

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée

Populations spécifiques

**Hommes ayant des relations sexuelles
avec d'autres hommes et femmes ayant
des relations sexuelles avec d'autres femmes**

LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia •

Herpès • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès

génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES ET FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES FEMMES

Définition

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) peuvent avoir des relations sexuelles uniquement avec des hommes, ou aussi bien avec des hommes qu'avec des femmes; ils peuvent donc s'auto-identifier comme gais, bisexuels ou hétérosexuels.

Les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FARSAF) peuvent avoir des relations sexuelles uniquement avec des femmes, ou aussi bien avec des femmes qu'avec des hommes; elles peuvent donc s'auto-identifier comme gais, lesbiennes, bisexuelles ou hétérosexuelles.

Épidémiologie

À la baisse de la prévalence des infections transmissibles 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*, au virus de l'herpès génital, au virus de l'hépatite A (VHA), au virus de l'hépatite B (VHB) et des infections au VIH chez les HARSAH du Canada et de façon internationale depuis le milieu des années 1990¹⁻¹². Des flambées récentes de syphilis ont été signalées parmi les HARSAH^{2,3,13,14}, dont une grande proportion d'entre eux étaient également atteints du VIH. De même, des flambées récentes de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez les HARSAH ont été signalées à l'échelle mondiale¹⁵⁻²⁰ et au Canada²¹, cette infection étant très souvent concomitante à une infection par le VIH. La coinfection est particulièrement inquiétante étant donné que la syphilis et les autres ITS peuvent augmenter le risque de transmission et d'acquisition du VIH²²⁻²⁵.

Les taux accrus d'ITS parmi les HARSAH sont associés à une recrudescence des relations sexuelles non sécuritaires²⁶, y compris les relations sexuelles anales non protégées (aussi appelés « bare-backing »)^{12,27-31}, un nombre accru de partenaires sexuels^{1,12}, la popularité de l'Internet pour trouver un partenaire³²⁻³⁷, les lieux de rencontre anonymes (p. ex., saunas)^{1,38}, l'usage récréatif ou non de drogues^{1,27,39-43} et les relations sexuelles orales non protégées¹. Les taux de relations sexuelles anales non protégées ont augmenté chez les HARSAH de tous les âges, ainsi qu'entre les partenaires qui sont VIH sérodiscordants^{28,31,44}.

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 relations sexuelles protégées ainsi qu'une certaine atténuation de la crainte d'attraper le VIH suscitée par un optimisme des nouveaux traitements contre le VIH^{45,46}, même si cette

dernière corrélation n'a pas été systématiquement démontrée⁴⁷. L'augmentation des pratiques sexuelles non protégées parmi les HARSAH infectés par le VIH est en partie attribuée à la proportion accrue d'HARSAH atteints du VIH qui se sentent en bonne santé, qui vivent plus longtemps et qui ont donc des relations sexuelles plus souvent et avec plus de partenaires. Leur manque de connaissances sur leur propre état de santé ou sur celui de leurs partenaires en matière d'ITS, y compris le VIH, est également préoccupant : ainsi, près de 27 % des hommes atteints du VIH ayant répondu au sondage *Ontario Men's Survey* ne savaient pas qu'ils étaient atteints du virus²⁶.

Les drogues à usage récréatif souvent utilisées dans les saunas et les soirées « rave » et « 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 (voir le chapitre « Consommation 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'usage de citrate de sildénafil (Viagra), de vardénafil (Levitra) ou de tadalafil (Cialis) dans le but de contrer la dysfonction érectile provoquée par certaines de ces drogues. L'usage de sildénafil chez les HARSAH est lié à un risque accru de partenaires sexuels multiples et d'acquisition d'ITS^{48,49}.

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

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 au virus du papillome humain (VPH), 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 relations sexuelles exclusivement qu'avec des femmes⁵³⁻⁵⁵. Bien que la transmission des ITS au sein des FARSAF soit fortement corrélée à des relations sexuelles avec des hommes, la transmission sexuelle du VIH, de la syphilis, du VPH, du virus Herpes simplex de types 1 et 2 (VHS 1 et VHS 2), de *Trichomonas vaginalis*, de *Chlamydia trachomatis* et du virus de l'hépatite A (VHA) a été signalée chez des FARSAF n'ayant jamais eu de partenaires de sexe masculin⁵⁶⁻⁶¹. Les taux 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^{52,62,63}. Les quelques études portant sur les comportements à risque d'ITS au sein des FARSAF ont démontré des taux accrus de contacts sexuels avec des hommes homosexuels ou bisexuels^{55,64,65}, de relations sexuelles avec des partenaires infectés par le VIH⁶⁴, d'usage de drogues injectables^{54,55,64,66}, de sexe en échange d'argent ou de drogues^{54,64,66}, ainsi qu'un plus grand nombre de partenaires récents⁶⁴ 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, avec une approche axée 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. Il importe en outre que les professionnels de la santé informent avec précision leurs patients sexuellement actifs des risques associés aux diverses pratiques sexuelles, y compris le risque de transmission par le sexe oral (bien que le risque de transmission des ITS soit inférieur par la voie orale que par les relations sexuelles vaginales ou anales, de nombreuses ITS, y compris la syphilis, la Chlamydia, la gonorrhée, l'herpès et le VIH, peuvent être transmises par des relations orales non protégées).

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 (voir les chapitres « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement » et « Infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » pour obtenir de plus amples renseignements sur le counselling à propos des pratiques sexuelles plus sécuritaires et du VIH) :

- ∞ Éviter ou réduire au minimum les relations sexuelles non protégées anales, vaginales, orales et oro-anales; aussi, réduire au minimum les autres activités sexuelles comprenant l'échange de liquides organiques (p. ex., échange de jouets sexuels), lesquelles risquent de transmettre des ITS.
- ∞ Utiliser systématiquement et de façon appropriée des condoms lors des relations vaginales et des relations sexuelles anales réceptives ou insertives.
- ∞ Utiliser des méthodes barrières lors des relations sexuelles orales.
- ∞ Éviter ou réduire au minimum les contacts sexuels avec des partenaires multiples ou anonymes, ainsi que la consommation de drogues récréatives pendant les relations sexuelles.
- ∞ 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 contacts 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 (p. ex., l'emploi du condom ou les activités sexuelles 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 des inquiétudes de leur innocuité et de leur efficacité (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement », pour obtenir des renseignements détaillés sur le N-9). Le N-9, qui se retrouve dans les condoms 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 la muqueuse génitale, ce qui facilite la transmission d'infections. Il est toutefois préférable d'avoir un condom 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^{67,68} et du faible nombre d'entre eux qui sont déjà vaccinés⁶⁹; la première dose de vaccin peut être administrée avant l'obtention des résultats des tests sérologiques (le cas échéant), l'immunisation n'étant pas nuisible pour les personnes déjà vaccinées ou infectées (voir le chapitre intitulé « Infections au virus de l'hépatite B » pour d'avantage d'information sur la vaccination contre le VHB et le dépistage avant l'immunisation)*.
- ∞ Quant aux FARSAF, il faut leur rappeler l'importance de passer régulièrement un examen du col utérin afin de vérifier la présence de dysplasie et (ou) d'infection au VPH.

Note :

* La sérologie préimmunisation visant à déterminer l'immunité au VHA ne devrait être envisagée 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). Le dépistage sérologique systématique préimmunisation des HBsAg et des anticorps anti-HBs ou anti-HBc est recommandé pour les personnes présentant un risque élevé d'infection, mais ne convient pas pour des raisons pratiques aux programmes de vaccination universelle⁷⁰.

En reconnaissant que les HARSAH et les FARSAF sont des populations diverses et que les raisons menant à des pratiques sexuelles non sécuritaires varient selon les individus et les sous-cultures, les messages de prévention devraient être adaptés pour la personne en question et permettre une discussion sur des pratiques sexuelles sécuritaires et réalistes. Pour être plus efficaces, les messages prônant des relations sexuelles plus 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, y compris l'intimité, la sexualité et la stimulation, les drogues et l'alcool, la santé mentale incluant l'estime de soi et la confiance en soi, l'abus et la coercition, et l'identité sexuelle^{71,72}. Le counselling préventif, par l'entremise d'une technique d'entrevue motivationnelle, peut être efficace pour promouvoir des comportements de réduction des méfaits (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement » pour les renseignements sur la technique d'entrevue motivationnelle).

Évaluation

Les expériences passées de discrimination, d'homophobie et d'hétérosexisme auxquelles ont pu faire face les HARSAH et les FARSAF peuvent influencer sur leur recours aux services de santé et la divulgation des comportements sexuels lors des consultations^{73,74}. Dans toute consultation avec les patients, il est important d'éviter de présumer l'hétérosexualité. Il est important d'effectuer une évaluation des antécédents sexuels de tous les patients qui sont sexuellement actifs afin de 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 quant aux ITS spécifiques.

L'auto-identification de l'identité sexuelle n'est pas un facteur prédictif précis du comportement⁷⁵; il est donc nécessaire de poser des questions claires sur le sexe des partenaires au moment de l'évaluation des antécédents sexuels.

L'emploi de termes qui sont de genres neutres tels que « partenaire » peut favoriser un environnement propice à la divulgation⁷³. La meilleure approche pour obtenir 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 établir le sexe des partenaires sexuels, il peut être utile de poser la question suivante pendant l'évaluation des antécédents sexuels : « Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes ou les deux ? » (Des informations supplémentaires sur la façon de recueillir des données sur les antécédents sexuels sont présentées au chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement ».)

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

- ∞ les relations ano-génitales réceptives (reçues) et insertives (données);
- ∞ les relations oro-anales (anilingus);
- ∞ les activités sexuelles (orales, anales ou génitales) non protégées;
- ∞ le partage de jouets sexuels;
- ∞ la douche rectale associée à des relations ano-génitales réceptives;
- ∞ les relations anales-manuelles réceptives (« fisting » insertion d'un doigt ou du poignet dans l'anus);
- ∞ les partenaires anonymes et les moyens de rencontres anonymes (p. ex., saunas, Internet, soirées « rave » et « circuit »);
- ∞ la consommation de substances psychoactives pendant les relations sexuelles;
- ∞ l'utilisation de drogues injectables et d'autres substances psychoactives.

D'après les résultats de l'évaluation des risques, il faut envisager les tests de dépistage suivants pour les hommes ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un autre homme au cours de l'année précédente :

- ∞ tests systématiques de dépistage des ITS (chlamydia, gonorrhée, syphilis) au moyen de prélèvements à tous les sites éventuels d'infection; sérologie pour le VIH, à moins que le patient soit connu d'être séropositif; sérologie pour le VHB et le VHA, à moins que le patient ait déjà été immunisé ou si on sait qu'il est immun (pour davantage d'information sur les tests sérologiques du VHB, voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »);
- ∞ à l'heure actuelle, les tests de dépistage du VHS et du VPH ne sont pas recommandés en l'absence de symptômes, mais la situation pourrait changer à la lumière de nouvelles informations. Des études sont en cours pour évaluer si le dépistage peut être économiquement rentable dans certaines situations.

Une évaluation pour la présence de symptômes d'ITS tels que la dysurie, les symptômes ano-rectaux (p. ex., douleurs, écoulements, saignements, prurit), les écoulements urétraux, les lésions ou ulcères génitaux et les éruptions cutanées devrait être effectuée ainsi que 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 peut comprendre :

- ∞ 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 pour les HARSAH ayant des relations ano-génitales réceptives et qui présentent des symptômes.

Les fausses idées sur le risque d'ITS et les pratiques sexuelles des FARSAF peuvent nuire à l'évaluation des antécédents sexuels et le dépistage effectué auprès ce groupe de femmes. Les recommandations sur le dépistage des ITS pour les FARSAF devraient être basées sur une évaluation détaillée du risque et non sur des présomptions de comportements sexuels à faible risque (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »). Les FARSAF, y compris celles n'ayant jamais eu de partenaires sexuels masculins, présentent un risque d'anomalies cervicales^{55,58} et devraient être encouragées à passer régulièrement un examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) l'infection au VPH.

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 basé sur les résultats des antécédents sexuels (voir la section précédente), le choix des tests diagnostiques devrait être fondé sur le diagnostic différentiel du syndrome présenté (p. ex., rectite). Les recommandations suivantes s'appliquent (voir le chapitre « Diagnostic en laboratoire des infections transmissibles sexuellement » pour obtenir des renseignements précis sur le prélèvement des échantillons) :

- ∞ cultures ano-rectales pour la gonorrhée et la chlamydia en cas de relations sexuelles anales non protégées;
- ∞ cultures pharyngées pour la gonorrhée en cas de relations sexuelles orales non protégées (données);
- ∞ les analyses de laboratoire pour le dépistage de pathogènes qui ne sont généralement pas associés aux ITS (p. ex., VHA, entéropathogènes), mais qui peuvent causer des rectites, des recto-colites et des entérites transmises sexuellement, pourront être indiquées d'après l'évaluation des risques et des symptômes (p. ex., un examen des selles pour des œufs et parasites).

Note :

Bien que la culture demeure la méthode d'analyse recommandée pour l'évaluation des infections pharyngées ou rectales, quelques études suggèrent une utilité potentielle des tests d'amplification des acides nucléiques pour la détection de la gonorrhée du pharynx⁷⁶ et de l'infection rectale à *Chlamydia*⁷⁷; d'autres études sont nécessaires pour que des recommandations puissent être émises en ce sens.

Prise en charge et traitement

- ∞ Le même que pour tous les patients.
- ∞ Il est important de prendre conscience du stress possiblement associé au processus de divulgation de l'identité sexuelle (le « *coming out* ») des HARSAH et des FARSAF, et de prendre connaissance des groupes de soutien aux gays et aux lesbiennes, et des réseaux communautaires vers lesquels ces patients peuvent être orientés.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- ∞ Le même que pour tous les patients.
- ∞ Les contacts sexuels anonymes compliquent le processus de notification aux partenaires et rendent difficile, voire pratiquement impossible, de retracer et de traiter les partenaires qui ont été exposés à une ITS.

Suivi

- ∞ Encourager les FARSAF à passer régulièrement un examen du col utérin pour le dépistage de la dysplasie et (ou) de l'infection au VPH.
- ∞ Encourager les patients ayant des antécédents de comportements sexuels non sécuritaires à adopter des pratiques sexuelles plus sécuritaires et des comportements moins néfastes, ainsi qu'à se soumettre fréquemment (au moins une fois par an) à des tests de dépistage des ITS (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).
- ∞ Rappeler aux patients qui reçoivent leur première dose de vaccin contre le VHA ou le VHB de revenir compléter leur série de vaccination (une dose supplémentaire pour le vaccin contre le VHA et deux doses supplémentaires pour le vaccin contre le VHB).

Références

1. Bellis, M.A., P. Cook, P. Clark, Q. Syed et A. Hoskins, « Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, p. 235-236.
2. Centers for Disease Control and Prevention. « Primary and secondary syphilis among men who have sex with men — New York City, 2001 », *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, 2002, p. 853-856.
3. Centers for Disease Control and Prevention. « Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men — King County, Washington, 1997-1999 », *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, 1999, p. 773-777.
4. Yamey, G. « San Francisco's HIV infection rate doubles », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 260.
5. Hogg, R.S., A.E. Weber, K. Chan et coll. « Increasing incidence of HIV infections among young gay and bisexual men in Vancouver », *AIDS*, vol. 15, 2001, p. 1321-1322.
6. Fox, K.K., C. del Rio, K.K. Holmes et coll. « Gonorrhoea in the HIV era: a reversal in trends among men who have sex with men », *American Journal of Public Health*, vol. 91, 2001, p. 959-964.
7. Berglund, T., H. Fredlund et J. Giesecke. « Epidemiology of the reemergence of gonorrhoea in Sweden », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, 2001, p. 111-114.
8. Catania, J.A., D. Osmond, R.D. Stall et coll. « The continuing HIV epidemic among men who have sex with men », *American Journal of Public Health*, vol. 97, 2001, p. 907-914.
9. Ciemins, E.L., J. Flood, C.K. Kent et coll. « Reexamining the prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection among gay men with urethritis: implications for STD policy and HIV prevention activities », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 27, 2000, p. 249-251.

10. Geisler, W.M., W.L. Whittington, S.J. Suchland et W.E. Stamm. « Epidemiology of anorectal chlamydial and gonococcal infections among men having sex with men in Seattle: utilizing serovar and auxotype strain typing », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, 2002, p. 189-195.
11. Calzavara, L., A.N. Burchell, C. Major et coll. « Polaris Study Team. Increases in HIV incidence among men who have sex with men undergoing repeat diagnostic HIV testing in Ontario, Canada », *AIDS*, vol. 16, 2002, p. 1655-1661.
12. Chen, S.Y., S. Gibson, M.H. Katz et coll. « Continuing increases in sexual risk behavior and sexually transmitted diseases among men who have sex with men: San Francisco, Calif., 1999-2001 », *American Journal of Public Health*, vol. 92, 2002, p. 1387-1388.
13. Centers for Disease Control and Prevention. « Outbreak of syphilis among men who have sex with men — Southern California, 2000 », *MMWR : Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 50, 2001, p. 117-120.
14. Centers for Disease Control and Prevention. « Primary and secondary syphilis — United States, 2002 », *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 52, 2003, p. 1117-1120.
15. Nieuwenhuis, R.F., J.M. Ossewaarde, H.M. Götz et coll. « 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 », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, 2004, p. 996-1003.
16. « Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men — Netherlands, 2003–2004 », *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 53, 2004, p. 985-988.
17. Health Protection Agency. « Enhanced surveillance for lymphogranuloma venereum (LGV) in England », *Communicable Disease Report CDR Weekly*, vol. 14, 2004, [en ligne]. [www.hpa.org.uk/cdr/archives/2004/cdr4104.pdf] (19 janvier 2006).
18. ProMED-mail. *Lymphogranuloma Venereum — États-Unis (Californie)*, 22 décembre 2004, [en ligne]. [www.promail.org] (2 février 2005).
19. ProMED-mail. *Lymphogranuloma Venereum — États-Unis (Texas)*, 24 décembre 2004, [en ligne]. [www.promail.org] (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^{er} juin 2004, [en ligne]. [www.invs.sante.fr/presse/2004/le_point_sur/lgv_160604] (19 janvier 2006).
21. Kropp, R.Y. et T. Wong. « Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada », Canadian LGV Working Group, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 172, 2005, p. 1674-1676.
22. Centers for Disease Control and Prevention. « HIV prevention through early detection and treatment of sexually transmitted diseases — United States », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 47, RR-12, 1998, p. 1-24.
23. Renzi, C., J.M. Douglas Jr, M. Foster et coll. « Herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for human immunodeficiency virus acquisition in men

- who have sex with men », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 187, 2003, p. 19-25.
24. Rottingen, J.A., D.W. Cameron et G.P. Garnett. « A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, 2001, p. 579-597.
 25. Fleming, D.T. et J.N. Wasserheit. « From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, 1999, p. 3-17.
 26. Myers, T., D. Allman, L. Calzavara et coll. *Ontario Men's Survey Final Report*, [en ligne]. [www.mens-survey.ca/doc/OMS_Report_web_final%20.pdf] (24 février 2005).
 27. Koblin, B.A., M.A. Chesney, M.J. Husnik et coll. « High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the EXPLORE study », *American Journal of Public Health*, vol. 93, 2003, p. 926-932.
 28. Ekstrand, M.L., R.D. Stall, J.P. Paul, D.H. Osmond et T.J. Coates. « Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status », *AIDS*, vol. 13, 1999, p. 1525-1533.
 29. Dufour, A., M. Alary, J. Otis et coll. « Risk behaviours and HIV infection among men who have sex with men: baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, 2000, p. 345-349.
 30. Halkitis, P.N. et J.T. Parsons. « Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the Internet », *AIDS Care*, vol. 15, 2003, p. 367-378.
 31. Chen, S.Y., S. Gibson, D. Weide, W. McFarland. « Unprotected anal intercourse between potentially HIV-serodiscordant men who have sex with men, San Francisco », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, 2003, p. 166-170.
 32. McFarlane, M., S.S. Bull et C.A. Rietmeijer. « The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, 2000, p. 443-446.
 33. Klausner, J.D., W. Wolf, L. Fischer-Ponce, I. Zolt et M.H. Katz. « Tracing a syphilis outbreak through cyberspace », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, 2000, p. 447-449.
 34. Rietmeijer, C.A., S.S. Bull et M. McFarlane. « Sex and the Internet », *AIDS*, vol. 15, 2001, p. 1433-1434.
 35. Elford, J., G. Bolding et L. Sherr. « Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms », *AIDS*, vol. 15, 2001, p. 1409-1415.
 36. Centers for Disease Control and Prevention. « Internet use and early syphilis infection among men who have sex with men — San Francisco, California, 1999–2003 », *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 52, 2003, p. 1229-1232.

37. Benotsch, E.G., S. Kalichman et M. Cage. « Men who have met sex partners via the Internet: prevalence, predictors, and implications for HIV prevention », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 31, 2002, p. 177-183.
38. Sowell, R.L., C. Lindsey et T. Spicer. « Group sex in gay men: its meaning and HIV prevention implications », *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 9, 1998, p. 59-71.
39. Colfax, G.N., G. Mansergh, R. Guzman et coll. « Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties: A venue-based comparison », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 28, 2001, p. 373-379.
40. Stall, R et D. Purcell. « Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic », *AIDS and Behavior*, vol. 4, 2000, p. 181-192.
41. Purcell, D.W., J.T. Parsons, P.N. Halkitis, Y. Mizuno et W.J. Woods. « Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men », *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, 2001, p. 185-200.
42. Mattison, A.M., M.W. Ross, T. Wolfson et D. Franklin. « Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men », San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group, *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, 2001, p. 119-126.
43. McNall, M. et G. Remafedi. « Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 153, 1999, p. 1130-1135.
44. Whittington, W.L., T. Collis, D. Dithmer-Schreck et coll. « Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus — discordant partnerships among men who have sex with men », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 35, 2002, p. 1010-1017.
45. Venable, P.A., D.G. Ostrow et D.J. McKirnan. « Viral load and HIV treatment attitudes as correlates of sexual risk behavior among HIV-positive gay men », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 54, 2003, p. 263-269.
46. Elford, J., G. Bolding, M. Maguire et L. Sherr. « Combination therapies for HIV and sexual risk behavior among gay men », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 23, 2000, p. 266-271.
47. International Collaboration on HIV Optimism. « HIV treatments optimism among gay men: an international perspective », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 32, 2003, p. 545-550.
48. Sherr, L., G. Bolding, M. Maguire et J. Elford. « Viagra use and sexual risk behaviour among gay men in London », *AIDS*, vol. 14, 2000, p. 2051-2053.
49. Chu, P.L., W. McFarland, S. Gibson et coll. « Viagra use in a community-recruited sample of men who have sex with men, San Francisco », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, 2003, p. 191-193.
50. Reller, M.E., S.J. Olsen, A.B. Kressel et coll. « Sexual transmission of typhoid fever: A multistate outbreak among men who have sex with men », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 37, 2003, p. 141-144.

51. Gaudreau, C. et S. Michaud. « Cluster of erythromycin- and ciprofloxacin-resistant *Campylobacter jejuni* subsp. *jejuni* from 1999 to 2001 in men who have sex with men, Quebec, Canada », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 37, 2003, p. 131-136.
52. Diamond, C., H. Thiede, T. Perdue et coll. « Seroepidemiology of human herpes virus 8 among men who have sex with men », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, 2001, p. 176-183.
53. Johnson, S.R., E.M. Smith et S.M. Guenther. « Comparison of gynecologic health care problems between lesbians and bisexual women: a survey of 2,345 women », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 32, 1987, p. 805-811.
54. Bevier, P.J., M.A. Chiasson, R.T. Heffernan et K.G. Castro. « Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact: their HIV seroprevalence and risk behaviors », *American Journal of Public Health*, vol. 85, 1995, p. 1366-1371.
55. Fethers, K., C. Marks, A. Mindel et C.S. Estcourt. « Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 76, 2000, p. 345-349.
56. Marrazzo, J.M., K. Stine et A. Wald. « Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 30, 2003, p. 890-895.
57. Kwakwa, H.A. et M.W. Ghobrial. « Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 36, 2003, p. e40-41.
58. Marrazzo, J.M., L.A. Koutsky, K.L. Stine et coll. « Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 178, 1998, p. 1604-1069.
59. Kellock, D. et C.P. O'Mahony. « Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple », *Genitourinary Medicine*, vol. 72, 1996, p. 60-61.
60. Campos-Outcalt, D. et S. Hurwitz. « Female-to-female transmission of syphilis: a case report », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, 2002, p. 119-120.
61. Walters, M.H. et W.G. Rector. « Sexual transmission of hepatitis A in lesbians », *Journal of the American Medical Association*, vol. 256, 1986, p. 594.
62. Skinner, C.J., J. Stokes, Y. Kirlaw, J. Kavanagh et G.E. Forster. « A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians », *Genitourinary Medicine*, vol. 72, 1996, p. 277-280.
63. Berger B.J., S. Kolton, J.M. Zenilman, M.C. Cummings, J. Feldman et W.M. McCormack. « Bacterial vaginosis in lesbians: a sexually transmitted disease », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 21, 1995, p. 1402-1405.
64. Marrazzo, J.M., L.A. Koutsky et H.H. Handsfield. « Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 12, 2001, p. 41-46.
65. Kennedy, M.B., M.I. Scarlett, A.C. Duerr et S.Y. Chu. « Assessing HIV risk among women who have sex with women: scientific and communication issues », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 50, 1995, p. 235-248.

66. Lemp, G.F., M. Jones, T.A. Kellogg et coll. « HIV seroprevalence and risk behaviors among lesbians and bisexual women in San Francisco and Berkeley, California », *American Journal of Public Health*, vol. 85, 1995, p. 1549-1552.
67. Goldstein, S.T., M.J. Alter, I.T. Williams et coll. « Incidence and risk factors for acute hepatitis B in United States, 1982-1998: implications for vaccination programs », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 185, 2002, p. 713-719.
68. Bell, B.P., C.N. Shapiro, M.J. Alter et coll. « The diverse patterns of hepatitis A epidemiology in the United States — implications for vaccination strategies », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 178, 1998, p. 1579-1584.
69. MacKellar, D.A., L.A. Valleroy, G.M. Secura et coll. « Two decades after vaccine license: hepatitis B immunization and infection among young men who have sex with men », *American Journal of Public Health*, vol. 91, 2001, p. 965-971.
70. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*. 6^e éd. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2002.
71. Stall, R., T.C. Mills, J. Williamson et coll. « Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men », *American Journal of Public Health*, vol. 93, 2003, p. 939-942.
72. Seal, D.W., J.A. Kelly, F.R. Bloom, L.Y. Stevenson, B.I. Coley et L.A. Broyles. « 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*, vol. 12, 2000, p. 5-26.
73. McNair, R.P. « Lesbian health inequities: a cultural minority issue for health professionals », *Medical Journal of Australia*, vol. 178, 2003, p. 643-645.
74. Harrison, A.E. « Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves and our students », *Family Medicine*, vol. 28, 1996, p. 10-23.
75. Richters, J., S. Bergin, S. Lubowitz et G. Prestage. « Women in contact with Sydney's gay and lesbian community: sexual identity, practice, and HIV risks », *AIDS Care*, vol. 14, 2002, p. 193-202.
76. Page-Shafer, K., A. Graves, C. Kent, J.E. Balls, V.M. Zapitz et J.D. Klausner. « Increased sensitivity of DNA amplification testing for the detection of pharyngeal gonorrhoea in men who have sex with men », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 34, 2002, p. 173-176.
77. Golden, M.R., S.G. Astete, R. Galvan et coll. « Pilot study of COBAS PCR and ligase chain reaction for detection of rectal infections due to *Chlamydia trachomatis* », *Journal of Clinical Microbiology*, vol. 41, 2003, p. 2174-2175.