

Patientèle HSH en médecine générale, quelles vulnérabilités ?

MSM and general medical practice, what vulnerability factors ?

BLAISON V.

ASBL Exæquo, Bruxelles

RÉSUMÉ

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) peuvent présenter un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité surreprésentés dans ce groupe par rapport à la population générale. En médecine générale, il est pertinent d'avoir à l'esprit ces facteurs qui rendent impossible le simple fait de « traiter tout le monde de la même manière ». Un-e médecin généraliste qui connaît les facteurs de risques individuels et collectifs de ses patients HSH rendra possible une libération de la parole autour de leur vie sexuelle et relationnelle, de leur santé sexuelle, de leur consommation de produits... Accueillir avec bienveillance et inclusivité fera plus qu'améliorer le vécu des HSH, cela leur permettra surtout d'être en meilleure santé. Connaître les pratiques sexuelles pour proposer un rythme de dépistage adapté, diagnostiquer précocement une contamination au VIH, proposer des méthodes de prévention adéquates ou aborder la consommation de produits autres que le tabac et l'alcool sont autant de recommandations que l'association Exæquo formule auprès des médecins généralistes sur la base des observations de terrain auprès des HSH eux-mêmes.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 477-483

ABSTRACT

Men who have sex with men (MSM) may show one or more vulnerability factors that are more commonly seen than in the general population. In general medical practice, simply treating everyone the same way may lead to treating everyone as if they were the same without paying attention to some risk factors. A GP who knows about MSM individual and collective vulnerability factors and is more inclusive will make it possible for his patients to open about their sexuality, their mental health, their drug use. Making the medical practice a safe space will do more than bring comfort to MSM patients, it will lead to better health. Suggest a testing scheme that fits his patients sexual conduct, diagnose HIV at an early stage, suggest various protection methods or talk about other drugs than tobacco and alcohol are recommendations gathered through direct contact with MSM by the Belgian organisation Exæquo which it advocates towards general practitioners.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 477-483

Key words : sexual orientation, inclusivity, sexual health

INTRODUCTION

Le présent article est rédigé par l'association de santé Exæquo qui réunit depuis plus de 25 ans des militant-es de la lutte contre le VIH. Parce que ce virus touche de manière disproportionnée les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH)ⁱ, Exæquo se définit comme une association communautaire qui entend mettre ces personnes concernées au cœur du projet as-

sociatif en les impliquant aussi bien dans les actions que dans les prises de décision. Les études montrent que les personnes lesbiennes, gays, bi, transgenres et intersexes (LGBTI) sont en moins bonne santé que le reste de la population¹, un constat partagé par les volontaires de l'association. « Parler de sexualité est, pour tou-tes, un moment délicat. La peur [des] jugements, de l'incompréhension, du manque de connaissances ainsi que de la stigmatisation peut ajouter une difficulté supplémentaire à dévoiler

i. Le terme HSH, pour « hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes » définit tous les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ceci n'est pas synonyme de « gay » ou « homosexuel » ! Selon ses préférences affectives et sexuelles, son parcours, ses croyances, sa culture, ... chaque HSH pourra se définir comme gay, bi, queer, hétéro ou autre, cette définition pouvant changer au cours de sa vie. Le terme HSH correspond à une population très diversifiée, en termes de pratiques, de modes de vie, ou de façons de définir son orientation sexuelle.

son homosexualité, sa bisexualité, ses pratiques homosexuelles occasionnelles ou son statut sérologique. Un patient peut dès lors s'enfermer dans un certain mutisme qui peut nuire à sa santé »². En effet, nombre de patients homosexuels ou bisexuels et/ou séropositifs se trouvent face à des professionnel·les de santé qui sont parfois discriminant·es, émettent des jugements quant à leurs pratiques sexuelles, ou transmettent des informations inadaptées. Cet article a pour objectif de présenter aux médecins généralistes plusieurs vulnérabilités centrales ainsi que de fournir des recommandations sur la pertinence d'aborder la sexualité des patient·es sans tabou et de manière inclusive. Il ne traitera que des HSH et ne s'attardera pas en particulier sur les vulnérabilités spécifiques des HSH racisés, travailleurs du sexe, ... Elles existent et mériteraient de faire l'objet d'autres articles et étudesⁱⁱ. Dans le détail, l'article abordera le dépistage, les vaccinations et les infections sexuellement transmissibles avec une attention particulière apportée au VIH et à ses traitements, à la pratique du chemsex. En revanche la santé mentale ne sera pas ou peu abordée et nécessitera des lectures complémentaires, même si comme nous le montrent

les études, elle est plus fragile chez les HSH (voir le très complet Health4LGBTI³). Cet article ne se veut pas exhaustif : il présente des éléments qui nous paraissent pertinents à aborder en 2020 mais une connaissance en profondeur nécessiterait des formations et lectures complémentaires.

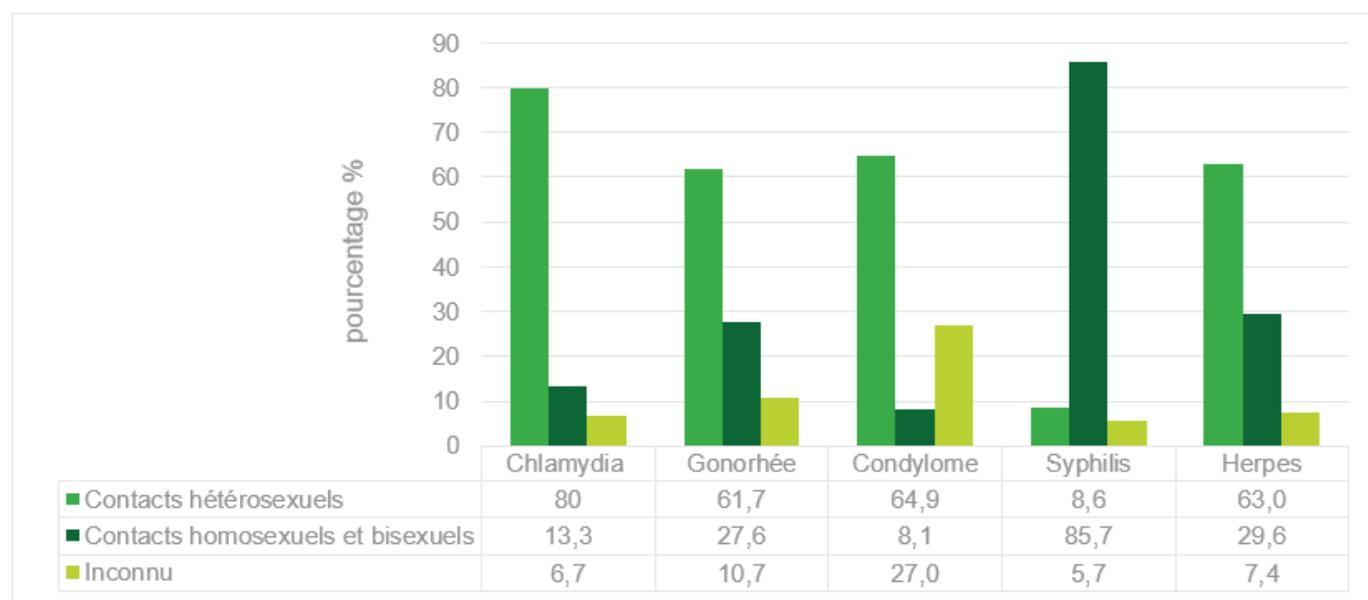
EXPOSITION AUX INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Comme l'illustre la figure 1, les HSH constituent un groupe particulièrement touché par les infections sexuellement transmissibles (IST). Les raisons sont multifactorielles, mais on peut l'expliquer notamment par au moins « deux facteurs biologiques principaux qui semblent surpasser les facteurs individuels :

- un taux de transmission très haut associé au sexe anal réceptif associé à une probabilité de transmission par partenaire très élevée ;
- la capacité des HSH à pratiquer à la fois le sexe anal réceptif (risque élevé d'acquisition) et le sexe anal insertif (risque élevé de transmission).

Figure 1

Distribution des orientations sexuelles par IST pour les hommes, Belgique, 2017-2019⁴.



Source: Réseau des médecines généralistes vigies

ii. Nous utilisons le terme homme/HSH en faisant référence à notre public qui est très majoritairement constitué d'hommes cisgenres (personnes assignées homme à la naissance sur la base de leurs organes génitaux et qui se reconnaissent dans cette identité de genre). Si certaines vulnérabilités concernent certainement aussi les hommes trans, nous ne nous attarderons pas sur les spécificités qu'ils rencontrent du fait de leur transidentité.

RISQUE DE TRANSMISSION D'UNE IST PAR PRATIQUE SEXUELLE ET USAGE DE PRODUITS							
2020 • OVIIS-ASBL • www.oivis.be	PÉNÉTRATION ANALE	FELLATION	ANULINGUS	CARESSE SEXUELLE	EMBRASSER	ÉCHANGE SERINGUE	SNIFF
VIH/SIDA	●	○***		●		●	
HÉPATITE A	●		●				
HÉPATITE B	●	●		●	○	●	○
HÉPATITE C	●			●		●	○
SYPHILIS	●	●	●	●	○	●	
HERPÈS GÉNITAL	●	●	●	●	○		
HPV*	●	●	●	●			
CHLAMYDIA	●	○	○	○			
GONORRÉE	●	●	●	○			
TRICHOMONAS		○	○	○			

○ RISQUE FAIBLE ○ RISQUE MOYEN ● RISQUE ÉLEVÉ ●** RISQUE AVEC DU SANG

* Human PapillomaVirus
 ** Lors de rapports sexuels non protégés et/ou traumatiques incluant la présence de sang (flirting, règles, lésions, etc.)
 *** La personne faisant la fellation court un risque faible si elle reçoit du sperme en bouche et que ses muqueuses sont abîmées

Parmi les risques individuels, on trouve le nombre de partenaires sexuels, l'usage de stupéfiants pendant les rapports sexuels, le non-recours au préservatif, la consommation de produits, ... »³.

Alors qu'un préservatif utilisé correctement protège efficacement d'une transmission au VIH ou à l'hépatite C lors de rapports avec pénétration, rappelons que le préservatif n'offre qu'une protection incomplète pour d'autres IST qui peuvent notamment être transmises par la pratique du sexe oral (souvent non protégé) ou de caresses sexuelles (HPV, gonorrhée, chlamydia, syphilis pour ne citer qu'elles – voir figure 2).

Le fait de contracter une IST est en 2020 un événement auquel de très nombreux HSH ont été, sont ou seront exposés. La plupart des IST peuvent se présenter sous des formes asymptomatiques mais néanmoins transmissibles au(x) partenaire(s). Ce constat nous pousse⁶ à formuler des recommandations de dépistage le plus régulier possible pour les HSH et qui peuvent aller jusqu'à un dépistage tous les trois mois. Cette recommandation générale est à moduler en fonction des pratiques et des habitudes de chacun, l'idéal étant de trouver un rythme régulier et non interrompu, même pour des hommes qui seraient dans une relation exclusive. Être dans une relation, sur le principe, « exclusive » ne garantit pas de ne pas être confronté à une situation de relation hors couple et de transmission d'IST.

Entre le moment où un HSH contracte le VIH et le moment où il découvre sa séropositivité, il se passe en Belgique en moyenne 3 ans (5 ans pour le reste de la population)⁷. Dépister précocement n'offre pas que des bénéfices pour la santé des patients. Il permet aussi d'éviter des transmissions car les premières semaines de l'infection sont également les semaines où la charge virale est la plus haute, augmentant ainsi le risque de transmission. L'un des moyens de contribuer

à abaisser le délai entre transmission et détection est d'augmenter les opportunités de dépistage, aussi bien en termes d'accessibilité et de coût, qu'en termes d'occasions, en mettant un focus important sur les publics qui ne vont pas naturellement exprimer une demande auprès de professionnel·les de santé, d'autant plus que « les médecins généralistes ont prescrit 53 % des tests réalisés en 2018 », « la moitié des cas (50 %) ont été diagnostiqués par des médecins généralistes (jusqu'à 67 % pour les HSH belges) » et que « de tous les diagnostics, 17 % ont été réalisés par des médecins affiliés à des structures dédiées au dépistage et/ou au traitement VIH/IST (centre de référence VIH, centre de dépistage VIH, clinique IST) »⁸.

En ce qui concerne le dépistage des IST, les généralistes sont clairement en première ligne. Reste que pour mieux dépister les patients HSH, encore faut-il les avoir identifiés et avoir abordé la question de leur sexualité avec eux.

Un dépistage pour les HSH ne se limite pas à une prise de sang et une recherche du VIH mais, pour être complet, consiste en une prise de sang (VIH, VHA, VHB, VHC, syphilis) et en un prélèvement urinaire associé à des frottis (gorge et rectum) pour gonorrhée et chlamydia. Il est inutile de réaliser un frottis urétral, le prélèvement urinaire sur des urines premier jet (ne pas avoir uriné dans les deux heures précédentes) est suffisant.

Le détail sur les périodes fenêtrées de dépistage et les traitements peut être trouvé sur le dossier de la Société scientifique de Médecine générale⁹.

En matière de VIH, la prévention et les traitements ont tant évolué au cours de la dernière décennie qu'il convient de s'attarder sur les innovations les plus récentes.

LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL COMME PRÉVENTION (TASP)

En 2020, une personne séropositive qui connaît son statut, qui a accès à un traitement efficace et qui a une bonne observance obtient rapidement une charge virale indétectable, ce qui empêche toute transmission du virus par voie sexuelle. Ce concept est repris sous le slogan I=I (indétectable = intransmissible ou virus indétectable = zéro transmission)¹⁰. Il s'agit véritablement d'un « changement de paradigme pour les personnes séropositives, permettant d'alléger la peur et la culpabilité associées à la crainte de transmettre le virus. Il permet à des couples sérodifférents de repenser leurs pratiques sexuelles et d'envisager la non-utilisation du préservatif, à condition que le partenaire infecté ait un suivi régulier de sa charge virale. Pour de nombreuses [personnes vivant avec le VIH] PVVIH, la réduction voire la suppression de la crainte de transmettre le virus leur a permis de se réinscrire dans une vie sexuelle rassurée et 'normalisée' »¹¹. Le traitement des personnes séropositives agit ici comme prévention pour les partenaires (*TasP* ou *Treatment as Prevention* en anglais). C'est pourquoi, en plus des bénéfices pour la personne d'une mise sous traitement précoce, l'accès aux dépistages et traitement pour tou·tes est un enjeu majeur de la lutte contre le VIH, y compris pour les personnes sans titre de séjour ou sans mutuelle.

LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION (TPE)

Pour les personnes qui auraient pris un risque important d'exposition au VIH (rapport entre hommes non protégé, agression sexuelle, rapport sexuel non protégé avec une personne ressortissante d'un pays à forte prévalence, ...), il est possible d'obtenir dans les 72 heures qui suivent le rapport, un traitement post-exposition (TPE) gratuitement dans les centres de référence VIH. Celui-ci, pris quotidiennement pendant 28 jours avec un accompagnement sur trois mois, permet d'empêcher une contamination au VIH. Pour garantir l'efficacité de ce traitement, il est essentiel d'agir le plus rapidement possible après la prise de risque et il est capital que les médecins généralistes qui reçoivent en consultation des patients qui viennent avec une demande de dépistage ou une inquiétude suite à un rapport sexuel très récent (moins de trois jours) puissent référer vers un centre de référence VIH dans les meilleurs délais. Pour cela les généralistes doivent prendre connaissance du centre de référence VIH le plus proche pour que leurs patients puissent bénéficier d'une prise en charge rapide et gratuite. En effet, le TPE, pour peu qu'il soit prescrit par un centre de référence VIH, est gratuit pour toutes et tous, sans condition de mutuelle. Des coûts additionnels sont néanmoins à prévoir (consultation aux urgences, analyses médicales, traitements antibiotiques préventifs, ...). Un travail de référencement des centres de référence VIH (et assimi-

lés) a été réalisé par les associations Exæquo et O'YES et peut être trouvé au lien : www.depistage.be/TPE

LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)

En matière de traitements préventifs, l'innovation la plus récente concerne la prophylaxie pré-exposition (PrEP), c'est-à-dire la prise préventive d'une bithérapie (emtricitabine/tenofovir disoproxil) visant à empêcher une contamination au VIH pour l'usager « sous PrEP » dans le cadre d'un accompagnement et de dépistages trimestriels. Cette méthode de prévention est disponible et couverte par la sécurité sociale en Belgique depuis le mois de juillet 2017. Si elle n'a pas encore permis d'observer de déclin des contaminations au VIH parmi les HSH en Belgique¹², les résultats de certaines grandes villes mondiales sont encourageants¹³⁻¹⁶. Plus que toute autre communauté fortement exposée au VIH, les HSH résidant en Belgique se sont massivement emparés de cette méthode de prévention. Actuellement en Belgique, sur les plus de 3.000 prepeurs, 99 % sont des HSH¹⁷.

La PrEP est une arme dans la lutte contre le VIH qui vient s'ajouter aux méthodes déjà existantes : préservatifs, TPE, TasP, dépistage régulier, ... Elle s'adresse tout particulièrement à toute personne fortement exposée au risque d'une transmission au VIH, *a fortiori* si cette personne n'utilise pas systématiquement ou régulièrement d'autres méthodes de protection. Dans la mesure où certaines prises de risque interviennent sous l'influence d'alcool ou d'autres produits et/ou de manière pulsionnelle lors des rapports sexuels, la PrEP présente notamment l'avantage non négligeable de pouvoir être prise de manière anticipée et de garantir une protection efficace lors du rapport sexuel.

Pour les HSH, la prise de la PrEP peut être quotidienne (un comprimé tous les jours à heure fixe) ou « à la demande ». Cette dernière consiste en une double dose au moins deux heures avant le rapport sexuel, suivie d'une dose simple 24 heures après la première prise et d'une seconde dose simple 48 heures après la première prise. Le schéma à la demande comprend d'autres spécificités et exceptions qui sont reprises sur le site internet www.myprep.be. Ce schéma permet de limiter le nombre de médicaments consommés par l'usager, mais nécessite plus de rigueur car si un des quatre comprimés est oublié, la protection chute drastiquement (au point de nécessiter un TPE). Le schéma en continu présente l'avantage d'autoriser quelques oublis occasionnels sans mettre en péril l'efficacité du traitement. Selon les profils, les habitudes et les périodes de vie des usagers, il est tout à fait envisageable de passer d'un schéma à l'autre. Une bonne adhérence au traitement est essentielle car elle est la seule garantie d'éviter une contamination au VIH.

Pour les personnes fortement exposées au risque du VIH et qui ne seraient pas des hommes cisgenre^{siii} (femmes cisgenres originaires d'Afrique subsaha-

iii. Un homme cisgenre est un homme qui se reconnaît dans le genre qui lui a été assigné à la naissance. Par exemple, à ma naissance, sur la base de mes caractères sexuels, il a été décidé que j'étais un homme et je me reconnais effectivement dans cette identité de genre «homme».

rienne, personnes transgenres^{iv}), d'autres schémas sont à l'étude ou ont été approuvés. Les schémas quotidiens et « à la demande » tels qu'ils ont été décrits dans le paragraphe précédent ne sont valables que pour les hommes cisgenres.

Différentes études montrent aujourd'hui des taux de réussite en conditions réelles qui peuvent légèrement varier, mais il ressort que, dans les pays occidentaux, la PrEP (entendue comme la prise d'un médicament, mais également d'un suivi trimestriel et de dépistages réguliers) pourrait bien être l'une des méthodes de lutte contre le VIH les plus efficaces actuellement.

Les dernières données épidémiologiques montrent que près d'un tiers des contaminations au VIH concernent des HSH étrangers non européens¹⁸, or ces personnes sont proportionnellement plus éloignées des circuits de soins et ont peu accès à la PrEP. Dans la lutte contre le VIH, l'accès à la PrEP pour toutes les personnes qui en ont besoin est un enjeu crucial. Les réalités de terrain montrent qu'il est aujourd'hui extrêmement difficile voire impossible de faire obtenir la PrEP à un usager sans mutuelle ou avec aide médicale urgente.

En Belgique, la compétence du VIH a été répartie entre différents hôpitaux appelés centres de références VIH (dont la liste peut être trouvée sur www.depistage.be/centre-de-referance-vih/). Ces hôpitaux ont l'exclusivité d'un certain nombre de demandes de prise en charge (PrEP, TPE gratuit, traitement des personnes vivant avec le VIH), ce qui signifie que pour commencer un parcours PrEP, un HSH doit dans un premier temps se rendre dans un de ces centres où la demande de prise en charge du traitement sera réalisée auprès de la mutuelle. Une fois l'autorisation obtenue, celle-ci reste valable un an et le patient peut être suivi pour la PrEP auprès de sa ou son médecin généraliste. D'après nos observations, les prepeurs étant suivis par leur médecin généraliste sont encore très minoritaires, mais l'association Exæquo encourage prepeurs et médecins généralistes à envisager cette option quand elle présente un avantage pour les patients. Pour cela, les généralistes peuvent solliciter les centres de référence afin d'obtenir les informations nécessaires à la réalisation d'un suivi PrEP complet et régulier. Ces initiatives ont encore plus de pertinence dans des régions où les prepeurs sont éloignés géographiquement des centres de référence, mais peuvent trouver un intérêt également dans les centres urbains (accessibilité horaire, relation soignant-e-soigné-e, confidentialité, ...). Pour garantir une bonne observance à la PrEP, seule garantie de son efficacité, toute initiative permettant de favoriser l'accessibilité et de simplifier les suivis devient pertinente.

LES VACCINATIONS

Il est recommandé aux HSH de se faire vacciner contre les hépatites B et A. Cette dernière peut également être sexuellement transmissible au sein d'une communauté où la pratique du sexe anal est plus fréquente, sans être pour autant systématique. Également intéres-

sante, la vaccination HPV offre une protection contre les condylomes et certains cancers (anus, pénis, bouche, gorge, amygdales, pharynx) qu'on retrouve plus fréquemment chez les HSH (et *a fortiori* chez les HSH vivant avec le VIH)¹⁹. En 2020, outre les pénuries du Gardasil 9, le vaccin n'est remboursé pour les garçons que s'ils sont âgés de 13 ou 14 ans et vaccinés via la médecine scolaire ou par leur médecin généraliste ayant commandé les vaccins sur la plateforme e-vax. Ces conditions de remboursement sont insuffisantes et le conseil supérieur de la santé recommande depuis 2017 la vaccination des HSH jusqu'à 26 ans et de tous les HSH vivant avec le VIH²⁰. Cette vaccination est normalement proposée systématiquement aux patients qui entrent dans un parcours PrEP, mais pour les autres il peut être intéressant qu'elle soit proposée par leur médecin généraliste malgré son coût prohibitif.

LE CHEMSEX

Le mot valise chemsex (*chemicals* et *sex* en anglais) désigne la pratique visant à consommer des produits psychoactifs lors des rapports sexuels. Si la pratique n'est pas nouvelle, l'ampleur du phénomène chez les HSH, avec notamment l'appropriation de ce terme « chemsex » ou « chems », peut surprendre et alerter.

Les motivations des chemsexeurs sont multiples et fonction du vécu et de l'expérience de chaque individu : augmentation des sensations, des performances, retard de l'orgasme, possibilité d'avoir de multiples rapports sexuels sur une période de plusieurs heures voire de plusieurs jours, mais aussi une quête de désinhibition facilitant l'acceptation de soi, de l'autre ou encore la possibilité d'adhérer à un groupe.

À Exæquo, nous reconnaissons l'idée qu'il existe un chemsex non problématique avec des usagers qui contrôlent et connaissent à la fois les produits, leurs limites, les pratiques de réduction des risques ; nous reconnaissons qu'il existe également un chemsex problématique qui fait des victimes parfois mortelles. La démarche de notre association est de donner les capacités (*empowerment*) aux consommateurs de gérer leur consommation et d'accompagner ceux qui en ont perdu le contrôle.

Pour réduire les risques, les chemsexeurs ont besoin d'avoir accès à des produits qu'ils connaissent, qu'ils peuvent faire tester avant leur consommation, à du matériel à usage unique (seringue, pailles, pipes) et à des formations aux gestes qui sauvent. Ils ont besoin de ne pas se sentir exclus ou marginalisés, à la fois par leurs propres communautés mais aussi par leur médecin généraliste, qui bien souvent n'a pas connaissance du phénomène ni des pratiques de son patient. Les généralistes ont un rôle à jouer pour les patients chemsexeurs et pour les identifier, il convient de poser sans tabou la question de la consommation à toutes ses patient-es : « Consommez-vous du tabac, de l'alcool, d'autres produits ? Si oui, à quelle fréquence ? Votre consommation vous satisfait-elle, vous préoc-

iv. Une personne transgenre est une personne qui ne se reconnaît pas dans le genre qui lui a été assigné à la naissance.

cupe-t-elle ? Aimerez-vous réduire votre consommation ? Vous sentez-vous dépassé ? Êtes-vous en train de vous éloigner de votre réseau social ? Arrivez-vous à mener une vie professionnelle satisfaisante ? ». Ces questions, inclusives et sans jugement, peuvent permettre d'identifier une consommation problématique même si le ou la généraliste n'a pas de connaissances approfondies sur les produits et les pratiques. Des professionnel·les, organisé·es en réseau peuvent ensuite prendre le relais : groupes d'auto-support, addictologues, psychologues, accompagnateurs·trices communautaires. L'association Exæquo se positionne en tant qu'intermédiaire privilégié des médecins généralistes pour ce qui touche à la pratique du chemsex. Elle accueille et réoriente les usagers vers les autres partenaires, qui peuvent également être consultés via www.chemsex.be/aide.

La pratique du chemsex est un phénomène préoccupant par certains aspects, mais qui ne doit pas masquer d'autres réalités et d'autres consommations, notamment le tabac et l'alcool qui demeurent, en tête des causes de mortalité des HSH comme pour le reste de la population, à ceci près que les HSH sont encore plus touchés par le tabac et l'alcool¹.

TTBM

Faisant le constat qu'il était parfois difficile de faire se rencontrer les besoins des patients HSH et ceux des médecins généralistes qui les suivent, l'association Exæquo a développé un projet du nom de « TTBM :) » (qui détourne l'acronyme « Très Très Bien Monté » en « Très Très Bon Médecin »). Il a pour vocation d'améliorer l'accueil des HSH par leurs soignant·es ainsi que les connaissances des professionnel·les de la santé. Ce projet permet aux HSH qui le souhaitent d'être mis en contact avec des professionnel·les de santé proches de chez eux et qui ont été recommandé·es par d'autres HSH pour leur accueil, ouverture, connaissances, absence de jugement. Cela institutionnalise une forme de bouche à oreille et permet la constitution d'un réseau de professionnel·les de confiance chez qui les HSH ont la garantie de pouvoir aborder tous les aspects de leur vie, y compris le VIH, sans avoir la crainte d'être confronté à des refus de soins. Dans un second temps le projet « TTBM :) » a construit des formations à destination des généralistes (en études ou installé·es dans la vie active) et des équipes de centre de planning familial pour faire en sorte que tous les HSH puissent à l'avenir être accompagnés par leurs soignant·es. L'approche communautaire des soins a pour objectif de soigner tout le monde aussi bien là où une approche universaliste de la médecine a pour objectif de soigner tout le monde de la même manière, au risque d'effacer les différences de chacun·e. Tou·tes les patient·es ne demandent pas la même attention, et pour les minorités, la santé communautaire est là.

CONCLUSION

Les quelques exemples présentés dans cet article ne sont qu'un aperçu de l'ensemble des vulnérabilités qui touchent les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes mais suffisent à démontrer l'importance d'aborder la vie sexuelle et affective de tou·tes les patient·es. Pour ce faire, il est utile de développer des stratégies qui permettent, en consultation, d'aborder et d'envisager la sexualité de toutes et tous grâce à des questions inclusives (sur la possibilité d'être en couple avec un·e partenaire du même sexe, sur le multipartenariat, sur les pratiques sexuelles, sur la consommation de produits autres que le tabac et l'alcool, ...). L'association Exæquo propose une formation pour approfondir ce sujet et réaliser des exercices pratiques. Les médecins généralistes ne sont pas seul·es dans l'accompagnement des HSH, d'autres structures sont organisées en réseau : des associations (sociale, de santé, culturelles, sportives, ...), des hôpitaux (centres de référence VIH), des centres de planning familial et autres professionnel·les de la santé (psychologues, addictologues, dermatologues, ...) et les patients eux-mêmes. En effet, les rencontres avec les généralistes les plus informé·es nous enseignent que c'est souvent en interrogeant les patients HSH directement que les médecins gagnent en aisance et en capacités.

Conflits d'intérêt : L'ASBL Exæquo a reçu des subventions sur projets de Gilead (2019) et Viiv Healthcare (2019-2021).

BIBLIOGRAPHIE

1. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Aujean S, Pinto N *et al.* Health4LGBTI : State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people. European Union: European Commission; 2017.
2. Exæquo ASBL. Devenir un-e soignant-e gay- et séro-friendly. Bruxelles : Exæquo ASBL; 2020. Dossier en préparation et à paraître.
3. Beyrer C, Sullivan P, Sanchez J, Baral S, Collins C, Wirtz AL *et al.* The increase in global HIV epidemics in MSM. AIDS. 2013 Nov 13;27(17):2665-78.
4. Verbrugge R, Moreels S, Crucitti T, Van Beckhoven D, Sasse A, Van Casteren V *et al.* Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les 3 régions. Bruxelles : Santé publique et Surveillance ; 2014.
5. O'Yes ASBL et Ex Aequo ABSL. (consulté le 30/07/2020). IST : Que faire en cas de prise de risque ? [Internet]. <https://depistage.be/prise-de-risque/> (adapté pour les HSH)
6. Haute Autorité de Santé. (consulté le 30/07/2020). Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Mars 2017 [Internet]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/dir2/reevaluation_de_la_strategie_depistage_vih_-_synthese_reco.pdf
7. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. Bruxelles: Sciansano; 2019.
8. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. Bruxelles: Sciansano; 2019 : 41-2.
9. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). (consulté le 31/08/2020). Santé sexuelle / IST. Mai 2020 [Internet]. https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sante-sexuelle-ist/?portfolio-Cats=107%2C108%2C183%2C109
10. Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins suisses. 2008;89(5):165-9.
11. Katlama C, Ghosn J, Wandeler G. AFRAVIH : VIH, hépatites virales, santé sexuelle. Les Ulis: EDP Sciences; 2020.
12. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. Bruxelles: Sciansano; 2019.
13. Santé publique France. (consulté le 30/07/2020). Dépistage et découvertes de séropositivité VIH à Paris. Point épidémiologique 2018. Septembre 2019 [Internet]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/depistage-et-decouvertes-de-se-ropositivite-vih-a-paris.-point-epidemiologique-2018>
14. Health Protection Report. Trends in new HIV diagnoses and in people receiving HIV-related care in the United Kingdom: data to the end of December 2018. Public Health England. 2019;13(31):1-8.
15. HIV Epidemiology Program. HIV Surveillance Annual Report, 2018. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2019.
16. HIV Epidemiology Section. HIV Epidemiology Annual Report 2018. San Francisco: San Francisco Department of Public Health; 2019.
17. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. Bruxelles: Sciansano; 2019.
18. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2018. Bruxelles: Sciansano; 2019.
19. Jedrzejewski T. État 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 de doctorat). Paris: Université Paris Diderot - Paris 7; 2016 (non publiée).
20. Conseil supérieur de la Santé. (consulté le 30/07/2020). Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain. Juillet 2017 [Internet]. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fp-health_theme_file/9181_hpvr_fr_27092017_o.pdf

Travail reçu le 1er septembre 2020 ; accepté dans sa version définitive le 10 novembre 2020.

CORRESPONDANCE :

V. BLAISON
ASBL Exæquo
Rue des Pierres, 29 - 1000 Bruxelles
E-mail : Valentin.blaison@exaquo.be