



HAL
open science

Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins

Pauline Ottavioli

► **To cite this version:**

Pauline Ottavioli. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02132776

HAL Id: dumas-02132776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02132776>

Submitted on 17 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2018-2019

**DIFFERENCES DE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET VISIBILITE DES
FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES :
ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES
RHONALPINS**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Mme Pauline OTTAVIOLI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 16/05/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury :

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres :

Mme le Docteur Sabine BAYEN (directrice de thèse)

Mr le Professeur Olivier EPAULARD

Mr le Docteur Yoann GABOREAU

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

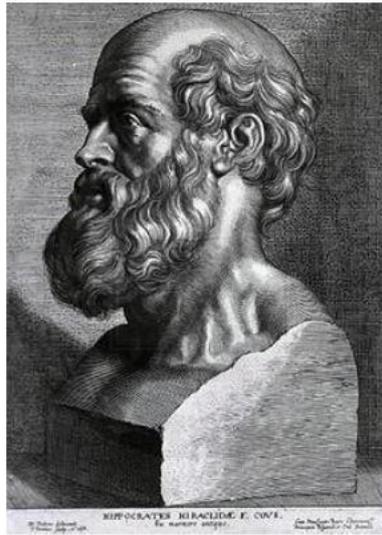
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

« *The connections between and among women are the most feared, the most problematic, and the most potentially transforming force on the planet.* » - Adrienne Rich

A ma Présidente de jury Mme le Professeur Pascale Hoffmann – merci d’avoir accepté de présider le jury de cette thèse, d’y apporter votre savoir et votre expérience ;

A ma Directrice de thèse Mme le Docteur Sabine Bayen - merci de m’avoir donné l’opportunité de travailler sur ce sujet, et d’avoir accepté de diriger mes travaux à distance, toujours avec bonne humeur. Quelle aventure !

Aux membres de mon jury Mr le Professeur Olivier Epaulard et Mr le Docteur Yoann Gaboreau – merci d’avoir accepté avec enthousiasme et bienveillance de juger mon travail ;

A Alix, Isabelle, Micheline – pour les heures passées à refaire le monde à trois générations dans la cuisine ;

A Amandine – tu sais pourquoi ;

A Maud et Lauren – pour former avec moi le plus féroce et le plus drôle des trios féministes ;

A Audrey – ma biostatisticienne personnelle, pour ta contribution et ta patience !

A Guillaume – my data protection officer ;

A mes généreux bénévoles et amis, par ordre alphabétique : Amandine M, Arthur, Emeline, Fabien, Florence, Jérémy, Juliette, la maman de Guillaume, Loris, Mélina, Nicolas, Samy.

DIFFERENCES DE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET VISIBILITE DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES : ENQUETE DE PRATIQUE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES RHONALPINS

16/05/2019

OTTAVIOLI Pauline

Mots-clés MeSH : soins primaires, santé des femmes, gynécologie, minorités sexuelles, homosexualité féminine, contraception, frottis cervico-utérin, maladies sexuellement transmissibles

MeSH terms: primary care, women's health, gynecology, sexual and gender minorities, (female) homosexuality, contraception, cervical smear, sexually transmitted diseases

Sommaire

Remerciements	7
Sommaire.....	9
Résumé.....	12
Summary.....	13
Glossaire.....	14
Introduction	16
1. « Les lesbiennes ne sont pas des femmes »	16
2. L'expérience du soin pour les FSF	17
3. Quelle est la place du médecin traitant dans ce système ?	18
Méthode	19
1. Type d'étude	19
2. Constitution de l'échantillon.....	19
3. Critères de jugement	20
4. Nombre de sujets nécessaires (NSN)	20
5. Terminologie utilisée et définitions.....	21
6. Construction du questionnaire.....	21
7. Analyse des réponses	22
8. Ethique et transparence / communication des résultats.....	22
Résultats	24
1. Population étudiée	24
2. Critère de jugement principal.....	24
1.1. Vignette présentant une jeune femme en début de sa vie sexuelle.....	25

1.2.	Vignette présentant une femme en âge de procréer n'ayant pas de partenaire fixe	25
1.3.	Vignette présentant une femme en période de péri-ménopause	25
1.4.	Mise en évidence de présupposés	26
3.	Critère de jugement secondaire	27
Discussion		28
1.	Commentaires et comparaison à la littérature	28
1.1	Critère de jugement principal	28
1.1.1.	Dépistage du cancer du col utérin	28
1.1.2.	Prévention des IST	28
1.1.3.	Dépistage des IST	29
1.1.4.	Contraception	29
1.2.	Critère de jugement secondaire	29
1.2.1.	Mise en évidence de présupposés	29
1.2.2.	Comparaison avec la littérature	30
2.	Forces	30
2.1.	Recherche de validité interne	30
2.1.1.	Choix du critère de jugement principal	30
2.1.2.	Questionnaire	31
2.2.	Recherche de validité externe	31
3.	Biais	31
3.1.	Biais d'échantillon	31
3.1.1.	Constitution	32
3.1.2.	Taille	32
3.2.	Biais liés au questionnaire	32

3.3. Biais de réponse	32
4. Perspectives	33
4.1. Esquisse d'un suivi idéal et harmonisé	33
4.2. Vers la nécessaire inclusion des personnes transgenres et intersexes.....	33
Conclusion	34
Bibliographie	35
Annexes	37
Annexe 1 : questionnaire	37
Annexe 2 : engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL.....	43

Résumé

Contexte

La population des femmes ayant des rapports homosexuels au cours de leur vie présente des spécificités, notamment gynécologiques, et est peu visible en soins primaires. Le vécu du soin pour les femmes ayant des rapports avec des femmes (FSF) est marqué par la présomption d'hétérosexualité, l'ignorance et la discrimination.

Objectif

L'objectif principal de ce travail était d'identifier chez les généralistes rhônalpins, des éventuelles différences de pratique clinique entre le suivi gynécologique des patientes FSF et celui des autres patientes.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive et comparative, à type d'enquête de pratique. 338 médecins généralistes rhônalpins ont reçu entre octobre 2018 et février 2019 un questionnaire anonyme. Le critère de jugement principal était le pourcentage d'enquêtés effectuant un suivi gynécologique différent chez des patientes FSF ou non.

Résultats

Sur 165 questionnaires analysés, 89,7 % des enquêtés pratiquaient un suivi gynécologique différent pour les FSF. Ils évaluaient moins les besoins contraceptifs, se renseignaient moins sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), proposaient moins de dépistages IST. 91,5 % des enquêtés pensaient soigner des FSF, mais 2/3 d'entre eux n'abordaient jamais ou rarement la question de l'orientation sexuelle.

Conclusion

La plupart des généralistes interrogés pensent soigner des FSF, mais identifient peu ces patientes. Le suivi gynécologique proposé aux FSF diffère des patientes non-FSF. Des recommandations nationales de pratique seraient utiles pour améliorer la qualité et le vécu de prise en charge gynécologique des FSF en soins premiers.

Summary

GENERAL PRACTICE IN RHONE-ALPES AREA: DISPARITY OF PRIMARY GYNECOLOGICAL CARE FOR WOMEN WHO HAVE REGULARLY OR PURELY SEX WITH OTHER WOMEN

Context

Women who have sex with women (WSW) are invisible in primary care. Although, they have specific health care needs to meet, especially regarding gynecological care. They can experience negative healthcare courses because of heterosexuality assumption, ignorance, and discrimination by healthcare professionals.

Purpose

The main purpose was to identify among general practitioners (GPs), differences in health care offer and clinical practice for WSW and non-WSW in a primary care setting.

Methods

A practice survey, shaped as a cross-sectional observational, descriptive and comparative study has been conducted between October 2018 and February 2019. 338 general practitioners from Rhône-Alpes area received an anonymous questionnaire with clinical case-vignettes. The main outcome was the percentage of GPs who performed a different gynecological follow-up for WSW and non-WSW.

Results

165 questionnaires were analyzed. 89.7% of respondents performed a different gynecological follow-up for WSW and non-WSW. They handled less often topics such as: contraception needs, barrier protections use, screening of sexual transmitted diseases (STD). 91.5% of respondents were aware that they follow WSW in their office, but 2/3 of them never or rarely asked for sexual orientation.

Conclusion

Most GPs know that they follow WSW but may misidentify these patients and their real care needs. WSW receive in consequence a different and poorer follow-up as non-WSW. Clinical guidelines would be useful, to improve and harmonize quality and experience of healthcare for WSW.

Glossaire

Cisgenre (ou cis) : par opposition à transgenre, adjectif désignant les personnes dont l'identité de genre correspond au genre qui leur a été assigné à la naissance.

Digue dentaire : carré de latex lubrifié permettant de protéger les rapports bucco-génitaux ou bucco-anaux

DIU : dispositif intra-utérin

FCU : frottis cervico-utérin

FSF : femmes ayant exclusivement ou occasionnellement des rapports avec des femmes

Genre assigné à la naissance : genre (masculin ou féminin) attribué à tout enfant à sa naissance, notamment à l'état-civil, en fonction de ses organes génitaux externes

Hétéronormativité : affirmation (qui peut être implicite) d'idéologies normatives en matière de sexes, de genres, d'orientations sexuelles et de rôles sociaux

Identité de genre : perception qu'une personne a de son propre genre. Elle peut être féminine, masculine, ou non binaire (par exemple ni l'une ni l'autre, ou les deux à la fois)

Intersectionnalité : théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales

Intersexe : adjectif désignant les personnes nées avec des caractères sexuels (génitaux internes ou externes, chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins

IST : infections sexuellement transmissibles

Lesbophobie : sentiments d'aversion ou de mépris à l'égard des lesbiennes où se conjuguent homophobie et sexisme

Orientation sexuelle : attirance amoureuse ou érotique d'une personne pour une autre, en fonction de son sexe et/ou de son genre. Autodéterminée, elle marque une tendance mais ne suffit pas à décrire les comportements sexuels de la personne.

« **Out** » : vient de l'expression anglo-saxonne « *coming-out of the closet* » (sortir du placard), adjectif désignant les personnes ayant révélé leur orientation sexuelle ou leur identité de genre lorsque celle-ci n'est pas conforme aux normes dominantes.

Présomption d'hétérosexualité : attitude reposant sur l'idée inconsciente que l'expérience hétérosexuelle est universelle, conduisant à présumer du genre son interlocuteur.trice ou de ses partenaires.

« **Safer sex** » : toutes les pratiques visant à éviter les contaminations par le virus du VIH et les autres infections sexuellement transmissibles lors des relations sexuelles.

« **Sexual minority stress** » : concept incluant différentes difficultés rencontrées par les minorités sexuelles, comme l'anticipation du rejet, l'homophobie ou la transphobie intériorisée, et le fait de devoir cacher son orientation sexuelle ou son identité de genre.

Transgenre (ou trans) : adjectif désignant les personnes dont l'identité de genre est différente du genre qui leur a été assigné à la naissance

Transphobie : sentiments d'aversion ou de mépris à l'égard des personnes trans

Introduction

1. « Les lesbiennes ne sont pas des femmes »

C'est ce que Monique Wittig affirme en 1978 à l'issue d'une conférence sur *La pensée straight* (titre de son futur ouvrage) (1). Cette phrase volontairement provocatrice met l'accent sur la portée politique de l'appellation « lesbienne », en tant que construction sociale. En s'affranchissant d'une *compulsory heterosexuality* (contrainte à l'hétérosexualité) – formule de la poétesse et théoricienne féministe américaine Adrienne Rich, les lesbiennes se démarquent de l'image classique de ce que doit être une femme et remettent en question le régime « hétérosocial », socle d'une domination masculine.

Le terme de « lesbiennes » relève avant tout d'une autodétermination et recouvre des comportements sexuels hétérogènes. Les études relatives à ce sujet menées depuis 1990 soulignent l'importance de distinguer le « comportement sexuel » (avoir des relations sexuelles, occasionnellement, exclusivement, ou pas du tout avec des hommes ou des femmes) de l'« orientation sexuelle » (2). L'expression « femmes ayant exclusivement ou occasionnellement des relations sexuelles avec des femmes » (FSF) fait aujourd'hui consensus dans la littérature internationale.

Selon Bajos et Bozon, le nombre approximatif de femmes homosexuelles est estimé à 0,5 % dans la population générale. Quatre pour cent des femmes auraient déjà eu des rapports homosexuels au cours de leur vie (3). Cette population peu visible présente des spécificités à prendre en considération en soins primaires. Les FSF consomment davantage d'alcool, de tabac (4), et de drogue par voie nasale ou intraveineuse (5). Elles ont un plus grand nombre de partenaires sexuels dont masculins, avec une prévalence plus élevée d'IST que dans la population générale (5). La transmission de certaines IST entre femmes a été mise en évidence : HSV, HPV, *Trichomonas*, *Chlamydia* (6). Des cas de transmission de syphilis, VIH, hépatite B, gonocoque ont été décrits. Une transmission d'hépatite A ou C lors de certaines pratiques est possible. Un risque plus élevé de cancers (col utérin et/ou sein) a été décrit (7). Une prévalence augmentée d'obésité (4), de troubles psychiatriques (anxiété,

dépression, tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire (8)) et un taux élevé de grossesses non désirées ont été décrits (9).

Pour pouvoir prodiguer à ces femmes un accompagnement global centré sur la personne, ces éléments devraient être connus de tous les acteurs participant à leur parcours de santé, notamment en soins primaires. L'information sur leurs besoins de santé semble actuellement insuffisante. La littérature scientifique spécifique reste pauvre et peu récente. Il n'existe aucune recommandation ni guide de pratique clinique officiels en France concernant le suivi gynécologique et la santé sexuelle des FSF. L'essentiel des ressources francophones est issu du travail associatif (10). Les référentiels de gynécologie, d'infectiologie et de psychiatrie en deuxième cycle d'enseignement médical ne font jamais mention d'homosexualité féminine quelle qu'en soit la forme. Il semble alors légitime de s'intéresser aux pratiques actuelles, fondées sur des représentations.

2. L'expérience du soin pour les FSF

Le premier problème mentionné par les FSF dans les quelques travaux étudiant leur expérience du soin est celui de la présomption d'hétérosexualité, objectivée par une étude de 1999. Parmi les 145 généralistes de Göteborg (Suède) interrogés, seuls 28 (37 %) des participant.e.s savaient qu'ils suivaient des patientes lesbiennes (11). L'abord de l'orientation sexuelle était jugé difficile en raison d'un manque de temps et de nombreuses craintes : être intrusif-ve, braquer ou être jugé.e par la patiente, savoir utiliser cette information. Une autre difficulté est celle de l'ignorance des praticien.ne.s, par exemple des affirmations selon lesquelles le dépistage du cancer du col utérin ou un suivi gynécologique ne sont pas nécessaires ou qu'il n'existe aucun risque de transmission d'IST (12,13), sans parler de la discrimination pure et simple par certain.e.s professionnel.le.s de santé (2 % des actes lesbophobes concerneraient le milieu de la santé) (14).

Au total, l'expérience du soin, en particulier dans le domaine de la gynécologie, est différente et souvent plus négative pour les FSF que pour les autres femmes. Elle l'est encore plus pour les femmes qui cumulent plusieurs facteurs de discrimination (comme les

femmes trans et/ou racisées). On parle alors d'« intersectionnalité ». L'orientation sexuelle des FSF noires est moins souvent reconnue, et leurs expériences du soin sont souvent plus négatives que celles des FSF blanches (15). Cela peut se traduire par des difficultés psychologiques, un nomadisme médical, parfois un renoncement aux soins (14). Plusieurs travaux en France et aux Etats-Unis montrent un phénomène d'échappement au dépistage du cancer du col utérin, alors que la transmission d'HPV lors de rapports homosexuels féminins est prouvée (6). Une large proportion de FSF déclare ne jamais se protéger lors de rapports sexuels avec des femmes car les modes de transmission des IST et les moyens de prévention sont peu connus et le risque de transmission sous-estimé (13,16).

3. Quelle est la place du médecin traitant dans ce système ?

Le système de soins, notamment concernant la gynécologie, n'est pas encore un espace suffisamment sécurisant et adapté pour les FSF dans un contexte déjà tendu lié aux violences gynécologiques et leur dénonciation, par exemple via Internet avec le hashtag *#payetonuterus*. Du point de vue des soignant.e.s, il existe très peu de données sur leurs pratiques professionnelles. Il paraît nécessaire de dresser un état des lieux de ces dernières. L'objectif principal de cette étude était d'identifier d'éventuelles différences chez les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes entre le suivi gynécologique de leurs patientes supposées hétérosexuelles et celui de leurs patientes FSF. L'objectif secondaire était de savoir si les médecins généralistes identifiaient ces patientes.

Méthode

1. Type d'étude

Nous avons choisi une méthode quantitative, à type d'étude observationnelle transversale, descriptive et comparative. Il s'agissait d'une enquête de pratique, ciblant les médecins généralistes installés en Région Auvergne-Rhône-Alpes, à l'aide d'un questionnaire anonyme à questions majoritairement fermées. Il était auto-administré sous forme papier avec une enveloppe-réponse pré-timbrée et une notice explicative.

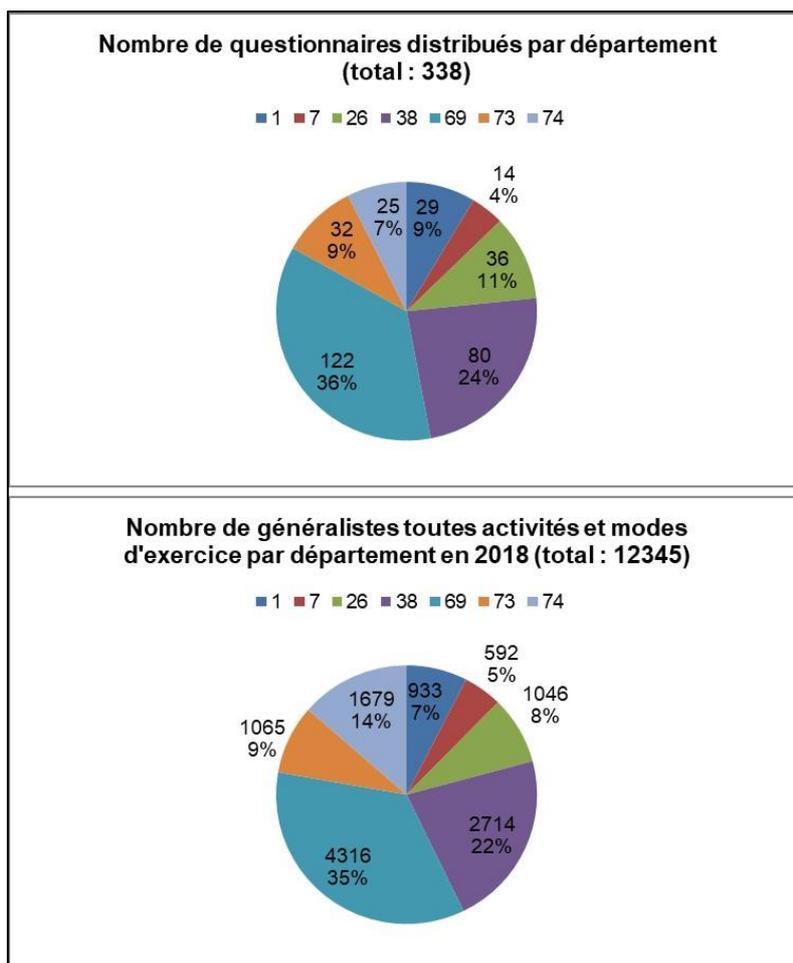
2. Constitution de l'échantillon

Nous avons choisi des départements situés dans l'Est de la Région Auvergne Rhône-Alpes : l'Ain (01), l'Ardèche (07), la Drôme (26), l'Isère (38), le Rhône (69), la Savoie (73), et la Haute-Savoie (74).

Etaient éligibles les médecins généralistes thésés, exerçant majoritairement en libéral, installés dans l'un de ces départements, à l'exclusion des médecins généralistes à exercice particulier. Selon la densité de médecins généralistes de chaque département, 1 à 9 listes étaient constituées en renseignant ces critères dans l'Annuaire santé en ligne de la Caisse nationale d'assurance maladie. La sélection s'est faite par sondage systématique avec un pas de 1 sur 2 dans les 21 listes obtenues. Un.e ou plusieurs bénévoles déposaient directement les questionnaires d'une liste dans la boîte aux lettres des médecins sélectionnés. Si plusieurs médecins généralistes exerçaient au sein d'un même cabinet, les bénévoles devaient déposer le nombre correspondant de questionnaires.

Au total, 338 questionnaires ont pu être distribués. Les noms et coordonnées professionnelles des médecins concernés ont été collectés afin de pouvoir effectuer une relance postale.

Figure 1 : distribution des questionnaires



3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage d'enquêtés effectuant un suivi gynécologique différent pour une patiente explicitement FSF ou non (partenaire masculin, ou de genre non spécifié). Le critère de jugement secondaire était le pourcentage d'enquêtés ayant identifié des FSF dans leur patientèle.

4. Nombre de sujets nécessaires (NSN)

Il n'a pas pu être déterminé en l'absence de données antérieures relatives à l'objectif principal.

5. Terminologie utilisée et définitions

Nous avons défini le « suivi gynécologique » comme l'ensemble de 4 actes gynécologiques fréquemment réalisés en soins primaires : la contraception, le dépistage, la prévention des IST, et le frottis cervico-utérin (FCU). Le dépistage du cancer du sein, le suivi de grossesse et les actes non de soins primaires ont été exclus de la définition car non pertinents pour l'étude.

Sont « supposées hétérosexuelles » toutes les femmes dont le genre du ou de la partenaire n'est pas précisé, afin d'intégrer l'attitude dominante de présomption d'hétérosexualité retrouvée dans la littérature.

Les termes spécialisés ont été choisis soit parce qu'ils font consensus dans la littérature comme FSF, ou parce qu'ils sont revendiqués par les communautés concernées comme transgenre, non binaire, genre assigné à la naissance. FSF présente l'intérêt de prendre en compte la diversité et la fluidité des comportements sexuels, et de s'affranchir des définitions historiques et politiques de termes comme lesbienne ou bisexuelle. Il existe une différence entre l'orientation sexuelle, autodéterminée, et le comportement sexuel, factuel. Ce terme permet également d'inclure les femmes qui ne souhaitent pas définir leur orientation sexuelle.

Nous n'avons pas les moyens de nous intéresser au suivi des patient.e.s transgenres et intersexes. Dans toute l'étude il a été sous-entendu que le genre des patientes et de leurs partenaires correspondait à chaque fois à celui assigné à la naissance. Cela était précisé dans le questionnaire.

6. Construction du questionnaire

Le questionnaire (cf. annexe 1) était composé de 36 questions fermées à type d'échelle de Likert.

Le 1^{er} groupe de questions mesurait le critère de jugement secondaire.

Le 2^e groupe mesurait le critère de jugement principal à travers 2 séries de 3 cas-vignettes reflétant 3 situations cliniques fréquentes du suivi des femmes. Les situations décrites étaient des consultations : 1) à l'occasion des premiers rapports sexuels, 2) pour le

suivi d'une jeune femme sans partenaire fixe, 3) à l'occasion d'un changement de partenaire en période de péri-ménopause. Les 2 séries de vignettes ne différaient que par le genre du ou de la partenaire de la patiente. Afin de raccourcir le temps de lecture, l'écriture des vignettes n'intégrait que les éléments-types indispensables : éléments contrôlés (âge, parité, statut relationnel de la patiente), éléments expérimentaux (genre du ou de la partenaire), souci d'équivalence entre vignettes (4 items de contenu identique sur le fond et la forme) (17).

Le 3^e groupe de questions recueillait des informations sur les participant.e.s afin de mener une analyse en sous-groupes.

Quelques questions ouvertes ont été incluses. Les réponses obtenues ne devaient pas être analysées mais servir à interpréter les résultats.

Le questionnaire a été testé au préalable par 3 médecins éligibles, par la suite exclus de l'analyse.

7. Analyse des réponses

Tous les questionnaires retournés ont été saisis manuellement dans une base de données Excel, avec un contrôle qualité de la saisie sur 10% de questionnaires tirés au sort.

A partir d'une seule réponse différente dans des vignettes équivalentes, on considérait que l'enquêté pratiquait un suivi gynécologique différent (critère de jugement principal). Les cases « Oui » et « Plutôt oui » étaient considérées comme une réponse positive, les cases « Non » et « Plutôt non » comme une réponse négative. Les réponses étaient ensuite comparées, vignette par vignette et question par question selon le genre du ou de la partenaire de la patiente.

Un test statistique de Mac Nemar (avec correction de Yates le cas échéant) ou un chi 2 était alors effectué.

8. Ethique et transparence / communication des résultats

Tous les médecins généralistes participant recevaient une fiche d'information avec le questionnaire et étaient libres de refuser ou de participer à l'étude.

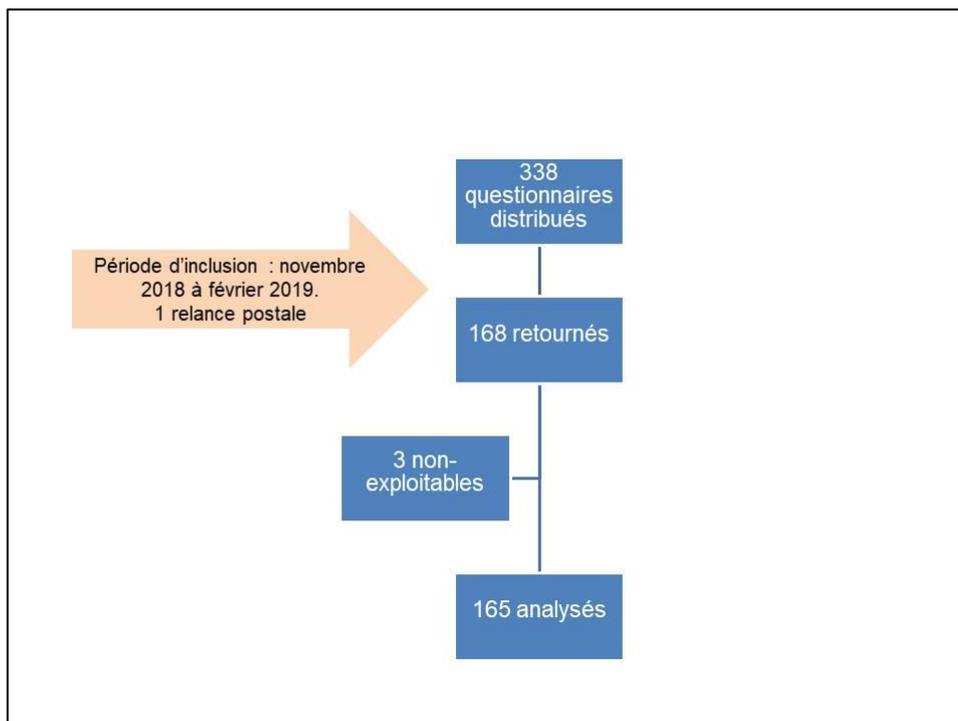
Aucune donnée directement identifiante n'était recueillie. Les données sensibles ou indirectement identifiantes ont été uniquement recueillies et traitées par la chercheuse. Ces données ont été stockées sur papier dans un local fermé à clé et sur des fichiers informatiques doublement chiffrés (logiciels Office et archive 7-zip) dans un ordinateur et disque dur externe personnels. Le transfert de données s'effectuait sous forme chiffrée, via la plateforme de partage de documents RENATER.

Le protocole a été approuvé par le Département de médecine générale de l'Université de Grenoble. Il a été discuté et approuvé par le délégué à la protection des données de l'Université Grenoble-Alpes. Il est conforme au Règlement général européen sur la protection des données du 25 mai 2018 et à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale informatique et libertés (cf. annexe 2).

Résultats

1. Population étudiée

Figure 2 : Recrutement



Comparée à la population de médecins généralistes inscrite au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins dans les mêmes départements en 2018, notre population comportait significativement plus de femmes (61,2% contre 48,2%, $p = 0,04$). La répartition par département et par tranche d'âge était comparable, à l'exception d'une sous-représentation de la tranche d'âge 55-65 ans dans notre population.

2. Critère de jugement principal

148 (89,7 %) enquêté.e.s sur 165 pratiquaient un suivi gynécologique différent si la patiente était explicitement FSF ou non. 13 (7,2 %) ne rapportent aucune différence. Il n'a pas été possible de conclure pour 4 (2,4 %) questionnaires.

Des comparaisons ont été effectuées au cas par cas. A l'exception des modalités de réalisation du FCU, il existait pour toutes les questions des différences significatives de

réponse si la patiente était explicitement FSF ou non. L'orientation ou les pratiques sexuelles supposées ont influencé la pratique clinique des médecins de manière significative.

1.1. Vignette présentant une jeune femme en début de sa vie sexuelle

1.1.1. Parmi les 148 médecins déclarant proposer une contraception à la patiente lorsque le genre du partenaire n'est pas spécifié, 36 (24,3 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.1.2. Parmi les 160 déclarant se renseigner sur l'utilisation de moyens de prévention contre les IST, 120 (75 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.1.3. Parmi les 144 déclarant proposer un dépistage IST, 127 (88,2 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.2. Vignette présentant une femme en âge de procréer n'ayant pas de partenaire fixe

1.2.1. Parmi les 162 médecins déclarant évaluer avec la patiente ses besoins en termes de contraception lorsque le genre du partenaire n'est pas explicité, 80 (49,4 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.2.2. Parmi les 162 déclarant se renseigner sur l'utilisation de moyens de protection contre les IST, 127 (78,4 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.2.3. Parmi les 148 déclarant recommander des dépistages IST réguliers, 116 (78,4 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

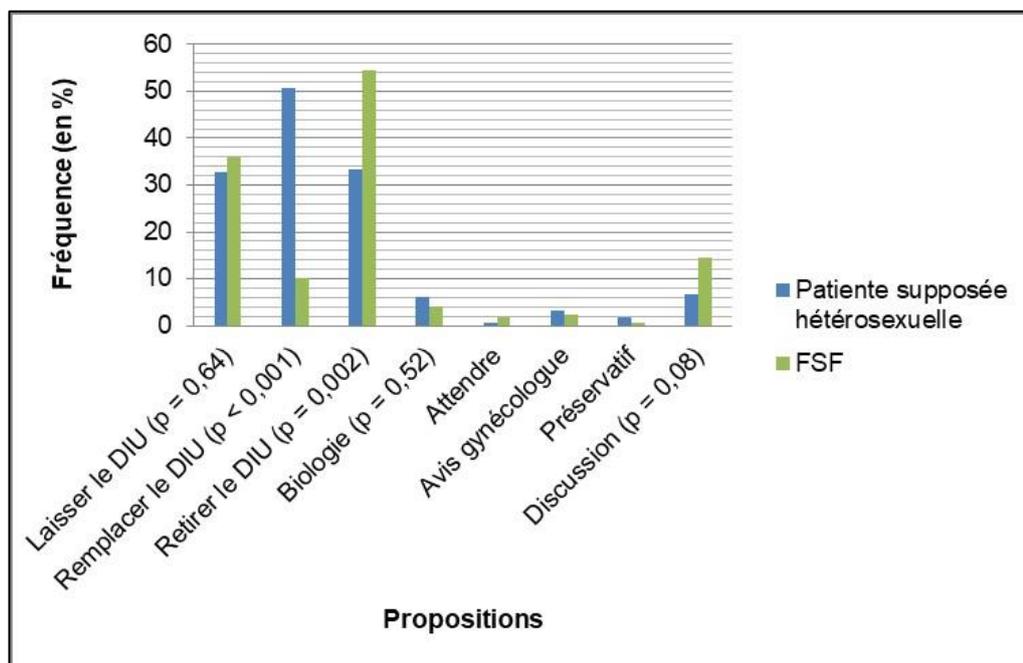
1.3. Vignette présentant une femme en période de péri-ménopause

1.3.1. Parmi les 156 médecins déclarant se renseigner sur l'utilisation de moyens de protection contre les IST lorsque le genre du partenaire n'était pas explicité, 120 (76,9 %, $p < 0,001$) le faisaient également pour une patiente FSF.

1.3.2. Parmi les 154 déclarant proposer un dépistage IST, 133 (86,4 %, $p < 0,001$) le faisaient aussi pour une patiente FSF.

1.3.3. Les enquêté.e.s devaient choisir des propositions d'action concernant le DIU de la patiente.

Figure 3 : Fréquence de sélection des propositions



La proposition de remplacer le DIU revenait plus fréquemment pour une patiente supposée hétérosexuelle. La proposition de retirer le DIU en proposant éventuellement une autre contraception revenait plus fréquemment pour une FSF. Les deux propositions en texte libre les plus fréquentes étaient la discussion avec la patiente et la pratique d'exams biologiques, sans différence de fréquence.

1.4. Mise en évidence de présupposés

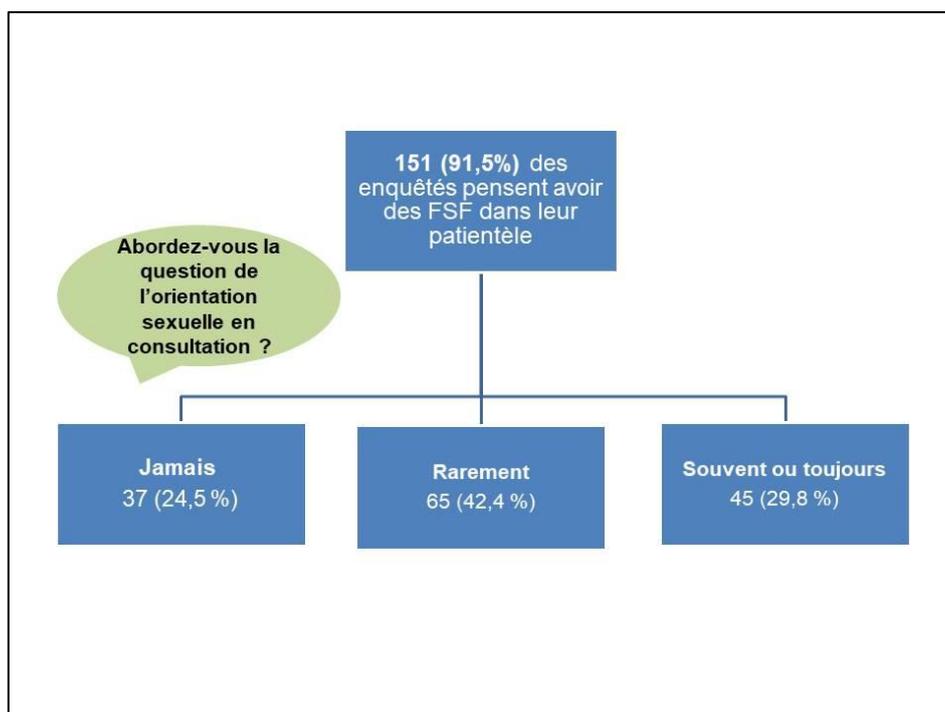
Dans 2 vignettes, le genre du ou de la partenaire n'était pas précisé. On retrouvait toutefois des différences significatives de réponse avec la vignette équivalente où la partenaire était une femme. Il y avait donc présomption d'hétérosexualité. Seule une enquêtée précisait « *on suppose que c'est une relation hétérosexuelle* ».

Par ailleurs, les vignettes présentant une patiente n'ayant pas de partenaire fixe comportaient 3 cas : genre du ou de la partenaire non précisé, patiente lesbienne, et la

même patiente ayant eu une seule fois un partenaire masculin. Alors qu'il existait des différences significatives de réponse (sauf pour le FCU) entre la patiente supposée hétérosexuelle et la patiente lesbienne, il suffisait d'un partenaire masculin unique pour que les réponses deviennent identiques à celles de la patiente supposée hétérosexuelle. Les risques de grossesse et d'IST étaient minimisés pour les FSF.

3. Critère de jugement secondaire

Figure 4 : pourcentage d'enquêté.e.s ayant identifié des FSF dans leur patientèle



Parmi les 165 enquêtés, 10 (6,1 %) déclaraient ne pas savoir si leur patientèle régulière ou occasionnelle compte des FSF, et 4 (2,4 %) sur 165 pensaient qu'elle n'en compte pas. L'un d'eux précisait en texte libre « *les patients LGBT sont probablement TRES RARES dans ma patientèle... proportion dans la population ??* ».

Parmi ceux qui déclaraient aborder la question de l'orientation sexuelle en consultation, les méthodes privilégiées en texte libre étaient de laisser la patiente aborder le sujet avec la croyance que « *les femmes en parlent spontanément* », ou de poser des questions « *en cas de doute* ».

Discussion

1. Commentaires et comparaison à la littérature

1.1 Critère de jugement principal

L'étude a montré que 89,7 % des enquêté.e.s rapportaient des pratiques différentes du suivi gynécologique si la patiente était FSF ou supposée hétérosexuelle.

Pour chaque comparaison des tests statistiques ont été effectués. Les différences retrouvées sont toutes statistiquement significatives avec un $p < 0,05$ ou $p < 0,001$.

1.1.1. *Dépistage du cancer du col utérin*

L'intérêt du FCU semble bien compris puisqu'on ne retrouve aucune différence significative de pratique, y compris quand la patiente ne mentionne pas de rapports avec des hommes. Cela contraste avec la réalité d'échappement des FSF au dépistage et leurs représentations liées à cet examen. Plusieurs travaux montrent qu'il est souvent perçu comme inutile, et que cette croyance peut être renforcée par des professionnel.le.s de santé (12,13).

1.1.2. *Prévention des IST*

La recherche d'utilisation de moyens de protections était significativement moins fréquente pour les FSF que pour les patientes supposées hétérosexuelles. Elle restait plus fréquente qu'attendu : au total 74,1 % (n = 120) des enquêté.e.s dans le cas de la patiente venant d'avoir ses premiers rapports sexuels, 77,6% (n = 128) dans le cas de la patiente n'ayant pas de partenaire fixe, et 76,4 % (n = 126) dans le cas de la patiente en péri-ménopause. Les moyens de protection possibles lors de rapport entre femmes cisgenres sont les préservatifs internes ou externes, les gants, les protège-doigts, les digues dentaires, le film alimentaire (non micro-ondable). Ces moyens sont peu connus par les FSF elles-mêmes, et par les gynécologues (16,18). Quelques ajouts de texte libre suggèrent que les enquêté.e.s les connaissent peu également.

1.1.3. Dépistage des IST

La fréquence de proposition de dépistage IST était aussi significativement plus faible pour les FSF que pour les femmes supposées hétérosexuelles, mais plus élevée qu'attendu : au total 84,1 % (n = 138) des enquêté.e.s dans le cas de la patiente venant d'avoir ses premiers rapports sexuels, 75,6 % (n = 124) dans le cas de la patiente n'ayant pas de partenaire fixe, et 83 % (n = 137) dans le cas de la patiente en péri-ménopause. Il serait pertinent d'évaluer le niveau de connaissance des acteur.rice.s du suivi gynécologique en termes de prévention des IST, avec des questions plus précises.

1.1.4. Contraception

Les plus grandes différences ont été obtenues dans ce domaine. Dans le cas de la patiente n'ayant pas de partenaire fixe, seuls la moitié des praticien.ne.s déclarant évaluer ses besoins en termes de contraception avec la patiente supposée hétérosexuelle le proposent aussi à la patiente FSF. Pour le cas de la patiente porteuse d'un DIU, présentant une aménorrhée secondaire, l'attitude la plus fréquemment proposée par les enquêté.e.s pour la patiente supposée hétérosexuelle était de remplacer le DIU par un nouveau (50,6 %, n = 82), et pour la patiente FSF de le retirer en proposant ou non une autre méthode contraceptive (54,5 %, n = 90). Pourtant, comme l'a souligné un enquêté, « [il faut] *toujours évaluer les besoins [...] évaluer n'est pas proposer* ». De récentes études nord-américaines montrent que les FSF ont des taux de grossesses non désirées plus élevés que les femmes hétérosexuelles et soulignent l'importance d'évaluer les besoins en termes de contraception (9,19).

1.2. Critère de jugement secondaire

Parmi les 91,5 % d'enquêté.e.s (n = 151) pensant compter des FSF dans leur patientèle occasionnelle ou régulière, moins d'1/3 abordaient « souvent » ou « toujours » la question de l'orientation sexuelle.

1.2.1. Mise en évidence de présupposés

On peut supposer qu'une partie des patientes parle spontanément de son orientation sexuelle ou de sa partenaire. On peut aussi craindre le rôle de représentations stéréotypées,

conduisant les praticien.ne.s à faussement « identifier » des patientes comme FSF, et à en méconnaître d'autres car elles ne correspondent pas à ces représentations. Seules 40 % des FSF seraient « out » (déclarées) auprès de leur médecin traitant selon une étude allemande (20).

1.2.2. Comparaison avec la littérature

Ce résultat était attendu puisqu'en 2015, un travail de recherche qualitatif mené auprès de gynécologues parisien.ne.s avait déjà mis en évidence une attitude hétéronormative (18). Cette attitude peut conduire les médecins à sous-estimer la proportion de FSF dans leur patientèle et dans la population générale. Selon l'*Enquête sur la sexualité en France* de 2008 (4), 4 % des femmes déclaraient avoir déjà eu des pratiques homosexuelles, et environ 1% sur les 12 derniers mois. Chaque praticien.ne en soins primaires reçoit probablement des FSF chaque semaine sans le savoir.

Un travail de 2018 (21), mené à Lille auprès de médecins généralistes, montrait que l'orientation sexuelle était un sujet jugé important mais difficile à aborder en consultation. Les freins évoqués étaient le manque de temps, les craintes et représentations vis-à-vis des patients et de leurs attentes, et les expériences de formation et d'exercice.

Une étude comparable à celle-ci menée en 2000 à Göteborg montrait que seul.e.s 37 % des enquêté.e.s étaient conscient.e.s d'avoir des patientes lesbiennes (11).

Ces constatations font écho au ressenti des patientes, étudié dans plusieurs travaux qualitatifs récents s'intéressant au vécu et aux représentations du suivi gynécologique des FSF. Au premier plan apparaissent l'hétéronormativité des consultations gynécologiques, reflet de la société en général, et le ressenti d'invisibilité qui en découle (12–14,20).

2. Forces

2.1. Recherche de validité interne

2.1.1. Choix du critère de jugement principal

Le suivi gynécologique « idéal » et harmonisé n'est pas encore acquis. Par exemple, moins de 10 % des femmes en population générale bénéficieraient d'un dépistage adéquat,

conforme aux recommandations 2010 de l'HAS, du cancer du col de l'utérus (22). Les recommandations actuelles n'étaient de ce fait pas un élément pertinent de comparaison pour mettre en évidence d'éventuelles différences de pratiques concernant les FSF. Nous avons jugé plus pertinent de comparer, chez les mêmes praticien.ne.s, le suivi gynécologique pour des FSF et pour des femmes supposées hétérosexuelles.

L'utilisation d'un critère unique augmente la validité interne de l'étude. Des analyses détaillées ont ensuite été menées.

2.1.2. Questionnaire

2.1.2.1. En l'absence d'outil de mesure validé, le questionnaire a été conçu pour les besoins de l'étude. Sa construction s'est appuyée sur des éléments de méthodologie validés en sciences humaines. Les réponses à questions fermées sont proposées sous forme d'échelle de Likert. Cela permet une gradation des réponses et augmente l'adhésion au questionnaire. Le nombre pair de propositions obligeait l'enquêté à se positionner clairement.

2.1.2.2. L'utilisation de vignettes cliniques est adaptée à l'étude de comportements. Elle est aussi pertinente que le gold-standard du « patient standardisé » dans l'évaluation de la qualité des soins (23).

2.2. Recherche de validité externe

Il n'existe pas à notre connaissance d'autre étude de ce type en langue anglaise ou française. Le sujet est innovant et inscrit dans l'actualité sociétale et médicale. Si un enquêté a pris la peine de renvoyer le questionnaire, vide, mais avec un message manuscrit à caractère homophobe, la plupart des commentaires libres souhaitaient bon courage à l'autrice ou soulignaient l'originalité et l'intérêt de ce travail.

L'utilisation d'un questionnaire rend ce travail reproductible.

3. Biais

3.1. Biais d'échantillon

3.1.1. *Constitution*

L'échantillon n'a pas été constitué par randomisation. Compte-tenu des faibles moyens alloués à l'étude, les questionnaires ont dû être distribués en nombre limité et dans des lieux facilement accessibles aux 17 bénévoles. Un biais de recrutement est donc possible. Cependant, les caractéristiques démographiques de notre échantillon sont proches de celles des médecins généralistes inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre en 2018.

3.1.2. *Taille*

Il n'était pas possible de calculer le nombre de sujets nécessaires en l'absence de données antérieures. Malgré un taux de réponse supérieur à celui de la plupart des travaux de recherche en soins primaires (quasiment 1/2 contre 1/4 en moyenne) (24), l'effectif total reste modeste et la représentativité non garantie. Les données obtenues devront être confirmées par des études de plus grande puissance. Le taux de réponse a été optimisé par une auto-passation du questionnaire, sa brièveté, la forme papier qui le distingue de la plupart des études de ce type, l'enveloppe-réponse timbrée fournie lors de la distribution, et la relance postale.

3.2. Biais liés au questionnaire

Les biais suivants sont possibles : un biais de mémoire puisque le questionnaire fait appel aux souvenirs de l'enquêté.e et un biais de désirabilité sociale puisqu'il s'agit d'un sujet sensible et d'une enquête de pratique. L'enquêté.e peut moduler ses réponses par crainte du jugement, avec un risque de sous-estimation de la différence réelle. Pour limiter ce biais un ton le plus neutre possible était employé et l'anonymat garanti. Les questions ont pu être mal comprises à cause du vocabulaire spécifique employé. Ce vocabulaire était toutefois incontournable et clairement expliqué dans la notice. L'auto-administration du questionnaire pouvait renforcer la mauvaise compréhension mais limitait le biais de désirabilité.

3.3. Biais de réponse

Les différences ont pu être sous-estimées par un biais d'ancrage : réponse identique à 2 vignettes équivalentes qui semblent identiques au premier abord mais se distinguent par le genre du ou de la partenaire de la patiente. C'est ce que suggère l'ajout de texte libre tel que

« déjà fait » ou « redondance avec questions Y à Z » dans certains questionnaires. Les différences ont pu être minimisées par un biais de participation : les médecins intéressés par le sujet sont mieux informés et plus susceptibles que les autres de participer à l'étude.

4. Perspectives

4.1. Esquisse d'un suivi idéal et harmonisé

S'appuyant sur les données disponibles, l'*American association of family physicians* en 2017 (19) et le *Royal college of general practitioners* d'Irlande du Nord en 2015 (25) recommandent le même suivi pour toutes les femmes : dépistage du cancer du col utérin, information sur le « safer sex » et dépistage des IST, évaluation des besoins en termes de contraception. Compte-tenu du « *sexual minority stress* », il est recommandé de créer un environnement ouvert et accueillant, et de poser des questions directes et inclusives telles que « Avez-vous des relations avec des femmes, des hommes, les deux ? ».

4.2. Vers la nécessaire inclusion des personnes transgenres et intersexes

Le suivi des hommes et des femmes transgenres et des personnes intersexes a été exclu de notre étude. Pourtant ces patient.e.s peuvent être sujet.te.s aux facteurs de risques et pathologies gynécologiques. La transidentité est d'une manière générale peu connue et devrait également faire l'objet de travaux, étudiant par exemple les représentations des professionnel.le.s en soins primaires autour de cette population.

THÈSE SOUTENUE PAR : Pauline OTTAVIOLI

TITRE : DIFFERENCES DE SUIVI GYNECOLOGIQUE ET VISIBILITE DES FEMMES
AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES : ENQUETE DE PRATIQUE
AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES RHONALPINS

Conclusion

A l'exception du dépistage du cancer du col utérin, les médecins généralistes interrogés pratiquent un suivi gynécologique différent du suivi habituel pour les FSF : moins d'évaluation des besoins contraceptifs, moins de prévention et de dépistage des IST. Ces différences s'appliquent dès lors que cette information est connue des praticiens puisque, si une large part estime soigner des FSF, la question reste en fait peu abordée et ces patientes peu visibles.

Ce travail montre qu'il est nécessaire d'informer les médecins généralistes sur cette thématique afin d'optimiser la prise en charge de cette population à risque d'échapper à la prévention en soins primaires. Cela peut passer par l'écriture de recommandations nationales spécifiques, et par l'enrichissement de la littérature en soins primaires : généralisation des données obtenues au niveau national, évaluation du niveau de connaissances des médecins généralistes concernant le « *safer sex* » et les IST chez les FSF, études de leurs représentations du suivi gynécologique chez les FSF.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 11/04/2019

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND



LA PRÉSIDENTE DE LA THÈSE

Pr. Pascale HOFFMANN



Bibliographie

1. Wittig M. *The Straight Mind: And Other Essays*. Boston: Beacon Press; 1992. 132 p.
2. Diamond LM. *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2009. 352 p.
3. Bajos N, Bozon M, Godelier M. *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: La Découverte; 2008. 612 p.
4. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health*. avr 2001;91(4):591-7.
5. Marrazzo JM, Koutsky LA, Handsfield HH. Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour. *Int J STD AIDS*. janv 2001;12(1):41-6.
6. Bauer GR, Welles SL. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health*. 1 août 2001;91(8):1282-6.
7. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 1 sept 2015;65(5):384-400.
8. Calzo JP, Blashill AJ, Brown TA, Argenal RL. Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Curr Psychiatry Rep*. août 2017;19(8):49.
9. Stoffel C, Carpenter E, Everett B, Higgins J, Haider S. Family Planning for Sexual Minority Women. *Semin Reprod Med*. sept 2017;35(5):460-8.
10. Les Klamydia's. Mémo à l'attention des gynécologues sur la santé des femmes qui aiment les femmes [Internet]. 2015 [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/75991f_2f37114fa5404efcbf16c5951c616888.pdf
11. Westerstaahl A, Segesten K, Björkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1 janv 2002;20(4):203-7.
12. Auguste G. Perception de l'utilité du frottis cervico-utérin: étude qualitative auprès de femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université Lille 2 Droit et Santé - Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016.
13. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
14. SOS Homophobie. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet]. 2015 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf
15. Guasp A, Taylor J. Ethicity - Stonewall Health Briefing [Internet]. 2012 [cité 8 oct 2018]. Disponible sur:

16. Devillard S. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST. [Internet]. Université de Toulouse - Le Mirail, Centre Régional d'Information et de Prévention Sida Rhône-Alpes (CRIPS); 2011 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/les-femmes-ayant-des-relations-sexuelles-avec-des-femmes-face-au-vih-et-aux-ist/>
17. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1 mai 2015;15(2):160-70.
18. Eguavoën S. Femme et lesbienne : quels enjeux ? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique [Internet]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. UFR des Sciences de la santé Simone Veil. Département de maïeutique; 2015 [cité 6 mars 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998/document>
19. Knight DA, Jarrett D. Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women. *AFP*. 1 mars 2017;95(5):314-21.
20. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice*. 21 nov 2016;17(1):162.
21. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France. Université Lille 2 Droit et Santé - Faculté de médecine Henri Warembourg; 2018.
22. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Recommandations en santé publique. [Internet]. HAS; 2010 juill [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
23. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction: A Prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. *JAMA*. 5 avr 2000;283(13):1715-22.
24. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? *Exercer*. 2012;(100):31-2.
25. Royal College of General Practitioners Northern Ireland. Guidelines for the care of lesbian, gay and bisexual patients in primary care. Belfast: RCGPNI [Internet]. 2015; Disponible sur: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/lgbt.aspx>

Annexes

Annexe 1 : questionnaire

Grenoble le 01/10/2018

Chère consoeur, cher confrère,

Nous nous permettons de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse, en vue d'obtenir le diplôme de Docteur en médecine et le DES de Médecine générale à l'Université Grenoble-Alpes, sous la direction du Dr Sabine BAYEN, spécialiste en médecine générale, maître de conférences associée au Département de médecine générale de la Faculté de médecine de l'Université de Lille. Celui-ci s'intéresse au suivi gynécologique, par les médecins généralistes installés en Région Auvergne-Rhône-Alpes, des femmes ayant occasionnellement ou exclusivement des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF). Nous avons besoin de votre aide et de votre contribution pour cette étude originale, y compris si vous ne pratiquez pas couramment de suivi gynécologique. Il vous suffit de remplir ce questionnaire (5 à 10 minutes, 36 questions) et de cocher la réponse représentant le mieux votre opinion ou votre comportement habituel.

Informations concernant la collection des données

Nous avons fait en sorte que les informations vous concernant que nous collectons ne permettent pas de vous identifier, même de manière indirecte. Vos réponses devront nous être renvoyées par courrier postal dans l'enveloppe pré-timbrée distribuée avec le questionnaire, sans mention de l'expéditeur. La distribution des questionnaires s'est faite de manière aléatoire, par des bénévoles extérieurs à notre recherche. Ceux-ci ont été amenés à collecter votre nom et les coordonnées du cabinet à la seule fin de pouvoir effectuer des relances si nous n'avons pas reçu assez de réponses dans votre département. La liste des noms et coordonnées des cabinets médicaux concernés par la distribution, tout comme les questionnaires, seront conservés jusqu'à la fin de l'exploitation des données (12 mois à partir de la distribution). Conformément à l'article 56 de la loi Informatique et Libertés, vous êtes libres de refuser de participer à cette étude. L'ensemble du protocole est conforme à au Règlement général sur la protection des données entré en vigueur le 25 mai 2018.

Pour nous contacter :

- Pauline OTTAVIOLI, interne en médecine générale à la Faculté de Médecine Grenoble-Alpes et auteure du travail de thèse [Données à caractère personnel]

- Dr Sabine BAYEN, directrice de thèse, spécialiste en médecine générale, maître de conférences associée au Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Lille.
sabine.bayen@univ-lille.fr

Nous vous remercions par avance du temps que vous accepterez de consacrer à notre étude et nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos sincères salutations confraternelles.

Pauline OTTAVIOLI

Nous n'avons pas les moyens de nous intéresser ici au suivi des patient.e.s transgenres, intersexes, ou non binaires. Dans le questionnaire, il est donc sous-entendu que le genre de la patiente et de ses partenaires correspond à chaque fois à celui assigné à la naissance.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires concernant les questions de votre choix, si cela vous semble pertinent.

Partie 1 : questions générales

1) Pensez-vous avoir, dans votre patientèle régulière ou occasionnelle, des femmes ayant exclusivement ou occasionnellement des rapports avec des femmes ?

Oui Non Je ne sais pas

2) Abordez-vous, d'une manière ou d'une autre, par exemple quand le motif de consultation s'y prête (ex : information sur 1er frottis à 25 ans, rupture amoureuse, conflit avec les parents, question sur le suivi gynécologique, demande de dépistage IST...) la question de l'orientation sexuelle avec vos patientes ?

Jamais Rarement Souvent Toujours Je ne sais pas

Si rarement/souvent/toujours, sous quelle forme ? (réponse libre)

Partie 2 : cas-vignettes : cochez la case qui correspondrait le mieux à votre comportement réel

Mme Z, 18 ans, vient vous voir car elle est en couple et vient d'avoir ses premières relations sexuelles.

3) Vous lui proposez une contraception

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

4) Vous cherchez à savoir si elle a utilisé un moyen de prévention contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

5) Vous proposez au couple un dépistage IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

6) Vous l'informez qu'il faudra entreprendre le premier frottis à 25 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mme G, 47 ans, récemment divorcée de son mari après 20 ans de mariage et 3 enfants, vient vous voir car elle entame une nouvelle relation avec une femme. Elle vous confie que c'est tout nouveau pour elle. Elle a un DIU cuivre posé il y a 5 ans, et ses dernières règles datent d'il y a 4 mois.

7) Que proposez-vous concernant son DIU cuivre ? (plusieurs réponses possibles)

Laisser celui-ci en place Le retirer et en poser un nouveau Le retirer et utilisation d'un autre mode de contraception si nécessaire Autre :

8) Vous cherchez à savoir si elle utilise des moyens de protection contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

9) Vous proposez au couple un dépistage IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

10) Vous lui recommandez un frottis tous les 3 ans Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mme V, 38 ans, vous a depuis longtemps précisé qu'elle était lesbienne et a, depuis ses 17 ans, eu plusieurs relations amoureuses, et n'a actuellement pas de partenaire fixe.

11) Vous évaluez avec elle ses besoins en termes de contraception

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

12) Vous cherchez à savoir si elle utilise des moyens de protection contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

13) Vous lui recommandez des dépistages IST réguliers

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

14) Vous lui recommandez un frottis tous les 3 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Elle vous signale cependant qu'elle a eu récemment un rapport avec un homme, mais qu'elle ne sait pas si elle va réitérer l'expérience.

15) Vous évaluez avec elle ses besoins en termes de contraception

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

16) Vous cherchez à savoir si elle utilise des moyens de protection contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

17) Vous lui recommandez des dépistages IST réguliers

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

18) Vous lui recommandez un frottis tous les 3 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mme B, 47 ans, récemment divorcée de son mari après 20 ans de mariage et 3 enfants, vient vous voir car elle a un nouveau compagnon. Elle a un DIU cuivre posé il y a 5 ans, et ses dernières règles datent d'il y a 4 mois.

19) Que proposez-vous concernant son DIU cuivre ? (plusieurs réponses possibles)

Laisser celui-ci en place Le retirer et en poser un nouveau Le retirer et utilisation d'un autre mode de contraception si nécessaire Autre :

20) Vous cherchez à savoir si elle utilise des moyens de protection contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

21) Vous proposez au couple un dépistage IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

22) Vous lui recommandez un frottis tous les 3 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mme Y, 37 ans, qui a depuis ses 19 ans eu plusieurs relations amoureuses, n'a actuellement pas de partenaire fixe.

23) Vous évaluez avec elle ses besoins en termes de contraception

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

24) Vous cherchez à savoir si elle utilise des moyens de protection contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

25) Vous lui recommandez des dépistages IST réguliers

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

26) Vous lui recommandez un frottis tous les 3 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Mme K, 21 ans, vient vous voir car elle a une petite amie et vient d'avoir ses premières relations sexuelles avec elle.

27) Vous lui proposez une contraception Oui Plutôt oui Plutôt non Non

28) Vous cherchez à savoir si elle a utilisé un moyen de prévention contre les IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

29) Vous proposez au couple un dépistage IST

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

30) Vous l'informez qu'il faudra entreprendre le premier frottis à 25 ans

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Partie 3 : afin d'analyser vos réponses

31) Vous identifiez-vous comme :

un homme une femme non binaire autre réponse, précisez : Je ne souhaite pas me prononcer

Ce genre correspond-il à celui qui vous a été assigné à la naissance ? Oui Non Je ne souhaite pas me prononcer

32) Avez-vous, vous-même, exclusivement ou occasionnellement, des relations sexuelles avec une personne du même genre que le vôtre ?

Oui Non Je ne souhaite pas me prononcer

33) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

25-35 ans 35-45 ans 45-55 ans 55-65 ans > 65 ans Je ne souhaite pas me prononcer

34) Exercez-vous majoritairement en milieu :

Urbain Rural Semi-rural Je ne souhaite pas me prononcer

35) Inscrivez ici le numéro de votre département d'exercice :

36) A quelle fréquence pratiquez-vous des actes dans le domaine du suivi gynécologique :

Jamais Rarement Souvent Toujours Je ne souhaite pas me prononcer

Commentaires libres : attention à ne pas donner d'information permettant de vous identifier. Si vous souhaitez nous contacter, veuillez à utiliser une des adresses e-mail mentionnées en début de questionnaire.

Annexe 2 : engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL



Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL

pour un traitement mis en œuvre dans le cadre d'une thèse de médecine générale
(document à communiquer obligatoirement au DPO avec le dossier à instruire)

1. Informations sur le déclarant

Responsable de traitement **Université Grenoble Alpes (UGA)**
Délégué à la protection des données (DPO) **DPO@univ-grenoble-alpes.fr**
Unité responsable de la mise en œuvre **UFR de médecine**
Département de médecine générale (DMG)
Pôle santé, domaine de la Merci, place du Commandant Nal, 38700 La Tronche
doyen.medecine@univ-grenoble-alpes.fr
Réfèrent métier au DMG **Dr Yoann Gaboreau**
yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr

2. Information sur le traitement mis en œuvre pour la thèse

Finalité (titre court) : *Offensive de suivi gérontologique et unicité des FSF.*
Investigateur.trice principale (thésard.e) : *DRS MARINE OTTAVIO*
Le traitement entre-t-il dans le cadre d'une méthodologie de référence ? (1 choix)
 MR-003 *Recherches impliquant la personne humaine dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement* de la personne concernée*
 MR-004 *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*
 Le traitement n'entre pas dans le cadre d'une méthodologie de référence

3. Transferts de données hors UE

NON
 OUI (consulter la liste des pays offrant un niveau de protection adéquat et justifier auprès du DPO)

4. Engagement du responsable de mise en œuvre (directeur.trice de thèse)

Identité et qualité *Dr Sabine BAYEN - assistante de confidentialité au DDE de L'UGA*
Contact mail *sabine.bayen @ univ-grenoble-alpes.fr*
Date *16 / 04 / 19*
Signature *S. Bayen*

Avertissement

Les données personnelles dans ce formulaire sont nécessaires à la validité de ce document et sont susceptibles d'être communiquées au responsable du traitement – ou son représentant – et à la CNIL en cas de vérification. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits pour les données qui vous concernent auprès du Délégué à la protection des données de l'UGA DPO@univ-grenoble-alpes.fr

* Attention : l'information préalable reste obligatoire



avril 2019