

## HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES ET FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES FEMMES

Auteur: **Rhonda Kropp**, BScN, MPH, Senior Public Health Analyst, Sexual Health and STI Section, Community Acquired Infections Division, Public Health Agency of Canada.

### Définition

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH) peuvent avoir ces rapports uniquement avec des hommes, ou aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes; ils pourraient donc se considérer comme homosexuels, bisexuels ou hétérosexuels.

Les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FARSAF) peuvent avoir ces rapports uniquement avec des femmes, ou aussi bien avec des femmes qu'avec des hommes; elles pourraient donc se considérer comme lesbiennes, bisexuelles ou hétérosexuelles.

### Épidémiologie

À la baisse de la prévalence des infections transmises sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire chez les HARSAH au début des années 1980, a suivi une hausse de l'incidence de la syphilis, de la gonorrhée, de l'infection à *Chlamydia*, de l'herpès génital, de l'hépatite A (VHA), de l'hépatite B (VHB) et des infections à VIH chez les HARSAH du Canada et du monde entier depuis le milieu des années 1990<sup>1-12</sup>. Des flambées récentes de syphilis ont été signalées parmi les HARSAH<sup>2,3,13,14</sup>, une grande proportion d'entre eux était également porteuse du VIH. De même, des flambées récentes du lymphogranulome vénérien (LGV) chez les HARSAH ont été signalées à l'échelle mondiale<sup>15-20</sup> et au Canada<sup>21</sup>, celui-ci étant très souvent concomitant à une co-infection par le VIH. La co-infection est particulièrement inquiétante vu que la syphilis et les autres ITS peuvent augmenter le risque de transmission et d'acquisition du VIH<sup>22-25</sup>.

Les taux accrus d'ITS parmi les HARSAH sont associés à une recrudescence des rapports sexuels non protégés<sup>26</sup>, y compris les rapports sexuels anaux non protégés (aussi appelés « bare-backing »)<sup>12,27-31</sup>, au nombre accru de partenaires sexuels<sup>1,12</sup>, à la popularité d'Internet pour trouver un partenaire<sup>32-37</sup>, aux lieux de rencontre anonymes (p. ex., saunas)<sup>1,38</sup>, à l'usage récréatif ou non de drogues<sup>1,27,39-43</sup> et aux rapports sexuels oraux non protégés<sup>1</sup>. Les taux de rapports sexuels anaux non protégés ont augmenté au sein des HARSAH de tous les âges, ainsi qu'entre les partenaires porteurs de souches du VIH sérologiquement différentes<sup>28,31,44,7</sup>.

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer l'augmentation récente des pratiques sexuelles à risque au sein des HARSAH, notamment une certaine lassitude à l'égard des messages prônant des rapports sexuels protégés ainsi qu'une certaine dissipation de la crainte d'attraper le VIH à cause de l'optimisme suscité par les nouveaux traitements du VIH<sup>45,46</sup>, même si cette dernière corrélation n'a pas été systématiquement démontrée<sup>47</sup>. L'augmentation des pratiques sexuelles non protégées parmi les HARSAH porteurs du VIH a été en partie attribuée à la proportion accrue

d'HARSAH porteurs du VIH qui se sentent en bonne santé, qui vivent plus longtemps et qui ont donc des rapports sexuels plus souvent et avec plus de partenaires. Le manque de connaissances sur leur propre état de santé ou celui de leurs partenaires en matière d'ITS, y compris sur le VIH, est également préoccupant; par exemple, près de 27 % des hommes porteurs du VIH ayant répondu au sondage *Ontario Men's Survey* ne savaient pas qu'ils étaient porteurs du virus<sup>26</sup>.

Les drogues à usage récréatif souvent utilisées dans les saunas, les soirées *rave* ou Circuit comprennent l'alcool, la méthamphétamine (« glace »), la méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA ou *Ecstasy*), la kétamine (*special K*), le gamma-hydroxybutyrate (GHB), la nitrite d'amyle (*poppers*) et la cocaïne (consultez le chapitre intitulé *Utilisation de substances psychoactives*). La réduction de l'inhibition résultant de l'usage de ces drogues peut augmenter le risque d'avoir plusieurs partenaires sexuels et des relations sexuelles non protégées, en plus d'être associée à l'emploi de Viagra ([citrates de sildénafil](#)), de [Levitra \(vardenafil\)](#) ou de Cialis (tadalafil) dans le but de contrer la dysfonction érectile secondaire à certaines de ces drogues. L'emploi de Viagra chez les HARSAH a été lié à un risque accru de multiplication de partenaires sexuels et d'acquisition d'ITS<sup>48,49</sup>.

Les épidémies d'infections entériques transmissibles sexuellement comme *Salmonella enterica*, sérotype typhi (fièvre typhoïde)<sup>50</sup> et *Campylobacter jejuni*, sous-espèce *jejuni*<sup>51</sup>, de même que la transmission sexuelle du virus humain de l'herpès 8<sup>52</sup>, ont été documentées au sein des populations d'HARSAH du Canada et des États-Unis.

Il existe très peu de données sur les taux d'ITS parmi les FARSAF, mais les études ont toujours montré des taux plus élevés d'ITS — particulièrement du papillomavirus humain (HPV), des verrues génitales, du VIH, de la syphilis et des ulcères génitaux — chez les femmes hétérosexuelles et bisexuelles que chez les femmes n'ayant des rapports sexuels qu'avec des femmes<sup>53-55</sup>. Bien que la transmission des ITS au sein des FARSAF soit fortement corrélée avec des rapports sexuels avec des hommes, la transmission sexuelle du VIH, de la syphilis, du HPV, du virus *Herpes simplex* de types 1 et 2 (VHS-1 et -2), de *Trichomonas vaginalis*, de *Chlamydia trachomatis* et du VHA a été signalée chez des FARSAF n'ayant jamais eu de partenaires de sexe masculin<sup>56-61</sup>. Les taux rapportés de vaginose bactérienne et d'hépatite C (VHC) sont plus élevés chez les FARSAF que chez les femmes n'ayant que des partenaires de sexe masculin<sup>52,62,63</sup>. Les quelques études qui se sont penchées sur les comportements à risque d'ITS au sein des FARSAF ont démontré des taux accrus de contacts sexuels avec des hommes homosexuels/bisexuels<sup>55,64,65</sup>, de rapports sexuels avec des partenaires porteurs du VIH<sup>64</sup>, d'usage de drogues injectables<sup>54,55,64,66</sup>, de rapports sexuels en échange d'argent ou de drogues<sup>54,64,66</sup>, ainsi qu'un plus grand nombre de partenaires récents<sup>64</sup> chez les FARSAF que chez les femmes n'ayant que des rapports hétérosexuels.

## Prévention

Tout *counselling* préventif avec des HARSAH et des FARSAF, comme avec toutes les populations actives sexuellement, doit mettre l'accent sur le risque personnel et les comportements à risque, ainsi que sur l'adoption et le maintien d'activités réduisant les

risques, lesquelles sont centrées sur le patient. Il est important que les professionnels de la santé évitent de présumer des comportements à risque, y compris l'usage de drogues, à partir de l'orientation sexuelle du patient. Il est par ailleurs important que les professionnels de la santé communiquent avec précision les risques associés aux diverses pratiques sexuelles à leurs patients sexuellement actifs, notamment le risque de transmission par rapport sexuel oral (bien que le risque de transmission des ITS soit inférieur par rapport sexuel oral que par rapport sexuel vaginal ou anal, de nombreuses ITS, y compris la syphilis, *Chlamydia*, la gonorrhée, l'herpès et le VIH, peuvent se transmettre par des rapports sexuels oraux non protégés).

Les stratégies de réduction du risque à inclure dans les discussions avec les HARSAH et les FARSAF, ainsi qu'avec tous les patients sexuellement actifs, doivent porter sur les aspects suivants (consultez les chapitres intitulés *Soins primaires* et *VIH*, pour obtenir de plus amples renseignements sur le *counselling* à propos des pratiques sexuelles sécuritaires et du VIH) :

- Éviter ou réduire au minimum les rapports sexuels non protégés anaux, vaginaux, oraux et anaux-oraux; aussi, réduire au minimum les autres activités sexuelles comprenant l'échange de liquides organiques (p. ex., l'échange de jouets sexuels), lesquelles risquent de transmettre des ITS.
- Utiliser systématiquement et de façon appropriée des préservatifs lors des rapports vaginaux et des rapports anaux reçus ou donnés.
- Utiliser des méthodes barrières lors des rapports sexuels oraux.
- Éviter ou réduire au minimum les rapports sexuels avec des partenaires multiples ou anonymes, ainsi que l'emploi de drogues récréatives pendant les rapports sexuels.
- Encourager les tests de dépistage des ITS sur une base régulière en cas d'activités sexuelles non protégées ou risquées.
- Apprendre à négocier la sécurité lors des rapports sexuels, y compris la divulgation du statut des ITS aux partenaires et la prise de connaissance du statut des ITS des partenaires; il faut toutefois noter que la divulgation des statuts sérologiques peut ne pas être précise et que les pratiques sexuelles protégées (c.-à-d. l'emploi du préservatif ou les rapports sans pénétration) offrent la meilleure protection contre les ITS.
- Éviter l'usage de produits contenant du nonoxynol-9 (N-9) pendant les relations sexuelles à cause de leurs problèmes d'innocuité et d'efficacité (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*, pour obtenir des renseignements détaillés sur le N-9). Le N-9, qui se retrouve dans les préservatifs lubrifiés avec un spermicide, peut mieux prévenir les grossesses, mais il ne protège pas efficacement contre le VIH ou d'autres ITS, en plus de pouvoir irriter le revêtement intérieur de la muqueuse génitale, ce qui facilite la transmission d'infections. Il est toutefois préférable d'avoir un préservatif lubrifié au N-9 que de ne pas en avoir du tout.
- Il faut proposer à tous les HARSAH de se faire vacciner contre le VHB et le VHA, à cause de leur risque accru d'infection<sup>67,68</sup> et du faible nombre d'HARSAH déjà vaccinés<sup>69</sup>; la première dose de vaccin peut être administrée en attendant les résultats des tests sérologiques (le cas échéant), l'immunisation n'étant pas nuisible pour les personnes déjà vaccinées ou infectées (consultez le chapitre intitulé *Hépatite B*, pour

obtenir des renseignements détaillés sur la vaccination contre le VHB et les tests sérologiques avant l'immunisation)\*.

- Les FARSAF doivent régulièrement passer un examen du col utérin pour vérifier la présence de dysplasie et (ou) d'infection au HPV.

\*D'après le *Guide canadien d'immunisation* de 2002, 6<sup>e</sup> éd. ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/guide\\_immuniz\\_cdn-2002-6.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/guide_immuniz_cdn-2002-6.pdf)), les tests sérologiques effectués avant l'immunisation et visant à déterminer l'immunité à l'égard du VHA ne devraient être envisagés que dans les populations où le taux d'immunité est élevé (p. ex., les Canadiens âgés et les personnes vivant dans des régions où le VHA est endémique). Un dépistage sérologique systématique des AgHBs et des anticorps anti-HBs ou anti-HBc avant la vaccination est recommandé pour les personnes présentant un risque élevé d'infection, mais ne convient pas pour des raisons pratiques aux programmes de vaccination universelle.

Il faut reconnaître que les HARSAH et les FARSAF sont des populations bien distinctes. Les raisons motivant des pratiques sexuelles non sécuritaires dépendent elles aussi des personnes et des sous-populations. Les messages sur la prévention devraient donc tenir compte de ces réalités et être conçus pour les personnes concernées afin de favoriser la discussion sur des pratiques sexuelles sécuritaires et réalistes. Afin d'être plus efficaces, les messages prônant des relations sexuelles sécuritaires ne devraient pas être uniquement axés sur le risque sexuel; ils devraient plutôt tenir compte du contexte plus large des influences de la santé sexuelle, à savoir l'intimité; la sexualité et la stimulation; les drogues et l'alcool; la santé mentale, l'estime de soi-même et la sûreté de soi-même; les sévices et la coercition; et l'identité sexuelle<sup>70,71</sup>. À l'aide d'une technique d'entrevue motivationnelle sur la prévention, le *counselling* peut promouvoir efficacement les comportements moins néfastes (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*, pour obtenir des renseignements détaillés sur la technique d'entrevue motivationnelle).

### Examen

Les expériences passées de discrimination, d'homophobie ou d'hétérosexisme auxquelles ont pu faire face les HARSAH et les FARSAF peuvent influencer leur recours aux services de santé et la divulgation des comportements sexuels lors des consultations<sup>72,73</sup>. Avec chaque patient, il est important de ne pas présumer l'hétérosexualité. Il est important d'inventorier les antécédents sexuels élémentaires de tous les patients pour recueillir les renseignements suivants :

- Activités sexuelles avec des partenaires du même sexe ou du sexe opposé
- Type et fréquence des pratiques sexuelles
- Niveau de risque à l'égard de certaines ITS

La révélation de son identité sexuelle par le patient n'est pas un facteur prédictif précis du comportement<sup>74</sup>; il est donc nécessaire de poser des questions précises sur le sexe des partenaires sexuels lors de l'examen des antécédents sexuels. L'emploi de termes sans distinction de sexe tels que « partenaire » peut favoriser un environnement propice à la communication<sup>72</sup>. La meilleure façon de déterminer les antécédents sexuels du patient est de commencer par lui poser des questions ouvertes, sans porter de jugement, relatives aux grandes catégories de comportements sexuels, et de passer ensuite à des pratiques sexuelles plus spécifiques.

- Pour connaître le sexe des partenaires sexuels, il peut être utile de poser la question suivante pendant l'examen des antécédents sexuels : « Avez-vous des relations

sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux? » (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*, pour obtenir des renseignements détaillés sur la façon de recueillir les antécédents sexuels).

Les pratiques sexuelles spécifiques associées à un risque accru d'ITS et devant faire l'objet d'une évaluation chez les patients sexuellement actifs comprennent :

- les rapports anaux-génitaux reçus et donnés,
- les rapports oraux-anaux (anilingus),
- les rapports sexuels (oraux, anaux ou génitaux) non protégés,
- le partage de jouets sexuels,
- la douche rectale associée à des rapports anaux-génitaux reçus,
- les rapports anaux-manuels réceptifs (insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus d'un partenaire),
- les rencontres anonymes (p. ex., saunas, Internet, soirées *rave*, *Circuit*),
- l'usage de substances psychoactives pendant les relations sexuelles,
- l'utilisation de drogues injectables (UDI) et d'autres substances psychoactives.

D'après les résultats de l'évaluation des risques, il faut envisager les tests suivants pour les hommes ayant eu des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes au cours de l'année précédente :

- Tests systématiques de dépistage des ITS (*Chlamydia*, gonorrhée, syphilis) à partir de prélèvements à tous les sièges éventuels d'infections, tests sérologiques du VIH à moins que le patient ne soit séropositif et tests du VHB à moins que le patient ait déjà été immunisé ou si on sait qu'il est immunisé (consultez le chapitre intitulé *Hépatite B*, pour obtenir des renseignements détaillés sur les tests sérologiques du VHB).
- Bien que les tests de dépistage du VHS et HPV ne soient pas recommandés en l'absence de symptôme, la situation pourrait changer à la lumière de nouvelles informations. Des études sont en cours pour évaluer si le dépistage peut être rentable en termes de coûts dans certaines situations.

Il faut vérifier la présence de symptômes d'ITS tels que la dysurie, les symptômes anaux-rectaux (p. ex., douleur, perte, saignement, prurit), les pertes urétrales, les lésions ou ulcères génitaux et les éruptions cutanées, et effectuer les tests diagnostiques appropriés si des symptômes sont présents. En plus d'un examen attentif des régions génitales et de certaines régions extragénitales, l'examen physique des HARSAH doit inclure (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*, pour obtenir des renseignements détaillés sur l'examen physique) :

- l'examen des ganglions lymphatiques, de la peau, de la sclérotique, de la cavité orale, du pharynx et de la région périanale;
- l'anuscopie ou la rectoscopie chez les HARSAH symptomatiques qui ont des rapports anaux-génitaux réceptifs.

Les idées fausses couramment répandues au sujet du risque d'ITS et des pratiques sexuelles des FARSAF peuvent nuire aux examens des antécédents médicaux et de dépistage à effectuer chez ce groupe de femmes. Les recommandations sur le dépistage des ITS chez les FARSAF devraient être basées sur l'évaluation détaillée des risques et

pas sur des suppositions quant aux comportements sexuels à faible risque (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*). Les FARSAF, y compris celles n'ayant jamais eu de partenaires sexuels masculins, présentent un risque d'anomalies cervicales<sup>55,58</sup> et devraient être encouragées à passer régulièrement un examen du col utérin pour détecter toute dysplasie ou infection à HPV.

### **Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire**

Comme c'est le cas de tous les patients, alors que le choix des tests de dépistage des ITS est fondé sur les résultats des antécédents sexuels (voir la section précédente), celui des tests pour le diagnostic des ITS devrait être fondé sur le diagnostic différentiel du syndrome ayant motivé la consultation (p. ex., rectite). Les recommandations suivantes sont de mise (consultez le chapitre intitulé *Diagnostic en laboratoire* pour obtenir des renseignements précis sur le prélèvement des échantillons) :

- Cultures anaux-rectales pour le dépistage de la gonorrhée et de *Chlamydia*, en cas de rapports sexuels anaux non protégés.
- Cultures pharyngées pour le dépistage de la gonorrhée, en cas de rapports sexuels oraux non protégés.
- D'après l'évaluation des risques et les symptômes (p. ex., examen parasitologique des selles), il se peut que des analyses de laboratoire soient indiquées pour le dépistage de pathogènes qui ne sont généralement pas associés aux ITS (p. ex., VHA, entéro-pathogènes) mais qui peuvent causer des rectites, des recto-colites et des entérites transmissibles sexuellement.

*Note* : Bien que la culture demeure la méthode d'analyse recommandée pour l'évaluation des infections pharyngées ou rectales, quelques études laissent entrevoir l'utilité des tests d'amplification de l'acide nucléique pour la détection de la gonorrhée du pharynx<sup>75</sup> et de l'infection rectale à *Chlamydia*<sup>76</sup>; d'autres études sont nécessaires pour que des recommandations puissent être émises en ce sens.

### **Prise en charge et traitement**

- Les mêmes que pour les autres patients.
- Il est important de prendre conscience du stress possiblement associé au processus d'affirmation de l'identité sexuelle des HARSAH et des FARSAF, et de prendre connaissance des groupes de soutien aux homosexuels et aux lesbiennes, et des réseaux communautaires vers lesquels vous pouvez orienter les patients.

### **Déclaration des cas et notification aux partenaires**

- Les mêmes que pour les autres patients.
- Le fait que le patient ait des partenaires anonymes complique l'exercice de notification. Il rend pratiquement impossible la communication avec les partenaires ayant été exposés à une ITS afin de les traiter.

### **Suivi**

- Il faut encourager les FARSAF à passer régulièrement un examen du col utérin pour vérifier la présence de dysplasie et (ou) d'infection au HPV.
- Il faudrait encourager les patients ayant déjà eu des pratiques sexuelles non protégées à adopter des pratiques sexuelles et des comportements plus sécuritaires, ainsi qu'à se soumettre fréquemment (au moins une fois par an) à des tests de dépistage des ITS (consultez le chapitre intitulé *Soins primaires*).



- Il faut rappeler aux patients recevant leur première dose de vaccin anti-VHA ou VHB de revenir terminer leur série de vaccins (une dose supplémentaire pour le vaccin anti-VHA et deux doses supplémentaires pour le vaccin anti-VHB).

## Références

1. Bellis MA, Cook P, Clark P, Syed Q, Hoskins A. Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:235–235.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Primary and secondary syphilis among men who have sex with men — New York City, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002;51:853–856.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men — King County, Washington, 1997–1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48:773–777.
4. Yamey G. San Francisco's HIV infection rate doubles. *BMJ*. 2001;322:260.
5. Hogg RS, Weber AE, Chan K *et al*. Increasing incidence of HIV infections among young gay and bisexual men in Vancouver. *AIDS*. 2001;15:1321–1322.
6. Fox KK, del Rio C, Holmes KK *et al*. Gonorrhoea in the HIV era: a reversal in trends among men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2001;91:959–964.
7. Berglund T, Fredlund H, Giesecke J. Epidemiology of the reemergence of gonorrhoea in Sweden. *Sex Transm Dis*. 2001;28:111–114.
8. Catania JA, Osmond D, Stall RD *et al*. The continuing HIV epidemic among men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2001;91:907–914.
9. Ciemins EL, Flood J, Kent CK *et al*. Reexamining the prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection among gay men with urethritis: implications for STD policy and HIV prevention activities. *Sex Transm Dis*. 2000;27:249–251.
10. Geisler WM, Whittington WL, Suchland SJ, Stamm WE. Epidemiology of anorectal chlamydial and gonococcal infections among men having sex with men in Seattle: utilizing serovar and auxotype strain typing. *Sex Transm Dis*. 2002;29:189–195.
11. Calzavara L, Burchell AN, Major C *et al*. Polaris Study Team. Increases in HIV incidence among men who have sex with men undergoing repeat diagnostic HIV testing in Ontario, Canada. *AIDS*. 2002;16:1655–1661.
12. Chen SY, Gibson S, Katz MH *et al*. Continuing increases in sexual risk behavior and sexually transmitted diseases among men who have sex with men: San Francisco, Calif., 1999–2001. *Am J Public Health*. 2002;92:1387–1388.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of syphilis among men who have sex with men — Southern California, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50:117–120.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Primary and secondary syphilis — United States, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:1117–1120.
15. Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Götz HM *et al*. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* Serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996–1003.
16. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men—Netherlands, 2003–2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004;53:985–988.

17. Health Protection Agency. Enhanced surveillance for lymphogranuloma venereum (LGV) in England. *Commun Dis Rep CDR Weekly* [serial online] 2004;14. Consultation du site Web à l'adresse suivante : [www.hpa.org.uk/cdr/archives/2004/cdr4104.pdf](http://www.hpa.org.uk/cdr/archives/2004/cdr4104.pdf). Consulté le 19 janvier 2006
18. ProMED-mail. Lymphogranuloma Venereum – États-Unis (Californie). ProMED-mail 2004; 22 Dec: 20041222.3376. <http://www.promail.org>. Consulté le 2 février 2005.
19. ProMED-mail. Lymphogranuloma Venereum – États-Unis (Texas). ProMED-mail 2004; 24 déc. : 20041224.3397. <http://www.promail.org>. Consulté le 2 février 2005.
20. Institut de veille sanitaire. Émergence de la Lymphogranulomatose vénérienne rectale en France: cas estimés au 31 mars 2004. Synthèse réalisée le 1<sup>er</sup> juin 2004. Consultation du site Web à l'adresse suivante : [www.invs.sante.fr/presse/2004/le\\_point\\_sur/lgv\\_160604](http://www.invs.sante.fr/presse/2004/le_point_sur/lgv_160604). Consulté le 19 janvier 2006.
21. Kropp RY, Wong T; Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005;172:1674–1676.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV prevention through early detection and treatment of sexually transmitted diseases — United States. *MMWR Recomm Rep*. 1998;47(RR-12):1-24.
23. Renzi C, Douglas JM Jr, Foster M *et al*. Herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for human immunodeficiency virus acquisition in men who have sex with men. *J Infect Dis*. 2003;187:19–25.
24. Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? *Sex Transm Dis*. 2001;28:579–597.
25. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect*. 1999;75:3–17.
26. Myers T, Allman D, Calzavara L *et al*. *Ontario Men's Survey Final Report*. Disponible à l'adresse : [www.mens-survey.ca/doc/OMS\\_Report\\_web\\_final%20.pdf](http://www.mens-survey.ca/doc/OMS_Report_web_final%20.pdf). Consulté le 24 février 2005.
27. Koblin BA, Chesney MA, Husnik MJ *et al*. High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the EXPLORE study. *Am J Public Health*. 2003;93:926–932.
28. Ekstrand ML, Stall RD, Paul JP, Osmond DH, Coates TJ. Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status. *AIDS*. 1999;13:1525–1533.
29. Dufour A, Alary M, Otis J *et al*. Risk behaviours and HIV infection among men who have sex with men: baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada. *Can J Public Health*. 2000;91:345–349.
30. Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet. *AIDS Care*. 2003;15:367–378.
31. Chen SY, Gibson S, Weide D, McFarland W. Unprotected anal intercourse between potentially HIV-serodiscordant men who have sex with men, San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33:166–170.
32. McFarlane M, Bull SS, Rietmeijer CA. The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA*. 2000;284:443–446.

33. Klausner JD, Wolf W, Fischer-Ponce L, Zolt I, Katz MH. Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. *JAMA*. 2000;284:447–449.
34. Rietmeijer CA, Bull SS, McFarlane M. Sex and the Internet. *AIDS*. 2001;15:1433–1434.
35. Elford J, Bolding G, Sherr L. Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *AIDS*. 2001;15:1409–1415.
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Internet use and early syphilis infection among men who have sex with men — San Francisco, California, 1999–2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:1229–1232.
37. Benotsch EG, Kalichman S, Cage M. Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention. *Arch Sex Behav*. 2002;31:177–183.
38. Sowell RL, Lindsey C, Spicer T. Group sex in gay men: its meaning and HIV prevention implications. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1998;9:59–71.
39. Colfax GN, Mansergh G, Guzman R *et al*. Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties: a venue-based comparison. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001;28:373–379.
40. Stall R, Purcell D. Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic. *AIDS Behav*. 2000;4:181–192.
41. Purcell DW, Parsons JT, Halkitis PN, Mizuno Y, Woods WJ. Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *J Subst Abuse*. 2001;13:185–200.
42. Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D; San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse*. 2001;13:119–126.
43. McNall M, Remafedi G. Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:1130–1135.
44. Whittington WL, Collis T, Dithmer-Schreck D *et al*. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus — discordant partnerships among men who have sex with men. *Clin Infect Dis*. 2002;35:1010–1017.
45. Vanable PA, Ostrow DG, McKirnan DJ. Viral load and HIV treatment attitudes as correlates of sexual risk behavior among HIV-positive gay men. *J Psychosom Res*. 2003;54:263–269.
46. Elford J, Bolding G, Maguire M, Sherr L. Combination therapies for HIV and sexual risk behavior among gay men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000;23:266–271.
47. International Collaboration on HIV Optimism. HIV treatments optimism among gay men: an international perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;32:545–550.
48. Sherr L, Bolding G, Maguire M, Elford J. Viagra use and sexual risk behaviour among gay men in London. *AIDS*. 2000;14:2051–2053.
49. Chu PL, McFarland W, Gibson S *et al*. Viagra use in a community-recruited sample of men who have sex with men, San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33:191–193.

50. Reller ME, Olsen SJ, Kressel AB *et al.* Sexual transmission of typhoid fever: a multistate outbreak among men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2003;37:141–144.
51. Gaudreau C, Michaud S. Cluster of erythromycin- and ciprofloxacin-resistant *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* from 1999 to 2001 in men who have sex with men, Quebec, Canada. *Clin Infect Dis.* 2003;37:131–136.
52. Diamond C, Thiede H, Perdue T *et al.* Seroepidemiology of human herpes virus 8 among men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2001;28:176–183.
53. Johnson SR, Smith EM, Guenther SM. Comparison of gynecologic health care problems between lesbians and bisexual women: a survey of 2,345 women. *J Reprod Med.* 1987;32:805–811.
54. Bevier PJ, Chiasson MA, Heffernan RT, Castro KG. Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact: their HIV seroprevalence and risk behaviors. *Am J Public Health.* 1995;85:1366–1371.
55. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2000;76:345–349.
56. Marrazzo JM, Stine K, Wald A. Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians. *Sex Transm Dis.* 2003;30:890–895.
57. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis.* 2003;36:e40–41.
58. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL *et al.* Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis.* 1998;178:1604–1069.
59. Kellock D, O'Mahony CP. Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple. *Genitourin Med.* 1996;72:60–61.
60. Campos-Outcalt D, Hurwitz S. Female-to-female transmission of syphilis: a case report. *Sex Transm Dis.* 2002;29:119–120.
61. Walters MH, Rector WG. Sexual transmission of hepatitis A in lesbians [letter]. *JAMA.* 1986;256:594.
62. Skinner CJ, Stokes J, Kirlew Y, Kavanagh J, Forster GE. A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Med.* 1996;72:277–280.
63. Berger BJ, Kolton S, Zenilman JM, Cummings MC, Feldman J, McCormack WM. Bacterial vaginosis in lesbians: a sexually transmitted disease. *Clin Infect Dis.* 1995;21:1402–1405.
64. Marrazzo JM, Koutsky LA, Handsfield HH. Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour. *Int J STD AIDS.* 2001;12:41–46.
65. Kennedy MB, Scarlett MI, Duerr AC, Chu SY. Assessing HIV risk among women who have sex with women: scientific and communication issues. *J Am Med Womens Assoc.* 1995;50:235–248.
66. Lemp GF, Jones M, Kellogg TA *et al.* HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexual women in San Francisco and Berkeley, California. *Am J Public Health.* 1995;85:1549–1552.
67. Goldstein ST, Alter MJ, Williams IT *et al.* Incidence and risk factors for acute hepatitis B in United States, 1982–1998: implications for vaccination programs. *J Infect Dis.* 2002;185:713–719.

68. Bell BP, Shapiro CN, Alter MJ *et al.* The diverse patterns of hepatitis A epidemiology in the United States — implications for vaccination strategies. *J Infect Dis.* 1998;178:1579–1584.
69. MacKellar DA, Valleroy LA, Secura GM *et al.* Two decades after vaccine license: hepatitis B immunization and infection among young men who have sex with men. *Am J Public Health.* 2001;91:965–971.
70. Stall R, Mills TC, Williamson J *et al.* Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *Am J Public Health.* 2003;93:939–942.
71. Seal DW, Kelly JA, Bloom FR, Stevenson LY, Coley BI, Broyles LA. HIV prevention with young men who have sex with men: what young men themselves say is needed. Medical College of Wisconsin CITY Project Research Team. *AIDS Care.* 2000;12:5–26.
72. McNair RP. Lesbian health inequities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust.* 2003;178:643–645.
73. Harrison AE. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students. *Fam Med.* 1996;28:10–23.
74. Richters J, Bergin S, Lubowitz S, Prestage G. Women in contact with Sydney’s gay and lesbian community: sexual identity, practice, and HIV risks. *AIDS Care.* 2002;14:193–202.
75. Page-Shafer K, Graves A, Kent C, Balls JE, Zapitz VM, Klausner JD. Increased sensitivity of DNA amplification testing for the detection of pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2002;34:173–176.
76. Golden MR, Astete SG, Galvan R *et al.* Pilot study of COBAS PCR and ligase chain reaction for detection of rectal infections due to *Chlamydia trachomatis*. *J Clin Microbiol.* 2003;41:2174–2175.