **dépistage du VIH tous les 3 mois** pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, tout en restant consciente que tous les HSH ne sont pas exposés également. En

effet, un homme en couple stable sans autres partenaires ne sera pas à dépister de la même manière qu'un patient ayant de multiples partenaires et fréquentant des lieux de convivialité gay.

Elle rappelle que le recours au dépistage doit être encouragé et facilité. Actuellement en France, il existe plusieurs manières de se faire dépister.

- Par prescription médicale au cabinet de médecine générale : remboursé. Pour rappel, il s'agit d'un test ELISA fiable 6 semaines après le risque. Si l'ELISA est positif, il est confirmé par un WESTERN BLOT.
- Directement au laboratoire d'analyses médicales : non remboursé, coût estimé à 20 euros pour la sérologie VIH, mais si l'on considère le dépistage conjoint de l'hépatite B, C et la PCR Chlamydia et Gonocoque, il faut rajouter 80 euros ;
- Dans les CeGIDD : gratuit
- Par test rapide réalisé sur le terrain par des associations ou les CeGIDD : gratuit également. Appelé TROD (Test rapide d'Orientation Diagnostique), il permet d'avoir un résultat en 30 min. Il est totalement fiable 3 mois après une prise de risque VIH. Une goutte de sang est prélevée au bout d'un doigt puis mise en contact avec les solutions réactives. Si le test est positif, il est vérifié par test classique au laboratoire. Il n'a pas d'indication en population générale.
- Enfin par autotest disponible en pharmacie. Il dépiste une infection par le VIH dans le cadre d'une prise de risque ou exposition accidentelle datant de plus de 3 mois avant la réalisation du test. Il est payant et coûte entre 25 et 28 euros. Il peut être vendu aux mineurs mais nécessite de la part du pharmacien une information adaptée et surtout si possible une réorientation vers un CeGIDD. Les différentes études(41) menées montrent une sensibilité entre 91 et 100% et une spécificité proche de 100%.

Le site sida-info-service propose un annuaire(42) des CeGIDD et des lieux où il est possible de réaliser un TROD.

Santé Publique France a construit le programme MémoDépistage en 2018 à destination des HSH multipartenaires, mené dans quatre grandes régions de France : Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Provence Alpes-Côte d'Azur et Ile de France. L'objectif du programme était de recruter des HSH multipartenaires afin de leur proposer la réalisation de test de dépistage par auto-prélèvement. Les populations ont été ciblées sur internet : applications de rencontre, sites d'information, bannière publicitaire diffusée sur des pages dont le contenu était en rapport avec l'homosexualité. Les participants recevaient un kit d'auto-prélèvement pour la recherche du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite A, C et de la syphilis, ainsi qu'un kit de prélèvement urinaire et deux écouvillons pour prélèvements extra génitaux pour la recherche de Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae. Un suivi était ensuite proposé pendant 18 mois avec suggestion de dépistage pour le VIH tous les 3 mois. Les patients qui renvoyaient les tests avaient majoritairement un niveau d'étude supérieur et avaient moins de 30 ans.

Concernant les autres IST, la HAS recommande un dépistage annuel pour le **Chlamydia**(43) qui doit être répété tous les ans en cas de test négatif, et tous les trois mois en cas de test positif chez les HSH.

Les tests utilisés sont des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) incluant la recherche de **Neisseria Gonorrhoeae**. Chez l'homme, le test s'effectue sur le premier jet urinaire. Une enquête de pratique menée dans différents CeGIDD rapporte que le remboursement d'un seul site de prélèvement est un frein au dépistage de l'infection par Chlamydia Trachomatis(44).

La HAS recommande un dépistage ciblé de l'infection à **Neisseria Gonorrhoeae** chez les HSH, les patients infectés par le VIH, les patients aux antécédents d'IST ou diagnostiqués par une autre IST et les patients ayant de multiples partenaires.

Pour rappel, en présence de symptômes de type urétrite, il est recommandé de réaliser une culture d'un prélèvement urétral pour réaliser un antibiogramme, car les Gonocoques deviennent résistants aux premières lignes de traitement notamment céphalosporines et fluoroquinolones, et tout récemment à l'azithromycine(45).

La HAS l'évoque ainsi dans sa synthèse, la possibilité d'un remboursement multi-sites (oro-pharyngé, ano-rectal, génito-urinaire) apparaît nécessaire. A titre d'exemple, le CeGIDD de Fernand-Widal a mené une étude(46) entre juin 2016 et juillet 2017 pour évaluer l'apport du prélèvement multi-sites par rapport à un prélèvement urinaire seul. La prévalence de l'infection à Gonocoque passe de 3% à 9% tandis que celle à Chlamydia passe de 2% à 9%.

Les résultats du Mémodépistage(47) après envoi de tests gratuits de dépistage pour Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae montrent que le taux global de positivité est de 17,1%, (9,3% pour Chlamydia et 9,6% pour Gonocoque) ; avec Chlamydia Trachomatis principalement trouvé dans les échantillons anaux (7,25%) et le Gonocoque principalement trouvé en pharyngé (7,15%).

Cependant, la HAS ne recommande pour le moment pas l'usage d'autotests pour la recherche de Chlamydia et Gonocoque car ils ne sont pas assez performants. Il apparaît néanmoins nécessaire de redéfinir les pratiques de dépistage de ces deux infections.

Par ailleurs, la HAS ne recommande plus la culture cellulaire pour la recherche de Chlamydia ni les méthodes immunologiques devant les performances actuelles des TAAN couplées.

Concernant le **dépistage de la syphilis**, la HAS(48) recommande un dépistage ciblé, et notamment une fois par an chez les hommes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des hommes, en cas de prise de risque régulière. Dans sa recommandation de bonne pratique, la HAS rappelle qu'une infection par le Treponema Pallidum augmente le risque d'acquisition du VIH par 3 à 13 selon les études.

Concernant **l'hépatite B**, la HAS recommande de dépister les populations à risque, incluant les patients ayant de multiples partenaires, ou séropositifs pour le VIH ou le VHC. Il n'est pas clairement dit de dépister tous les homosexuels, alors que la US Preventive Task Force(49) recommande de dépister les populations à risque en incluant les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Aux Etats-Unis d'Amérique (USA), l'analyse coût-efficacité menée par Chahal et Al(50) est en faveur du dépistage/traitement – vaccination des populations à risque incluant les HSH.

Les TROD VHB (Ag HBs)(51) pourraient permettre d'améliorer le dépistage des populations à risque marginalisées et la HAS recommande leur utilisation dans les milieux associatifs, mais le dépistage biologique reste le plus performant avec la recherche de l'antigène HBs, des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs.

Une équipe américaine a calculé combien de cas seraient non-diagnostiqués si le dépistage se faisait tous les six mois ou en cas de symptômes au lieu de tous les trois mois en systématique, et a retrouvé que 34,3% des gonorrhées, 40,0% des infections à Chlamydia et 20,4% des cas de syphilis auraient été diagnostiqués en retard(52).

iii. La prophylaxie pré-exposition

Depuis 2015, existe la PrEP : Prophylaxie pré-exposition.

La PrEP consiste en la prise d'un médicament par une personne non infectée par le VIH ayant des conduites à risque d'infection. La HAS rappelle cependant qu'il prévient l'infection au virus de l'immunodéficience humaine mais ne protège pas des autres IST.

Le médicament utilisé à l'heure actuelle est le TRUVADA® (association emtricitabine/ténofovir disoproxil). Il a bénéficié en 2016 d'une recommandation temporaire d'utilisation qui a permis son remboursement à 100% et depuis 2017, la prophylaxie pré-exposition est rentrée dans l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Il était autorisé depuis 2012 aux USA.

La primo-prescription et le renouvellement annuel doivent être réalisés par un médecin expérimenté dans la prise en charge de l'infection VIH, à l'hôpital ou dans les CeGIDD. Le renouvellement de l'ordonnance peut être effectué par tout médecin de ville ou hospitalier tous les trois mois avec un suivi du statut sérologique VIH et des dépistages des autres IST, d'une possible grossesse, et un monitoring des effets indésirables. Il n'est possible d'utiliser la PrEP qu'à condition d'être séronégatif au VIH.

La PrEP est recommandée chez tous les adultes et les adolescents (de plus de 15 ans) exposés à un haut risque de contracter le VIH. Sont concernés :

- Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les personnes transgenres qui répondent aux critères suivants :
 - Rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins deux partenaires sexuels différents dans les six derniers mois
 - Episodes d'IST dans les 12 derniers mois
 - Au moins un recours à un traitement post-exposition au VIH dans les 12 derniers mois
 - Usage de drogues lors des rapports sexuels (Chemsex)
- Au cas par cas :
 - Usage de drogues injectables avec échange de seringues
 - Travailleurs du sexe / Prostitués avec rapports sexuels non protégés
 - Vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH

Comment faire en pratique ?

Le schéma autorisé par l'AMM est celui d'un comprimé par jour en prise continue. Si la prise est continue, le traitement est efficace après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez la femme. Il doit être poursuivi jusqu'à deux jours après le dernier rapport sexuel.

Il existe un schéma hors AMM qui n'a été étudié que chez les HSH, et ne devant pas être utilisé chez les hommes infectés par le virus de l'hépatite B. Il consiste en trois administrations du médicament : en premier lieu la prise simultanée de deux comprimés entre 2h et 24h avant le rapport sexuel à risque, puis une deuxième et une troisième prise avec 24 heures d'intervalle entre chaque prise. Il est possible ensuite de reprendre le schéma continu.

Les effets indésirables peuvent être peu graves à type de nausées, diarrhées, douleurs abdominales, céphalées, mais aussi plus graves avec une insuffisance rénale. Par ailleurs, la PrEP chez un sujet infecté par le VIH est susceptible de rendre le virus résistant.

La surveillance doit donc être trimestrielle avec une surveillance de la fonction rénale, un contrôle de la sérologie VIH et de l'absence de grossesse.

Par ailleurs la PrEP peut être utilisée chez les patients infectés par le virus de l'hépatite B mais du fait d'un risque d'exacerbation de l'hépatite à l'arrêt du traitement, seul le schéma continu est adapté. Il faudra proposer à la personne une vaccination contre l'hépatite B si elle n'est pas immunisée.

Enfin, le site AIDES rappelle d'éviter de consommer deux heures avant et après ses prises de PrEP des produits tels que le psyllium (champignons hallucinogènes), le charbon actif ou des pansements gastriques.

Le bilan initial du médecin spécialiste comportera donc :

- Un mois avant la première prescription : un premier bilan avec la recherche de VIH et des autres IST, un bilan rénal et des BHCG pour éliminer une grossesse chez la femme. Il sera alors proposé une vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et le papillomavirus.
- Le jour de la prescription : un nouveau bilan VIH et recherche de grossesse seront faits.
- Un mois après la prescription puis tous les 3 mois, l'organisation d'un suivi avec au minimum, sérologie VIH et clairance rénale, contrôle de l'absence de grossesse ; avec selon l'orientation clinique, ajout des sérologies des hépatites, de la syphilis et prélèvement chlamydia et gonocoque. La HAS recommande un prélèvement pour la recherche de Chlamydia trachomatis tous les 3 mois si un prélèvement est revenu positif chez un Prepeur une fois.

L'efficacité de la PrEP a été prouvée dans plusieurs essais. Bien que la PrEP « à la demande » (Deuxième schéma) ne soit pas encore dans l'AMM du TRUVADA®, l'essai ANRS IPERGAY, débuté en 2012 et terminé en 2016 pour sa deuxième phase, a confirmé l'efficacité de la prise de la PrEP au moment de l'exposition aux risques. La première phase en double aveugle a montré que le TRUVADA® diminuait de 86% le risque d'être infecté par le VIH. La deuxième phase en ouvert a permis de trouver un taux de 0,19 infection pour 100 patients-années de suivi (ce chiffre correspond à une infection parmi les sujets, d'un patient qui avait interrompu le traitement).

Un projet mené par l'ANRS en île de France ANRS PREVENIR(53) depuis 2017 vise à réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH et va évaluer les effets d'un accompagnement communautaire sur l'observance et le maintien des participants dans la PrEP à long terme. Les premiers résultats présentés en juillet 2019 sont encourageants avec un taux de nouvelles contaminations de 0,09 pour 100 personnes années-suivies. Les résultats de ces deux essais PREVENIR et IPERGAY ont conduit l'OMS(54) à changer ses recommandations et à recommander la PrEP à la demande.

Dans la même dynamique, le Pr Molina et ses équipes lors de l'essai IPERGAY(55) ont évalué la prophylaxie post-exposition (PEP) des IST bactériennes avec la prise d'un comprimé de Doxycycline® 200 mg dans les 72h après chaque rapport sexuel. La PEP par Doxycycline® réduisait l'incidence globale des IST bactériennes de 47% chez les HSH à risque avec 70 à 73% de réduction des cas de Chlamydia et Syphilis. Une équipe canadienne mène actuellement une étude sur l'utilisation quotidienne de la Doxycycline® en prophylaxie pré-exposition contre la syphilis(56). Les résultats préliminaires ont été présentés au 29ème congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/Sida. En combinaison avec la Prep pour le VIH, les participants qui prenaient de la Doxycycline® quotidiennement avaient un taux d'incidence pour la syphilis et les infections à Chlamydia plus faible mais un taux d'effets indésirables plus important que le bras où l'antibiothérapie avait été différée. Une étude de cohorte australienne est en cours également, où les participants se verront proposer une prophylaxie par Doxycycline 100mg avec un suivi tous les trois mois sur douze mois au total(57). Il faut cependant nuancer le propos, car les effets sur une antibiorésistance ultérieure ne sont pas connus.

Quelques études suggèrent que l'incidence des IST hors VIH augmente après la prise de la PreP, avec semble-t-il une diminution de l'utilisation du préservatif, mais peut-être aussi par l'augmentation du dépistage durant l'utilisation de la PreP (58,59).

Fin 2020, le ministre de la Santé Olivier Véran déclare souhaiter que les médecins généralistes puissent initier la prophylaxie pré-exposition pour 2021.

iv. Traitement post-exposition

Un autre moyen de prévention de l'infection par le VIH est le traitement post-exposition (TPE). Nous ne parlerons que du traitement post-exposition sexuelle. Le taux de séroconversion après un rapport anal réceptif est estimé à 1% (60), le risque de contamination par le VIH est estimé 35 fois plus élevé pour un rapport anal réceptif que pour un rapport vaginal insertif(61). Plus la charge virale du patient source est élevée, plus le risque est grand. Rappelons ainsi que dans le principe du TasP, les patients avec une charge virale régulièrement indétectable sont considérés comme non transmetteurs.

L'initiation d'un traitement post-exposition (TPE) se fait le plus souvent aux urgences grâce à des kits prêts à l'usage qui permettent de traiter le patient pour 48/72h avant une consultation avec un référent VIH qui décidera de la nécessité de poursuivre ou pas le TPE, se renseignera sur les mutations connues du patient source aux antirétroviraux et organisera le suivi.

Le groupe d'experts VIH(61) rappelle les indications de TPE après exposition sexuelle :

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

Tableau 1. Indications de TPE après exposition sexuelle

Le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'information des populations concernant ce TPE. En effet, le traitement est d'autant plus efficace qu'il est initié tôt, dans l'idéal dans les quatre premières heures qui suivent l'exposition et au plus tard jusqu'à 48h après l'exposition.

Ne sera pas évoqué ici l'algorithme de choix du TPE car trop spécialisé, néanmoins, le médecin généraliste peut participer activement au suivi de ce traitement, à sa bonne observance et au suivi sérologique ultérieur.

En effet, plusieurs études montrent que le suivi n'est pas complet chez la majorité des personnes. Dans une étude rétrospective menée à Strasbourg(62), sur 646 expositions sexuelles, un TPE était initié dans 78% des cas, et un suivi complet n'avait été réalisé que chez 30% des personnes. Une autre étude menée en 2012(63) dans 24 COREVIH a montré qu'un TPE était prescrit dans 72% des expositions sexuelles et que seulement 26% des personnes ayant un risque sexuel étaient suivies à M2 et 15% à M3/M4. Une méta-analyse(64) portant sur 21 462 TPE ne montre un suivi complet que chez 56,6% des patients.

Concernant le bilan initial et le suivi sérologique à réaliser(60) :

- Entre le premier et le quatrième jour :
 - o Sérologie VIH,
 - o Syphilis,
 - o VHC,
 - o anti-HBs si vacciné ou antigène HBs, anti-HBc et anti-HBs si non vacciné
 - o ALAT
 - o Créatininémie
 - o Test de grossesse si indication de TPE (ne pas oublier contraception d'urgence si nécessaire pour les femmes)
- La deuxième semaine :
 - o ALAT, créatininémie si TPE et comorbidités
- La sixième semaine :
 - o Sérologie VIH si TPE ou en l'absence de TPE avec un sujet source de statut VIH inconnu, ou VIH + avec charge détectable
 - o Sérologie Syphilis
 - o PCR Chlamydia et Gonocoque selon recommandations : c'est-à-dire chez les HSH pour nous mais penser aussi femme de moins de 25 ans, homme de moins de 30 ans
 - o ALAT et ARN VHC chez HSH ou si ARN VHC + chez le sujet source
- La douzième semaine :
 - o Sérologie VIH si TPE
 - o Sérologie VHC chez HSH ou si ARN VHC + chez sujet source
 - o Ag HBs, Anti-HBc, Anti-HBs si non vacciné

Concernant l'hépatite B, en cas d'exposition sexuelle, il convient de s'assurer de l'immunisation du patient et du statut du patient source :

- Si patient non immunisé, et patient source VHB positif ou de statut inconnu mais à risque élevé (partenaires multiples, pays de forte prévalence, viol, ulcération génitale ou IST chez la victime) : indication d'injection d'immunoglobines spécifiques et vaccination.
- Si patient non immunisé et statut inconnu mais à risque faible : vaccination.

Le schéma vaccinal de rattrapage en post exposition consiste en l'injection au plus tôt suivant l'exposition, au mieux 72h, d'une dose de 20µg IM dans le deltoïde, puis deux injections ensuite à M1 et M6.

v. Prévention par vaccination

Concernant les HSH, la HAS recommande plusieurs vaccinations outre les vaccinations obligatoires.

Il s'agit notamment de la vaccination contre **l'hépatite A**. L'hépatite A peut être transmise lors de pratiques sexuelles non protégées, et les HSH sont particulièrement à risque et représentent 80% des cas d'hépatite A en France.

Le schéma comporte l'administration d'une première dose suivie d'un rappel six à douze mois plus tard, tout en sachant que ce rappel peut être fait jusqu'à trois à cinq ans après la première injection.

Il est parfois recommandé de réaliser un contrôle sérologique avant vaccination pour vérifier que le patient n'est pas déjà immunisé (antécédent d'ictère, né avant 1945, ou ayant passé son enfance en zone d'endémie).

Par ailleurs, la HAS rappelle que la transmission sexuelle de **l'hépatite B** est le deuxième mode de transmission après la transmission mère-enfant. Les personnes ayant des partenaires sexuels multiples font partie des personnes à risque, tout comme les HSH. Lors de l'enquête PREVAGAY 2015(8), la couverture vaccinale des HSH a été estimée à 63 %, taux voisin de ce que retrouvait l'étude EMIS-2010(65) avec un taux à 65,5% dans les pays où la vaccination était remboursée.

Si non vacciné dans l'enfance, le rattrapage comporte trois doses à M0, M1 et M6.

Le schéma accéléré comporte trois doses à J0, J7 et J21 avec un rappel un an après. Il est proposé par exemple chez les détenus, les voyageurs qui partent en zone d'endémie ou les professionnels de santé qui vont commencer leur poste.

Enfin, concernant la vaccination contre les **papillomavirus**, la HAS rappelle que 80% des femmes et des hommes sexuellement actifs seront infectés par ces virus au cours de leur vie. La transmission se fait au cours de rapports sexuels même sans pénétration, le contact génital peau à peau suffisant à transmettre le virus. Le pic d'incidence est atteint entre 20 et 25 ans avec un plateau autour de 35 ans, suivi d'un nouveau pic entre 45 et 50 ans(66). Dans environ 70 à 90% des cas, le système immunitaire de l'hôte guérira l'infection. Les papillomavirus peuvent donner des lésions bénignes comme des condylomes. Mais certains HPV à haut risque oncogène, par exemple HPV 16 et 18, peuvent persister dans environ 10% des cas menant à des lésions précancéreuses. Chaque année, 630 000 nouveaux cas de cancers de la sphère ano-génitale et des voies supérieures sont dus aux HPV, dont 85% sont des cancers du col de l'utérus(67). 90% des cancers de l'anus sont également dus aux HPV. C'est un cancer qui touche préférentiellement les femmes (à 75%) mais aussi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes(68).

Jusqu'en 2019, le calendrier vaccinal recommandait la vaccination des HSH jusqu'à 26 ans par Gardasil 9® avec une injection à M0, M2 et M6 pour un rapport coût-efficacité favorable(69,70).

Depuis novembre 2019, l'élargissement de la vaccination aux garçons de 11 à 14 ans a été décidé par la HAS dans une logique de protection globale de la population. Considérant que les professionnels de santé ne demandent pas en routine l'orientation sexuelle de leur patient(71,72), cela permettrait

également de rattraper les occasions manquées de vacciner les HSH, les hommes étant porteurs et vecteurs des papillomavirus.

Le Gardasil®9 comporte les valences 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. HPV 6 et 11 sont liés dans 90% des cas aux condylomes. Plusieurs études(73–77) ont démontré l'efficacité des vaccins dans la réduction des lésions bénignes et précancéreuses du cancer du col de l'utérus. L'étude récente de Huh et Al(78) montre une même efficacité du vaccin à neuf valences comparé aux quatre valences sur les lésions induites par HPV 6, 11, 16, et 18 et avec une meilleure efficacité, de fait, sur les autres valences, sur la réduction des lésions précancéreuses.

Concernant les cancers oraux et anaux, les données sont moins nombreuses. L'étude de Palefsky et Al(79,80) a montré une efficacité certaine mais à relativiser en population réelle du vaccin quadrivalent dans la prévention des lésions de néoplasies intra-épithéliales anales (77,5% d'efficacité chez les patients naïfs d'infection HPV, contre 50,3% en population entière).

L'étude de Donovan et Al(81) menée en Australie a montré une réduction significative du risque de lésions génitales externes avec le vaccin quadrivalent chez les femmes vaccinées, avec un effet de glissement chez les hommes hétérosexuels, mais pas chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes logiquement (étude menée avec une vaccination généralisée des jeunes filles).

L'Institut National du Cancer (INCA) avance un chiffre de couverture vaccinale chez les jeunes filles nées en 2002 de 23,7%(82) en 2018 en France. Le vaccin contre le papillomavirus est souvent accusé de provoquer des pathologies neurologiques, des syndromes de Guillain Barré ou des maladies auto-immunes. C Chabbert dans sa thèse(83) soutenue en 2015 a étudié les facteurs associés à la décision des parents de faire vacciner leurs enfants. Il est intéressant de constater que, chez les 83% d'entre eux renseignés sur le vaccin, les médias constituaient souvent la première source d'information (n=161), avant le médecin généraliste (n=156). Seules 48% des personnes interrogées avaient confiance dans le vaccin, les parents qui n'avaient pas l'intention de faire vacciner leur fille ont évoqué à 66% la peur des effets secondaires, et à 48% le manque d'information sur le vaccin. L'information par le médecin généraliste était un facteur significativement associé à la vaccination. L'adhésion des médecins généralistes à la vaccination anti-HPV semble forte(84,85).

Il existe maintenant pour ce vaccin un recul de 15 ans à travers plusieurs pays. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne considère pas à ce jour le vaccin comme dangereux(86). Par ailleurs l'ANSM a publié un rapport(87) en 2015 sur une étude de pharmacovigilance menée auprès des jeunes filles affiliées au régime général de la Sécurité Sociale. Il a été retrouvé une association statistiquement significative avec des syndromes de Guillain Barré estimé à 1 à 2 cas supplémentaires pour 100 000 jeunes filles vaccinées. Il n'a pas été retrouvé d'association significative avec douze autres pathologies auto-immunes (dont sclérose en plaque, lupus, polyarthrite rhumatoïde).

Il est également recommandé de vérifier la vaccination contre le Méningocoque C et de proposer une vaccination de rattrapage jusqu'à 24 ans inclus avec une dose de Menjugate® ou Neisvac®.

d. Dépistage des cancers

Concernant le cancer anal, la Société Nationale Française de Colo-Proctologie(88) recommande une surveillance clinique régulière des personnes séropositives au VIH, d'autant plus s'ils sont homosexuels de sexe masculin. Plusieurs équipes proposent de réaliser un dépistage par anoscopie annuelle chez les patients séropositifs au VIH avec des résultats qui semblent montrer une réduction de l'incidence du cancer anal(89,90). Cependant, l'organisation d'un dépistage organisé en population générale et en population homosexuelle ne semble pas coût-efficace(91,92).

Les recommandations en population générale concernant le dépistage du cancer du côlon s'appliquent aussi aux HSH.

Concernant les cancers de l'oropharynx liés aux HPV, il n'existe pour l'heure pas de dépistage organisé ; d'une part car il n'existe pas de moyen de dépister les lésions précancéreuses et d'autre part, car malgré la possibilité technique de dépister l'infection à HPV(93,94), il n'existe pas actuellement de traitement ciblant ces HPV(95).

3. Santé des femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes

a. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et infections sexuellement transmissibles

L'entrée plus précoce dans la vie sexuelle et le nombre de partenaires plus important (y compris masculins) sont des facteurs de risque de contracter des infections sexuellement transmissibles.

Il existe peu de données concernant la contamination par le VIH des FSF. Les données épidémiologiques recueillies aux Etats-Unis d'Amérique (USA) montrent que les FSF sont très peu contaminées par le VIH(96). Les cas recensés ont en majorité mis en exergue des contaminations par l'usage de drogues intraveineuses(96–99) ou par des relations avec un homme séropositif(98). Ainsi, c'est leur mode de vie plutôt que le fait qu'elles se définissent comme homosexuelles qui est un facteur de risque de contamination chez les FSF.

Selon Santé Publique France(4), en 2018, les femmes représentent 35% des nouvelles découvertes de séropositivité VIH, et pour 96% d'entre elles, après rapports hétérosexuels. Il reste donc 4% de contamination par rapport homosexuel ou autre mode de contamination. Cependant, il semble que les contaminations entre femmes soient extrêmement rares comme le suggère une étude menée sur 960 000 donneuses de sang, qui ne retrouvait aucun cas de contamination entre femmes uniquement(100).

Il est commun, probablement du fait de cette faible représentation des FSF dans les cas de contaminations par le VIH, de croire que les FSF sont peu exposées aux IST.

Pourtant, l'enquête ENVEFF(101) rapporte que la fréquence des IST est significativement plus élevée chez les femmes ayant des rapports homosexuels (25%) que chez les femmes ayant des rapports exclusivement hétérosexuels (9%). En 2008, une étude(102) rapporte que 12% des FSF interrogées déclarent avoir contracté une IST dans les cinq dernières années contre 3% chez les femmes hétérosexuelles exclusives. Ces chiffres sont à relativiser, au vu des résultats de l'EGPL 2011, qui montre que les femmes n'ayant eu que des rapports exclusifs avec des femmes étaient 2% à rapporter une IST dans les 12 mois précédents contre 5% chez les hétérosexuelles et 6% chez celles rapportant des rapports avec des femmes et des hommes, ce que confirme une étude rétrospective menée en Norvège sur 103 564 femmes(103).

Il faut aussi rappeler que beaucoup de FSF ont déjà eu des rapports avec des hommes dans leur vie. (97,104,105)

Bien que le virus du SIDA se transmette peu entre FSF, d'autres IST telles que l'infection herpétique ou la syphilis se transmettent par simple contact entre muqueuses. Les contaminations de FSF par la syphilis semblent anecdotiques. Dans l'étude norvégienne de Molin et Al(103) ayant inclus 103 564 femmes dont 0,6% de FSF exclusives, aucun cas de syphilis n'a été retrouvé. L'étude retrouve les mêmes données que l'EGPL 2011, à savoir que les FSF exclusives ont moins d'IST que les femmes hétérosexuelles ou bisexuelles.

Concernant le virus herpétique, il semble que les FSF soient moins infectées que les femmes hétérosexuelles. L'étude de Xu et Al(106) menée entre 2001 et 2006 aux USA montre une prévalence pour

le HSV-2 de 45,6% chez les femmes hétérosexuelles, 35,9% chez les bisexuelles, et 8,2% chez les FSF exclusives tandis que Tao et Al(107) retrouvaient des taux plus importants chez les femmes bisexuelles (15% à 17%) que chez les femmes hétérosexuelles (8,7% à 10%) et homosexuelles exclusives (2,3% à 6,7%)

Concernant la syphilis, l'infection à *Trichomonas Vaginalis* et *Chlamydia Trachomatis*, des cas de portage chez des femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes ont été rapportés mais les taux de contamination sont flous. Or les conséquences peuvent être invalidantes avec des algies pelviennes chroniques, ou des infertilités tubaires.

L'étude de Singh et Al(108) menée entre 1997 et 2005 aux USA a montré un taux de prélèvements positifs à *Chlamydia Trachomatis* plus important chez les FSF et bisexuelles (7,1%) que chez les femmes hétérosexuelles (5,3%) avec des taux significatifs surtout dans la tranche d'âge 15-17 ans et chez les femmes caucasiennes.

Cependant, il semble que l'usage de méthodes barrières ne soit pas généralisé et même plutôt rare, avec des chiffres variant entre 5,8%(109) et 34,4%(110) selon les études et les pratiques sexuelles (il semble que les protections soient plus utilisées lors de l'usage d'objets sexuels que lors de la pratique du sexe oral). Dans l'étude de Rufino et Al(109), les FSF exclusives utilisaient moins les méthodes barrières que les femmes qui avaient des rapports avec des femmes et des hommes.

Il est commun de penser que les infections à papillomavirus ne se transmettent pas entre femmes. Or, plusieurs études de Marrazzo et Al ont démontré le contraire(111–113) avec des résultats similaires. La première étude indiquait que les femmes qui n'avaient jamais eu de partenaires masculins étaient 26% à avoir des anticorps contre HPV-16 et 42% contre HPV-6, sans qu'il n'y ait de différence significative avec les femmes qui avaient déjà eu des rapports avec des hommes. La prévalence des anomalies au frottis était de 4% et 4,4% dans ces deux études, sensiblement la même que chez les femmes hétérosexuelles(111,114). Les papillomavirus se transmettent par simple contact avec les muqueuses sexuelles par contacts oraux ou pénétration digitale, rappelle l'Institut National du Cancer (INCA).

Bien que non considérées comme IST, mycoses et vaginoses constituent d'autres problématiques. Il semble qu'elles soient plus fréquentes chez les FSF(98,115) ou du moins de même prévalence(116), différentes hypothèses étant avancées pour expliquer cela comme le partage d'objets sexuels, les contacts oro-génitaux et le nombre de partenaires sexuel(les)(115).

b. Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et oncologie

Dans la littérature, il ne semble pas y avoir de sur-risque de cancer du sein chez les FSF(91,117,118) bien que certaines études suggèrent qu'elles présentent plus de facteurs de risque comme un faible nombre de grossesses(119) et allaitement(120), une tendance au surpoids(121), ce qui par déduction devrait augmenter leur risque d'être atteinte un jour d'un cancer du sein(122). Il n'y a pas d'indication à proposer un dépistage précoce aux FSF(91), mais à bien s'assurer qu'elles participent au dépistage organisé, certaines études suggérant qu'elles sont moins enclines à le faire (123–125).

Il semble que la population lesbienne soit très peu étudiée en ce qui concerne le cancer ovarien, pulmonaire ou colo-rectal(122,124,126). Les études sont contradictoires concernant le cancer de l'endomètre, sans qu'une différence ait pu être vraiment mise en évidence(91).

Différentes études ont montré un moindre recours au suivi gynécologique et au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes(109,114,125,127–129).

Or, selon les études, entre 53 et 99% des FSF ont déjà eu un rapport hétérosexuel(97,104) dans leur vie et un certain nombre en aura encore tout au long de leur vie de manière occasionnelle (entre 6 et 30% selon les études). Les papillomavirus sont retrouvés chez des femmes n'ayant eu que des rapports sexuels avec des femmes(111,114), tandis que d'autres suggèrent que la prévalence de cytologies anormales serait la même entre femmes homosexuelles et hétérosexuelles(98,113). Par ailleurs, les FSF ont des facteurs de risque d'acquisition et de persistance d'HPV, comme un âge d'entrée dans la vie sexuelle plus précoce, un nombre de partenaires masculins plus important et une consommation tabagique plus fréquente (102,112). Par ailleurs comme expliqué précédemment, le moindre recours au frottis majore le risque de méconnaître un cancer du col de l'utérus. Pour rappel, en France, l'incidence du cancer du col de l'utérus est environ de 3000 nouveaux cas par an, et chaque année, 1000 femmes en décèdent.

c. Prévention et dépistage

i. Prévention par vaccination

Il n'existe pas de recommandations spécifiques vaccinales concernant les femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes. Il faut rappeler qu'elles sont comme toutes les femmes éligibles aux vaccinations obligatoires contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole etc.

Concernant la vaccination contre le papillomavirus, les FSF doivent être vaccinées selon la recommandation en vigueur comme les femmes hétérosexuelles, avec une vaccination des jeunes filles entre 11 et 14 ans et un rattrapage jusqu'à 19 ans.

Actuellement, toute nouvelle vaccination doit être initiée avec Gardasil 9® avec entre 11 et 14 ans, avec deux doses espacées de 6 à 13 mois, et en rattrapage, trois doses à M0, M2, et M6.

Concernant l'hépatite B, le vaccin est maintenant obligatoire pour tous les nourrissons depuis janvier 2018, et est recommandé pour les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans.

En rattrapage, la vaccination comporte 3 doses avec au moins un mois entre la première et deuxième dose et au moins six mois entre la première et la troisième dose.

ii. Dépistage des infections sexuellement transmissibles

Il n'existe pas de recommandations françaises précises concernant le dépistage de ces infections chez les FSF mais la HAS (2018) recommande un dépistage systématique de Chlamydia Trachomatis chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans inclus. Si le test est négatif il doit être renouvelé tous les ans, si positif la patiente doit être traitée et le test répété à 3-6 mois. Aux USA, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC)(130) et la Us Preventive Services Task Force (USPSTF)(131,132) recommandent un dépistage annuel chez toutes les femmes de moins de 25 ans pour le Gonocoque et le Chlamydia quelle que soit l'orientation sexuelle, et un article de Marrazzo et Gorgos(133) rappelle que la révélation de leur orientation sexuelle ne doit pas dissuader le prescripteur de dépister les IST chez les FSF.

Par ailleurs la HAS (2018) recommande un dépistage opportuniste chez les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans à risque : c'est-à-dire ayant eu au moins deux partenaires dans l'année, un changement de partenaire récent, un partenaire diagnostiqué avec une autre IST, ayant eu des antécédents d'IST, en situation de prostitution ou de manière évidente après un viol.

Concernant le VIH et la syphilis, il n'existe pas de recommandation spécifique aux FSF mais la HAS recommande un dépistage « au moins une fois dans sa vie » de la population générale entre 15 et 70 ans.

iii. Dépistage des cancers

Il est nécessaire de dépister le cancer du col de l'utérus chez les FSF(114) en ayant recours au frottis ou, comme mis en pratique selon les nouvelles recommandations de la HAS, au test HPV qui pourrait améliorer l'acceptabilité du test si réalisable à la maison(134). Il était jusqu'ici recommandé de réaliser un premier frottis à 25 ans puis un an après puis tous les trois ans jusqu'à 65 ans. Le taux de dépistage est insuffisant à l'heure actuelle, d'environ 60% selon la HAS. Elle a donc publié en 2019 des nouvelles recommandations, avec l'utilisation à partir de 30 ans du test HPV qui détecte l'ADN de virus à haut risque. Si ce test est négatif, il pourra être renouvelé cinq ans plus tard et non plus trois ans comme avec le frottis. LA HAS espère que l'auto-prélèvement pourra se faire grâce à des kits d'auto-dépistage, ce qui pourrait améliorer l'acceptabilité du test chez les femmes qui ne se faisaient pas dépister régulièrement. En dessous de 30 ans, le frottis reste la norme, en raison de la forte prévalence des infections à HPV à cet âge qui conduirait à des sur-traitements. Le test HPV est remboursable depuis le printemps 2020.

Par ailleurs, les femmes qui ont révélé leur orientation sexuelle à leur praticien ont plus de chance d'avoir eu recours au dépistage que les FSF qui ne l'ont pas fait(134), il paraît donc important de leur poser la question.

Les femmes ayant des rapports avec les femmes restent également éligibles au dépistage organisé du cancer colorectal et du sein. En population générale, le dépistage du cancer colorectal consiste en la réalisation d'un test recherchant la présence de sang dans les selles tous les deux ans entre 50 et 74 ans. Le dépistage organisé du cancer du sein consiste en la réalisation de mammographie de dépis-

tage (Deux incidences) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, bien que le bénéfice d'un tel dépistage nécessite encore de faire ses preuves en terme d'amélioration des chiffres de mortalité(135).

4. Elaboration d'un guide pratique à destination des médecins généralistes

A l'issue de ces recherches a donc été élaboré le guide pratique joint en annexe, reprenant les grandes informations de façon plus claire et ludique. Des liens hypertextes ont été ajoutés avec quelques ressources supplémentaires, notamment des guides sur la PrEP. Ce guide a été relu avec gentillesse par le Dr Jennifer Goodall, directrice de cette thèse, et par le Dr Joséphine Chapalain, médecin infectiologue à l'hôpital de Mâcon, centre hospitalier d'influence des médecins interrogés, ayant une activité d'hospitalisation et de consultation en infectiologie, en consultations externes et au CeGIDD.

Le guide est disponible [en format PDF](#).

II. Problématique

Bien que dans les plus anciens écrits, il est retrouvé mention de relations entre personnes du même sexe, le concept de “personne homosexuelle” semble être né à la fin du XIX siècle. Ce siècle sera l’objet de recherches tant physiques que psychiques, visant à expliquer un écart de la “norme”, et dès lors, toutes sortes de thérapies plus ou moins éthiques (cures hormonales, chirurgicales ou psychiatriques) furent essayées. Longtemps considérée comme une identité, il a fallu attendre les années 90 et l’épidémie de SIDA pour que l’on commence à définir l’homosexualité plutôt par rapport à un comportement sexuel, avec l’emploi des dénominations comme “hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes” et “femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes”, incluant de fait les personnes bisexuelles mais également les personnes s’identifiant comme hétérosexuelles mais ayant ou ayant eu des rapports avec des personnes du même sexe. Cette vision est encore compliquée car certaines personnes (queer, pansexuels) se définissent autrement dans une volonté de se différencier des hétérosexuels et homosexuels.

Bien qu’à l’heure actuelle, dans les sociétés occidentales, l’homosexualité “maladie” semble derrière nous, la question de “guérison” ou du moins de changement de sexualité est encore présente ; cures de conversion aux Etats-Unis d’Amérique (USA), sociétés savantes françaises (CNGOF, AIUS), qui encore très récemment (2013) ne condamnaient pas ces thérapies, voire suggéraient de répondre aux demandes d’homosexuels souhaitant changer d’orientation sexuelle. Il a fallu attendre la publication de la CIM 10 (1992), Classification Internationale des Maladies, pour que l’homosexualité ne soit plus considérée comme une pathologie.

Depuis la libéralisation de la parole homosexuelle, l’avancée des débats publics avec l’inscription dans la loi de l’interdiction des discriminations basées sur le sexe et l’orientation sexuelle et le mariage pour tous, il semble plus facile à l’heure actuelle de révéler son orientation sexuelle. Or comme évoqué précédemment, une grande proportion d’homosexuels n’a aucun médecin au courant de leur orientation sexuelle. De la même manière, seuls 58,7% des médecins généralistes dans le baromètre santé médecins généralistes déclarent parler facilement de vie affective et sexuelle. Or, pour un médecin qui voit entre 15 à 20 patients par jour, on peut estimer qu’il voit au moins un patient gay par mois. Une étude récente menée dans 15 centres(136) en France montre que 91% des patients infectés par le VIH, après la mise en œuvre de la PrEP, y étaient éligibles mais n’en ont pas bénéficié ; montrant un défaut de repérage et de mise en œuvre des mesures de prévention.

Des actions ont d’ores et déjà été menées, avec la création de structure de santé spécialisées dans l’accueil des patients LGBT, avec par exemple les antennes mobiles de dépistage créées par l’association AIDES ou le Checkpoint mis en place par le Kiosque info Sida dans le quartier du Marais, mais aussi le “190”, un centre de santé sexuelle créé par la SIS association.

Une thèse(137) récente montre les freins à l’abord de l’orientation sexuelle du patient par le médecin en consultation; du fait d’une peur de s’immiscer dans l’intimité des patients, de ne pas savoir répondre aux plaintes spécifiques par la suite (notamment pour les personnes transsexuelles), avec

une sensation de mauvaise formation tant sur les spécificités inhérentes à cette population que sur l'entretien motivationnel qui pourrait permettre de faciliter l'abord de la sexualité en consultation.

Notre étude tâchera de collecter les savoirs et les freins rencontrés par les médecins généralistes de la région Mâconnaise concernant la prise en charge des patients homosexuels et bisexuels, et de rédiger un guide utile pour la pratique courante. Nous ne traiterons pas de la santé transsexuelle car trop spécialisée, et dont la prévalence est moindre en soins primaires.

III. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de caractériser les pratiques en termes de prévention et dépistage des pathologies sexuellement transmissibles, ou dépendantes de la pratique sexuelle, des médecins généralistes du bassin mâconnais concernant la population homosexuelle et par extension bisexuelle.

Objectifs secondaires :

- Identifier les facteurs associés à ces pratiques en cherchant des associations entre les différentes variables
- Rédiger un guide pratique de la prise en charge de la population homosexuelle en pratique courante et le diffuser aux répondants en vue d'une amélioration des pratiques.

IV. Méthode

1. Description

Cette étude est une étude observationnelle transversale descriptive, auto-administrée, basée sur le volontariat.

La population étudiée est celle des médecins généralistes du bassin d'influence de l'hôpital de Mâcon.

Le questionnaire a été diffusé par :

- Mail
- Liste de diffusion

Le but de cette étude étant essentiellement descriptif, il n'a pas été calculé de nombre de sujets nécessaires.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste
- Travailler dans la sphère d'influence du centre hospitalier de Mâcon

3. Plan d'analyse des données

Les relations entre les facteurs et les variables d'intérêt ont été analysées à l'aide de tests exacts de Fisher, de tests t de Student ainsi que de régressions linéaires simples.

L'ensemble des analyses a été réalisé sous le logiciel R version 4.0.1 avec un seuil alpha fixé à 5%.

4. Considérations éthiques

Le questionnaire administré était anonyme, et les participants informés de l'absence de collecte des données pouvant mener à leur identification personnelle. L'auteur s'engage à respecter la méthodologie de référence MR-003 de la CNIL.

V. Résultats

1. Description de l'échantillon

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes du bassin mâconnais. J'ai reçu 41 réponses sur 198 praticiens contactés à l'issue du recueil de données qui s'est échelonné du 15 juin 2020 au 16 août 2020 avec un envoi de rappel tous les quinze jours. Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Caractéristiques	N=41	100%
Sexe		
Homme	22	53,7
Femme	19	46,3
Age		
Entre 25 et 35 ans	11	26,8
Entre 36 et 45 ans	13	31,7
Entre 46 et 55 ans	6	14,6
Entre 56 et 65 ans	8	19,5
Plus de 65 ans	3	7,3
Orientation sexuelle		
Hétérosexuel(le)	35	85,4
HSH	2	4,9
FSF	1	2,4
Bisexual(le)	3	7,3
Statut		
Remplaçant	1	2,4
Salarié	1	2,4
Installé	34	82,9
Exercice mixte	5	12,2
Lieu d'exercice		
Citadin	12	29,3
Milieu semi-rural	21	51,2
Milieu rural	8	19,5
Participation à des formations médicales continues		
Oui	23	56,1
Plutôt oui	14	34,1
Ni oui ni non	1	2,4
Plutôt non	3	7,3
Non	0	0
Pratique orientée gynécologie		
Oui	11	26,8
Plutôt oui	12	29,3
Ni oui ni non	8	19,5
Plutôt non	7	17,1
Non	3	7,3

Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon étudié (N=41).

Les praticiens estimaient avoir en moyenne 16,2 patients homosexuels (médiane à 10 patients). Un praticien a déclaré avoir 80 patients homosexuels dans sa patientèle. Il s'agit d'un médecin homme de plus de 65 ans exerçant en milieu semi-rural.

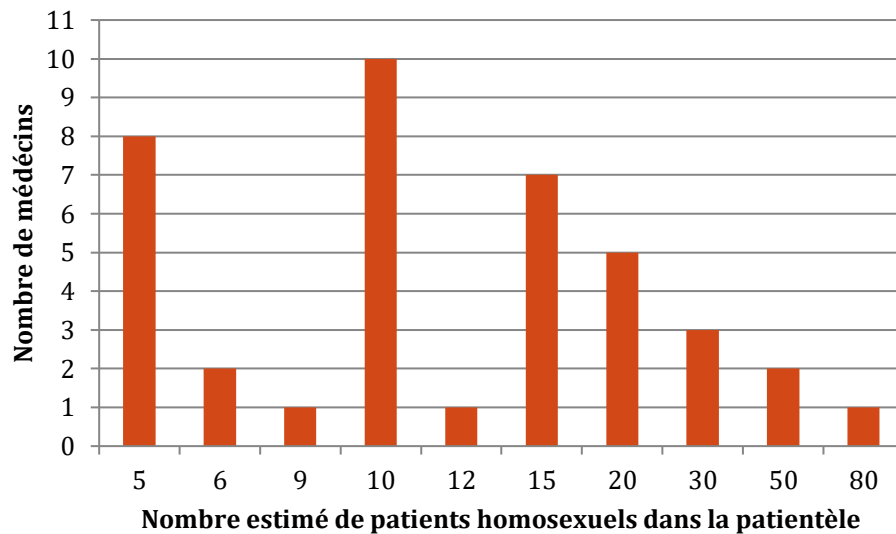


Figure 1. Combien de patients homosexuels estimez-vous avoir dans votre patientèle ? (N=41)

2. Analyse de l'objectif principal

a. Questions générales

Le questionnaire évoquait en premier lieu des questions générales résumées dans le tableau numéro 3.

Les médecins interrogés se déclaraient globalement préoccupés par la santé sexuelle de leurs patients mais se renseignaient peu sur leur orientation sexuelle. Lorsqu'ils le faisaient, c'était à l'occasion du premier contact avec le patient pour deux d'entre eux, lors de consultations pour des troubles de la sphère sexuelle (pour un médecin) ou pour motif urologique ou gynécologique (deux médecins concernés), à l'occasion de demandes de dépistage des IST, et de rappels de prévention, ou pour une contraception. Enfin, pour deux d'entre eux, la consultation pour motif psychiatrique (notamment si symptômes dépressifs) est une possibilité pour l'abord de l'orientation sexuelle.

Les freins évoqués sont d'abord la difficulté d'aborder ce sujet jugé délicat pour 24,4% d'entre eux, soit 58,8 % des médecins qui ne se renseignent pas sur l'orientation sexuelle de leurs patients, puis un manque de pratique ou d'intérêt, ou encore un manque de connaissance sur le sujet. Pour quatre médecins, la question n'est pas posée systématiquement car ce n'est pas forcément pertinent ou cela n'a pas d'intérêt médical.

Les médecins interrogés proposaient le dépistage des infections sexuellement transmissibles à leurs patients à plusieurs occasions. Ils le faisaient premièrement en majorité à la demande de leurs patients (40 médecins, 97,6% d'entre eux), puis en bilan d'altération de l'état général (29 soit 70,7% d'entre eux) ou lors d'une consultation contraception (70,7% des médecins). Un peu plus d'un quart d'entre eux (11) les recherchaient en bilan annuel. La toxicomanie est évoquée par un médecin, de même que les demandes d'interruption volontaire de grossesse. Trois médecins évoquaient en sus les comportements à risques ou le changement de partenaire, et deux d'entre eux ont pensé au bilan de grossesse où les IST sont systématiquement contrôlées. Enfin, le bilan était prescrit si la clinique était évocatrice pour cinq d'entre eux.

Questions	Oui N(%)	Plutôt Oui N(%)	Ni oui ni non N(%)	Plutôt non N(%)	Non N(%)	TOTAL
Etes-vous à l'aise avec l'abord de la sexualité de vos patients en consultation ?	14(34,1)	23(56,1)	3(7,3)	1(2,4)	0(0)	41
La santé sexuelle de vos patients vous préoccupe-t-elle ?	13(31,7)	16(39,0)	9(22,0)	3(7,3)	0(0)	41
Pensez-vous que connaître l'orientation sexuelle de vos patients soit pertinent ?	6(14,6)	26(63,4)	6(14,6)	3(7,3)	0(0)	41
Vous renseignez-vous sur l'orientation sexuelle de vos patients ?	1(2,4)	5(12,2)	18(43,9)	14(34,1)	3(7,3)	41
Pensez-vous que l'homosexualité masculine expose à des problèmes de santé particuliers ?	14(34,1)	23(56,1)	3(7,3)	1(2,4)	0(0)	41
Pensez-vous que l'homosexualité féminine expose à des problèmes de santé particuliers ?	2(4,9)	8(19,5)	16(39,0)	13(31,7)	2(4,9)	41

Tableau 3. Questions générales aux médecins généralistes du bassin mâconnais concernant l'homosexualité (N=41). 2020

b. Homosexualité masculine

La deuxième partie du questionnaire se focalisait sur la santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Parmi les médecins interrogés, 17(41,5%) avaient connaissance de recommandations particulières de dépistage des IST, 17(41,5%) pensaient qu'il n'y en avait pas, et sept (17,1%) ne savaient pas.

Concernant les moyens de prévention des IST connus par les participants, le plus évident étant le préservatif est évoqué par tous, puis la PrEP par 29 d'entre eux (70,7%) avec le traitement post-exposition (TPE) à égalité.

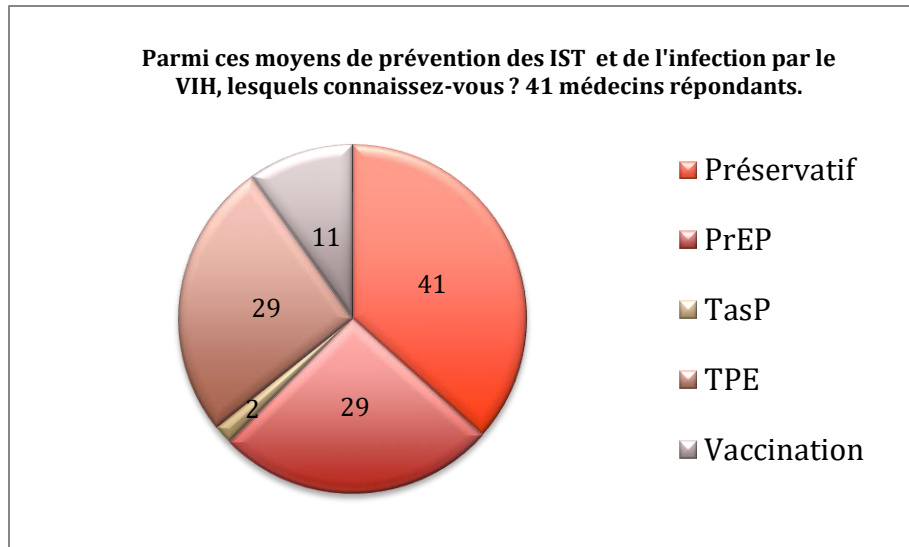


Figure 2. Quels sont les moyens de prévention des IST et de l'infection au VIH connus par les médecins interrogés. (N=41)

Concernant la recherche des IST, la majorité des médecins interrogés recherchaient le VIH 1 et 2 (100%), la syphilis (97,6%), les hépatites B (95,1%) et C (90,2%), puis les infections à Chlamydia Trachomatis (78,0%), et Neisseria Gonorrhoeae (63,4%). Un médecin pensait à faire un examen proctologique si le patient était séropositif au VIH à la recherche de lésions liées aux papillomavirus.

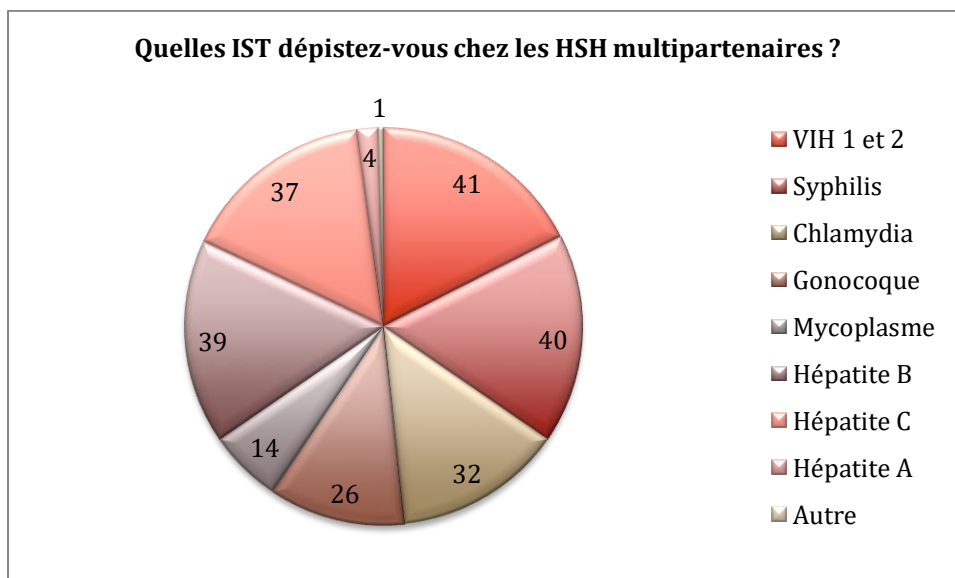


Figure 3. Quelles IST sont dépistées chez les HSH multipartenaires par les médecins interrogés. (N=41)

Le questionnaire abordait ensuite la question de la fréquence du dépistage chez les HSH. Les réponses ont été assez variées et sont présentées dans le tableau ci-après.

Fréquence	N=41	100%
A la demande	9	22,0
Une fois par an	15	36,6
Tous les un à deux ans	2	4,9
Si signes cliniques évocateurs	3	7,3
Si comportement à risque	4	9,8
Trois fois par an	2	4,9
Tous les trois à cinq ans	1	2,4
Tous les trois à six mois	3	7,3
Aléatoire	7	17,1
Peu concerné	3	7,3
Total	41	100,0

Tableau 4. A quelle fréquence les médecins interrogés dépistent les IST chez les HSH (N=41).

Pour la recherche de Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae, les réponses sont résumées dans le tableau 5. C'était une question à choix multiples. Parmi les 11 médecins qui réalisaient une sérologie Chlamydia, trois ne réalisaient que cela, trois la couplaient à une PCR multisites, quatre à une PCR urinaire de premier jet, deux pensaient à réaliser une culture si le patient était symptomatique.

Pour la recherche de Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae, comment dépistez-vous ?	N=41	100%
Sérologie Chlamydia	11	26,8
PCR Urinaire de premier jet	25	61,0
PCR sur prélèvement ano-rectal	5	12,2
PCR sur prélèvement pharyngé	2	4,9
PCR sur prélèvement Pharyngé, ano-rectal et urinaire	14	34,1
Culture si symptomatique	5	12,2
Recherche des deux germes sur le même prélèvement	11	26,8
Nécessité de faire 2 prélèvements différents pour chaque germe	5	12,2
Total	41	100,0

Tableau 5. Comment les praticiens répondants recherchent les infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae (N=41).

i. La PrEP

Parmi les 41 répondants, dix (24,4%) pensaient avoir des patients sous PrEP, 16 (39,0%) pensaient ne pas en avoir et 15(36,6%) déclaraient ne pas savoir. 36,6% d'entre eux pensaient connaître les indications de la PrEP (5 oui, 10 plutôt oui) tandis que près de deux tiers d'entre eux (61,0%) répondaient non ou plutôt non. La majorité d'entre eux (n=28 soit 68,3%) ignoraient qu'il existe une consultation PrEP à l'hôpital de Macon, l'hôpital de proximité. Parmi ceux qui connaissaient cette consultation (n=13), trois y avaient déjà orienté un patient. Parmi les dix médecins qui pensaient avoir des patients sous PrEP, la moitié (n=5) faisaient des renouvellements. Ces cinq médecins se déclaraient assez familiers avec le suivi d'un patient sous PrEP.

ii. Le traitement post-exposition

Environ la moitié des médecins interrogés (n=20 soit 48,8%) connaissait le principe du traitement post-exposition, contre 51,2% (n=21) qui ne le connaissaient pas. Il existe une petite contradiction avec la question sur les moyens de prévention des IST et notamment du VIH, où 29 médecins avaient cité le TPE parmi eux. Il est possible qu'ils le connaissent comme un moyen de lutter contre l'infection par le VIH mais n'en connaissent pas fondamentalement les modalités.

Parmi les médecins interrogés, seuls dix (24,4%) ont répondu juste à la question sur le délai limite d'introduction d'un TPE après une exposition sexuelle : 48h. Un médecin pensait qu'il n'y avait pas de limite de prescription, neuf (22,0%) ont répondu une semaine et la majorité (n=21 soit 51,2%) a répondu 72h.

La majorité des médecins interrogés savait que le TPE peut être introduit aux urgences (n= 27 soit 65,9%) ou en consultation spécialisée par un infectiologue (n=30 soit 73,2%). Certains pensaient qu'il peut être instauré en CEGIDD (n=16 soit 39%). Bien qu'en théorie cela puisse être possible, les horaires d'ouverture et les délais de rendez-vous ne le permettraient pas. Près d'un quart des médecins interrogés (n=10, soit 24,4%) pensait qu'il peut être mis en route au cabinet de médecine générale.

La plupart d'entre eux (n=38, soit 92,7%) n'ont jamais été amenés à suivre de patient sous TPE. Parmi les trois médecins qui ont déjà eu un patient sous TPE, un s'estimait plutôt familier avec le suivi sérologique, un plutôt non et un ni familier ni pas assez.

iii. Les vaccinations

Vingt-deux médecins (53,7%) proposaient des vaccinations supplémentaires aux HSH, et 19(46,3%) ne le faisaient pas.

Les vaccinations supplémentaires proposées étaient d'abord l'hépatite B pour 18 d'entre eux (81,8%), puis la vaccination contre les papillomavirus jusqu'à 26 ans pour 13 d'entre eux (59,1%), et quel que soit l'âge pour quatre médecins (18,2%), puis la vaccination contre le méningocoque C jusqu'à 24 ans pour huit (36,4%) des médecins qui proposaient les vaccins supplémentaires et un le faisait quel que soit l'âge. Enfin cinq médecins (22,7%) proposaient la vaccination contre l'hépatite A.

Avant la recommandation HAS 2019 sur la vaccination des garçons contre les papillomavirus, sept médecins (cinq oui, deux plutôt oui) proposaient le vaccin aux jeunes garçons, sept plutôt non, 25 non.

iv. Cancers

Selon 32 (78,0%) médecins interrogés, les HSH sont plus exposés à certains cancers, alors que deux (4,9%) pensaient que non et sept (17,1%) ne savaient pas.

Parmi les médecins qui pensaient que les HSH sont plus exposés à certains cancers, le cancer anal vient en première position (n=30 soit 93,8%) puis le cancer oro-pharyngé (n=26 soit 81,3%).

Enfin, les praticiens interrogés déclaraient dépister le cancer anal puis colorectal puis oropharyngé chez les HSH :

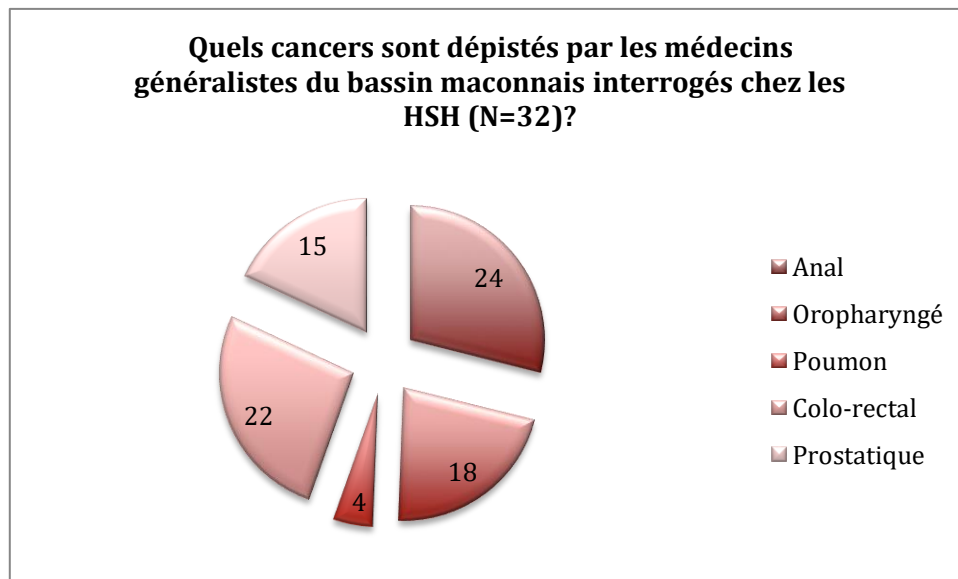


Figure 4. Type de cancers dépistés par les médecins interrogés.

c. Homosexualité féminine

i. Les infections sexuellement transmissibles

La majorité des médecins interrogés pensait que les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes étaient exposées aux IST (Douze soit 29,3% pensent que oui, et quatorze soit 34,1% plutôt oui) ; Dix (24,4%) ont répondu de manière neutre « ni oui ni non », et cinq (12,2%) pensaient qu'elles n'y étaient plutôt pas exposées.

Une majorité des médecins interrogés ne connaissait aucune méthode barrière pour prévenir les IST entre femmes (n=22 soit 53,7%). Quatorze (34,1 %) ont évoqué les préservatifs masculins ou féminins, trois (7,3%) la digue dentaire, un l'usage de gants latex, un le bilan IST pré-rapports sexuels et un la monogamie. Trois réponses incongrues ont été difficilement interprétables (barrière orale, barrière vaginale et culotte).

Les praticiens recherchaient globalement les infections à VIH, la syphilis, le Chlamydia, Gonocoque et hépatites chez les FSF :

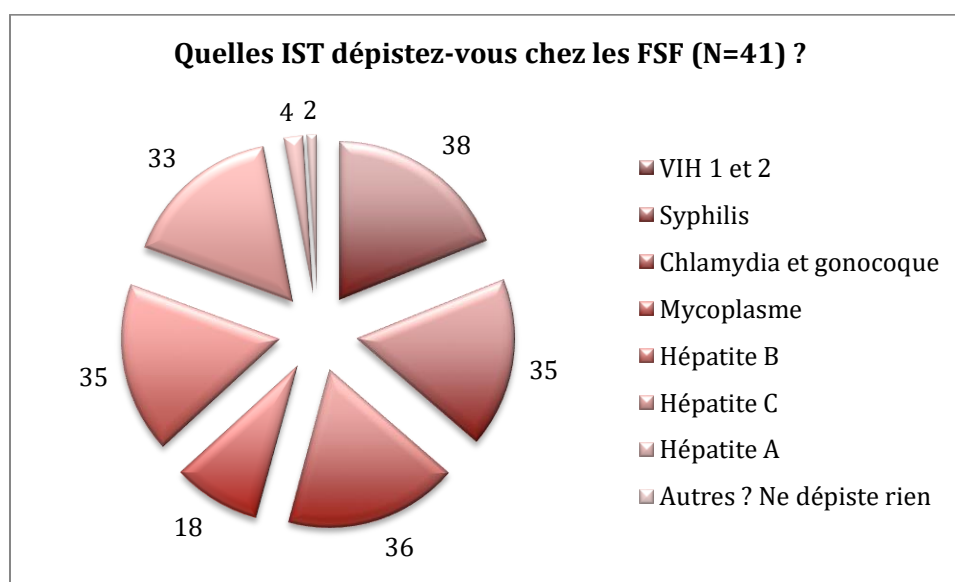


Figure 5. Quelles IST sont dépistées chez les FSF par les médecins interrogés.

Concernant la fréquence de dépistage des IST chez les FSF, le dépistage à la demande et le dépistage une fois par an ont été évoqués à égalité par treize médecins chacun (31,7% chacun).

Fréquence	N=41	100%
A la demande	13	31,7
Sur signes évocateurs	4	9,8
Si changement de partenaire	3	7,3
Une fois par an	13	31,7
Ne le fait pas	3	7,3
Si pratique à risque	6	14,6
Tous les un à deux ans	1	2,4
Tous les trois à cinq ans	1	2,4
Idem que HSH	1	2,4
Trois fois par an	2	4,9
Aléatoire	4	9,8
TOTAL	41	100,0

Tableau 6. Fréquence de dépistage des IST chez les FSF par les médecins interrogés (N=41).

ii. Papillomavirus et cancérologie

Quasiment tous les médecins interrogés proposaient la vaccination contre les papillomavirus aux jeunes filles (34 oui, et six plutôt oui). La majorité pensait également que les FSF étaient exposées à l'infection par les papillomavirus (n=24 soit 58,5% oui, et n=10 soit 24,4% plutôt oui). Trois ont répondu ni oui ni non, et quatre (9,8%) pensaient qu'elles n'étaient plutôt pas exposées. Pourtant ils étaient une moindre proportion à penser que les FSF étaient à risque de développer un cancer du col de l'utérus au même titre que les femmes hétérosexuelles, 19 (46,3%) pensaient que oui, huit (19,5%) plutôt oui, trois avaient un avis neutre. Sept pensaient plutôt non, et quatre non (soit près d'un quart).

Tous les médecins interrogés proposaient le dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes hétérosexuelles (40 oui et un plutôt oui). Ainsi que le résume le tableau 7, la fréquence de dépistage est assez variable, parfois trop rapprochée par rapport aux recommandations actuelles.

A quelle fréquence proposez-vous le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes hétérosexuelles ?	N=41	100%
Tous les trois ans	22	53,7
Tous les deux ans	8	19,5
Tous les deux-trois ans	5	12,2
Deux fois à un an d'intervalle puis tous les trois ans	3	7,3
Suivies par le gynécologue	1	2,4
Une fois par an	2	4,9
TOTAL	41	100,0

Tableau 7. Rythme de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes hétérosexuelles proposé par les praticiens répondants (N=41).

Trente-deux médecins (78,0%) proposaient le dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes, et six (14,6%) plutôt oui. Seulement un ne le proposait pas, et un plutôt pas. Un médecin a répondu ni oui ni non.

Quand ils le proposaient, ils le faisaient à la même fréquence que pour les femmes hétérosexuelles.

Aucun des médecins interrogés n'avaient d'habitudes différentes de dépistage des cancers colorectal et mammaire selon l'orientation sexuelle.

3. Analyses secondaires

i. Questions générales

Pour la suite de l'analyse, différentes variables ont été analysées en fonction des caractéristiques de l'échantillon, en commençant par le nombre de patients homosexuels estimés dans la patientèle.

Variable	Coefficient Beta	P-value
Age (référence = Entre 25 et 35 ans)		
Entre 36 et 45 ans	-0,0462 [-11,9 ; 11,8]	0,994
Entre 46 et 55 ans	2,80 [-11,8 ; 17,4]	0,699
Entre 56 et 65 ans	2,93 [-10,5 ; 16,3]	0,660
Plus de 65 ans	26,8 [8,22 ; 45,4]	0,00595
Sexe féminin	-13,0 [-21,7 ; -4,32]	0,00437
Médecin homo/bisexuel	0,549 [-13,0 ; 14,1]	0,935
Lieu d'exercice (référence = En ville)		
En milieu semi-rural	-4,57 [-15,4 ; 6,29]	0,399
En milieu rural	-12,2 [-25,7 ; 1,40]	0,0773

Tableau 8. Combien de patients homosexuels pensez-vous avoir dans votre patientèle ? Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.

Par rapport à la classe d'âge 25-35 ans, les praticiens de plus de 65 ans avaient en moyenne 26,8 patients homosexuels en plus. Les praticiennes avaient en moyenne 13,0 patients homosexuels de moins que les praticiens.

Il n'a pas été trouvé de différence significative dans le nombre de patients homosexuels estimé selon le lieu d'exercice ni l'orientation sexuelle des médecins interrogés, bien qu'en milieu rural les praticiens voyaient en moyenne 12,2 patients homosexuels en moins que les praticiens citadins.

Il n'y avait pas non plus de facteurs associés à l'abord de la question de l'orientation sexuelle.

ii. Santé sexuelle des HSH

Concernant les dépistages de IST chez les HSH, ainsi que vu précédemment, le VIH 1 et 2, les hépatites B et C, la syphilis étaient recherchées par la plupart des médecins. Concernant le Chlamydia et le Gonocoque, les femmes les recherchaient significativement plus fréquemment que les hommes (OR respectifs à 10,3 et 12,3). Les praticiens non hétérosexuels dépistaient moins fréquemment le Chlamydia (OR 0,0833).

Le fait d'avoir des patients sous PrEP ne semblait sous-tendu par aucune caractéristique particulière.

Variable	Coefficient Beta	P-value
Age (référence = Entre 25 et 35 ans)		
Entre 36 et 45 ans	-0,492 [-1,74 ; 0,752]	0,427
Entre 46 et 55 ans	0,533 [-0,995 ; 2,06]	0,483
Entre 56 et 65 ans	-0,800 [-2,20 ; 0,604]	0,255
Plus de 65 ans	-0,133 [-2,08 ; 1,81]	0,890
Sexe féminin	-0,145 [-1,09 ; 0,794]	0,756
Médecin homo/bisexuel	1,12 [-0,146 ; 2,38]	0,0814
Lieu d'exercice (référence = En ville)		
En milieu semi-rural	-0,683 [-1,74 ; 0,371]	0,197
En milieu rural	0,292 [-1,03 ; 1,61]	0,656
Nombre de patients homosexuels	-0,00812 [-0,0399 ; 0,0237]	0,608

Tableau 9; Connaissez-vous les indications de la prophylaxie pré-exposition ? Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.

Pour savoir si les médecins interrogés connaissaient les indications de la PrEP, l'échelle de Likert a été utilisée. Cette échelle est un peu particulière en termes d'analyse statistique. Les réponses sont converties en nombres allant de 0 (non) à 4 (oui) et donc analysées comme une variable quantitative avec coefficient béta. Ainsi, même si la p-value ($p=0,0814$) n'est pas significative, il faut remarquer que les praticiens non hétérosexuels avaient en moyenne une réponse plus élevée (coefficient Beta = 1,12) (plus proche de oui).

En moyenne les femmes connaissaient moins le principe du TPE (OR = 0,167) par rapport aux hommes.

Variable	Non	Oui	OR	Différence	P-value
Age (référence = Entre 25 et 35 ans)					
Entre 36 et 45 ans	8 (38,1%)	5 (25%)	0,234 [0,0414 ; 1,33]		0,123
Entre 46 et 55 ans	4 (19,0%)	2 (10%)	0,188 [0,0217 ; 1,62]		0,162
Entre 56 et 65 ans	6 (28,6%)	2 (10%)	0,125 [0,0156 ; 0,999]		0,0698
Plus de 65 ans	0 (0%)	3 (15%)	-		1
Sexe féminin	14 (66,7%)	5 (25%)	0,167 [0,0428 ; 0,649]		0,0122
Médecin homo/bisexuel	2 (9,52%)	4 (20%)	2,38 [0,384 ; 14,7]		0,41
Lieu d'exercice (référence = En ville)					
En milieu semi-rural	12 (57,1%)	9 (45%)	0,375 [0,0854 ; 1,65]		0,282
En milieu rural	5 (23,8%)	3 (15%)	0,3 [0,0463 ; 1,94]		0,362
Nombre de patients homosexuels	13,7 (12,8)	19 (16,8)		5,33 [-4,36 ; 15,0]	0,271

Tableau 10; Connaissez-vous le principe du traitement post-exposition - TPE ? Résultats exprimés en termes d'effectifs (%), moyennes (écart-type), OR [IC95], différences de moyenne [IC95] et p-values.

Il n'y avait pas de facteurs significativement associés au fait de proposer des vaccinations supplémentaires aux HSH. Néanmoins, il faut remarquer que l'OR pour les praticiens non hétérosexuels était nettement positif à 5,29.

Variable	Non	Oui	OR	Différence	P-value
Age (référence = Entre 25 et 35 ans)					
Entre 36 et 45 ans	6 (31,6%)	7 (31,8%)	0,972 [0,194 ; 4,87]		1
Entre 46 et 55 ans	3 (15,8%)	3 (13,6%)	0,833 [0,114 ; 6,11]		1
Entre 56 et 65 ans	3 (15,8%)	5 (22,7%)	1,39 [0,216 ; 8,92]		1
Plus de 65 ans	2 (10,5%)	1 (4,55%)	0,417 [0,0286 ; 6,06]		1
Sexe féminin	10 (52,6%)	9 (40,9%)	0,623 [0,181 ; 2,15]		0,538
Médecin homo/bisexuel	1 (5,26%)	5 (22,7%)	5,29 [0,560 ; 50,1]		0,191
Lieu d'exercice (référence = En ville)					
En milieu semi rural	12 (63,2%)	9 (40,9%)	0,375 [0,0854 ; 1,65]		0,282
En milieu rural	3 (15,8%)	5 (22,7%)	0,833 [0,129 ; 5,40]		1
Nombre de patients homosexuels	13,2 (17,2)	18,6 (12,6)		5,41 [-4,52 ; 15,3]	0,275

Tableau 11. Proposez-vous des vaccinations supplémentaires aux HSH en plus des vaccinations obligatoires ? Résultats exprimés en termes d'effectifs (%), moyennes (écart-type), OR [IC95], différences de moyenne [IC95] et p-values.

Pour la recherche de Chlamydia Trachomatis, les praticiens qui réalisaient une sérologie avaient en moyenne 10,3 patients homosexuels de moins que ceux ne réalisant pas de sérologies (p = 0,00349). Il n'y avait pas de facteurs significativement associés aux autres types d'examens pour la recherche de Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae.

iii. Santé sexuelle des FSF

Par rapport aux praticiens exerçant en ville, ceux exerçant en milieu semi-rural jugeaient moins les FSF comme à risque de développer un cancer du col de l'utérus (coeff = -1,48). Ce résultat est encore plus marqué chez les praticiens exerçant en milieu rural (coeff = -1,71).

Variable	Coefficient Beta	P-value
Age (référence = Entre 25 et 35 ans)		
Entre 36 et 45 ans	-0,438 [-1,73 ; 0,850]	0,494
Entre 46 et 55 ans	0,267 [-1,31 ; 1,85]	0,734
Entre 56 et 65 ans	-0,400 [-1,85 ; 1,05]	0,580
Plus de 65 ans	0,433 [-1,58 ; 2,45]	0,665
Sexe féminin	-0,727 [-1,65 ; 0,193]	0,118
Médecin homo/bisexuel	-0,294 [-1,62 ; 1,03]	0,656
Lieu d'exercice (référence = En ville)		
En milieu semi-rural	-1,48 [-2,45 ; -0,517]	0,00358
En milieu rural	-1,71 [-2,92 ; -0,501]	0,00681
Nombre de patients homosexuels	0,0237 [-0,00751 ; 0,055]	0,132

Tableau 12. Selon-vous, les FSF sont-elles à risque de développer un cancer du col de l'utérus au même titre que les femmes hétérosexuelles ? Résultats exprimés en termes de coefficients beta issus de régressions linéaires simples (β [IC95]) et p-values.

VI. Discussion

Le taux de réponse du questionnaire s'élevait à 20,7%, basé sur le volontariat, ce qui est plutôt faible. Ce mode de réponse induit plusieurs biais, le premier étant que nous ne pouvons garantir la représentativité de l'échantillon par rapport à la population totale. Néanmoins, l'échantillon était assez varié avec une presque parité, et des praticiens dans chaque classe d'âge. 14,6% des praticiens interrogés n'étaient pas hétérosexuels, un peu plus qu'en population générale où l'IFOP(138) estime à 3,2% le nombre de personnes s'identifiant comme homosexuelles et 4,8% comme bisexuelles assumées. Ce type de questionnaire induit un biais de volontariat, lié au fait que les caractéristiques des personnes qui ont accepté de répondre peuvent être différentes de celles qui ne répondent pas. Par ailleurs, les personnes répondant peuvent le faire par attrait pour le sujet, et donc être mieux informées. En outre, il existe un biais déclaratif car les médecins déclarent ce qu'ils pensent faire et non des données fiables et non soumises à auto-déclaration comme le nombre de frottis réalisés, ou le taux de prescription de bilan de dépistage. La majorité des médecins interrogés participait à des sessions de formations médicales continues ce qui est normalement une obligation triennale instaurée par la loi Hôpital, Patients, Santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009, puis par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Le taux de participation reste correct bien qu'il ait pu être meilleur si le questionnaire avait été présenté en direct aux médecins ou envoyé par courrier. Les trois relances effectuées ont permis de recueillir d'autres questionnaires, mais seulement un pour la dernière relance, amenant à penser qu'attendre plus longtemps n'aurait pas permis d'accroître le nombre de réponses. Lors de l'enquête DESIR, R.Warck et son équipe ont réalisé une enquête de motivation sur la participation des médecins à une enquête de santé publique(139). 33% déclaraient participer souvent aux diverses études qui leur sont proposées, mais seulement 16% participeraient occasionnellement aux études épidémiologiques. Sur leur blog, les auteurs du site RemplaFrance affirment qu'il n'est pas rare de d'observer des taux de réponses inférieurs à 10%. Néanmoins, ce faible taux entraîne un manque de puissance et certains résultats peuvent manquer de significativité.

Les médecins se déclaraient globalement préoccupés par la santé sexuelle de leurs patients mais se renseignaient peu ou pas spécialement sur leur orientation sexuelle, ce qui rejoint globalement les données de l'étude HOMOGEN(3) qui mentionne que parmi les HSH qui déclaraient avoir un médecin traitant au courant de leur orientation, c'était à leur propre initiative pour 90,3% d'entre eux. Le premier frein évoqué était la délicatesse supposée du sujet. Pourtant d'après une étude ancillaire(140) à l'étude REPEVIH, les patients accepteraient de dévoiler leur orientation sexuelle si on leur posait la question. Dans l'étude de T. Jedrzejewski(2), 98% des femmes et 97,6% des hommes avaient un médecin traitant au courant de leur orientation quand il les avait interrogés, contre 42,4% des femmes et 49,2% des hommes lorsque cela n'avait pas été le cas. Dans la thèse de M. Baurain(141), les médecins évoquaient un manque de temps et de formation, ainsi que la difficulté de trouver un prétexte pour l'abord de la sexualité. Beaucoup de praticiens trouvaient intrusif d'aborder le sujet de l'orientation sexuelle avec leurs patients. Pour faire avancer la réflexion, S. Bartoli(142), dans la revue *Exercer*, après avoir interrogé des hommes sur l'abord de leur sexualité, proposait une approche en cinq étapes, les 5 A : Affichage en salle d'attente de visuels et posters ; Accueil chaleureux et personnalisé du patient ; Adaptation au patient (certains peuvent effectivement ne pas être du tout à

l'aise avec le fait qu'on aborde leur sexualité) ; Attitude proactive (certains patients étant plus à l'aise quand le médecin fait le premier pas et l'aborde sans tabou) ; Accord du patient pour en parler.

Dans notre analyse secondaire, les femmes déclaraient significativement avoir moins de patients homosexuels que les hommes. HOMOGEN retrouvait la même tendance : les HSH déclaraient que leur médecin traitant était une femme dans 29,4% des cas et un homme dans 70,6% des cas. Un praticien estimait avoir 80 patients homosexuels dans sa patientèle, bien au-dessus de la médiane des autres praticiens. Il aurait été intéressant que soit posée la question de la taille de la patientèle pour faire un ratio, d'autant plus que ce praticien était âgé de plus de 65 ans, on peut estimer qu'il avait une patientèle plus fournie qu'un jeune installé récemment.

Moins de la moitié des médecins interrogés avaient connaissance de recommandations particulières de dépistage des IST alors qu'ils étaient une majorité à penser que l'homosexualité masculine expose à des problèmes de santé particuliers. Sachant qu'en 2018, plus de la moitié (52%) des personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH n'avaient jamais été testées auparavant dont 33% chez les HSH(143), il apparaît crucial d'insister sur le dépistage. Malgré tout, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018, la sérologie avait été réalisée à l'initiative du professionnel de santé dans 79% des cas. En revanche, lorsque le patient avait été exposé récemment au VIH, la sérologie était majoritairement à son initiative (54%).

70,7% des praticiens interrogés connaissaient la PrEP, ce qui reste une grande majorité. C'est un peu plus que l'enquête(144) menée par H.Cordel qui montrait que 65% des médecins de Seine-St-Denis interrogés connaissaient cette prophylaxie, dans un département pourtant à forte incidence pour le VIH, contrairement à nos départements. A titre d'exemple, entre 2016 et 2019, 652 initiations de PrEP ont été réalisées en Seine-St-Denis contre 62 en Saône et Loire et 80 dans l'Ain(145). Cependant près de deux tiers des médecins interrogés ici n'en connaissaient pas les indications, témoignant d'un manque d'information sur le sujet. Les praticiens non hétérosexuels avaient une réponse plus proche de oui, suggérant que leur orientation sexuelle les a peut-être amenés à plus s'informer.

Dix praticiens pensaient avoir des patients sous PrEP, dont cinq faisaient des renouvellements. C'est une bonne proportion compte tenu des données d'initiation que l'on vient d'évoquer. La plupart des patients nouvellement bénéficiaires de la PrEP résident dans des bassins urbains de plus de 200 000 habitants, bien que ce chiffre tende à diminuer à la faveur des aires urbaines de plus petit calibre(145). Les patients sous PrEP se déclaraient en petite majorité (55,4%) favorables au suivi alterné médecin spécialiste/médecin généraliste dans l'enquête menée par M. Sacal en Gironde, et c'était encore plus vrai lorsqu'ils avaient déjà eu recours à leur médecin traitant pour un problème en lien avec leur santé sexuelle (79,2%)(146,147). Du point de vue des médecins, l'enquête(148) de Sandra Chareau démontre que la plupart des médecins interrogés (87,3%) pensent que le suivi de PrEP peut être une délégation de tâche intéressante mais sous réserve de formation sur le sujet.

La majorité des praticiens interrogés ignoraient qu'il existe une consultation PrEP à Mâcon, témoignant d'une mauvaise connaissance de l'offre de soins locale ; ce dont s'étaient déjà plaint les médecins généralistes pour la thèse de T. Dumont(149), qui évoquaient le manque d'outils synthétisant l'offre de soins locale, les conditions d'exercice, les caractéristiques individuelles (formation, spécificité...) des spécialistes de leur secteur.

Il est étonnant que seuls deux praticiens aient évoqué le traitement comme prévention (TasP) comme moyen de prévenir l'infection au VIH. Il existe peu de données concernant la connaissance du principe du TasP par les médecins généralistes. La question était-elle mal formulée ? Elle pouvait être interprétée comme moyen de prévention individuel et non collectif ce qui a pu induire en erreur les répondants. Une étude française(150) menée en 2019 montre que les patients séropositifs sous traitement antirétroviral avaient globalement conscience de l'efficacité du traitement comme prévention (87%). La peur de la transmission restait élevée pour 73% d'entre eux, mais cela avait amélioré leur vie sexuelle pour 28%, et leur adhérence au traitement pour 45% d'entre eux. Cette prise de conscience du traitement comme prévention l'a été grâce aux médecins pour 86% d'entre eux.

Concernant la fréquence de dépistage des IST, les réponses sont assez variées et il ne semble pas y avoir d'attitude standardisée, avec des réponses qui variaient de tous les trois à six mois à tous les trois à cinq ans. Neuf médecins les faisaient à la demande, et sept de manière aléatoire montrant une adaptation au patient. D'ailleurs un médecin précisait dans sa réponse, qu'il « proposait » le dépistage, le choix final revenant en définitive au patient. Les enquêtes ERAS 2017 et 2019 ont pourtant montré une insuffisance de dépistage dans les populations à risque et notamment dans une population jeune habitant dans des villes de moins de 20 000 habitants. Bien que le recours au dépistage ait augmenté entre 2017 et 2019, avec une proportion de patients n'ayant jamais réalisé de test de dépistage qui passe de 17% en 2017 à 15% en 2019, ainsi qu'une proportion d'HSH ayant réalisé trois tests ou plus dans l'année qui passe de 15% à 20%, cette amélioration semble concerner un public déjà bien sensibilisé qui habite dans des grandes agglomérations, fréquente des lieux d'affinité gays et sites de rencontres, et utilise des moyens de protection(143). Les patients peu diplômés, ne fréquentant pas les lieux de convivialité gay, n'habitant pas dans les grandes agglomérations se font moins dépister. Cette étude mettait en exergue également que le fait de suivre la PrEP était significativement lié au fait de se faire dépister (89% des Prepeurs avaient réalisé trois tests et plus).

La population ciblée est donc totalement celle de notre patientèle. Il faut cependant connaître les habitudes de nos patients et cela suppose leur avoir interrogés car le dépistage doit s'adapter au mode de vie du patient.

Onze médecins réalisaient encore des sérologies Chlamydia alors qu'elle n'a plus qu'un intérêt restreint(151) qui serait une séroconversion en cas de lymphogranulomatose vénérienne ou éventuellement en cas de suspicion d'infection haute (recherche d'IGM). Cependant, seulement trois praticiens ne réalisaient que cela, les autres la couplaient à une PCR. Les médecins qui prescrivaient encore la sérologie avaient en moyenne significativement moins de patients homosexuels que les autres, pouvant suggérer peut-être une moins grande habitude de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis dans cette population. Il semble que les femmes cherchaient plus fréquemment les infections à Chlamydia et Gonocoque que les hommes.

Un peu plus de la moitié des médecins proposaient des vaccinations supplémentaires, 18 médecins proposaient l'hépatite B et 17 la vaccination contre les papillomavirus, seuls cinq médecins proposaient la vaccination contre l'hépatite A. Concernant la vaccination contre les HPV, plus de médecins (41,4%) dans notre étude proposaient le vaccin que dans l'étude de M. Degoue(84) où seuls 26% des médecins qui connaissaient la recommandation spécifique de vaccination chez les HSH avaient déjà proposé le vaccin. Dans l'enquête EMIS 2017(152), 53% des répondants n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite A et ne l'avaient jamais eu et 49% pour l'hépatite B. L'étude menée par l'équipe de S. Flo-

rence(153) en 2019 au centre de santé sexuelle de l'hôpital Hotel-Dieu à Paris avec 214 participants retrouvait un taux de couverture vaccinale pour le VHA de 57%, 73% pour l'hépatite B et seulement 20% pour les HPV. 86% des patients avaient déclaré être favorables à une mise à jour de leurs vaccinations.

La majorité des praticiens interrogés ont conscience qu'il faut être plus vigilant concernant certains cancers chez les HSH, et parmi ces médecins, 24 cherchaient le cancer anal, et 18 les cancers oro-pharyngés. La question étant à choix multiples, il n'est pas précisé comment ils les dépistaient : examen clinique, examen complémentaire, recours au spécialiste ? Cela aurait mérité une question supplémentaire. La majorité des données de dépistage des cancers dans la littérature concerne les patients vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine. Il existe peu de données chez les HSH non VIH.

Près de deux tiers (63,4%) des médecins pensaient que les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes étaient exposées aux IST mais pour autant la majorité d'entre eux ne connaissaient aucune méthode barrière. Il paraît difficile qu'ils puissent de fait faire la prévention des IST auprès de ces femmes. Sos Homophobie a rédigé un petit guide(154) des IST à destination des femmes homosexuelles qu'il pourrait être intéressant de laisser en salle d'attente. L'objectif de cette thèse était aussi de rédiger un guide à destination des praticiens, qui leur a donc été envoyé à l'issue du recueil de données résumant également les méthodes barrières disponibles.

Il est intéressant de noter que les médecins travaillant en milieu ruraux et semi-ruraux estimaient que les FSF étaient moins à risque de développer un cancer du col de l'utérus. Peut-être sont-ils moins confrontés à cette population et donc moins informés ?

La plupart des praticiens proposait le dépistage du cancer du col de l'utérus aux FSF, rejoignant ainsi les résultats de la thèse de P. Ottavio(155) qui ne trouvait pas de différence significative de pratique concernant le FCU. Cela contraste cependant avec le moindre recours des FSF au frottis(109,114,124,127-129). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela, en premier lieu le biais déclaratif car les médecins répondant pouvaient savoir qu'il faudrait le faire, sans le réaliser réellement. Ensuite, le fait que les femmes ayant des rapports avec les femmes craignent cet examen invasif et ont moins souvent recours au suivi gynécologique est une autre explication(155,156). Le manque de médecins référents est aussi un frein au dépistage(157). Enfin il semble qu'avoir reçu des informations de la part de son médecin traitant, et le fait d'avoir informé son médecin traitant de son orientation sexuelle soient des facteurs associés au fait d'avoir plus souvent recours au dépistage(157).

Concernant la fréquence de dépistage du cancer du col de l'utérus, seuls 28 médecins suivaient les recommandations actuelles, dix médecins le proposant trop régulièrement et cinq de manière variable entre deux et trois ans. Sachant que cet examen est souvent appréhendé par les patientes(158), son acceptabilité pourrait être améliorée si elles avaient à le subir moins souvent, les nouvelles recommandations allant dans ce sens. Ce dépistage est maintenant organisé et coordonné depuis 2018 au niveau des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Santé Publique France aura la charge d'évaluer l'efficacité de ce programme, avec comme objectif d'augmenter la couverture de dépister jusqu'à 80%, et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à dix ans.

Les résultats de l'enquête suggèrent qu'il y a une marge d'amélioration dans nos pratiques tant en termes de prévention que de dépistage. A cette fin, j'ai rédigé un guide résumant de manière synthétique et visuelle les différentes recommandations trouvées lors de mes recherches, en le voulant pratique à lire et à utiliser rapidement en consultation si besoin. Il est disponible en deux formats, à lire sur ordinateur ou imprimable façon livret à garder à portée de main.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mme VIEU Valentine

CONCLUSIONS

Le dépistage et la prévention des pathologies sexuellement transmissibles ou des cancers liés aux différentes pratiques sexuelles sont des enjeux dans les populations homosexuelles et bisexuelles qui présentent des spécificités indéniables : épidémies de VIH, de syphilis ou de gonococcies, sur-risque de cancer oral et anal chez les HSH dû aux infections par les papillomavirus. Protection contre les IST, recours au suivi gynécologique chez les FSF sont autant de points à améliorer. Se sentant souvent peu informées et leurs spécificités ignorées, les populations homosexuelles et bisexuelles doivent être la cible d'informations claires et d'une prise en charge adaptée au vu de l'arsenal de méthodes préventives et l'amélioration des techniques de dépistage et de prévention dont nous disposons à l'heure actuelle. Cette étude avait pour objectifs de faire le point sur les connaissances des médecins généralistes du secteur de Mâcon concernant ces prises en charge et de rédiger un livret rapportant les points importants à connaître.

A l'issue du recueil de données, 41 médecins ont rempli le questionnaire envoyé. L'échantillon était assez varié avec des praticiens de tout âge et de tout lieu d'exercice. Ils participaient globalement à des formations médicales continues et la médiane estimée du nombre de patients homosexuels dans la patientèle était de dix. Les praticiens interrogés se sont déclarés globalement préoccupés par la santé sexuelle de leurs patients mais ils se renseignaient néanmoins peu sur leur orientation sexuelle car ils estimaient que le sujet était délicat à aborder ou que les consultations ne s'y prêtaient pas forcément. Ils avaient en majorité conscience que l'homosexualité masculine exposait à des problématiques de santé particulières. Pourtant moins de la moitié avait connaissance de recommandations particulières de dépistage des IST chez les HSH, un tiers connaissait les indications de la PrEP, plus de deux tiers d'entre eux ignoraient qu'il existe une consultation PrEP à Mâcon, et un peu plus de la moitié (53,7%) proposaient des vaccinations supplémentaires aux HSH. De même, une majorité ne connaissait pas de méthodes barrières des IST chez les FSF.

Cependant, ils avaient de bonnes connaissances des risques de cancers anal et oral chez les HSH et une majorité (78,0%) proposait le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les FSF, et quand ils le faisaient, c'était à la même fréquence que chez les femmes hétérosexuelles, bien que cette fréquence ait fait l'objet de réponses assez variées.

Cette étude pointe donc la nécessité de se renseigner sur l'orientation et le mode de vie de nos patients afin de leur donner des informations appropriées en termes de dépistage et prévention des IST. Il est aussi nécessaire de conseiller la mise à jour des vaccins dans les populations homosexuelles et de renseigner et encourager les FSF à se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus car elles y ont plus souvent recours si leur médecin les a informées et lorsque celui-ci est au courant de leur orientation sexuelle.

Cette étude présente malgré tout plusieurs biais, le premier étant un biais déclaratif, recueillant ce que les praticiens pensent faire et non des données fiables comme le taux de recours aux sérologies ou le nombre de frottis réalisés. Par ailleurs le fait que les données soient recueillies sur la base du volontariat peut sélectionner des médecins intéressés par le sujet, et leurs caractéristiques peuvent différer des praticiens non-répondants. Le faible nombre de répondants entraîne de facto un manque de puissance et certains résultats peuvent donc manquer de significativité. Une étude à plus grande échelle serait donc intéressante, non plus basée sur le volontariat mais imposée, de manière à obtenir un plus grand nombre de réponses sans biais de volontariat, et donc augmenter la fiabilité des résultats. En outre, les réponses en QCM induisent des biais dans le sens où elles suggèrent plusieurs réponses, auxquelles certains auraient pu ne pas penser de prime abord. Cependant, en plus de faciliter la tâche aux répondants (réponses canalisées, temps de réflexion diminué), l'intérêt principal des QCM réside avant tout dans leur faculté d'extraire des données quantitatives de résultats à priori qualitatifs. Le recours aux QCM facilite grandement l'analyse des résultats, d'autant plus en augmentant la taille d'échantillon, et il est plus simple et significatif d'utiliser ce type de questions plutôt que des questions ouvertes/semi-ouvertes, qui peuvent être mal interprétées et sont plus difficilement exploitables.

Il aurait été intéressant de connaître également leur façon de dépister les cancers anal et oral car la plupart ont déclaré les rechercher.

Par volonté de restreindre le champ de recherche et d'améliorer le taux de réponse au questionnaire, toutes les problématiques psychologiques ont été occultées de la recherche car le sujet est vaste et pourrait faire l'objet de recherches à parts entières incluant les risques psychosociaux et les conduites addictives.

Le président du jury,



Pr. P. CHAVANET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 19 Avril 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Fourquet J, Kraus F. Les pratiques sexuelles des Français. IFOP pour Marianne; 2014 p. 36. Report No.: 112155.
2. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. Etat des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
3. Potherat G, Tassel J, Epaulard O. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en médecine générale : mention de l'orientation sexuelle par les patients et impact sur la relation de soin (étude HomoGen). 2019 avr p. 204-10. (Bulletin épidémiologique Hebdomadaire). Report No.: 12.
4. Découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA - France 2018. Santé publique France; 2019 oct. (Bulletin de santé publique).
5. Velter A, Claire S, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, et al. HIV prevalence estimate among men who have sex with men attending gay venues in five cities - PREVAGAY 2015. 18 janv 2017;18:347-54.
6. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, données 2018. Santé Publique France; 2019 nov.
7. Ooi C, Kong FYS, Lewis DA, Hocking JS. Prevalence of sexually transmissible infections and HIV in men attending sex-on-premises venues in Australia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Sex Health. 2020;17(2):135.
8. Vaux S, Chevaliez S, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Antonio A, et al. Prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et couverture vaccinale contre le VHB chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay de cinq villes françaises. Etude Prevagay 2015. Bull Épidémiologique Hebd. 2018;195-203.
9. Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. [Internet]. Santé Publique France; 2006 p. 176. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatites-b-et-d/documents/rapport-synthese/prevalence-des-hepatites-b-et-c-en-france-en-2004.-decembre-2006>
10. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tivoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. BMC Infect Dis. déc 2018;18(1):79.
11. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 11 septembre 2017 [Internet]. Santé Publique France; 2019 mai. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-a/articles/epidemie-d-hepatite-a-en-france-et-en-europe-point-de-situation-au-11-septembre-2017>
12. Raczyńska A, Wickramasuriya NN, Kalinowska-Nowak A, Garlicki A, Bociąga-Jasik M. Acute Hepatitis A Outbreak Among Men Who Have Sex With Men in Krakow, Poland; February 2017–February 2018. Am J Mens Health. déc 2019;13(6):155798831989514.

13. Aulicino G, Faccini M, Lamberti A, Senatori S, Ciconali G, Gandolfi C, et al. Hepatitis A epidemic in men who have sex with men (MSM) in Milan, Italy : Hepatitis A epidemic in MSM in Milan. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 10 avr 2020;91(3-S):106-10.
14. Vaccination des garçons contre les infections à papillomavirus. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2016 févr.
15. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV Infection among Men: A Systematic Review of the Literature. *J Infect Dis.* 15 oct 2006;194(8):1044-57.
16. Franceschi S, Castellsagué X, Dal Maso L, Smith JS, Plummer M, Ngelangel C, et al. Prevalence and determinants of human papillomavirus genital infection in men. *Br J Cancer.* mars 2002;86(5):705-11.
17. Lu B, Wu Y, Nielson CM, Flores R, Abrahamsen M, Papenfuss M, et al. Factors Associated with Acquisition and Clearance of Human Papillomavirus Infection in a Cohort of US Men: A Prospective Study. *J Infect Dis.* févr 2009;199(3):362-71.
18. Vardas E, Giuliano AR, Goldstone S, Palefsky JM, Moreira ED, Penny ME, et al. External genital human papillomavirus prevalence and associated factors among heterosexual men on 5 continents. *J Infect Dis.* 1 janv 2011;203(1):58-65.
19. Zou H, Tabrizi SN, Grulich AE, Garland SM, Hocking JS, Bradshaw CS, et al. Early Acquisition of Anogenital Human Papillomavirus Among Teenage Men Who Have Sex With Men. *J Infect Dis.* 1 mars 2014;209(5):642-51.
20. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol.* mai 2012;13(5):487-500.
21. Llata E, Stenger M, Bernstein K, Guerry S, Kerani R, Pugsley R, et al. Prevalence of Genital Warts Among Sexually Transmitted Disease Clinic Patients—Sexually Transmitted Disease Surveillance Network, United States, January 2010 to December 2011: *Sex Transm Dis.* févr 2014;41(2):89-93.
22. Nyitray AG, Chang M, Villa LL, Carvalho da Silva RJ, Baggio ML, Abrahamsen M, et al. The Natural History of Genital Human Papillomavirus Among HIV-Negative Men Having Sex With Men and Men Having Sex With Women. *J Infect Dis.* 15 juill 2015;212(2):202-12.
23. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, Browne L, Buchbinder S, Colfax G, et al. Age-Related Prevalence of Anal Cancer Precursors in Homosexual Men: The EXPLORE Study. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 15 juin 2005;97(12):896-905.
24. Chin-Hong PV, Vittinghoff E, Cranston RD, Buchbinder S, Cohen D, Colfax G, et al. Age-Specific Prevalence of Anal Human Papillomavirus Infection in HIV-Negative Sexually Active Men Who Have Sex with Men: The EXPLORE Study. *J Infect Dis.* 15 déc 2004;190(12):2070-6.
25. Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer.* 15 août 2011;117(16):3796-804.
26. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Human papillomavirus, smoking, and sexual practices in the etiology of anal cancer. *Cancer.* 15 juill 2004;101(2):270-80.

27. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Anal Cancer Prevention (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179253/>
28. van der Zee RP, Richel O, de Vries HJC, Prins JM. The increasing incidence of anal cancer: can it be explained by trends in risk groups? *Neth J Med.* oct 2013;71(8):401-11.
29. Daling JR, Weiss NS, Hislop TG, Maden C, Coates RJ, Sherman KJ, et al. Sexual Practices, Sexually Transmitted Diseases, and the Incidence of Anal Cancer. *N Engl J Med.* 15 oct 1987;317(16):973-7.
30. Silverberg MJ, Lau B, Justice AC, Engels E, Gill MJ, Goedert JJ, et al. Risk of Anal Cancer in HIV-Infected and HIV-Uninfected Individuals in North America. *Clin Infect Dis.* 1 avr 2012;54(7):1026-34.
31. Moureau-Zabotto L, Vendrely V, Abramowitz L, Borg C, François E, Goere D, et al. Anal cancer : French intergroup Clinical practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up [Internet]. SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, SNFCP; 2017 aout p. 831-40. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/6-cancer-du-canal-anal#ancre3253>
32. Spence AR, Rousseau M-C, Parent M-É. Sexual partners, sexually transmitted infections, and prostate cancer risk. *Cancer Epidemiol.* déc 2014;38(6):700-7.
33. Mehanna H, Beech T, Nicholson T, El-Hariry I, McConkey C, Paleri V, et al. Prevalence of human papillomavirus in oropharyngeal and nonoropharyngeal head and neck cancer-systematic review and meta-analysis of trends by time and region. *Eisele DW, éditeur. Head Neck.* mai 2013;35(5):747-55.
34. Syrjänen S, Lodi G, von Bültzingslöwen I, Aliko A, Arduino P, Campisi G, et al. Human papillomaviruses in oral carcinoma and oral potentially malignant disorders: a systematic review: HPV in oral cancer and potentially malignant disorders. *Oral Dis.* avr 2011;17:58-72.
35. Heck JE, Berthiller J, Vaccarella S, Winn DM, Smith EM, Shan'gina O, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol.* févr 2010;39(1):166-81.
36. Stover J. Réunion globale de l'ONUSIDA sur le préservatif. 2014 nov; Genève.
37. Sweat M, Denison J, Kennedy C, Tedrow V, O'Reilly K. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990–2010. *Bull World Health Organ.* 1 août 2012;90(8):613-22.
38. EDEN, préservatifs masculins lubrifiés. Saint-Denis La Plaine: Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé. HAS; 2018 nov p. 1-5. (Avis de la CNEDiMTS).
39. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet.* juin 2019;393(10189):2428-38.

40. for the STOP HIV/AIDS Study Group, Lima VD, Brumme ZL, Brumme C, Sereda P, Kraiden M, et al. The Impact of Treatment as Prevention on the HIV Epidemic in British Columbia, Canada. *Curr HIV/AIDS Rep.* avr 2020;17(2):77-87.
41. Autotests de dépistage du VIH : argumentaire à l'intention des professionnels de santé et des associations. Haute Autorité de Santé; 2015 mars p. 54. (Evaluation économique et santé publique).
42. Annuaire des lieux de dépistage gratuits. [Internet]. sida-info-service. Disponible sur: <https://www.sida-info-service.org/annuaire/Tests-Rapides-En-Association-Ville-de-Macon>
43. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia Trachomatis [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018 sept. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf
44. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
45. Poncin T, Bercot B. Le gonocoque : le point en 2018. *Rev Biol Médicale.* mars 2019;(347):1-74.
46. Brosselin P, Troude P, Shelly M, Benmansour H, Cambau E, Segouin C. Apport du dépistage multi-sites chez les HSH dans le diagnostic des infections à Chlamydia et gonocoque : résultats d'une étude réalisée dans un CeGIDD parisien. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* mars 2018;66:S37.
47. Rahib D, Berçot B, Salord H, Didelot M-N, al. Positivity for CT and GC in self-taken genital and extragenital samples via free postal STI test Kit in multipartner MSM. *Bull Épidémiologie Hebd.* 7 sept 2019;
48. Evaluation à priori du dépistage de la syphilis en France [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2007 mai p. 284. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis.2.pdf
49. Hepatitis B virus Infection : Screening, 2014 [Internet]. US Preventive Services Task Force; 2014 sept. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hepatitis-b-virus-infection-screening>
50. Chahal HS, Peters MG, Harris AM, McCabe D, Volberding P, Kahn JG. Cost-effectiveness of Hepatitis B Virus Infection Screening and Treatment or Vaccination in 6 High-risk Populations in the United States. *Open Forum Infect Dis* [Internet]. 1 janv 2019 [cité 7 avr 2020];6(1). Disponible sur: <https://academic.oup.com/ofid/article/doi/10.1093/ofid/ofy353/5261153>
51. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2016 juin. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016->

07/synthese_recommandation_place_des_tests_rapides_dorientation_diagnostique_trod_h
epatite_b_2016-07-21_13-56-32_782.pdf

52. Tang EC, Vittinghoff E, Philip SS, Doblecki-Lewis S, Bacon O, Chege W, et al. Quarterly screening optimizes detection of sexually transmitted infections when prescribing HIV pre-exposure prophylaxis: AIDS. mars 2020;1.
53. Molina J-M, Ghosn J, Algarte-Genin M, Rojas Castro D, Béniguel L, Pialoux G, et al. Incidence of HIV-infection with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. Update from the ANRS Prevenir Study. 23 juill 2018; Disponible sur: <http://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/1057>
54. What's the 2+1+1 ? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men : update to WHO's recommendation on oral PrEP [Internet]. World Health Organization; 2019 juill. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
55. Molina J-M, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. Lancet Infect Dis. mars 2018;18(3):308-17.
56. Tattersall TL, Mohammed S, Edward J, Ablona A, Hull M, Grennan T. Preliminary results of the Dual Daily HIV and Syphilis Pre-Exposure Prophylaxis (DuDHS) Trial. In 2020. Disponible sur: <https://www.cahr-acrv.ca/wp-content/uploads/2020/04/KP4-Preliminary-results-of-the-Dual-Daily-HIV-and-Syphilis-Pre-Exposure-Prophylaxis-DuDHS-Trial.pdf>
57. Grant JS, Stafylis C, Celum C, Grennan T, Haire B, Kaldor J, et al. Doxycycline Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections. Clin Infect Dis. 1 sept 2019;ciz866.
58. Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Fu H, Smith MK, et al. Global Epidemiologic Characteristics of Sexually Transmitted Infections Among Individuals Using Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 11 déc 2019;2(12):e1917134.
59. Montaña MA, Dombrowski JC, Dasgupta S, Golden MR, Duerr A, Manhart LE, et al. Changes in Sexual Behavior and STI Diagnoses Among MSM Initiating PrEP in a Clinic Setting. AIDS Behav. févr 2019;23(2):548-55.
60. SPILF. Exposition accidentelle aux liquides biologiques : conduite à tenir. In: ECNPilly 2018 [Internet]. 26ème édition. Paris: Alinéa Plus; Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue11-362-nb.pdf>
61. Pr Morlat P, et al. Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant [Internet]. Conseil national du SIDA et des hépatites virales; 2017 sept p. 1-32. (Prise en charge des personnes vivant avec le VIH). Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf
62. Gantner P, Treger M, De Miscault C, Batard M-L, Bernard-Henry C, Cheneau C, et al. Predictors of Standard Follow-Up Completion after Sexual Exposure to HIV: Five-Year Retrospective Analysis in a French HIV-Infection Care Center. PloS One. 2015;10(12):e0145440.

63. Rouveix E, Bouvet E, Vernat F. Prise en charge des expositions accidentelles au VIH : rapport d'activité 2011 des COREVIH. 2014 p. 112-6.
64. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. nov 2014;28(18):2721-7.
65. Brandl M, Schmidt AJ, Marcus U, an der Heiden M, Dudareva S. Are men who have sex with men in Europe protected from hepatitis B? *Epidemiol Infect*. 2020;148:e27.
66. de Oliveira CM, Fregnani JHTG, Villa LL. HPV Vaccine: Updates and Highlights. *Acta Cytol*. 2019;63(2):159-68.
67. Tommasino M. The human papillomavirus family and its role in carcinogenesis. *Semin Cancer Biol*. juin 2014;26:13-21.
68. Infection à Papillomavirus. Santé Publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/infections-a-papillomavirus/la-maladie/#tabs>
69. Kim JJ. Targeted human papillomavirus vaccination of men who have sex with men in the USA: a cost-effectiveness modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. déc 2010;10(12):845-52.
70. Hawkes S, Lewis DA. HPV vaccine strategies: equitable and effective? *Sex Transm Infect*. nov 2014;90(7):510-1.
71. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Østbye T, Shields CG. Physicians Use of Inclusive Sexual Orientation Language During Teenage Annual Visits. *LGBT Health*. déc 2014;1(4):283-91.
72. Sherman MD, Kauth MR, Shipherd JC, Street RL. Provider Beliefs and Practices About Assessing Sexual Orientation in Two Veterans Health Affairs Hospitals. *LGBT Health*. sept 2014;1(3):185-91.
73. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases. *N Engl J Med*. 10 mai 2007;356(19):1928-43.
74. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent High-Grade Cervical Lesions. *N Engl J Med*. 10 mai 2007;356(19):1915-27.
75. Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Penny ME, Aranda C, et al. Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection and Disease in Males. *N Engl J Med*. 3 févr 2011;364(5):401-11.
76. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmerón J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*. juin 2007;369(9580):2161-70.
77. Hildesheim A, Wacholder S, Catteau G, Struyf F, Dubin G, Herrero R. Efficacy of the HPV-16/18 vaccine: Final according to protocol results from the blinded phase of the randomized Costa Rica HPV-16/18 vaccine trial. *Vaccine*. sept 2014;32(39):5087-97.

78. Huh WK, Joura EA, Giuliano AR, Iversen O-E, de Andrade RP, Ault KA, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, double-blind trial. *The Lancet*. nov 2017;390(10108):2143-59.
79. Palefsky J, Giuliano A. Efficacy of quadrivalent HPV vaccine against HVP 6/11/16/18-related infection in young men. *EUROGIN*. 2008;
80. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, Moreira ED, Aranda C, Jessen H, et al. HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia. *N Engl J Med*. 27 oct 2011;365(17):1576-85.
81. Donovan B, Franklin N, Guy R, Grulich AE, Regan DG, Ali H, et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. *Lancet Infect Dis*. janv 2011;11(1):39-44.
82. Evolution de la couverture vaccinale du vaccin contre le papillomavirus en France 2008-2018. *Bull Épidémiologique Hebd*. 30 avr 2019;(22-23):424-30.
83. Chabbert C. La vaccination contre le HPV : étude en cabinet de médecine générale des facteurs associés à la décision des parents. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université de Toulouse III - Paul Sabatier; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/748/1/2015TOU31001.pdf>
84. Degoue M. Place de la vaccination anti-HPV dans la pratique des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université de Grenoble; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363661/document>
85. Thongsavane J. La vaccination anti-papillomavirus humain : une opportunité pour améliorer la prise en charge globale des adolescentes. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2010. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI11/CL/JNI2011-vacc-hpv-ledu.pdf>
86. Human papillomavirus vaccines : WHO position paper [Internet]. World Health Organization; 2017 mai p. 241-68. (Weekly Epidemiological Record). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255354>
87. Vaccins anti-HPV et risques de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique. [Internet]. ANSM; 2015 sept. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
88. Le cancer de l'anus. SNFCP Société Nationale Française de Colo-Proctologie [Internet]. janv 2019; Disponible sur: <https://www.snfc.org/informations-maladies/cancer/cancer-de-lanus-2014/>
89. Blaser N, Bertisch B, Kouyos RD, Calmy A, Bucher HC, Cavassini M, et al. Impact of screening and antiretroviral therapy on anal cancer incidence in HIV-positive MSM. *AIDS Lond Engl*. 24 2017;31(13):1859-66.
90. Schofield AM, Sadler L, Nelson L, Gittins M, Desai M, Sargent A, et al. A prospective study of anal cancer screening in HIV-positive and negative MSM: *AIDS*. juin 2016;30(9):1375-83.

91. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations: Cancer and Sexual Minorities. *CA Cancer J Clin.* sept 2015;65(5):384-400.
92. Czoski-Murray C, Karnon J, Jones R, Smith K, Kinghorn G. Cost-effectiveness of screening high-risk HIV-positive men who have sex with men (MSM) and HIV-positive women for anal cancer. *Health Technol Assess [Internet].* nov 2010 [cité 11 avr 2020];14(53). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta14530/>
93. Rollo F, Pichi B, Benevolo M, Giuliani M, Latini A, Lorenzon L, et al. Oral testing for high-risk human papillomavirus DNA and E6/E7 messenger RNA in healthy individuals at risk for oral infection. *Cancer.* 29 avr 2019;cncr.32152.
94. Eggersmann TK, Baumeister P, Kumbrink J, Mayr D, Schmoeckel E, Thaler CJ, et al. Oropharyngeal HPV Detection Techniques in HPV-associated Head and Neck Cancer Patients. *Anti-cancer Res.* avr 2020;40(4):2117-23.
95. Département de cancérologie cervico-faciale. *Cancers de l'oropharynx et papillomavirus oncogènes. Livret patient [Internet].* Paris: Institut Gustave Roussy; 2014. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/oropharynx-papillomavirus-2014.pdf>
96. Shotsky WJ. Women Who Have Sex with Other Women: HIV Seroprevalence in New York State counseling and Testing Programs. *Women Health.* 22 oct 1996;24(2):1-15.
97. Bailey JV. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 1 juin 2004;80(3):244-6.
98. Fethers K. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 1 oct 2000;76(5):345-9.
99. Kral AH, Lorvick J, Bluthenthal RN, Watters JK. HIV Risk Profile of Drug-Using Women Who Have Sex With Women in 19 United States Cities: *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* nov 1997;16(3):211-7.
100. HIV Blood Donor Study Group. No evidence for female-to-female transmission among 960 000 female blood donors. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 5 sept 1992;853-5.
101. Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. *ENVEFF.* Paris: La Documentation Française; 2003. (Droits des Femmes).
102. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. [Internet]. *La Découverte.* Paris; 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
103. Molin S-B, De Blasio BF, Olsen AO. Is the risk for sexually transmissible infections (STI) lower among women with exclusively female sexual partners compared with women with male partners? A retrospective study based on attendees at a Norwegian STI clinic from 2004 to 2014. *Sex Health.* 2016;13(3):257.
104. Waterman L, Voss J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women: *Nurse Pract.* janv 2015;40(1):46-53.

105. Liu Y, Wang X, Song L, Jiang S, Li S, Luo F, et al. [The sexual behavior characteristics and STD infection status of women who have sex with women in Beijing]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. juill 2012;46(7):627-30.
106. Xu F, Sternberg MR, Markowitz LE. Women Who Have Sex With Women in The United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection—: Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2006. *Sex Transm Dis*. juin 2010;1.
107. Tao G. Sexual Orientation and Related Viral Sexually Transmitted Disease Rates Among US Women Aged 15 to 44 Years. *Am J Public Health*. juin 2008;98(6):1007-9.
108. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health*. juill 2011;101(7):1284-90.
109. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014*. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. nov 2018 [cité 3 avr 2020];27(4). Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400302&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
110. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynecol Obstet*. janv 2013;120(1):42-5.
111. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital Human Papillomavirus Infection in Women Who Have Sex with Women. *J Infect Dis*. déc 1998;178(6):1604-9.
112. Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: A review. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2000;183(3):770-4.
113. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juin 2000;50(455):481-2.
114. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. juin 2001;91(6):947-52.
115. Bailey JV, Farquhar C, Owen C. Bacterial Vaginosis in Lesbians and Bisexual Women: *Sex Transm Dis*. nov 2004;31(11):691-4.
116. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. déc 2011;53 Suppl 3:S84-91.
117. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. déc 2013;13(1):1127.
118. Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer*. 15 août 2011;117(16):3796-804.
119. Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH. The protective role of pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res*. juin 2005;7(3):131.

120. Zaritsky E, Dibble SL. Risk Factors for Reproductive and Breast Cancers among Older Lesbians. *J Womens Health*. janv 2010;19(1):125-31.
121. Boehmer U, Bowen DJ, Bauer GR. Overweight and Obesity in Sexual-Minority Women: Evidence From Population-Based Data. *Am J Public Health*. juin 2007;97(6):1134-40.
122. Boehmer U, Miao X, Maxwell NI, Ozonoff A. Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open*. mars 2014;4(3):e004461.
123. Hart SL, Bowen DJ. Sexual Orientation and Intentions to Obtain Breast Cancer Screening. *J Womens Health*. févr 2009;18(2):177-85.
124. Brown JP, Tracy JK. Lesbians and cancer: an overlooked health disparity. *Cancer Causes Control*. déc 2008;19(10):1009-20.
125. Brown R, McNair R, Szalacha L, Livingston PM, Hughes T. Cancer Risk Factors, Diagnosis and Sexual Identity in the Australian Longitudinal Study of Women's Health. *Womens Health Issues*. sept 2015;25(5):509-16.
126. Cathcart-Rake EJ. Cancer in Sexual and Gender Minority Patients: Are We Addressing Their Needs? *Curr Oncol Rep*. nov 2018;20(11):85.
127. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):e68-73.
128. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Institut de veille sanitaire, INVS, ANRS; 2011.
129. McNair R, Power J, Carr S. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust N Z J Public Health*. févr 2009;33(1):87-93.
130. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 5 juin 2015;64(RR-03):1-137.
131. Meyers D, Wolff T, Gregory K, Marion L, Moyer V, Nelson H, et al. USPSTF recommendations for STI screening. *Am Fam Physician*. 15 mars 2008;77(6):819-24.
132. LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 16 déc 2014;161(12):902-10.
133. Marrazzo, J. M., Gorgos LM. STIs Among WSW. *Clin Infect Dis*. aril 2015;
134. Reiter PL, McRee A-L. Cervical cancer screening (Pap testing) behaviours and acceptability of human papillomavirus self-testing among lesbian and bisexual women aged 21–26 years in the USA. *J Fam Plann Reprod Health Care*. oct 2015;41(4):259-64.
135. Olsen O, Gøtzsche P. Screening for breast cancer with mammography. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001 [cité 2 mai 2020]. p. CD001877. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001877>

136. the DAT'AIDS STUDY GROUP, Lions C, Cabras O, Cotte L, Huleux T, Gagneux-Brugnon A, et al. Missed opportunities of HIV pre-exposure prophylaxis in France: a retrospective analysis in the French DAT'AIDS cohort. *BMC Infect Dis.* déc 2019;19(1):278.
137. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France [Thèse d'exercice]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warenbourg; 2018.
138. Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société [Internet]. IFOP; 2019 juin [cité 15 nov 2020] p. 42. (Observatoire des LGBTphobies). Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/116079_ifop_FJR_2019.06.24.pdf
139. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B, Balkau B. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *Santé Publique.* 2002;14(2):191.
140. Aïm-Eusébi A, Prothon E, Majerholc C, Barger D, Yazdanpanah Y, Aubert J-P. The acceptability and effectiveness of a questionnaire for the identification of risk factors for HIV and hepatitis B and C: An observational study in general practice. *Eur J Gen Pract.* 1 janv 2018;24(1):60-7.
141. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? [Internet]. [Nice]: Université Nice Sophia Antipolis; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956357/document>
142. Bartoli S, Grandcolin S. Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. *Exercer.* 2016;27(124):52-9.
143. Lot F, Lydié N, Villena I, Blanchon T, Bonmarin I, Therre H. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST [Internet]. 2019 nov p. 611-63. Report No.: 31-32. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-novembre-2019-n-31-32-situation-epidemiologique-et-depistage-du-vih-et-des-autres-ist>
144. Cordel H, Foka Tichoue H, Bouchaud O. Faible niveau de connaissance des médecins généralistes concernant la PrEP dans un département à forte incidence du VIH. *Médecine Mal Infect.* juin 2019;49(4):S142.
145. Billioti de Gage S, Le Tri T, Dray-Spira R. Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS). Groupement d'intérêt Scientifique EPI-PHARE; 2019 nov p. 37.
146. Sacal M. Acceptation du suivi alterné médecin généraliste/médecin spécialiste hospitalier chez les patients sous PrEP (Prophylaxie pré-exposition au VIH) [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2019 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484428/document>
147. Maitre L, Prouteau J, Mulliez A, Jacomet C. Caractéristiques et parcours de soins en médecine générale des patients recevant une prophylaxie pré-exposition (PrEP). *Médecine Mal Infect.* juin 2019;49(4):S143-4.
148. Chareau S. Enquête sur les connaissances et perceptions des Médecins Généralistes du Maine et Loire concernant la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) en 2018 [Internet]

- [Thèse d'exercice]. [Angers]: Université d'Angers; 2019 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007468/2019MCEM10026/fichier/10026F.pdf>
149. Dumont T. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne. Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2016. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5104_DUMONT_these.pdf
 150. Couffignal C, Papot E, Etienne A, Legac S, Laouénan C, Beres D, et al. Treatment as prevention (TasP) and perceived sexual changes in behavior among HIV-positive persons: a French survey in infectious diseases departments in Paris. *AIDS Care*. 2 juill 2020;32(7):811-7.
 151. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 juill p. 79. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf
 152. Weatherburn P, Hickson F, S.Reid D, B.Schink S, Marcus U, J. Schmidt A. EMIS 2017 : The european Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet survey [Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Disponible sur: <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/publications/publications-node.html>
 153. Florence S, Grabar S, Usubillaga R, Chanal J, Pietri M, Le Baut V, et al. Couverture vaccinale des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) pour les vaccins systématiquement recommandés en France dans cette population. *Médecine Mal Infect*. sept 2020;50(6):S179.
 154. SOS Homophobie. Petit manuel des infections sexuellement transmissibles entre femmes [Internet]. Brochure présenté à; [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/brochure_ist_entre_femmes.pdf
 155. Ottavioli P. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhonalpains [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02132776/document>
 156. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Etude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c272071e-57e6-433d-85d3-615ba236cc31/blobholder:0/THm_2018_ROUANET_Melanie.pdf
 157. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. déc 2013;13(1):442.
 158. Spilthooren N. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural : freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962752/document>

ANNEXES

Questionnaire de thèse

Questions générales :

- Sexe
 - Homme
 - Femme
 - Non binaire
- Age
 - 25-35
 - 36-45
 - 46-55
 - 56-65
 - Plus de 65 ans
- Orientation sexuelle ?
 - Homme ou femme ayant des rapports sexuels avec le sexe opposé
 - Homme ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
 - Femme ayant des rapports sexuels avec les femmes (FSF)
 - Bisexuel(le)
 - Asexuel(le)
 - Ne souhaite pas répondre
- Votre statut :
 - Remplaçant
 - Salarié
 - Installé
 - Exercice mixte
- Vous travaillez
 - En ville
 - En milieu semi rural
 - En milieu rural
- Participez-vous régulièrement à des formations médicales continues (FMC) ?
 - Echelle de Likert
- Avez-vous une pratique orientée gynécologie ?
 - Echelle de Likert
- Combien de patients homosexuels pensez-vous avoir dans votre patientèle ? QROC
- Etes-vous à l'aise avec l'abord de la sexualité de vos patients en consultation ?
 - Echelle de Likert
- La santé sexuelle de vos patients vous préoccupe-t-elle ?
 - Echelle de Likert
- Pensez-vous que connaître l'orientation sexuelle de vos patients soit pertinent ?
 - Echelle de Likert
- Vous renseignez-vous sur l'orientation sexuelle de vos patients ?
 - Echelle de likert
- Si oui : à quelle occasion ? QROC
- Si non : quels sont pour vous les freins ?
 - Manque de pratique
 - Manque d'intérêt
 - Manque de connaissances théoriques sur les problématiques sexuelles
 - Sujet délicat à aborder en consultation
 - Autre

- Pensez-vous que l'homosexualité masculine expose à des problèmes de santé particuliers ?
 - Echelle de Likert
- Pensez-vous que l'homosexualité féminine expose à des problèmes de santé particuliers ?
 - Echelle de Likert
- A quelle occasion proposez-vous le dépistage des IST ?
 - Demande du patient
 - Bilan annuel
 - Bilan d'altération de l'état général
 - Lors d'une consultation contraception
 - Autres

Santé des HSH :

- Avez-vous connaissance de recommandations particulières de dépistage des IST chez les homosexuels masculins ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Parmi ces moyens de prévention des IST et notamment de l'infection par le VIH, lesquels connaissez-vous ?
 - Préservatif
 - Prophylaxie pré-exposition
 - Treatment as Prevention : TasP
 - Traitement post exposition : TPE
 - Vaccination
- Dépistez-vous systématiquement les IST chez les HSH qu'ils soient en couple depuis longtemps ou multipartenaires ?
 - Je dépiste régulièrement tous les HSH quel que soit leur comportement sexuel
 - Je ne dépiste que les patients multipartenaires
 - Je propose au moins une fois le dépistage des IST à mes patients HSH en couple régulier
- Quelles IST dépistez-vous chez les HSH multipartenaires ?
 - VIH 1 et 2
 - Syphilis
 - Chlamydia
 - Gonocoque
 - Mycoplasme
 - Hépatite B
 - Hépatite C
 - Hépatite A
 - Autres
- A quelle fréquence dépistez-vous les IST chez les HSH ?
 - QROC
- Pour la recherche de Chlamydia et Gonocoque, comment dépistez – vous ?
 - Sérologie Chlamydia
 - PCR urinaire premier jet
 - PCR sur prélèvement ano-rectal
 - PCR sur prélèvement pharyngé
 - PCR sur prélèvement ano-rectal, pharyngé et urinaire
 - Culture si symptomatique
 - Recherche des 2 germes sur le même prélèvement
 - Nécessité de deux prélèvements différents pour chlamydia et gonocoque

- Avez-vous des patients sous PrEP ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Connaissez-vous les indications de la prophylaxie pré-exposition ?
 - Echelle de Likert
- Savez-vous s'il existe une consultation Prep à Mâcon ?
 - Oui, il en existe une
 - Non, il n'en existe pas
 - Je ne sais pas
- Y avez-vous déjà orienté un patient ? (Question conditionnelle, si ne connaît pas la consultation PrEP on considère qu'ils n'y ont envoyé personne)
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
- Faites-vous des renouvellements de PrEP ? (Question conditionnelle aussi si pas de patient sous PrEP, question non posée)
 - Oui
 - Non
- Etes-vous familier avec le suivi sérologique d'un patient sous PrEP ? (Question conditionnelle)
 - Echelle de Likert
- Connaissez-vous le principe du traitement post exposition (TPE)?
 - Oui
 - Non
- Dans quels délais après un accident d'exposition sexuelle un TPE pour le VIH et l'hépatite B peut encore être mis en route ?
 - Pas de limite
 - 1 semaine
 - 72H
 - 48h
- Où peut-il être mis en route ?
 - Au cabinet de médecine générale
 - Au service d'accueil des urgences
 - En consultation spécialisée par un infectiologue
 - En CeGIDD
- Avez-vous été amené à suivre un patient sous TPE ?
 - Oui
 - Non
- Etes-vous familier avec le suivi sérologique à réaliser après un accident d'exposition sexuelle, et sous TPE ? (Question conditionnelle : posée que si a déjà eu un patient sous TPE)
 - Echelle de Likert
- Proposez-vous des vaccinations supplémentaires aux HSH en plus des vaccinations obligatoires ?
 - Oui
 - Non
- Si oui lesquelles ? question conditionnelle
 - Papillomavirus quel que soit l'âge
 - Papillomavirus, jusqu'à 26 ans
 - Hépatite B
 - Hépatite A
 - Méningocoque C jusqu'à 24 ans
 - Méningocoque C quel que soit l'âge

- Avant la recommandation de la HAS de 2019, Proposiez-vous aux jeunes garçons la vaccination contre les papillomavirus ?
 - Echelle de Likert
- Selon- vous, les HSH sont-ils plus exposés à certains types de cancer ?
 - likert
- Si oui lesquels ?
 - Anal
 - Colorectal
 - Poumon
 - Oropharyngé
 - Prostate
- Lesquels dépistez-vous en pratique ?
 - Anal
 - Oropharyngé
 - Poumon
 - Colorectal
 - Prostate

Santé des FSF :

- Pensez-vous que les FSF soient exposées aux IST ?
 - Echelle de Likert
- Quelles méthodes barrières connaissez-vous pour prévenir les IST entre femmes ?
 - QROC
- Quelles IST dépistez-vous chez les FSF ?
 - VIH 1 et 2
 - Syphilis
 - Chlamydia, Gonocoque,
 - Mycoplasme
 - Hépatite B
 - Hépatite C
 - Hépatite A
 - Autres ?
- A quelle fréquence dépistez-vous les IST chez les FSF ?
 - QROC
- Proposez-vous la vaccination contre les papillomavirus aux jeunes filles ?
 - Echelle de Likert
- Pensez-vous que les FSF sont exposées à l'infection aux papillomavirus ?
 - Echelle de Likert
- Selon vous, les FSF sont-elles à risque de développer un cancer du col de l'utérus au même titre que les femmes hétérosexuelles ?
 - Echelle de Likert
- Proposez-vous aux femmes hétérosexuelles le dépistage du cancer du col de l'utérus ?
 - Echelle de Likert
- Si oui à quelle fréquence ? (hors recommandations 2019 sur le test HPV)
 - QROC
- Proposez-vous aux femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes le dépistage du cancer du col de l'utérus ?
 - Echelle de Likert
- Si oui à quelle fréquence ? (hors recommandations 2019 sur le test HPV)
 - QROC

- Avez des habitudes différentes par rapport au dépistage organisé des cancers colorectal et mammaire selon l'orientation sexuelle de vos patientes ?
 - Oui
 - Non
- Si oui : comment faites-vous ? QROC

Guide pratique pour la prise en charge des patients homosexuels en médecine générale



Valentine VIEU

Relu avec gentillesse par le Dr CHAPALAIN infectiologue au CH de Mâcon et le Dr GOODALL, médecin généraliste et directrice de cette thèse.

Contexte

Un médecin qui voit entre 15 et 20 patients par jour reçoit au moins **une fois par mois** un patient gay. (EGaLe-MG)

58,7% des médecins généralistes estiment parler facilement de vie affective et sexuelle. (Baromètre santé médecine générale)

Lorsqu'un médecin est au courant de l'orientation homosexuelle de ses patients, il leur donne plus fréquemment d'informations sur les IST, propose plus souvent des dépistages ou la vaccination contre l'hépatite A.

44% des nouveaux diagnostics d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) concernent les **hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes**. (HSH)

Une étude récente en France montre que **91%** des patients infectés par le VIH après le lancement de la Prophylaxie pré exposition (PrEP) y étaient **éligibles**.

Dans l'étude EGaLe-MG, **48,7%** des femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes (FSF) et **40,5%** des HSH interrogés n'avaient **aucun** médecin au courant de leur orientation sexuelle. (EGaLe-MG)

Ce guide a pour but de rappeler de manière synthétique les recommandations actuelles concernant la prise en charge des patients homosexuels et bisexuels en médecine générale.

SANTÉ DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

LES IST



Le VIH

- 173 000 personnes vivant avec le VIH en 2016 en France
- 6155 nouvelles infections en 2018 dont 40% d'HSH



La syphilis

- 3160 nouveaux cas en 2018 dont 79% d'HSH
- 30% de co-infections avec le VIH

Hépatites

- Prévalence de 0,6% pour l'hépatite B chez les HSH
- Epidémie d'hépatite A en recrudescence depuis 2017 dont 80% d'HSH

Gonococcies

- 49 628 infections à *Neisseria Gonorrhoeae* en 2016
- Chiffre en augmentation de 58% entre 2016 et 2018 particulièrement chez les HSH
- HSH = 71% des cas



Chlamydia Trachomatis

- 267 097 infections en 2016 selon LaboIST
- 722 lymphogranulomatoses vénériennes en 2018 dont 90% d'HSH et 54% de co-infections au VIH



Papillomavirus humains



- Prévalence variable selon les études mais médiane > 20% chez les hommes
- Risque d'acquisition augmenté avec le nombre de partenaires, et plus important chez les HSH

SANTÉ DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

METHODES PREVENTIVES

Préservatifs

- Meilleure méthode de prévention
- Préservatifs remboursables : EDEN® et Sortez Couverts®



TasP : *treatment as prevention*

- Un patient infecté par le VIH avec une charge virale inférieure à 200 copies/ml ne transmet pas le virus
- Ne protège que de la transmission du sérotype porté par le patient, il est possible de s'infecter avec un sérotype différent
- Il faut dépister pour améliorer l'impact de la TasP

PrEP : Prophylaxie pré-exposition :

- Elle consiste en la prise d'un médicament par une personne non infectée par le VIH ayant des conduites à risque en vue de prévenir une infection par le VIH
- Ne protège pas des autres IST



PREP

TEP : *traitement post exposition*

- Il s'agit de traiter les patients exposés à un risque d'infection VIH le plus tôt possible pour éviter une séroconversion

Vaccinations

Plusieurs vaccinations sont recommandées chez les HSH :

- Hépatite A
- Hépatite B
- Papillomavirus
- Méningocoque C



DEPISTAGE DES IST

VIH

- Tous les 3 mois selon la HAS
 - Plusieurs accès : Prescription médicale en cabinet (remboursé), CeGIDD (gratuit), TROD – test rapide d'orientation diagnostic – sur le terrain par les associations ou dans les CeGIDD (gratuit), si positif doit être confirmé par prise de sang, autotest en pharmacie (Entre 25 et 28€)
-
-

Chlamydia Trachomatis

- Tous les ans si négatif
 - Tous les 3 mois si un test revient positif
 - PCR sur prélèvement urinaire, pharyngé et ano-rectal : recommandé par la HAS mais non remboursé sur le multi-site. Possibilité de faire plusieurs ordonnances pour chaque site. Le dépistage multi-site augmente significativement le taux de positivité
 - Souvent couplé à la recherche de **Neisseria Gonorrhoeae** grâce à des techniques duplex. (Attention si le patient est symptomatique : prélèvement urétral pour culture)
-
-

Syphilis

- La HAS recommande un dépistage ciblé et notamment une fois par an chez les hommes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des hommes, en cas de prise de risque régulière
-
-

Hépatite B

- La HAS recommande de dépister les populations à risque, incluant les patients multipartenaires ou séropositifs pour le VIH ou le VHC
 - Le rythme de dépistage n'est pas précisé, en population générale il est recommandé de le faire au moins une fois dans sa vie, et c'est aussi l'occasion de proposer la vaccination si non immunisé
-

LA PREP

PREP

La prophylaxie pré-exposition existe depuis 2015. Elle consiste en la prise de TRUVADA® (Emtricitabine/ Ténofovir/ Disoproxil) par une personne non infectée par le VIH ayant des conduites à risque afin d'éviter la contamination par le VIH lors des rapports sexuels. Sont éligibles tous les adultes et adolescents de plus de 15 ans exposés à un haut risque de contracter le VIH.

Primo-prescription et renouvellement annuel par le spécialiste à l'hôpital ou en CeGIDD.

Renouvellement trimestriel pouvant être réalisé par tout médecin.

Pour qui ?

Les HSH ou les personnes transgenres qui répondent à ces critères :

- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les 6 derniers mois
- Episode d'IST dans les 12 derniers mois
- Au moins un recours au TPE au VIH dans les 12 derniers mois
- Usage de drogues lors des rapports sexuels

Au cas par cas : usage de drogues injectables, travailleurs du sexe, vulnérabilité exposant à des rapports non protégés à risque.

2 schémas possibles

- **Schéma continu qui a l'AMM**: Un comprimé par jour en prise continue, efficace après 7 jours chez l'homme, à poursuivre au moins 2 jours après le dernier rapport sexuel.
- **Schéma discontinu hors AMM**: ce schéma n'a été étudié que chez les HSH et ne doit pas être prescrit aux patients atteints d'hépatite B : 2 comprimés à prendre entre 2 et 24h avant le rapport sexuel, ensuite un comprimé à prendre 24h après la 1^{ère} prise, puis un comprimé à prendre 24 après la 2^{ème} prise.

SANTE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

LA PREP : QUELLE SURVEILLANCE ?

Le médecin généraliste peut donc effectuer le renouvellement de la PrEP et le suivi. Lors du bilan initial, le spécialiste propose la vaccination contre l'hépatite B, l'hépatite A et le papillomavirus.

	Quoi	Qui
Un mois avant l'initiation du traitement	Sérologie VIH, dépistage des autres IST, créatininémie, (BHCG pour les femmes)	Le spécialiste
Le jour de la prescription	Sérologie VIH, (BHCG pour les femmes)	Le spécialiste
1 mois après	Sérologie VIH, créatininémie, (BHCG pour les femmes)	Tout médecin
Tous les 3 mois	Systématique : Sérologie VIH, créatininémie, (BHCG pour les femmes) Selon orientation : ajout sérologies hépatites si non vacciné, syphilis, et prélèvement Chlamydia et gonocoque (tous les 3 mois si revenu positif une fois)	Tout médecin

Pour améliorer la tolérance du traitement, il est recommandé de manger un encas en même temps que la prise du traitement. Il faut éviter de consommer 2h avant ou après la prise du psyllium ou de produits pouvant modifier son absorption : charbon actif, pansements gastriques (IPP).

Ressources :

- [VIHclic](#)
- [Fiche pratique patient AIDES](#)



LE TRAITEMENT POST - EXPOSITION



Le TPE est d'autant plus efficace qu'il est initié tôt, au mieux dans les 4 premières heures, au plus tard 48h après l'exposition.

Le traitement post-exposition consiste en la prise d'un traitement antirétroviral après un rapport possiblement contaminant. Le plus souvent, il est débuté aux urgences à l'aide de kit de 48h/72h de traitement en attendant que

Le suivi du TPE n'est complet que dans 30% à 56% des cas.

le patient consulte un spécialiste.

Le choix de débuter un traitement et le choix de celui-ci seront faits avant que le médecin généraliste soit amené à voir le patient. Cependant le médecin traitant doit informer ses patients de la nécessité de consulter rapidement après un

rapport à risque, et participe au suivi biologique.

Quel suivi ?

Suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB		
Pr. Patrick Yeni - Rapport 2010 - Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH		
	AES TRAITÉ	AES NON TRAITÉ
J 0	NFS, ALAT, créatinine, Test de grossesse Sérologie VIH, VHC Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH, Sérologie VHC + ALAT Anticorps anti-HBs si vacciné sans taux connu
J 15	NFS, ALAT créatinine si TENOFOVIR	Pas de bilan biologique
J 30	NFS, ALAT créatinine si TENOFOVIR PCR-VHC si PCR-VHC+ chez le patient source	Pas de bilan biologique
Semaine 6	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH PCR-VHC + ALAT si PCR-VHC+ chez le patient source
Mois 2	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
Mois 3	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné
Mois 6	Sérologie VIH Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	Pas de bilan biologique

En cas d'apparition de symptômes évocateurs d'une primo-infection par le VIH, il est recommandé de faire pratiquer une sérologie VIH et une charge virale VIH quelle que soit la date.

Figure 1. Suivi biologique d'un patient après un AES. © efurgences.net

SANTE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

LA VACCINATION

Hépatite A

- Avaxim 160® : une dose à M0 puis rappel à M6 à M12. La dose de rappel peut être administrée jusqu'à 36 mois après la première dose.
- Havrix 1440® : une dose à M0 puis rappel à M6 à M12. La dose de rappel pouvant être administrée jusqu'à 5 ans après la première dose.

80% des cas d'hépatite A en France concernent les HSH.

- Vaqta 50® : une dose à M0, puis rappel à M6 à M18.

Taux de couverture vaccinale des HSH contre l'hépatite B estimé à 63%.

Hépatite B

- Engerix B20® / HBVaxPro 10® : une dose à M0, M1, M6.
- Schéma accéléré : Engerix B20/HBVaxPro 10® à J0, J7, J21 puis rappel à M12.

Méningocoque C :

- Menjugate® ou Neisvac® : une dose en rattrapage jusqu'à 24 ans si non antérieurement vacciné.



Papillomavirus :

- Jusqu'en 2019, le calendrier vaccinal recommandait la vaccination des HSH jusqu'à 26 ans révolus avec Gardasil9® avec une injection à M0, M2, et M6.
- Depuis 2020, la recommandation évolue, et il faut maintenant proposer la vaccination à tous les garçons âgés de 11 à 14 ans comme les jeunes filles, avec un rattrapage de 15 à 19 ans.

80% des femmes et hommes sexuellement actifs seront infectés par un HPV au cours de leur vie.
Efficacité du vaccin sur la réduction des lésions bénignes telles que les condylomes, mais aussi sur les lésions de néoplasies intra-épithéliales anales.
Recul de 15 ans sur la vaccination, pas de lien retrouvé avec 12 pathologies auto-immunes (SEP, lupus, PR etc.), 1 à 2 cas pour 100 000 jeunes filles vaccinées de syndrome de Guillain Barré (ANSM 2015)

SANTÉ DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES HOMMES

QUID DES CANCERS ?

Le cancer anal reste un cancer rare : 2,5% des tumeurs digestives.

Les HSH sont 20 fois plus à risque de développer un cancer anal que les hétérosexuels hommes. Rappelons cependant que c'est un cancer qui touche préférentiellement les femmes (75%). Les facteurs de risque associés sont la multiplication des partenaires sexuels, les rapports anaux réceptifs, l'immunodépression donc l'infection par le VIH.

90 % des cancers anaux sont liés à l'infection aux papillomavirus (HPV).

De même, la prévalence des cancers de l'oropharynx liés aux HPV tend à augmenter ces dernières années. Ils sont significativement liés au nombre de partenaires sexuels, et pour le cancer de la langue aux antécédents de contacts sexuels entre hommes.

Faut-il dépister ?

Concernant le cancer anal, la société française de Colo-Proctologie recommande une surveillance clinique régulière chez les personnes séropositives au VIH, d'autant plus si ce sont des HSH, mais pas chez tous les HSH.

Des équipes ont évalué la réalisation d'un dépistage par anoscopie annuelle chez les patients séropositifs au VIH, les résultats sont prometteurs mais l'organisation d'un dépistage organisé n'est pas coût-efficace.

Pas de dépistage des cancers de l'oropharynx liés aux HPV car il n'existe pas de moyen de dépister les lésions précancéreuses, malgré la possibilité de détecter la présence de papillomavirus, il n'existe pas de traitement à ce stade précoce.

SANTÉ DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES FEMMES

LES IST

Du fait d'une faible représentation des FSF dans les cas de contaminations par le VIH, il est commun de croire qu'elles sont peu exposées aux IST.

- 7,1% de prélèvements à *Chlamydia Trachomatis* positifs chez les FSF et bisexuelles contre 5,3% chez les hétérosexuelles (Singh et al)
- 42% de FSF exclusives, sans jamais de rapports avec des hommes, avaient des anticorps anti-HPV-6 et 36% des anticorps anti-HPV-16 (Marrazzo et al)



Selon les études entre 53 et 99% des FSF ont déjà eu un rapport hétérosexuel dans leur vie.

Le VIH

- Peu de données chez les FSF
- Prévalence faible
- Contamination par usage de drogues intraveineuses ou rapports sexuels avec un homme séropositif

La syphilis, l'infection herpétique, les papillomavirus se transmettent par simple contact entre muqueuses.

L'enquête ENVEFF retrouve une fréquence plus élevée d'IST chez les femmes ayant des rapports homosexuels. Cependant, il semble que les FSF exclusives (c'est-à-dire non bisexuelle) aient moins d'IST que les femmes hétérosexuelles et bisexuelles.

L'usage de méthodes barrières est rare, les chiffres variant entre 5,8% et 34,4%.

Mycoses et vaginoses

- Bien que non considérées comme des IST, il semble qu'elles soient plus fréquentes chez les FSF
- Partage d'objets sexuels, contact oro-génitaux, nombre de partenaires sexuels ?

SANTÉ DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES FEMMES

LES METHODES BARRIERES

Les FSF utilisent peu les méthodes barrières. Les causes pourraient être un manque de praticité, un manque d'habitude, un ciblage moindre par les campagnes de prévention, une absence de moyen adapté dans le commerce. Plusieurs méthodes existent pourtant :

Les préservatifs masculins à utiliser lors d'usage d'objets sexuels. Bien penser aussi à laver les objets si partage au risque de favoriser les mycoses et vaginoses.



Les préservatifs féminins et les digues dentaires peuvent être utilisés lors du sexe oral.

Des tutoriels sur internet expliquent comment fabriquer une digue dentaire à l'aide d'un préservatif masculin coupé dans sa longueur.

Il est également possible d'utiliser des gants en latex.



Figure 2. Comment confectionner une digue dentaire. © catie.ca

Ressources :

Choisir sa contraception.fr

Gynandco.fr



SANTÉ DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES FEMMES

LE DÉPISTAGE DES IST

Il n'existe pas de recommandations spécifiques pour les FSF en termes de dépistage.

La révélation de leur orientation sexuelle ne doit pas dissuader le prescripteur de dépister les IST chez les FSF.

Rappelons le dépistage recommandé par la HAS :

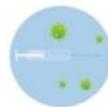
Chlamydia +/- Gonococque

- Toutes les jeunes femmes entre 15 et 25 ans inclus : une fois par an si négatif, à renouveler entre 3 et 6 mois si positif
- Après 25 ans : dépistage opportuniste chez les femmes ayant eu au moins 2 partenaires dans l'année, ou si changement de partenaire récent, ayant eu des antécédents d'IST, ou si prostitution ou viol évidemment

Le VIH et la syphilis

La HAS recommande un dépistage « au moins une fois dans sa vie »

LA VACCINATION



Il n'existe pas de recommandations spécifiques vaccinales pour les FSF. Rappelons qu'elles doivent avoir leurs vaccinations obligatoires à jour, et que la vaccination contre le papillomavirus les concerne également ainsi que la vaccination contre l'hépatite B.

La couverture vaccinale pour le HPV en 2018 des jeunes filles nées en 2002 n'est que de 23,7% (Données Santé Publique France).

SANTÉ DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LES FEMMES

QUID DES CANCERS ?

Les infections à papillomavirus sont aussi courantes chez les FSF que chez les femmes hétérosexuelles. Selon les études, la prévalence des anomalies au frottis serait la même entre FSF et hétérosexuelles (Marrazzo et al).

Les FSF doivent donc être dépistées pour le cancer du col de l'utérus.

L'incidence du cancer du col de l'utérus est d'environ 3000 cas par an. 1000 femmes en décèdent chaque année.

Or elles ont moins souvent recours au suivi gynécologique et au dépistage du col de l'utérus que les femmes hétérosexuelles.

Il ne semble pas exister de sur-risque de cancer du sein malgré des facteurs de risque exacerbés comme un faible nombre de grossesse et d'allaitement, ou une tendance au surpoids.

Comment dépister ?

La recommandation pour le dépistage du cancer du col de l'utérus a changé en 2019.

Taux de dépistage du col de l'utérus actuel : 60%

La HAS recommande maintenant un dépistage entre 25 et 65 ans par deux méthodes.

- Entre 25 et 30 ans : un premier frottis à renouveler un an après puis tous les 3 ans.
- A partir de 30 ans : réalisation d'un test HPV. Si négatif, il pourra être renouvelé à 5 ans et non plus 3 ans. Si positif, un frottis devra être réalisé.



En pratique, le test HPV est réalisable sur un prélèvement de frottis habituel. La HAS évalue la possibilité d'un auto-prélèvement qui améliorerait l'acceptabilité et le recours au dépistage.

Page contact

- **CeGIDD Mâcon**
 - o 350 boulevard Louis Escande 71000 Macon
 - o 03 85 27 72 39
 - o Lundi de 16h à 18h / Mercredi de 13h à 17h/ Jeudi de 16h30 à 18h30 (sage-femme)
- **Service d'accueil des Urgences ouvert 24/24**
 - o 350 boulevard Louis Escande 71000 Macon
 - o Secrétariat : 03 85 27 53 12 ou 03 85 27 53 13
 - o Adresser les accidents d'exposition sexuelle
- **Service de maladies infectieuses du CH de Mâcon**
 - o Secrétariat d'hospitalisation : 03 85 27 53 33
 - o Prise de RDV de consultation : 03 85 27 53 03

**GUIDE PRATIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS HOMOSEXUELS EN MEDECINE GENERALE.**

Ce guide a pour but de résumer dans les grandes lignes les informations pertinentes et les dernières recommandations de prise en charge en termes de prévention et dépistage concernant la population homosexuelle.

Ce guide est issu d'un travail de thèse, disponible sur demande par mail à

valentine.vieu89@gmail.com

VIEU Valentine, médecine générale. 2020

Prévention et dépistage des pathologies liées au comportement sexuel dans les populations homosexuelles et bisexuelles : étude des pratiques des médecins généralistes du bassin Mâconnais.

AUTEUR : MME VIEU VALENTINE

RESUME

INTRODUCTION : Le dépistage et la prévention des pathologies liées aux pratiques sexuelles sont un enjeu majeur dans les populations homosexuelles et bisexuelles au vu de leurs spécificités. Malgré les progrès dans les méthodes de prévention et des recommandations claires de dépistage des IST, les personnes homosexuelles et bisexuelles se sentent peu informées. L'objectif de cette étude était de recueillir les pratiques des médecins généralistes du bassin Mâconnais sur ce sujet et de rédiger un guide pratique.

METHODE : L'étude réalisée était une étude observationnelle transversale descriptive auto-administrée par questionnaire en ligne.

RESULTATS : A l'issue du recueil de données, 41 praticiens ont répondu. Les praticiens se déclaraient globalement préoccupés par la santé sexuelle de leurs patients (70,7%), mais se renseignaient peu sur leur orientation sexuelle. Moins de la moitié avait connaissance de recommandations particulières de dépistage des IST chez les HSH (41,5%), un tiers connaissait les indications de la PrEP (36,6%), plus de deux tiers d'entre eux ignoraient qu'il existe une consultation PrEP à Macon (68,3%), et un peu plus de la moitié (53,7%) proposaient des vaccinations supplémentaires aux HSH. De même, une majorité ne connaissait pas de méthodes barrières des IST chez les FSF. Cependant, ils avaient de bonnes connaissances des risques de cancers anal et oral chez les HSH et une majorité (78,0%) proposait le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les FSF, et quand ils le faisaient, c'était à la même fréquence que chez les femmes hétérosexuelles, bien que cette fréquence ait fait l'objet de réponses assez variées.

CONCLUSION : Cette étude pointe donc la nécessité de se renseigner sur l'orientation et le mode de vie de nos patients afin de donner des informations appropriées en termes de dépistage et prévention des IST. Il est nécessaire aussi de conseiller la mise à jour des vaccins dans les populations homosexuelles et de renseigner et encourager les FSF à se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus car elles y ont plus souvent recours si leur médecin les a informés et lorsque celui-ci est au courant de leur orientation sexuelle.

MOTS-CLÉS : "SOINS PRIMAIRES", "HSH", "FSF", "PRÉVENTION", "DÉPISTAGE", "HOMOSEXUEL"