

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2021

N°2021- 16

TITRE DE LA THESE : : « Je, je, suis libertin.e, j'en parle à mon médecin ! »
Enquête auprès des usagers des clubs libertins.

THESE

Présentée

à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE

et soutenue publiquement le : 11 mai 2021

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR :

NOM ET PRENOMS : ANDRE Alix, Camille
NE(E) LE : 13 décembre 1991
A : Saint Etienne

" Les libertins, ces gens que la nature a doué de la faculté d'aimer au-delà des limites qu'elle fixe à l'amour"
Honoré de Balzac

"le libertinage c'est aimer au pluriel tout en restant singulier "
Denis Grattepain

" J'attends que la sexualité se démocratise afin que chacun puisse révéler sa vraie nature sans en souffrir
socialement"
Catherine Millet.

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Président du jury,

Mme le Professeure Elisabeth Botelho-Nevers,

Je vous remercie pour votre encadrement lors de la rédaction de cette thèse. Vos questionnements et conseils avisés, vos références bibliographiques et votre expérience professionnelle m'ont permis d'enrichir ce travail et de lui apporter une autre dimension. Mais avant tout merci pour votre bienveillance et votre disponibilité dans une période épidémique qui nécessite toute votre attention. Vous êtes une inspiration pour toute une nouvelle génération de femmes. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon respect.

A mes Maîtres et directeurs de thèse,

Mme le Docteur Mathilde Pillard,

Merci pour la vitalité que tu as insufflée à nos GEP et pour m'avoir offert ce passionnant sujet de thèse et ta confiance. Ta bienveillance, ton optimisme, ton enthousiasme ont été porteurs tout au long de ces mois, tant dans la rédaction de cette thèse que dans mon parcours universitaire et professionnel. Ton soutien m'a été essentiel. Merci de m'avoir ouvert la voie de la sexologie et permis de découvrir l'humanité et la bienveillance des CeGIDD. Sois assurée de toute ma reconnaissance et amitié. Je te souhaite de t'épanouir à travers de nouvelles aventures toujours plus enrichissantes et espère pouvoir suivre celles-ci.

Monsieur le Docteur Sébastien Bruel,

Merci pour ta disponibilité, ton accompagnement dans la construction et l'analyse du questionnaire. Tu m'as appris à me recentrer sur mon sujet et à prendre de la distance quant aux résultats, à leur interprétation et aux sens que l'on peut leur donner, « rester humble » face à ces derniers comme tu me l'as plusieurs fois répété. Merci aussi d'avoir rendu ce travail plus digeste, au-delà de ta sérénité et de ton sérieux, en riant avec moi de l'incongru de certaines phrases, idées, questionnements qu'il faisait émerger. Sois assuré de toute ma reconnaissance et de mon estime.

A mes Maîtres et membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Noël Bally,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de lire mon travail et de participer au jury. Je profite de cette occasion pour vous témoigner mon profond respect, tant vos cours m'ont permis de remettre du sens dans ma pratique pendant des stages qui s'éloignaient de mes valeurs. Votre empathie et bienveillance envers vos patients sont une réelle source d'inspiration.

Monsieur le Professeur Rodolphe Charles,

J'espérais que vous accepteriez de participer à mon jury, tant j'ai apprécié vos cours sur l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale. Ils m'ont permis de voir que l'on pouvait être fidèle à sa personnalité, et que cela pouvait même être un excellent outil dans la communication avec l'autre, en posant les mots justes sur les maux des patients. Vous avez été un modèle dans ma construction identitaire en tant que médecin.

Aux personnes qui m'ont accompagnée durant cette thèse,

Au **Docteur Claire Guglielminotti** et à **Pascale** du CeGIDD de Saint-Etienne, merci pour votre accueil chaleureux, le partage enthousiaste de votre discipline, votre accompagnement dans la rédaction du questionnaire et dans cet environnement inconnu. Les patients sont chanceux de la bienveillance dont vous leur témoignez ; j'ose espérer parvenir à une telle empathie.

Aux membres du **CeGIDD de Roanne**, **d'ACTIS 42** et de **l'ENIPSE**, merci de m'avoir incluse à vos actions de prévention et dépistage. Merci notamment à **Loïc**, et **Priscilla** qui ont été de véritables guides et soutiens lors du recrutement, toujours dans la bonne humeur.

A **Sylvie Derfurth** et **Isabelle Clément**, travailleuses de l'ombre toujours disponibles pendant mon internat, merci pour votre gentillesse et votre accompagnement auprès de chacun d'entre nous.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : Alix ANDRE

COMPOSITION DU JURY

Président :	Professeure Elisabeth BOTELHO-NEVERS	Faculté : Jacques Lisfranc
Asseseurs :	Professeur Jean Noël BALLY	Faculté : Jacques Lisfranc
	Professeur Rodolphe CHARLES	Faculté : Jacques Lisfranc
	Docteur Mathilde PILLARD	Faculté : Jacques Lisfranc
Invité :	Docteur Sébastien BRUEL	Faculté : Jacques Lisfranc

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie	Mme le Dr Marie GAVID CLAIRET	MCUPH 2C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 1C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	Pr émérite
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Jérôme MOREL	PU-PH 2C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Dr Yannick THOLANCE	MCUPH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	prof émérite
Chirurgie digestive	M. le Dr Bertrand LEROY	MCU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH CE
Dermato – vénéréologie	M. le Pr Jean Luc PERROT	PUPH 2C
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH CE
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	Pr émérite
Gériatrie	M. Le Pr Thomas CELARIER	Pr Associé
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr Pierre SEFFERT	Prof émérite
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Dr Tiphaine BARJAT	MCUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Xavier ROBLIN	Pr associé
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE

Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Pr Elisabeth BOTELHO NEVERS	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Dr Amandine GAGNEUX BRUNON	MCU-PH 2C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C
Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE	MCUMG 1C
Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG
Médecine générale	M. le Pr Rodolphe CHARLES	PAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine générale	Mme le Dr Catherine PLOTTON	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine légale	M. le Pr. Michel DEBOUT	Pr émérite
Médecine légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurochirurgie	M. le Pr Jacques BRUNON	Pr émérite
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE2
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	Pr émérite
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Neurologie	M. le Pr Roland PEYRON	Pr associé
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophtalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 1C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 1C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 1C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	PUPH 2C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	Pr émérite
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU émérite
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Physiologie	M. le Dr David HUPIN	MCUPH 2C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Jacques PELLET	Pr émérite
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	prof émérite
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	Mme le Pr Claire BOUTET	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	M. le Pr Guillaume THIERY	PUPH 2C
Réanimation	Mme le Dr Sophie RAGEY PERINEL	MCUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALLO	Pr associé
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C

Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale
Thérapeutique
Thérapeutique
Thérapeutique
Urologie

M. le Pr. Pierre SEGUIN
M. le Pr. Hervé DECOUSUS
M. le Pr Bernard TARDY
M. le Pr Laurent BERTOLETTI
M. le Pr Nicolas MOTTET

prof émérite
prof émérite
PU-PH 1C
PUPH 2C
PUPH 1C

Mise à jour : 01 septembre 2018

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

LISTE DES ABREVIATIONS

ACTIS 42 : Association communautaire de lutte contre le VIH dans la Loire

ALSO : Au Labo Sans Ordo

AuRA : Auvergnnes-Rhône-Alpes

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

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ENIPSE : Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

KABP : Knowledge Attitude Behaviour Praticce (enquête sur le VIH/Sida en France)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unis SIDA

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Alors que le marquis de Sade philosophait dans le boudoir à la fin du 18^e siècle, ses héritiers ont dû flirter avec une nouvelle problématique à la fin du 20^e : le Sida.

Plus de 30 ans après les débuts de l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), encore 6 200 personnes découvrent leur séropositivité chaque année selon les chiffres de 2018, majoritairement (56%) contaminées par rapport hétérosexuel (1). Parmi les hétérosexuels, 31% étaient diagnostiqués à un stade avancé ($CD4 < 350/mm^3$ ou stade SIDA – Syndrome d'Immunodéficience Acquise) et 60% n'avaient jamais été dépistés auparavant (chiffres en augmentation parmi ceux nés en France) (2). Sur la période 2003-2017 en Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA), la proportion de diagnostics avancés était la plus importante chez les hommes hétérosexuels (3). La prédominance masculine des découvertes de séropositivité en AuRA en 2018 était supérieure à celle de la moyenne française (4).

Ainsi près d'un tiers des hétérosexuels diagnostiqués séropositifs pour le VIH échappent au traitement précoce recommandé par le rapport Morlat (5) et aux objectifs fixés par l'Organisation des Nations Unies (ONUSIDA)¹ pour 2020 (6–8).

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose de lutter contre cette « épidémie cachée » en renforçant notamment le dépistage des hommes (5), sans pour autant cibler les personnes multipartenaires, étiquetées comme personnes à risque par le passé (9–11) et dont le nombre fréquentant les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) augmente (12). Pourtant parmi ces personnes multipartenaires seulement 34% se sont faits dépister en 2018 (1).

Bien qu'une culture du dépistage ait émergé dans la population générale (12), on note que même les publics plus spécifiquement ciblés par les recommandations peinent à être atteints par les outils de prévention et de dépistage (6–8), faute selon certains de directives détaillées et opérationnelles (13).

Il paraît donc primordial d'étudier une population à risque pour lui offrir un dépistage adapté (6–8). En effet, sachant que les personnes faisant l'objet de recommandations sont mieux dépistées (12), il est nécessaire de mettre à disposition de la société et des professionnels de santé, des outils de promotion des nouveaux modes de dépistage (14–16) centrés sur le patient (17).

Parmi les personnes multipartenaires, un certain nombre sont échangistes ou libertins. Au début des années 2000, le site de rencontre libertin Wylde® comptait 4 millions d'inscrits (18), et 7% de la population française déclarait avoir pratiqué l'échangisme en 2010 (19) ; on peut donc imaginer que cette population à risque (20) fait partie de nos patientèles.

¹ Triple objectif 90- 90 - 90 de l'ONUSIDA pour 2020 : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90% des personnes se sachant séropositives suivent un traitement antirétroviral ; 90% des personnes sous traitement antirétroviral présentent une charge virale indétectable.

Des études menées par Niekamp, Spauwen et al. se sont intéressées aux échangistes fréquentant les cliniques de dépistage des IST aux Pays-Bas. Bien que 77% estimaient qu'il était important d'avoir des rapports protégés (21), on notait que parmi ceux ayant une sexualité de groupe, près de la moitié n'avait pas utilisé de préservatif lors des rapports vaginaux. Les risques d'IST étaient sous-estimés chez les femmes, de même que la proportion d'hommes ayant des pratiques bisexuelles. En effet, un quart des hommes avaient eu des relations avec d'autres hommes (22). Ainsi, en adaptant leurs comportements préventifs à l'image qu'ils se faisaient de leurs partenaires, ils sous-estimaient leur propre risque de contracter une IST(23). Même si 72% d'entre eux considéraient comme « la norme » de se faire dépister et d'informer leurs partenaires en cas de test positif (56%), c'était moins le cas en pratique (21,23). Le risque d'occasion manquée de dépistage était à la fois individuel et collectif, et ce d'autant plus que seulement la moitié des échangistes se définissait en tant que tel (21). Dans ce cas, ils bénéficiaient d'un dépistage adapté avec prélèvement anorectal et oropharyngé (24), puisqu'on sait que l'incidence de *Chlamydiae Trachomatis* et *Neisseria Gonorrhoeae* est plus importante chez ces patients (25).

Depuis 2015, les échangistes allemands ne peuvent plus se rendre en clinique de dépistage gratuit et anonyme des IST qui était leur premier recours au dépistage. Ils se rendent donc auprès de leur médecin traitant. Entre 2011 et 2018, une étude de Kampman et al. notait une augmentation des rapports vaginaux non systématiquement protégés (27,6% vs 40%) et anaux (15,4% vs 25,4%). L'incidence de personnes ayant déjà eu une IST au cours de période d'échangisme augmentait également (22,7% vs 29,7%). Il semblait donc nécessaire d'éduquer les médecins afin de ne pas omettre certaines localisations d'IST (25) et les inciter à poser la question du multipartenariat et de l'échangisme pour ne pas passer à côté de cette population à risque « cachée » (26).

Notre connaissance des libertins se limite souvent à l'image qu'en donnent les médias, ce que déplore cette minorité discrète (18,27,28). Pourtant avec l'émergence du concept de Santé Sexuelle² dans les années 1975, le médecin devient progressivement le garant d'une sexualité « responsable » et doit s'y former (29), observer les pratiques sans a priori (30–32) pour accompagner chacun dans sa singularité (33).

Faute de connaissance de ce milieu et des personnes qui le fréquentent (34) en refusant de s'ouvrir à des « domaines habituellement régulés par la morale » (29), nous prenons le risque d'occasions manquées de dépistage du VIH par l'étiquetage élaboré et subjectif de nos patients (35,36).

Devant une épidémie de VIH encore active, récemment impactée par l'épidémie de covid-19 avec un recours moindre au dépistage (2,37), pouvoir dépister, informer, et éduquer nos patients à « des comportements sexuels responsables » (29) est nécessaire. Ainsi, avoir une meilleure connaissance des personnes pratiquant le libertinage prend tout son sens dans la lutte contre le VIH.

² Santé Sexuelle « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. » Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une enquête quantitative, descriptive, transversale, par questionnaire papier, constitué de 21 questions à choix multiples (ANNEXE 1). Ce questionnaire a été rédigé sur Word®, et diffusé dans les clubs libertins de la Loire et dans un sauna libertin de Lyon, de décembre 2018 à décembre 2019, puis recueilli de façon anonyme dans des urnes scellées.

Parmi les 21 questions, 7 avaient pour objectif de décrire la population fréquentant les clubs libertins, 6 de recueillir leur attitude en termes de pratiques sexuelles, de prévention et dépistage, et 8 d'évaluer la place du médecin traitant vis-à-vis de la sexualité, de la prévention et du dépistage de cette population.

Le questionnaire a été validé par des praticiens de médecine générale, du service d'infectiologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de St Etienne, des CeGIDD de Roanne et St Etienne, les organismes locaux de prévention et dépistage du VIH (ACTIS 42³ et ENIPSE⁴), les propriétaires des clubs libertins de la Loire. Il a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le choix des clubs s'est effectué selon des arguments territoriaux. Les dirigeants étaient contactés pour obtenir leur accord afin de diffuser le questionnaire dans leurs locaux, et d'en définir les modalités de distribution.

Le premier recueil s'est déroulé en décembre 2018, à St Etienne, lors d'une soirée de dépistage « hors les murs » organisée par le CeGIDD local et l'association ACTIS 42. Deux membres de l'association proposaient aux participants de bénéficier d'un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) pour le VIH et/ou de venir nous rencontrer pour remplir un questionnaire.

Un autre recueil s'est déroulé en avril 2019 à Feurs et St Marcel de Félines, lors d'une action de prévention, organisée par l'ENIPSE, avec la collaboration du CeGIDD du centre hospitalier de Roanne. L'enquêtrice allait directement à la rencontre des participants avec 2 membres de l'association.

Une autre phase du recrutement s'est déroulée de mars à décembre 2019 à St Marcel de Félines. Des questionnaires et une urne celée étaient remis au gérant du club, qui procédait à la diffusion et au recueil du questionnaire au sein de son établissement. L'urne a été récupérée à l'occasion d'une nouvelle action de prévention en décembre 2019 (sous les mêmes modalités qu'en avril).

Enfin, l'enquêtrice s'est rendue 2 fois en novembre et décembre 2019 à Lyon à l'occasion d'actions de prévention réalisées par l'ENIPSE.

L'analyse de la variable « âge » a été faite selon trois classes : les 18-34 ans qui correspondaient à l'âge de la première expérience libertine, les 35-49 ans et les plus de 50 ans qui correspondaient à la génération qui a débuté sa sexualité avant l'épidémie de sida (selon l'enquête Knowledge Attitude Behaviour Practice, KABP, de 2004), et représentaient l'âge à partir duquel il est difficile pour les médecins généralistes de parler de prise de risque vis à vis du VIH en raison

³ Association communautaire de lutte contre le VIH dans la Loire.

⁴ Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé.

de l'âge du patient (selon l'enquête menée par l' Observatoire Régionale de Santé Rhône-Alpes en 2002). L'Institut français d'opinion publique (IFOP) suivait le même découpage.

Pour procéder à l'analyse des données, l'ensemble des réponses ont été transposées sur Google Forms[®] afin d'obtenir un fichier Excel[®]. Il s'agissait d'analyse univariée. Le logiciel en ligne BiostaTGV[®] a été utilisé pour l'analyse descriptive. Des tests paramétriques (Chi 2) et non paramétriques (Test exact de Fisher) ont été utilisés selon la taille des effectifs. Les résultats ont été considérés comme significatifs lorsque $p < 0,05$.

RESULTATS

Cent vingt-quatre questionnaires ont pu être analysés.

Caractéristiques de la population

Le *tableau 1* résume les caractéristiques de notre échantillon.

Caractéristiques	Total	n	(%)
Genre	(n= 124)		
Femme		57	(46)
Homme		63	(50,8)
Autre*		4	(3,2)
Orientation	(n= 124)		
Homosexuelle		7	(5,6)
Hétérosexuelle		79	(63,7)
Bisexuelle		36	(29)
Autre**		2	(1,6)
Age	(n= 121)		
18-34 ans		35	(28,9)
35-49 ans		49	(40,5)
50 et plus		37	(30,6)
Statut	(n= 121)		
Célibataire		33	(27,3)
Relation libre		12	(9,9)
Concubinage		24	(19,8)
Pacsé		5	(4,1)
Marié		47	(38,8)
Enfants	(n= 120)		
Oui		70	(58,3)

Caractéristiques	Total	n	(%)
Lieu de vie	(n= 122)		
Rural		45	(36,9)
Semi rural		32	(26,2)
Urbain		45	(36,9)
Profession	(n= 123)		
Agriculteur, exploitant		8	(6,5)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise		21	(17,1)
Cadre, profession intellectuelle supérieure		28	(22,8)
Profession intermédiaire		8	(6,5)
Employé		35	(28,5)
Ouvrier		10	(8,1)
Retraité		2	(1,6)
Sans activité		11	(8,9)

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants. * 3 couples et 1 transgenre. ** 2 pansexuels.

Lorsqu'on comparait les caractéristiques ci-dessus selon le sexe, on retrouvait une différence significative quant aux orientations et pratiques sexuelles. Les hommes se déclaraient essentiellement hétérosexuels (49/63, 77,8% vs 29/57, 50,9% des femmes, $p= 0,0020$ Chi2) avec des pratiques hétérosexuelles (37/63, 58,7% vs 12/57, 21,1% pour les femmes, $p<0,0001$ Chi2). Les femmes étaient plus nombreuses à se déclarer bisexuelles (24/57, 42,1% vs 9/63, 14,3% des hommes, $p= 0,0006$ Chi2) et encore plus nombreuses à pratiquer cette sexualité (36/57, 63,2% vs 16/63, 25,4%, pour les hommes, $p<0,0001$ Chi2). La différence entre identité et pratiques sexuelles des femmes était significative ($p= 0.0244$ Chi2).

Les célibataires étaient majoritairement des hommes (23/61, 37,7% contre 9/56, 16,1% des femmes, $p= 0,0087$ Chi2). Les femmes étaient plus nombreuses à être mariées (27/56, 48,2% contre 18/61, 29,5% des hommes, $p= 0.0377$ Chi2).

Comportements sexuels en club

Le *tableau 2* décrit les modalités de libertinage des répondants.

Comportements en club	Total	n	(%)
S'y rend	(n= 122)		
Seul		48	(39,3)
Compagnon uniquement		58	(47,5)
Compagnon et autre		13	(10,7)
Autre partenaire		29	(23,8)
Type de relation sexuelle en club			
Hétérosexuelle	(n= 120)	49	(40,8)
Homosexuelle	(n= 120)	9	(7,5)
Bisexuelle	(n= 124)	54	(43,5)
Avec partenaire uniquement	(n= 124)	10	(8,1)
Avec partenaire et autres	(n= 124)	25	(20,2)
Autres uniquement	(n= 124)	89	(71,8)
Rapport systématiquement protégé			
Buccal	(n= 102)	11	(10,8)
Vaginal	(n= 110)	94	(85,5)
Anal	(n=91)	72	(79,1)
Information des partenaires extérieurs			
Pas systématiquement	(n= 111)	60	(54)
Fréquence sortie	(n= 123)		
<1 fois/an		6	(4,9)
1 à plusieurs fois/an		32	(26,1)
1 à plusieurs fois/mois		52	(42,3)
2 à plusieurs fois/semaine		33	(26,8)

Tableau 2 : Comportements sexuels en club.

Les hommes se rendaient plus souvent seuls en club (31/62, 50% vs 16/56, 28,6% des femmes, $p= 0,0176$ *Chi2*), tandis que les femmes s'y rendaient surtout avec leur compagnon (32/56, 57,1% vs 23/62, 37,1% des hommes, $p= 0,0293$ *Chi2*).

L'utilisation systématique du préservatif pour les rapports buccaux variait selon le type de partenaire(s) mais n'était pas significative (1/22, 4,5% avec son partenaire habituel et autres, vs 9/76, 11,8% avec uniquement d'autres partenaires, vs 1/4, 25% avec son partenaire uniquement).

Les participants se protégeaient moins lorsqu'ils avaient des relations sexuelles uniquement avec d'autres partenaires, que ceux partageant aussi cette sexualité avec leur compagnon. C'était vrai aussi bien lors des rapports anaux (53/68, 77,9% vs 18/19, 94,7%, $p= 0.014$ Fisher) que vaginaux (71/82, 86,6% vs 22/24, 91,7%, $p=0.013$ Fisher).

Intensité du libertinage

Le *tableau 3* décrit la fréquence à laquelle les participants se rendent en club selon différentes caractéristiques de notre échantillon.

C'étaient les personnes de plus de 50 ans qui se rendaient le plus fréquemment en club (15/37, 40,5% vs 13/48, 27,1% entre 35 et 49 ans, vs 4/35, 11,4% entre 18 et 34 ans, $p= 0.0202$ *Chi2*).

On ne retrouvait pas de différence significative lorsque l'on comparait le sexe, l'identité sexuelle, le statut marital, le type de relation sexuelle en club.

Caractéristiques	Intensité du libertinage					<i>p</i> (chi2)
	<i>Total</i>	< 1 fois/ an n (%)	> 1 fois/an n (%)	≥ 1 fois/mois n (%)	≥1 fois/semaine n (%)	
Sexe						
Femme	(57)	2 (3,5)	12 (21,1)	25 (43,9)	18 (31,6)	<i>p</i> <0,0001
Homme	(62)	3 (4,8)	18 (29)	26 (41,9)	15 (24,2)	<i>p</i> <0,0001
Identité sexuelle						
Hétérosexuelle	(78)	2 (2,6)	21 (26,9)	35 (44,9)	20 (25,6)	<i>p</i> <0,0001
Bisexuelle	(36)	3 (8,3)	8 (22,2)	14 (38,9)	11 (30,6)	<i>p</i> = 0,0206
Age						
18-34 ans	(35)	2 (5,7)	9 (25,7)	20 (57,1)	4 (11,4)	<i>p</i> <0,0001
35-49 ans	(48)	1 (2,1)	15 (31,3)	19 (39,6)	13 (27,1)	<i>p</i> =0,0002
50 ans et +	(37)	3 (8,1)	8 (21,6)	11 (29,7)	15 (40,5)	<i>p</i> =0,0114
Statut						
Célibataire	(33)	3 (9,1)	7 (21,2)	13 (39,4)	10 (30,3)	<i>p</i> =0.0314
Concubinage	(23)	2 (8,7)	6 (26,1)	10 (43,5)	5 (21,7)	NS
Pacsé	(5)	0 (0)	1 (20)	3 (60)	1 (20)	NS
Marié	(47)	1 (2,1)	13 (27,7)	21 (44,7)	12 (25,5)	<i>p</i> <0,0001
Relation libre	(12)	0 (0)	5 (41,7)	4 (33,3)	3 (25)	NS
Se rend en club						
Seul	(47)	4 (8,5)	8 (17)	23 (48,9)	12 (25,5)	<i>p</i> <0,0001
Uniquement avec son compagnon	(58)	2 (3,5)	15 (25,9)	24 (41,4)	17 (29,3)	<i>p</i> <0,0001
Uniquement avec autre(s) partenaire(s)	(28)	0 (0)	9 (32)	10 (35,7)	9 (32)	<i>p</i> =0,0047
Avec son compagnon et autre(s) partenaire(s)	(12)	0 (0)	1 (8,3)	7 (58,3)	4 (33,3)	<i>p</i> =0,0357*
	<i>Total</i>	< 1 fois/ an n (%)	> 1 fois/an n (%)	≥ 1 fois/mois n (%)	≥1 fois/semaine n (%)	<i>p</i> (chi2)

Relations avec						
Uniquement son partenaire	(10)	1 (10)	4 (40)	5 (50)	0 (0)	$p=0.0316^*$
Partenaire et autre(s)	(25)	1 (4)	4 (16)	12 (48)	7 (28)	$p=0.0023$
Uniquement avec autre(s)	(89)	4 (4,5)	24 (26)	35 (39,3)	26 (29,2)	$p<0,0001$
Lieu de vie						
Rural	(44)	1 (2,3)	17 (38,6)	13 (29,5)	13 (29,5)	$p=0,0006$
Semi rural	(32)	2 (6,25)	4 (12,5)	18 (56,25)	8 (25)	$p<0,0001$
Urbain	(45)	3 (6,7)	11 (24,4)	20 (44,4)	11 (24,4)	$p= 0,0066$

Tableau 3 : Intensité du libertinage selon différentes caractéristiques de notre échantillon. *Test de Fisher. NS : non significatif.

Place du médecin traitant

Le *tableau 4* décrit la relation médecin – répondant.

Suivi médical	Total	n	(%)
Médecin traitant	(n= 123)		
Oui		107	(87)
Depuis	(n= 109)		
1 à 4 ans		30	(27,5)
5 à 9 ans		30	(27,5)
10 à 15 ans		29	(26,6)
20 à 35 ans		20	(18,3)
Fréquence de consultation	(n= 123)		
Jamais		22	(17,9)
1 à 2 fois /an		50	(40,6)
3 à 4 fois /an		21	(17,1)
5 fois ou plus		30	(24,4)
Le patient aborde			
Sexualité	(n=122)	48	(39,3)
Libertinage	(n= 123)	25	(20,3)
Dépistage demandé par			
Patient	(n= 121)	43	(35,6)
Médecin	(n= 123)	30	(24,4)
Moyens de dépistage	(n=114)		
CeGIDD		45	(39,5)
Médecin traitant		30	(26,3)
Don du sang		12	(10,5)
Autre médecin		10	(8,8)
Autre recours*		6	(5,3)
Autotest		2	(1,8)
Aucun		32	(28,1)

*Tableau 4 : La place du médecin traitant dans la sexualité et le dépistage. CeGIDD = Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic. *Une personne via une association, deux en soirées libertines (dépistage hors les murs), trois au laboratoire.*

L'abord de la sexualité augmentait selon la fréquence de consultations ($p= 0,0173$ Chi2). Ceux qui consultaient 1 à 2 fois par an parlaient sexualité avec leur médecin traitant dans 34% des cas (17 sur 50). Cette proportion augmentait jusqu'à 50% pour 3 à 4 consultations par an (10 sur 20) et 58,6% à partir de 5 visites annuelles (17 sur 29).

Ces différences n'étaient pas significatives pour l'abord spécifique du libertinage.

En revanche, on ne retrouvait pas d'association significative entre abord de la sexualité et/ou du libertinage avec le sexe, l'âge, le statut, la profession, l'intensité du libertinage, les partenaires avec lesquels le répondant avait des relations sexuelles, ni avec l'ancienneté de la relation médecin-patient.

Les répondants estimaient que le principal frein pour discuter de dépistage, de sexualité et de libertinage avec son médecin était le fait que ces sujets ne le regardaient pas (figure 1).

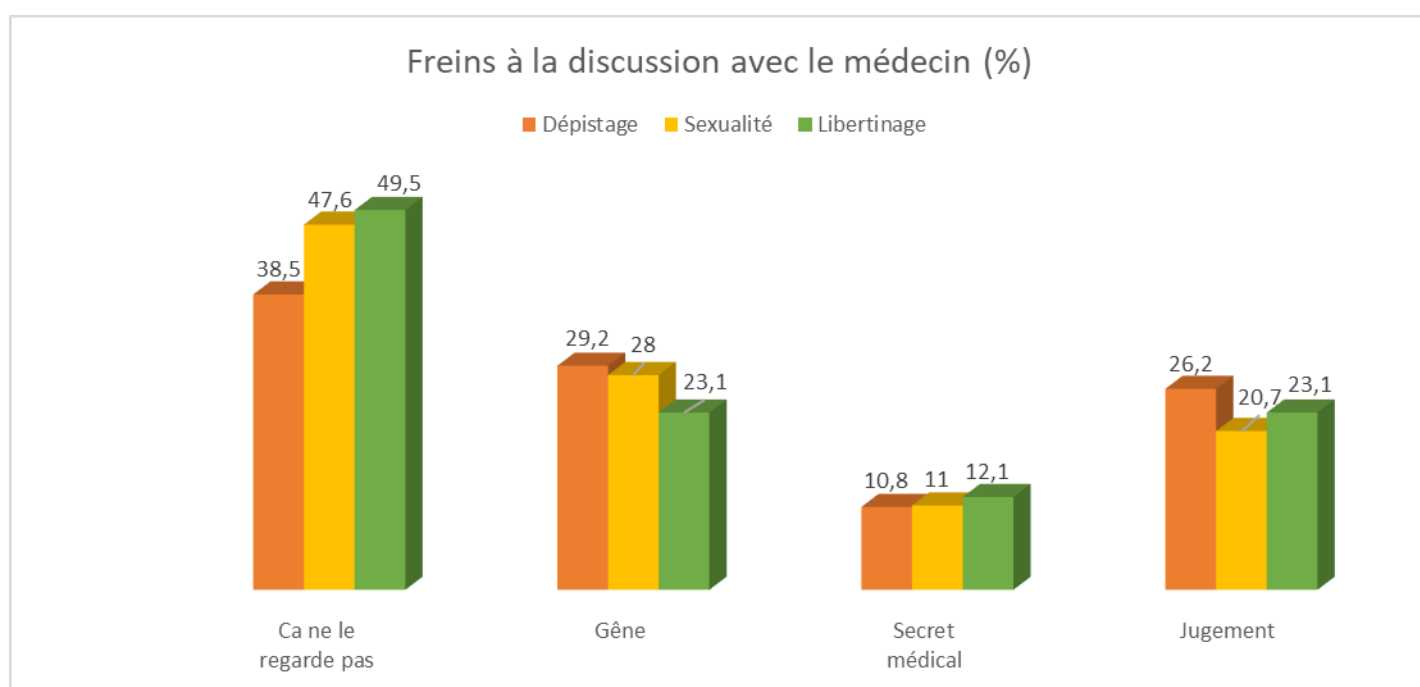


Figure 1 : Raisons pour lesquelles les personnes n'abordent pas la question du dépistage, de leur sexualité et du libertinage avec leur médecin traitant.

Dépistage

Les femmes avaient plus souvent recours au médecin traitant que les hommes pour leur dépistage (18/51, 35,3% vs 11/59, 18,6%, $p= 0,0481$ Chi2), même si le recours privilégié restait les CeGIDD, pour les 2 sexes (21/51, 41,2% en chez les femmes, $p= 0,0035$ Chi2, vs 22/59, 37,3% chez les hommes, $p= 0,0002$ Chi2). Les 18-34 ans se rendaient majoritairement en CeGIDD (16/34, 47,1% vs 7/34, 20,6% chez le médecin traitant, $p= 0,0211$ Chi2). Il n'y avait pas de différence significative pour les autres classes d'âge ni en ce qui concerne le statut marital.

La proposition de dépistage par le médecin traitant n'était pas influencée par les caractéristiques de notre population. On retrouvait uniquement une différence significative en fonction du nombre de consultations dans l'année ($p = 0,0247$ *Fischer*). Le généraliste prescrivait une sérologie VIH dans 22% des cas au cours des consultations annuelles ou semestrielles (11 sur 50). Lors des visites tri-quadrimestrielles les chiffres étaient de 35% (7 sur 20) et 36,7% au-delà (11 sur 30).

La demande de dépistage du VIH par les patients était significativement influencée selon qu'ils avaient eu des relations avec leur partenaires habituels et d'autres (10/25, 40% $p=0.0411$ χ^2) ou uniquement avec d'autres (25/86, 29.1% $p=0.0198$ χ^2).

On ne retrouvait pas d'association significative entre une demande de dépistage émanant du patient et le sexe, l'âge, la profession, l'identité sexuelle et l'intensité du libertinage.

Il n'y avait pas de différence significative entre demande de dépistage du VIH par le patient et proposition de sérologie par le médecin dans notre échantillon.

Le *tableau 5* permet de voir par quels moyens nos répondants se dépistent, selon qu'ils parlent ou non de sexualité et/ou libertinage au médecin.

La demande de dépistage par le patient, et sa prescription par le médecin, étaient significativement influencées par l'abord ou non de ces questions. Cela impactait aussi le mode de dépistage : recours au médecin traitant (et au CeGIDD pour ceux qui abordent le libertinage) ou absence de dépistage.

On notait que, parmi les répondants n'informant pas systématiquement leurs partenaires extérieurs de leur activité libertine, 33,3% n'avaient eu recours à aucun dépistage dans l'année (19/57).

Les rapports vaginaux non systématiquement protégés étaient les moins dépistés (4/15, 26,7% vs 20/84, 23.8% des rapports buccaux vs 4/18, 22.2% des rapports anaux, *p non significatif*).

Ceux qui n'avaient eu aucun dépistage dans l'année étaient ceux qui se rendaient rarement en club (moins d'une fois par an 5/6, 83,3% vs 14/47, 29.8% au moins une fois par mois, vs 8/29, 27.6% plus d'une fois par an, vs 5/31, 16.1% au moins une fois par semaine, $p = 0.0151$ *Fisher*). Ils étaient 67,9% à ne pas informer systématiquement leurs partenaires extérieurs de leur libertinage (19/28).

L'absence de dépistage, ainsi que le recours non systématique au préservatif, n'étaient pas influencés par le sexe, l'âge, le statut marital, l'identité sexuelle, les personnes avec qui les participants avaient des relations en club.

ABORD DU LIBERTINAGE

	OUI			NON			<i>p</i> (Chi2)
	<i>Total</i>	<i>n</i>	%	<i>Total</i>	<i>n</i>	%	
Dépistage demandé par							
Médecin	25	15	(60)	98	15	(15,3)	<0,001
Patient	25	16	(64)	96	27	(28)	<0,001
Moyens de dépistage							
CeGIDD	22	13	(59,1)	92	32	(34,8)	0,036
Médecin traitant	22	13	(59,1)	92	17	(18,5)	<0,001
Médecin autre	22	3	(13,6)	92	7	(7,6)	0,403*
Autotest	22	0	(0)	92	2	(2,1)	1*
Don du sang	22	3	(13,6)	92	9	(9,8)	0,698*
Autre	22	2	(9,1)	92	4	(4,3)	0,327*
Aucun	22	1	(4,5)	92	31	(33,7)	0,006

ABORD DE LA SEXUALITE

	OUI			NON			<i>p</i> (Chi2)
	<i>Total</i>	<i>n</i>	%	<i>Total</i>	<i>n</i>	%	
Dépistage demandé par							
Médecin	48	23	(47,9)	74	7	(9,5)	<0,001
Patient	47	31	(66)	73	11	(15)	<0,001
Moyens de dépistage							
CeGIDD	43	21	(48,8)	70	23	(32,9)	0,091
Médecin traitant	43	20	(46,5)	70	9	(12,9)	<0,001
Médecin autre	43	3	(7)	70	7	(10)	0,739*
Autotest	43	0	(0)	70	2	(2,9)	0,524*
Don du sang	43	4	(9,3)	70	8	(11,4)	1*
Autre	43	3	(7)	70	3	(4,3)	0,672*
Aucun	43	7	(16,2)	70	25	(35,7)	0,026

Tableau 5 : Moyens de dépistage selon l'abord ou non de la sexualité et du libertinage en consultation. CeGIDD = Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic. *Test de Fischer

DISCUSSION

Résultats principaux

Dans notre étude, les hommes étaient majoritairement hétérosexuels et les femmes plus nombreuses à se déclarer bisexuelles. Les hommes étaient plus nombreux à se rendre seuls en club contrairement aux femmes s'y rendant essentiellement avec leur compagnon. Peu sont ceux qui utilisaient systématiquement le préservatif lors des rapports buccaux. Les participants se protégeaient et se dépistaient plus lorsqu'ils libertinaient avec leur compagne/compagnon, comparativement à ceux fréquentant uniquement d'autres partenaires. Les rapports à risque vaginaux étaient les moins dépistés. Une minorité n'avait réalisé aucun dépistage dans l'année malgré des rapports à risque. Le moyen de dépistage privilégié était le CeGIDD suivi du médecin traitant ; moins d'un tiers n'avait pas été dépisté dans l'année. En consultation, un peu plus du tiers des patients abordaient la sexualité et étaient à l'initiative du dépistage. Le choix du moyen de dépistage par le patient et la prescription de ce dernier étaient influencés par l'abord de la sexualité et du libertinage en consultation. Les répondants considéraient pour un tiers que leur dépistage ne concernait pas leur médecin traitant, et près de la moitié que leur sexualité ne le regardait pas non plus. On notait cependant qu'une fréquence de consultation plus importante facilitait l'abord de ces sujets.

Limites

Le faible effectif de notre population en a limité la puissance et la généralisation des résultats. Néanmoins, nous avons seulement étudié un segment de « la planète échangiste » qui reste minoritaire et très discrète quant à ses pratiques ; de fait on retrouvait des effectifs similaires dans les enquêtes précédemment menées en France auprès de ce public (19,38–40). Par ailleurs, une partie du recrutement a eu lieu lors de soirées de dépistage dont les libertins étaient avertis au préalable. On peut imaginer que cela a présélectionné des personnes plus sensibilisées à cette question et que les personnes refusant de participer à l'enquête pouvaient en partie avoir plus de conduites à risque.

La différence des modes de recrutement et des populations analysées, ainsi que les différences culturelles entre pays limitent les comparaisons qui peuvent être faites avec d'autres études internationales.

Forces

La force de cette enquête réside dans l'originalité de son design. Elle s'intéressait à une population difficilement accessible en s'intéressant à des questions qui n'avaient pas été étudiées au sein de cette dernière. Se rendre directement dans les lieux de libertinage nous a permis de cibler de « vrais pratiquants » contrairement aux études IFOP qui recrutaient via net.échangisme® dont une partie des inscrits se limitent à l'érotisme virtuel ou bien trouvent ici une source de multi-partenariat sans adhérer aux codes de la communauté échangiste et notamment au « safe-sex » (Spauwen et al. notent que 72% des échangistes estiment que l'utilisation du préservatif est la norme contre 50% de ceux ne s'identifiant pas comme appartenant à cette communauté) (21). Les différents modes de recrutement, en différents lieux, en différentes occasions, permettaient de toucher un panel de libertins plus large. Ainsi cela a permis une étude au plus près de la réalité des libertins de notre territoire. L'accompagnement de l'enquêtrice par des acteurs de prévention locaux lui a permis d'être acceptée et légitimée au sein d'un milieu réticent vis-à-vis du regard étranger. Leur expérience a été précieuse pour aborder les participants et évoluer dans un milieu jusqu'ici inconnu. Enfin, le

questionnaire a pu servir de support à la prévention en amenant les répondants à se questionner sur leurs pratiques. Ces derniers nous interpelaient fréquemment pour échanger autour de différents items.

Diversité des pratiques et discordance des comportements

Comme le notait déjà Martin Teboul qui a étudié une population similaire à la nôtre en 2014 (39), n'importe qui peut être un libertin. D'autres après lui, retrouvent également une population masculine essentiellement hétérosexuelle et une bisexualité plus marquée chez les femmes (40). Il est toutefois nécessaire de garder à l'esprit l'existence d'une bisexualité masculine cachée (18,27,41). Plus du quart de notre échantillon masculin avaient des rapports bisexuels, ce qui est retrouvé dans d'autres pays européens (22,24,25).

On constate des différences d'attitude chez les libertins dans leur rapport aux risques infectieux.

Les personnes sortant peu en club représentaient la majorité de ceux n'ayant pas fait de dépistage dans l'année, ce qui rejoint l'étude Kampman et al. dont la population la plus dépistée était celle qui pratiquait l'échangisme le plus fréquemment (25). Parmi les participants n'ayant pas fait de dépistage dans l'année, 67,9% n'avertissaient pas systématiquement leurs partenaires extérieurs de leur pratique échangiste. Plusieurs explications à cela sont retrouvées à travers différentes études : une sous-estimation du risque de leurs partenaires et de leur propre risque d'avoir contracté une IST (23), ainsi qu'une moindre préoccupation concernant leur risque de transmettre une infection à un autre partenaire (au Pays-Bas seuls 56% des participants considéraient qu'avertir son partenaire en cas d'IST était la norme) (21).

Nos participants se protégeaient et se dépistaient d'autant plus qu'ils partageaient cette activité avec leur compagne/compagnon. Cela témoigne d'une réelle attention portée à leur « santé sexuelle » (en France en 2004 près de la moitié craignaient de contracter une IST (25,39), et à celle de leur partenaire (18,27,42,43). On retrouvait dans l'étude de Kampman et al. un dépistage plus fréquent des échangistes dont le partenaire se testait régulièrement pour les IST (25).

L'étude KABP notait un relâchement des comportements de prévention entre 1992 et 2010 (44,45) ce qui se traduit par une recrudescence des IST telles que Chlamydiae Trachomatis et Neisseria Gonorrhoea (24–26,46).

Dans notre étude 14,5% des rapports vaginaux et 20,9% des rapports anaux n'étaient pas protégés. Ces chiffres ne sont pas comparables aux études hollandaise et allemande qui ont recruté des échantillons plus larges, sur internet et en clinique de dépistage des IST, et questionnaient sur l'absence de protection dans les 6 derniers mois. En Allemagne, on notait une absence de protection systématique vaginale de l'ordre de 40% et anale de 25% (25). La protection des rapports buccaux est quant à elle anecdotique (25,39,41,46).

Plusieurs raisons sont évoquées dans la littérature pour expliquer l'abandon du préservatif : une réduction des sensations, l'influence du partenaire, la pression socio-culturelle et une minimisation des risques (26,47). Le préservatif est « perçu comme moins efficace et son lien avec les enjeux préventifs moins net » (45), notamment du fait d'un manque d'information concernant le sexe oral (47) et une faible incitation à l'utiliser (44). De plus l'utilisation de drogues et d'alcool lors des rencontres échangistes majorent les comportements à risques. Cela serait plus fréquent dans les soirées privées, les clubs étant soumis à des règles législatives strictes (21,22,40).

Malgré une exposition aux IST avérée (24,25,39,46) on constate donc une réelle discordance entre perception du risque d'IST et comportement de prévention et dépistage chez les échangistes.

Un dépistage insuffisant, et qui reste à l'initiative du patient

Un peu moins du tiers de nos participants n'ont pas réalisé de dépistage dans l'année et ce malgré des rapports non systématiquement protégés et/ou une information non systématique des partenaires extérieurs. La proportion est d'autant plus importante qu'ils n'abordent pas la question de la sexualité et du libertinage avec leur médecin. Compte-tenu d'une plus grande exposition aux IST (39), il existe un risque de transmission aux autres partenaires auquel le libertin doit être sensibilisé pour casser la chaîne de transmission (15,16,23,24,26).

Par ailleurs, comme dans la population générale, ils ne se sont pas saisis des autres moyens de dépistage tels que les autotests sur le marché depuis 2012 (15,16).

En 2016, dans le cadre du Baromètre Santé, parmi les 42% de personnes ne s'étant jamais faites dépister, 27% disaient que c'était parce que leur médecin traitant ne leur l'avait pas proposé (12).

Dans notre échantillon, les participants étaient d'autant plus dépistés qu'ils abordaient sexualité et libertinage en consultation. Dans la population générale seulement 16% des hétérosexuels demandent une sérologie, bien qu'en cas de prise de risque récente 54% des dépistages soient à l'initiative du patient (12).

Cependant 38,5% de notre population considère que son dépistage ne regarde pas le médecin et se tourne en premier recours vers le CeGIDD (notamment quand sexualité/libertinage ne sont pas abordés en consultation). Ces structures regroupent plus de 70% de personnes n'ayant jamais abordé la question de la sexualité avec leur médecin, et ne souhaitant pas qu'il le fasse (70% des hétérosexuels) (48). De plus on note dans la littérature que ces structures sont mieux sensibilisées aux localisations extra génitales des IST et à leur dépistage (24–26).

Dernièrement, dans le cadre de la campagne « Au Labo Sans Ordo » (ALSO), alors qu'ils n'étaient pas la cible du programme, ce sont des hommes hétérosexuels multipartenaires, bien insérés socialement mais éloignés du soin qui se sont saisis de cet outil de dépistage (37).

Cela contraste avec la population générale qui souhaite à 81% que le dépistage soit proposé par le médecin traitant (12) et à plus de 90% accueille la question de la sexualité favorablement (49) et l'espère afin de recevoir des conseils de prévention (50).

Le médecin traitant reste tout de même le deuxième recours au dépistage (26,3%) dans notre étude, bien que le patient ressente une gêne pour parler de sexualité (28%). Ce sentiment est partagé par les professionnels de santé, qui se sont difficilement emparés des stratégies de dépistage (51) devant une crainte d'être intrusif, d'embarrasser le patient, de manquer de légitimité (52). D'autres obstacles au dépistage ont pu être identifiés : manque de temps, de formation et d'informations (13,36,52) et manque de compétence en communication sur la sexualité (29,36), et ce malgré les engagements de formation continue en terme de santé sexuelle 2018-2020 proposés par l'Etat, qui n'ont pas été tenus (53).

Cependant, Kampman et al. notaient en 2018 que les personnes se dépistant le plus souvent étaient notamment ceux qui étaient sensibilisés à l'importance du dépistage (25). Pour briser la chaîne de transmission, il paraît donc nécessaire que

la question du multi-partenariat soit posée par le médecin traitant pour qu'il délivre un message de prévention adapté (26) et propose un dépistage ciblé sur les pratiques du patient (21,24–26).

Malgré un recours de plus en plus fréquent au préservatif depuis les « années Sida » (41,44) la moindre visibilité de la maladie a provoqué un moindre intérêt pour les campagnes d'information, et la prévention semble s'être dissociée de la problématique du VIH/Sida, considéré comme une maladie chronique (ce qui est notamment visible dans la génération « post-sida ») (44). Au Pays-Bas, seulement 12% des échangistes considèrent qu'ils ont un risque de contracter le VIH (21).

Être porteur d'une IST augmente le risque de contracter le VIH. L'échange entre patient et médecin autour de la sexualité est l'une des clés pour renforcer la prise de conscience des risques inhérents à un relâchement des comportements de prévention et de dépistage. C'est par la connaissance que les multipartenaires se saisissent le mieux de leur Santé Sexuelle.

Ainsi même si des accès aux dépistages sont repensés pour chaque population, on ne pourra jamais s'affranchir des freins et obstacles de chacun. C'est en multipliant les offres d'accès au dépistage : CeGIDD, médecin traitant, TROD en association ou en pharmacie, autotest, sérologie sans ordonnance au laboratoire, planning familial etc ... que l'on pourra atteindre le plus grand nombre.

CONCLUSION

Face à une démographie médicale inégale et sous tension, à l'élargissement des populations consultant en CeGIDD, l'accès aux spécialistes et structures spécialisées est un sacerdoce. Parmi les populations ciblées par les recommandations, seulement 1/3 réalisent un dépistage annuel, or les échangistes ou libertins sont une cible généralement manquée pour le dépistage des IST et aucun pays ne les mentionne comme devant susciter un intérêt en termes de prévention.

Même si le recours au médecin traitant ne doit pas être une obligation dans le parcours du dépistage, il reste l'une des clés de voûte de la détection précoce des nouveaux cas d'infection au VIH. Il est cependant, prouvé qu'il existe encore de nombreuses occasions manquées de dépistage en consultation.

Cette étude montre que les patients libertins étaient d'autant plus à l'aise avec l'abord de la sexualité que les consultations avec leur médecin traitant étaient fréquentes, et les dépistages d'autant mieux réalisés. Le médecin doit être l'un des garants de la Santé Sexuelle de chaque individu, et promouvoir une culture du dépistage adaptée à chaque patient, nécessaire à son autonomie. Néanmoins, cette approche nécessite que les acteurs de Santé soient formés et accompagnés pour plonger dans l'intime de l'autre en sortant de leur propre cadre.

Le mieux serait de laisser la porte ouverte en posant la question comme n'importe quelle autre : « Et au niveau de l'intimité, y-a-t-il des choses particulières dont vous souhaiteriez parler ? ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé publique France. Bulletin de santé publique. Découverte de séropositivité VIH et diagnostics de Sida - France, 2018. 2019.
2. Santé publique France. Bulletin de santé publique. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. 2020.
3. Santé publique France. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-11/BSP_VIH-IST_ARA_2019.pdf
4. Santé publique France. Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles [Internet]. 2018 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-08/BSP_VIH-IST_ARA_decembre2018.pdf
5. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 2017.
6. Bressy J. Améliorer la riposte contre la pandémie de VIH dans le cadre dynamique de la santé mondiale - Note valant Avis #1 [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2019 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/nva1-international-2019/>
7. Bressy J. Mieux adapter le dépistage du VIH aux besoins des personnes les plus exposées [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2019 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/mieux-adapter-le-dépistage-du-vih-aux-besoins-des-personnes-les-plus-exposees/>
8. Visseaux B, Assoumou L, Mahjoub N, Grude M, Trabaud M-A, Raymond S, et al. Surveillance of HIV-1 primary infections in France from 2014 to 2016: toward stable resistance, but higher diversity, clustering and virulence? *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 22 oct 2019;dkz404.
9. Institut de veille sanitaire (France), Semaille-Safar C, Lot F. Lutte contre le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles en France: 10 ans de surveillance, 1996-2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2007.
10. HAS. Autotests de dépistage de l'infection par le VIH [Internet]. 2015 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://cdn-akamai.6connex.eu//42/60//advih_qr__201503_2015-04-07_12-20-12_604_15929002909077317.pdf
11. Dukers-Muijrers NHTM, Niekamp A-M, Brouwers EEHG, Hoebe CJPA. Older and swinging; need to identify hidden and emerging risk groups at STI clinics. *Sex Transm Infect*. août 2010;86(4):315-7.
12. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST. nov 2019;53.
13. Bressy J. Avis sur le projet de stratégie nationale de santé sexuelle (version du 17 février 2017) [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2017 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-snss-2017/>

14. Billaud E. Santé sexuelle: « il faudra une forte mobilisation pour passer de l'intention aux actes ». La santé en action. mars 2016;(435):46-8.
15. Bressy J. En 2018, l'infection par le VIH reste insuffisamment dépistée [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/jms-2018/>
16. Bressy J. Notification formalisée aux partenaires : une stratégie pour améliorer le dépistage des IST [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018 [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/notification-formalisee-aux-partenaires-strategie-ameliorer-depistage-ist/>
17. Le Conseil Scientifique du CNGE. Dépistage du VIH en médecine générale : multiplier les propositions de test et privilégier l'entretien orienté [Internet]. 2012 [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/depistage_du_vih_en_medecine_gen_rale_multiplier_1/
18. Des Esseintes P. Osez...le libertinage. Paris : La Musardine; 2018. 199 p.
19. Les Français et l'échangisme [Internet]. IFOP. [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-lechangisme/>
20. inpes. Dépistage du VIH et des IST [Internet]. 2007 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/inpes_829-2.pdf
21. Spauwen LWL, Niekamp A-M, Hoebe CJP, Dukers-Muijers NHTM. Do swingers self-identify as swingers when attending STI services for testing? A cross-sectional study. *Sex Transm Infect.* déc 2018;94(8):559-61.
22. Spauwen LWL, Niekamp A-M, Hoebe CJP, Dukers-Muijers NHTM. Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: a cross-sectional study in The Netherlands. *Sex Transm Infect.* févr 2015;91(1):31-6.
23. Niekamp A-M, Spauwen LWL, Dukers-Muijers NHTM, Hoebe CJP. How aware are swingers about their swing sex partners' risk behaviours, and sexually transmitted infection status? *BMC Infect Dis.* déc 2021;21(1):172.
24. Dukers-Muijers NHTM, Rooijen MS van, Hogewoning A, Liere GAFS van, Steenbakkens M, Hoebe CJP. Incidence of repeat testing and diagnoses of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoea* in swingers, homosexual and heterosexual men and women at two large Dutch STI clinics, 2006–2013. *Sex Transm Infect.* 1 sept 2017;93(6):383-9.
25. Kampman CJG, Hautvast JLA, Koedijk FDH, Bijen MEM, Hoebe CJP. Sexual behaviour and STI testing among Dutch swingers: A cross-sectional internet based survey performed in 2011 and 2018. Raymond HF, éditeur. *PLoS ONE.* 1 oct 2020;15(10):e0239750.

26. Mercer CH. Swinging: if you do not ask you may not find, but you need to. *Sex Transm Infect.* sept 2017;93(6):381-2.
27. Lechat P. Les milles et une nuits d'un libertin. *Erotique de l'échangisme. Le libertin lettré*; 160 p.
28. Véronique Willemin. *Les secrets de la nuit.* Flammarion ; 2014.
29. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues.* 2007 ;250(7):56.
30. JASPARD M. *Sociologie des comportements sexuels.* 3e édition. La Découverte ; 2017. 128 p.
31. Bozon M. Michel Bozon, *Sociologie de la sexualité* Paris, Nathan, 2002, 128 p., bibl. («Nathan Université. Sociologie» 128).
32. Mossuz Lavau J. *La vie sexuelle en France.* Paris : La Martinière; 2018. 276 p.
33. Merteuil M. *Libérez le féminisme !* Paris : L'Editeur; 2012. 134 p.
34. Pillard M. TROD et dépistage en club libertin: quand l'habit ne fait pas le moine. *Médecine.* Mai 2018;14(5):211-3.
35. Pillard M. *Dépistage du VIH en médecine générale : les occasions manquées.* Saint Etienne ; 2017.
36. Deblonde J, Van Beckhoven D, Loos J, Boffin N, Sasse A, Nöstlinger C, et al. HIV testing within general practices in Europe: a mixed-methods systematic review. *BMC Public Health.* 22 oct 2018 ;18(1):1191.
37. *Dépistage du VIH: nouvelles expérimentations, données de surveillance et impact de la Covid.* *Bulletin épidémiologique hebdomadaire.* déc 2020;39.
38. *L'observatoire européen de l'échangisme : la France est-elle vraiment la patrie du libertinage ?* [Internet]. IFOP. [cité 16 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/observatoire-europeen-de-lechangisme-la-france-est-elle-vraiment-la-patrie-du-libertinage/>
39. Teboul DM. *APPROCHE SOCIOLOGIQUE DES CLIENTS DES ÉTABLISSEMENTS LIBERTINS HÉTÉROSEXUELS. ENQUÊTE DE FAISABILITÉ. PREMIERS RÉSULTATS.* :52.
40. HOUNGBEDJI A, GUILLEM E. Profils et pratiques sexuelles d'échangistes actuels et passés interrogés sur des sites Internet français. *Sexologies.* 1 janv 2016 ;25(1):11-5.
41. Daniel WELZER-LANG. *La planète échangiste.*
42. Grattepain D. *Tranches de vies libertines.* Paris: Publibook; 246 p.
43. Mignotte S. *Le libertinage : une philosophie de vie.* Editions Universitaires Européennes ; 2016. 72 p.

44. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Évolutions 1992 - 1994 - 1998-2001-2004. Étude ANRS-EN15-KABP 2004. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2004 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/345311/>
45. Saboni L. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. 2012;5.
46. Platteau T, van Lankveld J, Ooms L, Florence E. Sexual Behavior and Sexually Transmitted Infections Among Swingers: Results From an Online Survey in Belgium. *J Sex Marital Ther.* 17 nov 2017;43(8):709-19.
47. VIEBAN Clémentine. Freins et leviers à l'usage du préservatif : revue systématique de la littérature. Toulouse III; 2019.
48. Nivard Duguet K, Le Hen I, Prothon E, Joseph J-P. Pour quelles raisons les patients ayant un médecin traitant consultent au centre de dépistage anonyme et gratuit lors d'une demande de dépistage du VIH ? *Médecine et Maladies Infectieuses.* 1 juin 2017;47(4, Supplement):S145-6.
49. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies.* juill 2017;26(3):136-45.
50. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly [Internet].* 8 mars 2011 [cité 1 oct 2018];141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2011.13178/>
51. HAS. Feuille de route. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection par le VIG en France: dépistage en population générale et dépistage ciblé. [Internet]. déc, 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/feuille_de_route_vih_201503_2015-03-31_17-41-14_255.pdf
52. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine.* nov 2013;10(11):2658-70.
53. Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST / Epidemiological situation and screening for HIV and other STIs. :53.

Je, je, suis libertin, j'en parle à mon médecin !

Je suis interne en médecine générale, et je réalise ma thèse sur le dépistage des infections sexuellement transmissibles. L'objectif ici est d'apporter aux médecins une meilleure connaissance des pratiques sexuelles de leurs patients libertins.

Ce questionnaire est anonyme.

Merci pour votre temps et votre confiance !

Alix. alix.andre.aa@gmail.com

1/ Vous êtes :

- Un homme Une femme
- Autre :

2 / Identité sexuelle :

- Hétérosexuel(le) Homosexuel(le)
- Bisexuel(le) Autre :

3/ Vous vous rendez en club libertin ?

- Une à plusieurs fois par semaine
- Une à plusieurs fois par mois
- Une à plusieurs fois par an
- Moins d'une fois par an

4/ Vous vous rendez en club (plusieurs réponses possibles) ?

- Seul(e)
- Avec votre compagne ou compagnon
- Avec un(e) autre partenaire
- Autre :

5/ En club vous avez déjà eu des relations avec (plusieurs réponses possibles) :

- Des hommes et des femmes
- Des hommes uniquement
- Des femmes uniquement
- Votre partenaire habituel(le)
- Autre :

6/ Vous utilisez des préservatifs lors de rapport :

	Jamais	Rarement	Souvent	Systématiquement	Pas concerné
Buccal					
Vaginal					
Anal					

7/ Vos partenaires en dehors du club sont-ils au courant de votre pratique libertine ?

- Oui Non
- Parfois mais pas toujours Pas concerné

8/ Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui Non

9/ Si vous avez un médecin, depuis combien de temps vous suit-il ?

-an(s)

10/ Dans l'année qui vient de s'écouler, vous avez consulté votre médecin traitant ou un médecin généraliste :

- Jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- 5 fois ou plus

11/ Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin traitant (infection génitale / trouble de la sexualité / trouble de la libido etc ...) ?

- Oui Non

12/ Avez-vous déjà parlé de votre pratique échangiste/ libertine avec lui ?

- Oui Non

13/ Votre médecin vous a-t-il déjà proposé un dépistage du Sida :

- Oui A quelle occasion :
- Non

14/ Vous avez déjà demandé un dépistage du Sida à votre médecin :

- Oui A quelle occasion :
- Non



La suite au dos ... !

15/ Vous ne parlez pas à votre médecin de ... parce-que ... (plusieurs réponses possibles)

	Peur d'être jugé	Peur du non-respect du secret médical	Ça me gêne	Ça ne le regarde pas
Sexualité				
Échangisme				
Dépistage				

16/ Cette année, avez-vous eu recours pour un « dépistage » du Sida à (plusieurs réponses possibles) ?

- Médecin généraliste
 - Autre médecin
 - Centre de dépistage anonyme et gratuit
 - Don du sang
 - Test d'auto-dépistage en pharmacie
 - Aucun
 - Autre :
-

17/ Année de naissance :

-

18/ Quel est votre statut :

- Célibataire
- Marié(e)
- Pacsé(e)
- En concubinage
- Relation libre
- Autre :

19/ Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

20/ Vous habitez en milieu:

- Rural (< 2000 habitants)
- Semi rural (2000 à 20 000 habitants)
- Urbain (> 20 000 habitants)
- Autre :

21/ Catégorie socio-professionnelle :

- Agriculteur, exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Pas d'activité professionnelle
- Si vous ne vous retrouvez dans aucune de ces catégories, quelle est votre profession :

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : ANDRE Alix	N° DE THESE : 2021-16
TITRE DE LA THESE : « Je, je, suis libertin.e, j'en parle à mon médecin ! » Enquête auprès des usagers des clubs libertins.	
RESUME : <i>Introduction :</i> En France, plus de la moitié des personnes découvrant leur séropositivité au VIH en 2018 se sont contaminées par rapport hétérosexuel. Parmi elles, 31% sont encore diagnostiquées à un stade avancé. Les populations faisant l'objet de recommandations sont mieux dépistées ; or les personnes multipartenaires en sont absentes, alors qu'elles sont seulement 34% à se faire dépister. La pratique du libertinage est associée à des rapports multipartenaires. Pour limiter les occasions manquées de dépistage, une meilleure connaissance de cette population libertine paraît nécessaire. <i>Méthode :</i> Une enquête transversale a été menée de décembre 2018 à décembre 2019. Un auto-questionnaire était distribué dans les clubs libertins de la Loire, et un sauna libertin de Lyon, au cours d'actions de prévention et dépistage menées par des CeGIDD et acteurs associatifs, et recueilli de façon anonyme. Une analyse descriptive a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et BiostaTGV®. <i>Résultats :</i> Cent-vingt-quatre questionnaires ont été analysés. Les hommes (50,8%) se déclaraient hétérosexuels à 77.8% et les femmes (46%), bisexuelles à 42.1%. Les hommes étaient plus nombreux à se rendre seul en club (39.3%) et les femmes uniquement avec leur compagnon (57.1%). Seulement 10.8% utilisaient systématiquement le préservatif lors des rapports buccaux. Pour les rapports anaux et vaginaux, les participants se protégeaient plus lorsqu'ils partageaient cette activité avec leur compagne/ compagnon comparativement à ceux fréquentant uniquement d'autres partenaires (94.7% contre 77.9% et 91.7% contre 86.6%). L'absence de dépistage malgré des rapports non systématiquement protégés était supérieure à 20% tous types de rapports confondus. L'accès privilégié au dépistage était le CeGIDD (39,5%) suivi par le médecin traitant (26.3%). On notait que 28,1% des répondants n'avaient pas été dépistés dans l'année. En consultation, le patient abordait la sexualité dans 39% des cas et était à l'initiative du dépistage dans 35.6% des cas, contre 24.4% par le médecin. Moyens de dépistage et prescription étaient influencés selon l'abord ou non de la sexualité et du libertinage. Près de la moitié des répondants considéraient que leur sexualité ne regardait pas leur médecin (47.6%) et plus du tiers (38.5%) pour la question du dépistage. L'abord de ces questions était d'autant plus facile que le nombre de consultations annuelles augmentait. <i>Conclusion :</i> Il est impossible de définir un profil « du libertin » car ils sont « tout le monde ». Leur discrétion en fait une cible invisible qui peut être l'occasion d'un dépistage manqué de VIH et d'un diagnostic retardé. Face à une épidémie banalisée et à une offre de dépistage riche mais inégale, il semble primordial de remettre le multi partenariat au centre des recommandations pour qu'une information adaptée leur parvienne.	
MOTS CLES : - Echangisme - Rapport à risque - Infection sexuellement transmissible - Médecine générale - Occasions manquées	
JURY :	
Président : Pr. BOTELHO-NEVERS Elisabeth	Faculté de : Saint-Etienne
Assesseurs : Pr. BALLY Jean-Noël	Faculté de : Saint-Etienne
Pr. CHARLES Rodolphe	Faculté de : Saint-Etienne
Dr. PILLARD Mathilde	Faculté de : Saint-Etienne
Invité : Dr BRUEL Sébastien	Faculté de : Saint-Etienne
DATE DE SOUTENANCE : 11 mai 2021	
ADRESSE DE L'AUTEUR : 65 route de Saint Etienne, 42170 St Just - St Rambert	