



HAL
open science

Facteurs liés à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France

Marianne Mitrochine

► **To cite this version:**

Marianne Mitrochine. Facteurs liés à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02947008

HAL Id: dumas-02947008

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02947008v1>

Submitted on 23 Sep 2020

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n°40

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2020 par

Marianne MITROCHINE
Née le 21 juillet 1989 à Roubaix (59)

**FACTEURS LIES A LA REALISATION DU FROTTIS CERVICO-UTERIN CHEZ LES
FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES EN FRANCE**

Directeur de thèse
Monsieur le Pr. Jean-Philippe Joseph

Membres du jury

Pr Simone MATHOULIN-PELISSIER
Dr Sylvie MAURICE
Dr Racha ONAISI
Dr Johanna DAGORN
Pr François ALLA
Pr Jean-Philippe JOSEPH

Présidente
Juge
Juge
Juge
Rapporteur
Directeur

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Professeure Simone MATHOULIN-PELISSIER

Professeure des Universités, Praticienne Hospitalière

Directrice de l'ISPED, Directrice de l'équipe EPICENE, Directrice adjointe du BRIO

Spécialiste en santé publique

Université de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

Docteure Sylvie MAURICE

Maîtresse de Conférences des Universités, Praticienne Hospitalière

Spécialiste en santé publique

Université de Bordeaux et CHU de Bordeaux

Merci pour ton aide précieuse et chaleureuse. Merci pour ces heures de soutien, nombreuses et inestimables, sans lesquelles cette étude n'aurait jamais pu être aussi aboutie. Je mesure la chance que j'ai eue le jour où le Pr Joseph m'a suggéré de te consulter.

Docteure Racha ONAISI

Cheffe de Clinique des Universités en Médecine Générale

Spécialiste en médecine générale

Université de Bordeaux

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. J'ai toujours été admirative de ton engagement au SIMGA et à l'ISNAR-IMG. Je suis heureuse de savoir que tu poursuis en représentant la médecine générale universitaire.

Docteure Johanna DAGORN

Co-directrice des cahiers de la LCD (Lutte Contre les Discriminations)

Chercheuse au Laboratoire Cultures – Education – Société

Chercheuse à l'Observatoire International de la Violence à l'Ecole

Spécialiste en sciences de l'éducation

Université de Bordeaux

Je suis honorée de l'intérêt que vous avez porté à cette recherche dès ses balbutiements. Sociologie et médecine sont des disciplines qui se mêlent en permanence, et je suis ravie que nous en soyons la concrétisation et l'exemple. Merci d'avoir accepté de juger ce travail, et d'avoir su m'aider à débriefer les difficultés rencontrées.

Professeur François ALLA

*Professeur des Universités, Praticien Hospitalier
Chef du service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention
Directeur adjoint de l'ISPED – Formation continue et partenariats
Spécialiste en santé publique
Université de Bordeaux et CHU de Bordeaux*

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma grande considération et gratitude.

Professeur Jean-Philippe JOSEPH

*Professeur des Universités
Coordinateur du DES de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale
Spécialiste en médecine générale
Université de Bordeaux*

Quand cette idée un peu originale est née et que j'en ignorais la pertinence, vous avez été mon premier interlocuteur. Merci de m'avoir immédiatement encouragée et d'avoir su me montrer quelle ampleur cela pouvait avoir. Si cette recherche a été la somme de victoires et de difficultés, vous en avez été le fil conducteur. Votre constance et votre soutien sans faille tout au long de ces mois de travail m'ont fait tenir bon et je vous en suis extrêmement reconnaissante. Merci d'avoir dirigé cette thèse et de votre investissement dans ce projet. Merci de votre disponibilité, des réponses à mes nombreux mails, et de m'avoir fait rencontrer Sylvie Maurice et Johanna Dagorn.

REMERCIEMENTS

A Kevin OUZZANI-TOUHAMI : merci d'avoir donné naissance au modèle d'analyse multivariée de cette étude (et d'avoir su m'en expliquer le fonctionnement !).

A Irwin LOURTET : merci d'avoir résolu mon problème d'ergonomie du questionnaire en ligne et d'avoir créé mes boutons de partage. Tu es l'homme qui murmurait à l'oreille du JavaScript.

A celles et ceux qui ont participé à cette étude : en répondant au questionnaire ou en le diffusant en ligne. C'est grâce à vous que cela a été possible et je vous en remercie.

A ma famille et mes amis : parce que nous sommes la somme de toutes nos rencontres, je me définis à travers l'amour et le soutien que vous avez pu me donner.

A Eve : à qui j'en dirai plus cet été. J'ai hâte !

A mon père.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
AVANT-PROPOS.....	9
PARTIE I : JUSTIFICATION DE RECHERCHE.....	10
1. Contexte.....	11
2. Difficultés méthodologiques spécifiques aux études sur les FSF.....	12
3. Démographie et caractérisation de la population.....	13
3.1. Démographie.....	13
3.2. Caractéristiques socio-économiques.....	13
3.3. Addictions et psychiatrie.....	13
3.4. Surpoids et maladies cardio-vasculaires.....	13
4. Pratiques sexuelles.....	14
4.1. Genre des partenaires.....	14
4.2. Multiplicité des partenaires.....	14
4.3. Age de début de l'activité sexuelle.....	14
4.4. Conduites sexuelles à risque.....	14
5. Frottis cervico-utérin et Human Papilloma Virus.....	15
5.1. Réalisation du frottis.....	15
5.2. HPV chez les FSF.....	15
5.3. Vaginoses bactériennes et HPV.....	16
5.4. Vaccination contre le HPV.....	16
6. Perceptions du risque et FCU.....	16
7. Connaissances et FCU.....	17
8. FSF et parcours en santé.....	17
8.1. Fréquence de consultation.....	17
8.2. Contraception, parité.....	17
8.3. Barrière du coming out.....	17
8.4. De la méconnaissance à l'intolérance.....	18
9. Invisibilité et déssexualisation.....	19
10. Objectif de l'étude.....	19
11. Références bibliographiques.....	21
PARTIE II : ARTICLE.....	30
1. Introduction.....	31
2. Matériel et méthode.....	32

2.1.	Type d'étude	32
2.2.	Description de l'étude	32
2.3.	Participant.es	32
2.4.	Variabiles	32
2.5.	Analyse statistique	33
2.6.	Ethique et protection des données	34
3.	Résultats.....	35
3.1.	Population répondante et population étudiée	35
3.2.	Caractéristiques générales et déterminants potentiels de réalisation du FCU	36
3.3.	Frottis cervico-utérin	41
3.4.	Lien avec la réalisation du FCU, analyse univariée.....	42
3.5.	Lien avec la réalisation du FCU, analyse multivariée.....	53
4.	Discussion.....	57
4.1.	Des taux bas de réalisation du FCU	57
4.2.	Disparités en fonction de l'orientation sexuelle définie par les pratiques : importance de l'activité sexuelle avec des hommes	57
4.3.	Antécédent de rapport sexuel non protégé avec un homme, second indicateur lié à l'activité sexuelle avec des hommes	58
4.4.	Examen gynécologique, antécédents de grossesse et d'IST, contraception, vaccination : les occasions saisies et les occasions manquées.....	58
4.5.	Statut relationnel : les FSF en couple ne vont plus se faire dépister.....	59
4.6.	Alcool : une consommation excessive liée à plus de comportements de dépistage	60
4.7.	Perceptions et connaissances : importance de la perception de risque personnel d'infection à HPV et de leur besoin personnel de réaliser le FCU.....	60
4.8.	Recommandation du FCU : le rôle primordial des médecins.....	60
4.9.	Limites et forces de l'étude.....	61
4.10.	Implications en santé publique de l'enquête Lesbiclear.....	63
4.11.	Pistes pour la recherche.....	64
5.	Conclusion	65
6.	Financements et conflits d'intérêts.....	66
7.	Références bibliographiques.....	67
	RESUME.....	71
	SERMENT MEDICAL.....	72

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

<i>FIGURE 1 - DIAGRAMME DE FLUX. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	35
<i>TABLEAU 1 - CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTES, N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	37
<i>TABLEAU 2- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, ALCOOL, TABAC ET DATE DU DERNIER FCU. N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	42
<i>TABLEAU 3 - ORIENTATION SEXUELLE, DEVOILEMENT DE L'ORIENTATION SEXUELLE ET DATE DU DERNIER FCU. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	43
<i>TABLEAU 4 - AGE DE PREMIER RAPPORT, NOMBRE DE PARTENAIRES, ANTECEDENTS DE RAPPORTS NON PROTEGES AVEC UN HOMME ET DATE DU DERNIER FCU. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	44
<i>TABLEAU 5 - CONTRACEPTION, GROSSESSE, VACCINATION CONTRE LE HPV, DATE DU DERNIER EXAMEN GYNECOLOGIQUE ET DATE DU DERNIER FCU. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	45
<i>TABLEAU 6 - ANTECEDENTS DECLARES DE MYCOSES VAGINALES, DE VAGINOSES, D'IST, INFORMATIONS SUR LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION D'IST LORS DE RELATIONS SEXUELLES ENTRE FEMMES ET DATE DU DERNIER FCU. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	46
<i>TABLEAU 7 - PERCEPTIONS ET DATE DU DERNIER FCU. N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	47
<i>TABLEAU 8 - SCORE DE CONNAISSANCES ET DATE DU DERNIER FCU. N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	48
<i>TABLEAU 9 - ITEMS DE CONNAISSANCES ET DATE DU DERNIER FCU. N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	49
<i>TABLEAU 10 - DECLARATION DE MEDECIN TRAITANT, RECOMMANDATION MEDICALE ET DATE DU DERNIER FCU. N = 711. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	50
<i>TABLEAU 11 – EXPERIENCES DES MEDECINS GENERALISTES, GYNECOLOGUES ET DATE DU DERNIER FCU. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	51
<i>TABLEAU 12 – EXPERIENCES DU FCU ET DATE DU DERNIER FCU. N = 578. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	52
<i>TABLEAU 13 - ANALYSE MULTIVARIEE. ENQUETE LESBICLEAR 2019.</i>	55

LISTE DES ABREVIATIONS

BEH	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
FCU	Frottis Cervico-Utérin
FSF	Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes
FSH	Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LGBT	Lesbienne Gay Bisexuel(le) Transgenre
VB	Vaginose Bactérienne
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

AVANT-PROPOS

Extraits de « avez-vous un commentaire » de l'enquête Lesbiclear 2019 :

« Je lui ai dit mon orientation, il a oublié à la consultation suivante et depuis il me suggère constamment de « me trouver un mec » du coup je n'en parle plus. »

« Ma gynécologue m'a dit que ça ne sert à rien d'aller chez le gynéco pour des examens de routine lorsqu'on est vierge, parce que j'ai pas eu de relations avec des hommes. »

« J'ai dit au médecin du don du sang que j'avais couché avec plusieurs personnes au cours des derniers mois, il m'a dit que je pouvais donner mon sang quand même, parce que pour lui comme ça n'était que des femmes il n'y avait aucun risque. J'ai donné mon sang. »

« Je me sens sans connaissances à ce propos et honteuse de l'être. »

« Aucune prévention n'est réalisée pour les rapports entre femmes. Les informations sur internet sont souvent fausses ou imprécises. »

« A notre époque c'est franchement aberrant que l'on en soit à ce stade de non-information. »

« C'est moi qui aie dû expliquer à l'infirmière du centre de dépistage de ma ville ce qu'est une digue dentaire. »

« La seule fois où j'ai demandé à mon médecin des examens complémentaires pour vérifier l'absence de MST il m'a ri au nez. »

A l'ère de « me too » et du soulèvement contre les violences faites aux femmes, plaçant la femme au premier plan dans notre société moderne, les FSF restent invisibles. Pire, elles sont parfois victimes d'intolérance ou d'ignorance. J'espère que ce travail de recherche aidera à y remédier.

PARTIE I : JUSTIFICATION DE RECHERCHE

1. Contexte

En France, l'infection persistante par un ou plusieurs Human Papilloma Virus (HPV) oncogènes est responsable chaque année d'environ 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (CCU), 500 cancers de la vulve, 300 cancers du vagin et 1100 cancers de l'anus (1).

Le CCU est le dixième cancer chez la femme en France par sa fréquence, il a été responsable de 1117 décès en 2018. La survie à 5 ans des femmes ayant un CCU est comprise entre 84 et 93% pour les cancers de stade I, et de 35% pour les cancers de stade IV. Du fait de son évolution lente et de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables, le CCU fait l'objet d'un dépistage grâce à un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU). En France, jusqu'en 2019, il était recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans tous les 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle. La recherche d'HPV au niveau du col utérin était uniquement recommandée en deuxième intention à la suite de certains frottis présentant des anomalies malpighiennes de signification incertaine (ASC-US) (2,3).

Le HPV se transmet par contact sexuel. On distingue les HPV en fonction de leur oncogénicité potentielle : HPV à bas risque, responsables des condylomes acuminés, et HPV à haut risque oncogène. La grande majorité des femmes infectées par un HPV oncogène ne développe pas de CCU en raison du caractère transitoire de l'infection. Il est supposé que des cofacteurs interviennent pour favoriser l'infection persistante à HPV oncogène (2) :

- La multiplicité des partenaires sexuels notamment récents
- La précocité des rapports sexuels
- L'immunodéficiences (infection par le VIH ou suite à l'utilisation de médicaments antirejet après une greffe par exemple)
- La parité
- Le tabagisme : il augmenterait le risque de CCU (OR = 2) et potentialiserait également l'effet cancérigène du HPV
- L'utilisation prolongée de contraceptifs oraux
- Une co-infection par une autre infection sexuellement transmissible (IST) comme Herpès simplex 2, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae.

Le HPV est classiquement considéré comme étant transmis lors de relations sexuelles hétérosexuelles. Cependant, un nombre croissant d'études ont mis en évidence que le HPV pouvait se transmettre également lors de relations sexuelles entre femmes (4–7), par contact digito-génital (8,9), par contact direct génital-génital (9), et par le biais de vecteurs passifs notamment les sex-toys insertifs (10–14).

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) font pourtant moins réaliser le FCU que les femmes ayant des relations sexuelles avec des hommes (FSH). Aux Etats-Unis, 66% des FSF avaient réalisé un FCU dans les deux ans contre 80% des FSH. Après ajustement sur les facteurs de confusion, elles avaient 9.8 fois plus de probabilité de n'avoir pas réalisé de frottis dans les 3 ans que les FSH (15).

Les FSF font rarement l'objet d'études de santé en France. Dans un travail de thèse réalisé en 2016 parmi un échantillon de 1350 femmes s'identifiant comme lesbienne ou bisexuelle, 60.8% de celles en âge de réaliser le FCU l'avaient effectué dans les 3 dernières années (16), tandis que l'étude Baromètre santé réalisée en 2005 montrait que 83.2% des femmes françaises en âge de faire le FCU déclaraient l'avoir effectué dans les 3 ans (17).

Les causes de ce moindre dépistage chez les FSF n'ont à ce jour jamais été étudiées en France.

C'est de ce constat que l'idée d'étudier les différents facteurs influençant la réalisation du FCU par les FSF françaises est née.

2. Difficultés méthodologiques spécifiques aux études sur les FSF

L'orientation sexuelle d'une femme peut s'apprécier de 3 manières :

- L'attirance sexuelle : qui distingue les femmes attirées par les hommes, les femmes attirées par les femmes et les femmes attirées par les deux sexes, indépendamment de leurs pratiques sexuelles
- L'identité auto-définie de l'orientation sexuelle : la participante interrogée se définit elle-même comme lesbienne, bisexuelle, hétérosexuelle ou autre
- L'orientation sexuelle comportementale : la participante est interrogée sur le genre de ses partenaires sexuels et est ensuite définie comme FSF ou FSH (18).

Dans une étude française, 69% des femmes ayant une attirance pour les femmes n'avaient eu que des rapports avec des hommes (19) ce qui rend très peu fiable l'indicateur de l'attirance sexuelle pour la mesure de l'orientation sexuelle.

L'identité auto-définie de l'orientation sexuelle seule a une fiabilité relative et de nombreuses études relevaient une absence de concordance entre cette autodéfinition de l'orientation sexuelle et les pratiques véritables. Ainsi 10.6% des femmes interrogées dans une étude américaine n'ayant eu que des partenaires femmes dans les 12 mois précédents s'identifiaient comme hétérosexuelles (20). De la même manière, dans une étude française 8.7% des femmes s'identifiant comme lesbiennes avaient eu des rapports avec des hommes dans l'année (21).

La moitié des études sur les femmes appartenant à une minorité sexuelle mesurait l'orientation sexuelle d'une femme grâce à l'identité auto-définie, et 14% par les pratiques sexuelles réelles (22). A noter que la plupart du temps, le terme « FSF » ne se restreint pas aux femmes ayant eu exclusivement des relations sexuelles avec des femmes, et comprend également les femmes ayant eu des relations sexuelles avec les deux sexes.

En prenant en compte les discordances possibles entre autodéfinition et pratiques, il paraissait plus judicieux de mesurer l'orientation sexuelle des femmes par le genre de leurs partenaires mais également par leur identité auto-définie, en y incluant une temporalité (genre des partenaires au cours des 12 derniers mois, au cours de la vie) car les résultats basés sur le comportement sexuel ne doivent pas être généralisés à un groupe identitaire et vice versa (22–24). Un exemple de l'importance de cette double mesure se retrouve dans une étude américaine où les FSF ayant des pratiques sexuelles concordantes avec leur identité auto-définie avaient une bien plus grande probabilité d'avoir eu un FCU dans les 3 ans (97% vs 48%) et une mammographie dans les 2 ans (86% vs 42%) (15).

La méthode d'échantillonnage des femmes appartenant à une minorité sexuelle peut se faire de plusieurs façons. Les échantillonnages de population ou échantillons probabilistes sont à grande échelle et représentatifs. Ils ont cependant un coût dissuasif lorsqu'on veut étudier une problématique concernant les lesbiennes et les bisexuelles qui ne représentent que 1 à 4% de la population (17,25,26). Ils sont utiles pour évaluer la prévalence des lesbiennes et des bisexuelles dans la population, mais restent peu adaptés pour l'étude d'une problématique spécifique. La méthode d'échantillonnage non probabiliste, ou « de convenance », a l'avantage d'un coût moindre bien qu'elle inclut de fait un biais de sélection qu'il faut essayer de minimiser. L'échantillonnage d'une population FSF par le recrutement lors d'événements communautaires a l'inconvénient de recruter uniquement

des participantes actives dans la communauté LGBT (lesbienne gay bisexuel(le) transsexuel(le)). Le recrutement sur internet semble être le plus adapté car il permet un bon échantillonnage et peut potentiellement aider à recruter des personnes que l'on a du mal à recruter par d'autres moyens, notamment les personnes vivant en milieu rural. La possibilité de partager une enquête sur les réseaux sociaux et par mail peut également permettre d'obtenir un effet boule de neige. Il ne permet pas cependant de connaître le taux de réponse et exclut les personnes n'ayant pas accès à internet (24).

3. Démographie et caractérisation de la population

3.1. Démographie

Les femmes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes au cours des 12 derniers mois représentaient 1% des femmes de 18 à 69 ans interrogées en France lors de la grande enquête « Contexte de la sexualité en France » de 2006, dont 60% avaient eu des relations avec des hommes et des femmes, et 40% avec des femmes exclusivement. Ce chiffre montait à 4% si on considérait les partenaires au cours de la vie entière (27). Dans l'étude française « Baromètre santé 2005 » ayant interrogé plus de 16 000 personnes vivant en France, les femmes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes au cours des 12 derniers mois représentaient 1.3% des femmes interrogées (dont 38% exclusivement FSF) (17).

Cette proportion est en constante progression : un sondage IFOP réalisé en 2017 montrait que 10% des 2003 femmes interrogées avaient déjà eu des relations sexuelles avec une femme (1% avec des femmes uniquement, 9% avec des hommes et des femmes) (28).

3.2. Caractéristiques socio-économiques

A travers les études françaises et internationales, les FSF (ou lesbiennes en fonction de la méthode utilisée de définition de l'orientation sexuelle) sont plus susceptibles d'avoir un plus haut niveau d'éducation, d'avoir un emploi et d'avoir de plus hauts revenus que les FSH (4,21,29–32).

3.3. Addictions et psychiatrie

Les femmes se définissant comme lesbiennes et bisexuelles ont une probabilité bien plus forte que les hétérosexuelles d'avoir une ou plusieurs addictions :

- Un tabagisme 2 fois plus fréquent (qui double le risque de développement du CCU et potentialiserait l'effet cancérogène du HPV) et également une prévalence plus forte de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'asthme (2,33–37)
- Un risque augmenté de consommation de drogues illicites, que ce soit dans l'année ou au cours de la vie (21,37–39) et 5.61 fois plus de risque d'avoir une dépendance à la drogue (40)
- Un risque deux fois plus important de « binge drinking » et d'alcoolisme (21,29,33,41,42)

Elles présentent également deux fois plus de risque d'épisode de dépression caractérisée et trois fois plus de probabilité d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (17) ainsi qu'un plus fort taux d'antécédent d'agression sexuelle (OR=2.32) ou de violences conjugales (OR=1.55) (37).

3.4. Surpoids et maladies cardio-vasculaires

Dans une société où l'obésité représente un grave problème de santé publique, les FSF sont une population particulièrement à risque d'être en surpoids (OR=1.96) ou obèse (OR=3.3) (43).

Le tabagisme et l'obésité ne sont pas les seuls facteurs de risque cardio-vasculaire à forte prévalence chez les FSF. Dans une étude américaine, les lesbiennes avaient plus de probabilité d'avoir une pathologie chronique notamment le diabète (OR=1.23). Elles avaient un plus haut risque cardio-

vasculaire global (OR=1.63) et presque deux fois plus d'antécédents d'accident vasculaire cérébral (PR=1.96) (37,44).

4. Pratiques sexuelles

4.1. Genre des partenaires

En moyenne 80% des femmes se définissant comme lesbiennes ont un antécédent de relations sexuelles avec des hommes, dont 6 à 8% dans l'année (31,45–47), et 20% n'ont eu des relations sexuelles qu'avec des femmes au cours de leur vie (31,48,49).

4.2. Multiplicité des partenaires

Le nombre de partenaires sexuels des femmes françaises est en progression (26), et c'est d'autant plus vrai pour les FSF. Elles ont en effet un nombre plus élevé de partenaires sexuels (homme ou femme) que les FSH : dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » 51% des femmes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes dans l'année avaient eu plusieurs partenaires dans l'année contre 7.5% des FSH (27). Les femmes se définissant comme lesbiennes avaient le même nombre médian de partenaires sexuels masculins que les femmes exclusivement hétérosexuelles (21). Les femmes ayant des relations sexuelles avec les deux sexes avaient le plus grand nombre de partenaires au cours de leur vie, 15 en moyenne, contre 2.8 en moyenne pour les FSF exclusives et 4.3 pour les FSH exclusives (27).

4.3. Age de début de l'activité sexuelle

L'enquête « Contexte de la sexualité en France » trouve un âge moyen du premier rapport sexuel à 17.6 ans pour l'ensemble des femmes (26). Mais différentes recherches ont montré que les lesbiennes et les bisexuelles étaient plus susceptibles d'avoir débuté leur activité sexuelle plus jeune (50,51). Dans une étude française de 2003 l'âge moyen du premier rapport était de 16.8 ans pour les FSF et de 18.5 ans pour les autres femmes (52).

4.4. Conduites sexuelles à risque

L'enquête française « Baromètre santé 2010 » a montré qu'être FSF triplait la probabilité d'avoir des pratiques sexuelles à risque, définies dans cette étude comme la multiplicité des partenaires et l'absence de protection lors de rapports avec un nouveau partenaire (25). Ces résultats concordent avec ce qui a été décrit aux Etats-Unis : être lesbienne, bisexuelle, FSF exclusive ou FSF non exclusive était associé avec un plus fort taux de comportements à risque de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), définis dans l'étude comme étant la toxicomanie intra-veineuse, avoir 4 ou plus de partenaires sexuels au cours de la vie, 2 ou plus de partenaires au cours des 3 derniers mois, les antécédents de grossesse, d'IST, et l'absence d'utilisation de préservatif lors du dernier rapport sexuel (53).

Comme décrit précédemment, environ 80% des lesbiennes avaient un antécédent de rapports sexuels avec des hommes. Aux Etats-Unis il a été montré que parmi elles, 89% avaient un antécédent de rapport sexuel avec un homme sans préservatif (54).

Les moyens de protection des rapports sexuels entre femmes sont quant à eux très peu connus et encore moins utilisés, souvent considérés comme peu pratiques et peu engageants (55–58). Dans une étude internationale ayant interrogé plus de 1500 FSF de différents pays, l'utilisation de la digue dentaire (pièce de latex à interposer lors des rapports oro-génitaux ou oro-anaux) et de gants en latex étaient très faibles : seulement 3.5% d'entre elles utilisaient régulièrement la digue dentaire

(83.8% ne l'avaient jamais utilisée), et 2.9% les gants en latex (88.6% ne les avaient jamais utilisés) (59). L'utilisation de sex-toys insertifs concernait 44.4% des FSF (60). Leur utilisation augmentait la prévalence d'infections sexuellement transmissibles (OR 2.7) (61). Lors du partage de sex-toys insertifs les moyens de limitation de transmission d'IST sont leur nettoyage et l'utilisation de préservatifs, or ces méthodes étaient largement sous utilisées : seulement 10 à 26% utilisaient régulièrement un préservatif sur les sex-toys insertifs (47,59,62–64), et dans 12 à 22% des cas ils n'étaient pas lavés avant d'être partagés (47,65).

5. Frottis cervico-utérin et Human Papilloma Virus

5.1. Réalisation du frottis

Il n'existe pas d'étude française quantitative comparant directement le taux de réalisation du FCU des FSF et des FSH, et aucune étude française n'a exploré les facteurs influençant la réalisation du FCU chez les FSF. En France les seules données disponibles sont issues d'un travail de thèse réalisé en 2016 qui montrait que 60.8% des femmes lesbiennes ou bisexuelles déclaraient avoir réalisé un FCU dans les 3 dernières années (16).

En comparaison, 83.2% des femmes françaises en âge de faire le FCU déclaraient l'avoir effectué dans les 3 ans dans l'étude Baromètre santé 2005 (17). Un état des lieux du dépistage du CCU, publié en septembre 2019 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) par Santé Publique France, fait état d'une taux de dépistage de 58.7% parmi les 25-65 ans sur la période 2015-2017 (66). Ces différences de taux de recours au dépistage proviennent du mode de recueil. Pour le Baromètre santé 2005, il s'agit d'un taux déclaratif de recours au FCU, tandis que dans le BEH les taux ont été calculés à partir des données de l'Assurance Maladie (17,66). Il a déjà été montré que le mode de recueil déclaratif tend à surestimer le taux réel de dépistage (67,68), tandis que les données de l'Assurance Maladie sous-estiment le taux réel car ne prenant pas en compte tous les FCU réalisés en milieu hospitalier notamment dans les centres de planning familial (66).

Il a tout de même été montré dans de très nombreuses études internationales que les lesbiennes et les bisexuelles (ou FSF en fonction de la définition de l'orientation sexuelle par l'étude) sont moins susceptibles que les hétérosexuelles (ou FSH) d'avoir fait réaliser récemment un FCU de dépistage (OR=0.5), et qu'elles le font moins régulièrement (OR=0.48) (15,29,42,50,69–71). Entre 12 et 24% d'entre elles n'ont jamais fait réaliser de FCU au cours de leur vie (16,61,62,71–73).

Au sein même des FSF il existe une disparité dans le dépistage en fonction de leurs pratiques sexuelles. En effet les FSF n'ayant aucun antécédent de relations sexuelles avec des hommes au cours de leur vie sont beaucoup moins susceptibles d'avoir fait le FCU régulièrement que les femmes ayant eu des partenaires femmes et hommes (46% vs 66.7%). Elles sont également plus nombreuses à n'avoir jamais eu de FCU par rapport aux FSF ayant des antécédents de relations sexuelles avec des hommes (41% vs 19%) (48,74).

5.2. HPV chez les FSF

Il est donc établi qu'il existe un moindre dépistage par le FCU chez les FSF. Elles sont pourtant également à risque d'infection par le HPV car, d'une part elles ont pour 80% d'entre elles un antécédent de relations sexuelles avec des hommes, et d'autre part la transmission du HPV est possible aussi lors des relations sexuelles entre femmes.

Ainsi entre 15 et 27% des lesbiennes (ou FSF en fonction des études) ont un antécédent d'anomalie du FCU, et 19% des FSF n'ayant aucun antécédent de contact sexuel avec un homme ont un antécédent d'anomalie du FCU (7,50,54,70,72,75,76). Dans une étude américaine de 2001 ayant effectué des prélèvements génitaux et des FCU chez des FSF, l'ADN du HPV a été détecté chez 6.1% des FSF n'ayant aucun antécédent de contact sexuel avec un homme, et 28% des FSF ayant un FCU anormal n'avaient jamais eu de contact sexuel avec un homme (4).

Dès les années 90 il a été suspecté que le HPV pouvait se transmettre via des vecteurs passifs et en 1986 l'ADN d'HPV était retrouvé sur différents prélèvements de speculum en métal après lavage, suggérant la nécessité de la stérilisation par autoclave du matériel gynécologique (10,11). Une étude suisse de 2016 ayant effectué des prélèvements sur des colposcopes, des poignées de lampes d'examen gynécologique et des tubes de gel pour échographie retrouvait des traces d'HPV sur 18% des échantillons, avec notamment 55% de positivité des colposcopes (13). Une étude américaine de 2014 a étudié l'efficacité du nettoyage avec un produit du commerce des sex-toys insertifs à l'aide de prélèvements effectués avant et après nettoyage. Même 24 heures après nettoyage, des traces d'HPV sur les sex-toys utilisés pouvaient être retrouvées (12).

De la même manière, l'ADN d'HPV a été retrouvé sur des prélèvements de doigts de patients et patientes porteurs de verrues génitales, ce qui suppose possible la transmission du HPV par contact digito-génital également (8).

5.3. Vaginoses bactériennes et HPV

Des études récentes ont montré qu'avoir une vaginose bactérienne (VB) doublerait le risque d'infection persistante à HPV. Or une prévalence plus élevée de VB a été observée chez les FSF (45,77–83). Cette prévalence est positivement liée au tabagisme (OR=2.65), à l'exposition à une nouvelle partenaire sexuelle féminine (notamment si celle-ci avait un antécédent de VB ou une infection actuelle OR de 2.51 à 3.99), à la multiplicité des partenaires sexuelles féminines dans l'année (OR=1.6), au fait d'être sujet récepteur de pratiques oro-génitales, à l'absence de nettoyage des sex-toys avant usage, et aux pratiques oro-anales avec une partenaire féminine (64,77,82,84–86). Après prélèvements vaginaux chez des couples lesbiens, 87% des couples de lesbiennes avaient une flore vaginale concordante, et dans un échantillon de 31 couples porteurs de lactobacille, des souches identiques et uniques étaient présentes dans 23 couples sur 31 (74%) (77,87). Ces résultats semblent indiquer que les infections de type VB pourraient se transmettre lors de rapports sexuels entre femmes, et par la suite favoriseraient l'infection persistante à HPV.

5.4. Vaccination contre le HPV

Il n'existe pas à ce jour d'étude française ou internationale pouvant suggérer une disparité dans la vaccination anti-HPV en fonction de l'orientation sexuelle.

6. Perceptions du risque et FCU

Alors que « craindre un CCU » est un facteur favorisant la réalisation du FCU dans la population générale (17), 51% des lesbiennes pensent que le risque de CCU des lesbiennes est inférieur à celui des hétérosexuelles. Parmi celles n'ayant jamais réalisé de FCU, 41% affirment ne l'avoir jamais fait car elles n'en ont pas besoin. (88).

Les FSF se perçoivent de manière générale à moindre risque d'infection à HPV, et la majorité d'entre elles pensent que les comportements de réduction des risques de transmission d'IST concernent

surtout les hétérosexuelles, associant les IST aux relations sexuelles avec les hommes (56,58,75). 22% pensent qu'elles nécessitent moins de faire un FCU que les hétérosexuelles, croyance allant jusqu'à 41% chez les FSF « exclusives » (48).

7. Connaissances et FCU

La perception du risque d'infection à HPV et de CCU est plus importante chez les lesbiennes qui ont de meilleures connaissances des facteurs de risque et des pathologies liées à cette infection (89).

Or les connaissances des FSF en matière de risque de transmission d'IST (notamment du HPV) lors de relations sexuelles entre femmes, de moyens prévention de cette transmission, de la pathogénicité du HPV et de l'utilité du frottis sont faibles (7,57,63,90). La méconnaissance de l'histoire naturelle de la maladie, du cancer et de son pronostic, de sa prévention et de son dépistage, est un frein au dépistage par le FCU reconnu par la HAS et retrouvé dans les études sur les minorités sexuelles, alors qu'avoir des connaissances sur le sujet est un facteur favorisant le dépistage (2,91).

Alors que 40% des lesbiennes sont inquiètes de la possibilité de transmission d'IST entre femmes, elles ne sont que 6% à savoir que le HPV est transmissible entre femmes (7,65).

8. FSF et parcours en santé

8.1. Fréquence de consultation

Selon l'étude française « Baromètre santé 2005 », avoir consulté un médecin généraliste ou un gynécologue dans l'année augmentait la probabilité d'avoir réalisé un FCU dans les 3 ans (17). Or de nombreuses études internationales ont mis en évidence que les lesbiennes ou les FSF avaient moins de probabilité que les hétérosexuelles d'avoir eu un examen médical de routine ou une consultation gynécologique dans l'année, et étaient plus nombreuses à n'avoir jamais eu d'examen gynécologique au cours de leur vie (36,73,92). Elles ont par ailleurs une moins bonne continuité de soins avec leur médecin généraliste et un moins bon score de satisfaction (70). Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » les FSF exclusives étaient plus nombreuses que dans tous les autres groupes à n'avoir jamais consulté de gynécologue (8% vs 1%) et à n'avoir jamais eu de prélèvement vaginal (21% vs 6%) (27).

8.2. Contraception, parité

La contraception et les grossesses sont des motifs fréquents amenant à consulter un médecin gynécologue ou généraliste, et sont toutes les deux associées positivement à la réalisation du FCU (74). Cela peut constituer des opportunités manquées de réalisation du FCU chez les FSF car elles sont plus nombreuses à n'avoir aucune méthode contraceptive (40% vs 19%) et sont moins susceptibles d'avoir été enceintes (54% vs 79%) que les FSH (52). Une étude américaine de 2014 a calculé que la plus faible prévalence d'utilisation de contraceptif chez les femmes lesbiennes expliquait 8.6% des disparités d'intention de réalisation du FCU et 36.1% des disparités de réalisation effective du FCU (93).

8.3. Barrière du coming out

Lorsque les FSF consultent un médecin, la problématique du « coming out » est souvent déterminante dans leur prise en charge. Alors qu'avoir un médecin régulier et d'être « out » auprès de lui augmente la probabilité d'avoir réalisé le frottis récemment (17,54,72), elles sont nombreuses à ne pas divulguer

leur orientation sexuelle au médecin qu'elles consultent (54,72,94). La peur de la réaction du médecin, de la stigmatisation, d'une baisse de la qualité des soins, de l'homophobie, ainsi que de mauvaises expériences avec un médecin suite à la révélation de leur orientation sexuelle dans le passé sont des exemples de causes de non divulgation (61,94–96). Il existe par ailleurs une présomption d'hétérosexualité omniprésente dans les discours des médecins, dans leur façon de formuler les questions de manière non inclusives, notamment sur la contraception, qui constitue une réelle barrière au « coming out » (97,98).

Il existe une défiance des FSF envers les médecins. On peut rappeler que la France a classifié l'homosexualité comme maladie mentale jusqu'en 1981 (1993 pour l'Organisation Mondiale de la santé), et qu'elle n'a été entièrement dépénalisée qu'en 1982 à l'initiative du ministre de la justice de l'époque Robert Badinter (99). L'appréhension de la réaction du médecin face à leur orientation sexuelle ou de mauvaises expériences passées les amènent à avoir des stratégies adaptatives telles que la recherche d'un médecin « friendly » et l'évitement actif des questions ayant trait à la sexualité (100,101). En France il existe ainsi deux sites internet pour les patientes recherchant un médecin friendly : le site gynandco.wordpress.com qui répertorie des gynécologues friendly recommandés par les participantes, et le site medecin-gay-friendly.fr qui répertorie les médecins ayant volontairement souhaité apparaître comme friendly (102,103).

8.4. De la méconnaissance à l'intolérance

Les médecins quant à eux demandent rarement l'orientation sexuelle de leurs patientes, alors que selon la grande majorité d'entre elles il suffirait que le médecin leur pose la question pour qu'elles le révèlent (95,96,104,105). Manque d'expertise sur la santé lesbienne, contrainte de temps, inconfort sur le sujet, absence d'apprentissage spécifique au cours des études médicales, homophobie, mènent parfois les médecins à éviter activement la question de l'orientation sexuelle par peur « d'ouvrir la boîte de pandore » (106–109).

La majorité des médecins interrogés estime que leur manque de connaissances sur la santé des FSF et sur le vocabulaire à utiliser est la barrière principale à toute discussion sur la santé sexuelle pendant la consultation (107,108,110,111). Aux Etats-Unis le temps moyen consacré pendant les études médicales à l'homosexualité était estimé à 3h26. Combien de ce temps était consacré aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et au VIH ? (112). Cette méconnaissance se traduit par un sentiment de malaise à la fois chez les médecins et chez les FSF, et elles sont nombreuses à valoriser l'importance d'avoir un médecin au courant des problématiques de santé des FSF, ce qui est d'ailleurs lié à une plus forte probabilité d'avoir fait réaliser un FCU dans les temps (56,72,113).

Plus grave, cette absence de connaissances peut mener à des recommandations erronées de la part des médecins. Aux Etats-Unis 10% des femmes n'ayant pas eu de FCU récent déclaraient que c'était parce qu'un médecin leur avait dit que cela n'était pas nécessaire si elles n'étaient pas sexuellement actives avec des hommes (4). Cette proportion n'est pas connue en France mais ces déclarations d'inutilité du FCU et du suivi gynécologique de la part de médecins sont également évoquées dans des études qualitatives (16,56).

Le rapport annuel effectué par l'association SOS homophobie a montré une augmentation de 15% du nombre d'agressions LGBTphobes en 2017. Cela intervient dans une société française où le débat public sur le « mariage pour tous » en 2013, projet porté par Christiane Taubira, ministre de la justice à l'époque, a permis la création de collectifs « anti » dont a émergé une homophobie et une lesbophobie décomplexée. En attestait un très fort pic d'agressions homophobes en marge des manifestations contre le mariage pour tous (114). Être FSF s'apparente à une « double peine », puisqu'elles s'exposent à la fois à l'homophobie et au sexisme (115). Dans l'enquête sur la lesbophobie

de 2015, 59% des FSF ont vécu de la lesbophobie au cours des deux dernières années, si bien que 18% d'entre elles ne manifestaient jamais d'affection à leur partenaire en public, et 63% se réfrénaient d'avoir des gestes affectifs par peur de réactions hostiles. 2% des actes de lesbophobie rapportés au cours des deux dernières années concernaient le corps médical : 39% d'un(e) gynécologue, 9% d'un(e) médecin de famille et 29% au sein d'une structure hospitalière. Dans 64% des cas la personne en cause était une femme (116). Nombreuses sont les FSF ayant vécu de la stigmatisation, de l'incompréhension, de l'inconfort, de la condescendance, de l'homophobie, une prise en charge inadaptée, voire même des refus de soins de la part de médecins, amenant certaines femmes à tout faire pour ne plus voir de médecins, se résignant à se débrouiller seules (16,56,97,98,100,117). On peut noter qu'en 2007 aux Etats-Unis 9% des médecins interrogés déclaraient qu'ils arrêteraient d'orienter leurs patients à un confrère pédiatre s'ils apprenaient qu'il était homosexuel, et que 3% pensaient qu'un étudiant hautement qualifié ne devrait pas être accepté en faculté de médecine s'il était homosexuel (109).

9. Invisibilité et déssexualisation

La population dite « lesbienne » est réputée invisible. Elle est absente des campagnes d'informations de prévention des IST que ce soit dans le domaine public, privé, médical, et même au sein de la communauté et de l'associatif LGBT (7,55,118,119).

Il existe une certaine croyance que les relations sexuelles entre femmes ne sont pas du « vrai » sexe. Jusqu'au XIX^{ème} siècle on parlait davantage de « tendres amitiés » pour évoquer les relations de deux femmes entre elles. Elles n'existeraient socialement qu'au travers des fantasmes masculins, ce qui est favorisé par la récupération de leur sexualité par la pornographie pour attiser le désir masculin, et où leurs rapports sexuels sont la plupart du temps non pénétrants et considérés comme des préliminaires à l'intervention de l'acteur masculin (7,60).

Cette invisibilité dans les campagnes de prévention et leur déssexualisation véhiculent ainsi l'idée que la sexualité entre femmes est forcément « safe » dans l'esprit des femmes et des soignants. Comme on l'a pourtant vu précédemment, être FSF augmente le risque de conduites sexuelles à risque et de nombreuses IST sont possiblement transmissibles entre femmes en plus du HPV et des vaginoses bactériennes, telles que *Trichomonas Vaginalis*, *Chlamydia Trachomatis*, l'herpès génital et la syphilis (9,45,120–122). La transmission du VIH entre femmes, bien que rare, a déjà été décrite également (123,124).

10. Objectif de l'étude

La revue de la littérature a montré qu'il existait un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus par le FCU des FSF, alors qu'elles étaient tout autant à risque d'infection par le HPV que le reste des femmes.

Leur invisibilité dans notre société en fait une population perçue à tort comme « safe », que ce soit par les FSF elles-mêmes ou par les médecins. La peur de la discrimination à l'évocation de leur sexualité et les mauvaises expériences passées constituent également une réelle barrière à l'accès aux soins gynécologiques, déjà rendus moins fréquents par une plus faible prévalence de grossesses et d'utilisation de contraceptif.

Il n'existe à notre connaissance aucune étude française pouvant expliquer la disparité de réalisation du FCU chez les FSF. Toutes les pistes évoquées relèvent d'études internationales, mais n'ont jamais été éprouvées en France.

L'objectif de notre étude est de chercher à identifier quels sont, en France, les facteurs liés à la réalisation du FCU chez les FSF. L'hypothèse de travail est que la réalisation du FCU est dépendante non seulement des pratiques sexuelles des FSF (genres des partenaires au cours de l'année, au cours de la vie), de leurs connaissances et de leur perception du risque d'IST, d'infection à HPV et de cancer, mais aussi de leurs expériences avec les médecins généralistes et les gynécologues.

11. Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé - Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité [Internet]. [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite
2. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
3. Hamers FF, Woronoff AS, Réseau français des registres de cancers Francim. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(22-23):410-6.
4. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* juin 2001;91(6):947-52.
5. O'Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus-associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstet Gynecol.* 1 oct 1996;88(4, Part 2):702-3.
6. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis.* 1998;178(6):1604–1609.
7. Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Cult Health Sex.* janv 2009;11(1):67-81.
8. Sonnex C, Strauss S, Gray JJ. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Infect.* oct 1999;75(5):317-9.
9. Singh D, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections and associated conditions among women who have sex with women. *Open Infect Dis J.* 2010;4:128–134.
10. McCance DJ, Campion MJ, Baram A, Singer A. Risk of transmission of human papillomavirus by vaginal specula. *Lancet Lond Engl.* 4 oct 1986;2(8510):816-7.
11. Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Human papillomavirus DNA in fomites on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Int J Gynecol Obstet.* juill 1990;32(3):291-291.
12. Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect.* 1 nov 2014;90(7):529-31.
13. Gallay C, Miranda E, Schaefer S, Catarino R, Jacot-Guillarmod M, Menoud P-A, et al. Human papillomavirus (HPV) contamination of gynaecological equipment. *Sex Transm Infect.* 1 févr 2016;92(1):19-23.

14. Strauss S, Sastry P, Sonnex C, Edwards S, Gray J. Contamination of environmental surfaces by genital human papillomaviruses. *Sex Transm Infect.* avr 2002;78(2):135-8.
15. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* sept 2006;83(5):970-9.
16. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France : réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
17. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé, Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres Santé 2007 608 P. 2007;
18. Sell RL. Defining and measuring sexual orientation for research. In: *The health of sexual minorities.* Springer; 2007. p. 355–374.
19. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. *Nouv Quest Féministes.* 2013;32(1):46–63.
20. Tao G. Sexual Orientation and Related Viral Sexually Transmitted Disease Rates Among US Women Aged 15 to 44 Years. *Am J Public Health.* juin 2008;98(6):1007-9.
21. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J, Michaels S, Group TC. A Multidimensional Measure of Sexual Orientation, Use of Psychoactive Substances, and Depression: Results of a National Survey on Sexual Behavior in France. *Arch Sex Behav.* 1 avr 2014;43(3):607-19.
22. Bauer GR, Jairam JA. Are lesbians really women who have sex with women (WSW)? Methodological concerns in measuring sexual orientation in health research. *Women Health.* 2008;48(4):383-408.
23. Brogan D, Frank E, Elon L, O'Hanlan KA. Methodologic concerns in defining lesbian for health research. *Epidemiol Camb Mass.* janv 2001;12(1):109-13.
24. Meyer IH, Wilson PA. Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *J Couns Psychol.* 2009;56(1):23.
25. Sicard S, Mayet A, Duron S, Richard J-B, Beck F, Meynard J-B, et al. Factor associated with risky sexual behaviors among the French general population. *J Public Health.* 1 sept 2017;39(3):523-9.
26. Bajos N, Bozon M, Groupe CSF. Premiers résultats de l'enquête " Contexte de la sexualité en France. ANRS Inserm Ined Marzo. 2007;
27. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *J Sex Res.* 1 août 2013;50(6):587-97.
28. To Bi or not to bi ? Enquête sur l'attirance sexuelle entre femmes [Internet]. IFOP. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/to-bi-or-not-to-bi-enquete-sur-lattirance-sexuelle-entre-femmes/>

29. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the Importance and Feasibility of Including Sexual Orientation in Public Health Surveys: Health Disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. mars 2010;100(3):460-7.
30. Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, Whitlock E, Charney P, Carter RA. Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. *Arch Fam Med*. oct 2000;9(9):843-53.
31. Zaritsky E, Dibble SL. Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *J Womens Health*. 2010;19(1):125-131.
32. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Violence against women and suicide risk: The neglected impact of same-sex sexual behaviour. *Soc Sci Med*. 1 avr 2006;62(8):2002-13.
33. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Intern Med*. 1 sept 2016;176(9):1344.
34. Gonzales G, Henning-Smith C. Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Community Health*. 1 déc 2017;42(6):1163-72.
35. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? (United States). *Cancer Causes Control CCC*. oct 2004;15(8):797-803.
36. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. states, 2010. *Am J Prev Med*. avr 2014;46(4):337-49.
37. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health. *Am J Public Health*. oct 2010;100(10):1953-60.
38. Koh AS. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. *West J Med*. juin 2000;172(6):379-84.
39. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry*. 2003;183(6):552-558.
40. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 18 août 2008;8:70.
41. Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. Adult Health Behaviors Over the Life Course by Sexual Orientation. *Am J Public Health*. févr 2012;102(2):292-300.
42. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med*. déc 2000;9(10):1043-51.
43. Boehmer U, Bowen DJ. Examining factors linked to overweight and obesity in women of different sexual orientations. *Prev Med*. 1 avr 2009;48(4):357-61.

44. Jackson CL, Agénor M, Johnson DA, Austin SB, Kawachi I. Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 17 août 2016 [cité 2 oct 2018];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4989521/>
45. Skinner CJ, Stokes J, Kirlew Y, Kavanagh J, Forster GE. A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Med*. août 1996;72(4):277-80.
46. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(5):1298–1304.
47. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect*. 2003;79(2):147–150.
48. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract*. juin 2000;50(455):481-2.
49. Bergeron S, Senn CY. Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: predictors of risk and resilience. *Women Health*. 2003;37(3):19-35.
50. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med*. 1 janv 2004;38(1):105-13.
51. Tornello SL, Riskind RG, Patterson CJ. Sexual Orientation and Sexual and Reproductive Health Among Adolescent Young Women in the United States. *J Adolesc Health*. 1 févr 2014;54(2):160-8.
52. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. *Homosex Au Temps Sida Tens Soc Identitaires Paris ANRS Coll Sci Soc Sida*. 2003;107–30.
53. Goodenow C, Szalacha LA, Robin LE, Westheimer K. Dimensions of Sexual Orientation and HIV-Related Risk Among Adolescent Females: Evidence From a Statewide Survey. *Am J Public Health*. juin 2008;98(6):1051-8.
54. Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. oct 2000;19(3):141-8.
55. Deruytter N. Perception des infections sexuellement transmissibles chez les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes: une étude qualitative dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
56. 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.
57. Muzny CA, Harbison HS, Pembleton ES, Austin EL. Sexual Behaviors, Perception of Sexually Transmitted Infection Risk, and Practice of Safe Sex Among Southern African American Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis*. mai 2013;40(5):395.
58. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005;37(1):6–12.

59. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. janv 2013;120(1):42-5.
60. Delebarre C. A propos du « lesbian bed death »: quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes. DIUESH, Paris 5; 2018.
61. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. oct 2005;19:S64.
62. Richters J, Song A, Prestage G, Clayton S, Turner R, Richters J, et al. The 2004 Sydney Women and Sexual Health survey.
63. McNair R, Power J, Carr S. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust N Z J Public Health*. févr 2009;33(1):87-93.
64. Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *J Infect Dis*. 2002;185(9):1307–1313.
65. Diamant AL, Lever J, Schuster MA. Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2000;4(2):41–48.
66. Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(22-23):417-23.
67. Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *Int J Womens Health*. 17 janv 2013;5:29-33.
68. Rauscher GH, Johnson TP, Cho YI, Walk JA. Accuracy of Self-Reported Cancer-Screening Histories: A Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Prev Biomark*. 1 avr 2008;17(4):748-57.
69. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep*. mars 2008;19(1):53-64.
70. McNair R, Szalacha LA, Hughes TL. Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. févr 2011;21(1):40-7.
71. Reiter PL, McRee A-L. Cervical Cancer Screening (Pap Testing) Behaviours and Acceptability of Human Papillomavirus Self-Testing among Lesbian and Bisexual Women Aged 21–26 Years in the USA. *J Fam Plann Reprod Health Care*. oct 2015;41(4):259-64.
72. Brown A, Hassard J, Fernbach M, Szabo E, Wakefield M. Lesbians' experiences of cervical screening. *Health Promot J Austr*. 1 janv 2003;14(2):128-32.
73. Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 févr 2010;89(2):205-9.
74. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):e68-73.

75. Eaton L, Kalichman S, Cain D, Cherry C, Pope H, Fuhrel A, et al. Perceived prevalence and risks for human papillomavirus (HPV) infection among women who have sex with women. *J Womens Health* 2002. févr 2008;17(1):75-83.
76. Fish J, Anthony D. UK National *Lesbians and Health Care Survey*. *Women Health*. 12 oct 2005;41(3):27-45.
77. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sex Transm Infect*. oct 2007;83(6):470-5.
78. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 1 oct 2000;76(5):345-9.
79. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women. *Clin Infect Dis*. 15 déc 2011;53(suppl_3):S84-91.
80. Gillet E, Meys JF, Verstraelen H, Bosire C, De Sutter P, Temmerman M, et al. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 11 janv 2011;11:10.
81. Guo Y-L, You K, Qiao J, Zhao Y -m, Geng L. Bacterial vaginosis is conducive to the persistence of HPV infection. *Int J STD AIDS*. août 2012;23(8):581-4.
82. Kero K, Rautava J, Syrjänen K, Grenman S, Syrjänen S. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with persistence of female genital human papillomavirus infection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1 nov 2017;36(11):2215-9.
83. de Castro-Sobrinho JM, Rabelo-Santos SH, Figueiredo-Alves RR, Derchain S, Sarian LOZ, Pitta DR, et al. Bacterial vaginosis and inflammatory response showed association with severity of cervical neoplasia in HPV-positive women. *Diagn Cytopathol*. févr 2016;44(2):80-6.
84. Marrazzo JM, Thomas KK, Fiedler TL, Ringwood K, Fredricks DN. Risks for acquisition of bacterial vaginosis among women who report sex with women: a cohort study. *PloS One*. 2010;5(6):e11139.
85. Vodstrcil LA, Walker SM, Hocking JS, Law M, Forcey DS, Fehler G, et al. Incident Bacterial Vaginosis (BV) in women who have sex with women is associated with behaviors that suggest sexual transmission of BV. *Clin Infect Dis*. 2015;60(7):1042-53.
86. Bailey JV, Farquhar C, Owen C. Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women. *Sex Transm Dis*. nov 2004;31(11):691-4.
87. Marrazzo JM, Antonio M, Agnew K, Hillier SL. Distribution of Genital Lactobacillus Strains Shared by Female Sex Partners. *J Infect Dis*. 1 mars 2009;199(5):680-3.
88. Fish J. Exploring lesbians' health behaviours and risk perceptions. *Divers Health Soc Care*. 2006;3(3).
89. Pelullo CP, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Human Papillomavirus Infection: Knowledge, Attitudes, and Behaviors among Lesbian, Gay Men, and Bisexual in Italy. *PLoS ONE [Internet]*. 8 août 2012 [cité 4 oct 2018];7(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414511/>

90. Polek C, Hardie T. Lesbian women and knowledge about human papillomavirus. *Oncol Nurs Forum*. mai 2010;37(3):E191-197.
91. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2013 [cité 5 sept 2017];13(1). Disponible sur: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-442>
92. Kerr DL, Ding K, Thompson AJ. A Comparison of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Female College Undergraduate Students on Selected Reproductive Health Screenings and Sexual Behaviors. *Womens Health Issues*. 1 nov 2013;23(6):e347-55.
93. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, et al. Influence of hormonal contraceptive use and health beliefs on sexual orientation disparities in Papanicolaou test use. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):319-25.
94. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract*. 21 2016;17(1):162.
95. Rossman K, Salamanca P, Macapagal K. "The doctor said I didn't look gay": Young adults' experiences of disclosure and non-disclosure of LGBTQ identity to healthcare providers. *J Homosex*. 2017;64(10):1390-410.
96. Stein GL, Bonuck KA. Physician-patient relationships among the lesbian and gay community. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2001;5(3):87-93.
97. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs*. août 2006;55(4):407-15.
98. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(4):238-43.
99. Education FTV. 3 dates pour comprendre l'histoire du droit des homosexuels en France [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://education.francetv.fr/matiere/actualite/premiere/article/l-homosexualite-en-france-en-3-dates>
100. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires: inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
101. Eliason MJ, Schope R. Original Research: Does "Don't Ask Don't Tell" Apply to Health Care? Lesbian, Gay, and Bisexual People's Disclosure to Health Care Providers. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 1 déc 2001;5(4):125-34.
102. Gynandco [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>
103. Medecin Gay-friendly [Internet]. Medecin Gay-friendly. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.medecin-gay-friendly.fr/>
104. Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ Youth's Perceptions of Primary Care. *Clin Pediatr (Phila)*. mai 2017;56(5):443-50.

105. Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* déc 2006;160(12):1248-54.
106. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 1 oct 2004;21(5):528-36.
107. Hinchliff S, Gott M, Galena E. « I daresay I might find it embarrassing »: general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community.* juill 2005;13(4):345-53.
108. Stott DB. The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. *Med Teach.* sept 2013;35(9):752-9.
109. Smith DM, Mathews WC. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV: Survey of a California medical society-revisited (PATHH-II). *J Homosex.* 2007;52(3-4):1-9.
110. Westersta^o hl A, Segesten K, Björkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care.* 2002;20(4):203-207.
111. Wittenberg A, Gerber J. Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. *J Sex Med.* févr 2009;6(2):362-8.
112. Wallick MM, Cambre KM, Townsend MH. How the topic of homosexuality is taught at US medical schools. *Acad Med.* 1992;
113. Saulnier CF. Deciding who to see: lesbians discuss their preferences in health and mental health care providers. *Soc Work.* oct 2002;47(4):355-65.
114. Rapport annuel 2018 sur l'homophobie [Internet]. SOS homophobie. 2018 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/rapport-annuel-2018>
115. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre Sex Société* [Internet]. 29 juin 2009 [cité 1 août 2018];(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/951>
116. Enquête sur la lesbophobie (édition 2015) [Internet]. SOS homophobie. 2014 [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015>
117. Swank E, Fahs B, Frost DM. Region, social identities, and disclosure practices as predictors of heterosexist discrimination against sexual minorities in the United States. *Sociol Inq.* 2013;83(2):238-258.
118. 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 ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
119. ChEEk [Internet]. [cité 27 nov 2018]. Disponible sur: <http://m.cheekmagazine.fr/societe/sante-sexuelle-fsf-lesbiennes-bisexuelles-ist/>

120. Carroll N, Goldstein RS, Lo W, Mayer KH. Gynecological Infections and Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women. *J Gay Lesbian Med Assoc.* mars 1997;1(1):15-23.
121. Bauer GR, Welles SL. Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *Am J Public Health.* août 2001;91(8):1282-6.
122. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2004;80(3):244–246.
123. Chan SK, Thornton LR, Chronister KJ, Meyer J, Wolverson M, Johnson CK, et al. Likely female-to-female sexual transmission of HIV--Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 14 mars 2014;63(10):209-12.
124. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 févr 2003;36(3):e40-41.

PARTIE II : ARTICLE

1. Introduction

L'infection persistante par le Human Papilloma Virus (HPV) est responsable de la majorité des cancers du col de l'utérus (CCU). En France il était recommandé de le dépister jusqu'en 2019 grâce à un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU). Il était préconisé chez les femmes de 25 à 65 ans tous les 3 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle (1).

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) font moins souvent réaliser le FCU que les femmes ayant des relations sexuelles exclusivement avec des hommes (FSH)(2). Ce sont des femmes réputées « invisibles », ne bénéficiant que de peu d'informations de prévention ciblée que ce soit dans le domaine public, privé, médical et même au sein de la communauté et de l'associatif LGBT (lesbienne gay bisexuel(le) transgenre) (3). Or, alors que le HPV est classiquement considéré comme étant transmis lors de relations sexuelles hétérosexuelles, un nombre croissant d'études a mis en évidence qu'il pouvait se transmettre également lors de relations sexuelles entre femmes, plaçant les FSF au même niveau de risque de CCU (4,5).

De plus, de précédentes études ont montré que les FSF présentent des facteurs de risque de CCU spécifiques, comme un tabagisme 2 fois plus fréquent (ce qui double le risque de développement d'un CCU) (1,6), un âge plus précoce de début de l'activité sexuelle (7) et une plus grande multiplicité de partenaires sexuels hommes et femmes (8,9). Elles se perçoivent comme moins à risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles (IST) ou de développer un CCU que les FSH (3,10–13). La méconnaissance de l'histoire naturelle de la maladie, du cancer et de son pronostic, de sa prévention et de son dépistage est, comme dans la population générale, un frein au dépistage par le FCU, tandis qu'être informée à ce sujet est un facteur favorisant (1,14). Au sein même des FSF il existe une disparité dans le dépistage en fonction de leurs pratiques sexuelles : les FSF n'ayant aucun antécédent de relations sexuelles avec des hommes au cours de leur vie sont beaucoup moins susceptibles d'avoir fait le FCU régulièrement, et sont davantage susceptibles de ne l'avoir jamais eu, que les FSF ayant des antécédents de relations sexuelles avec des hommes (11,15).

Les expériences qu'ont les FSF des médecins (généralistes ou gynécologues) et des services de santé en général sont également d'importants déterminants de la réalisation du dépistage. Par exemple : moins d'utilisation de moyens de contraception et plus faible parité participent à ce qu'elles consultent moins, notamment les gynécologues (7,16–19). Lorsqu'elles consultent, la problématique du « coming out » est souvent déterminante dans leur prise en charge : avoir un médecin régulier et d'être « out » auprès de lui augmente la probabilité d'avoir réalisé le frottis récemment. Or elles sont nombreuses à ne pas divulguer leur orientation sexuelle au médecin qu'elles consultent (20,21). La peur de la réaction du médecin, de la stigmatisation, de la baisse de la qualité des soins, de l'homophobie, ainsi que de mauvaises expériences avec un médecin suite à la révélation de leur orientation sexuelle dans le passé sont des exemples de causes de non divulgation (22–24).

Afin de déterminer comment améliorer le dépistage du CCU chez les FSF, il faut caractériser et hiérarchiser les facteurs influençant la réalisation du FCU dans cette population. Notre hypothèse de recherche était que la réalisation du FCU par les FSF dépend de leur historique sexuel, de leurs antécédents médicaux, de leurs expériences du FCU et des médecins, de leurs perceptions du risque et de leurs connaissances relatives au HPV et au FCU.

L'objectif de l'enquête LESBICLEAR, menée à l'aide d'un questionnaire auprès de centaines de FSF, était de mesurer l'association entre ces différents facteurs et la réalisation du FCU afin de dégager des pistes d'améliorations du dépistage des FSF.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

L'enquête LESBICLEAR était une étude transversale anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat. La check-list STROBE a été consultée et utilisée pour la rédaction de cet article (25).

2.2. Description de l'étude

Un questionnaire a été élaboré avec le logiciel libre de droits LimeSurvey®, mis à disposition gratuitement sur l'espace numérique de travail de l'Université de Bordeaux, garantissant l'anonymat des participantes. Une activation des cookies permettait d'éviter les participations répétées. Il a été mis en ligne le 19 juin 2019 pour une période de 4 semaines, prolongée 4 semaines supplémentaires comme prévu au protocole de recherche en raison de la persistance d'une forte dynamique de réponses. Une adresse mail dédiée à l'étude a été créée, et un courriel d'invitation à la diffusion de l'enquête contenant le lien URL du questionnaire a été adressé à des associations LGBT et à des sites de presse LGBT. Un article de presse y a été consacré dans le webzine « Jeanne Magazine » ainsi que dans la revue « Le généraliste » (26,27).

Un questionnaire était considéré comme commencé lorsque la participante cliquait sur le bouton de la page d'accueil permettant d'accéder à la première question, et il était considéré comme complet lorsque la participante parvenait à la page de remerciements. Il était considéré comme incomplet si celle-ci n'était pas atteinte.

La première page du questionnaire consistait en une notice d'information aux participantes sur la population ciblée par l'étude, les mentions légales, le caractère anonyme de la participation, et comportait une adresse mail de contact. L'objectif était présenté comme étant l'étude de la santé au sens large des FSF pour ne pas que les femmes ne sachant pas ce qu'était le frottis cervico-utérin ou n'en ayant jamais fait soient dissuadées de répondre. Le questionnaire comprenait 57 questions présentées en sous-groupes : caractéristiques socio-démographiques, autodéfinition de l'orientation sexuelle et l'historique sexuel (nombre et genre des partenaires au cours de la vie et des douze derniers mois, âge du premier rapport sexuel), expériences passées avec les médecins généralistes et les gynécologues, expériences passées relatives au frottis cervico-utérin, antécédents de grossesses, d'utilisation de contraceptifs, de tabagisme et de consommation d'alcool, perception des risques et connaissances relatives au HPV et au frottis.

2.3. Participantes

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient d'être une femme cisgenre résidant en France métropolitaine ou DOM-TOM, âgée de plus de 18 ans, ou de plus de 16 ans tout en étant émancipée, ayant eu au moins un rapport sexuel avec une femme au cours des 12 derniers mois, et dont le questionnaire était complet

2.4. Variables

Le critère de jugement principal de l'étude était la date de réalisation du dernier frottis cervico-utérin : réalisé il y a moins de 3 ans, plus de 3 ans ou jamais réalisé.

L'orientation sexuelle a été précisée à la fois par l'autodéfinition de la participante (lesbienne, bisexuelle, autre, ne souhaite pas répondre) et par le genre des partenaires au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois ce qui a permis de réaliser 3 catégories :

- Les « FSF exclusivement/vie » : ayant eu exclusivement des partenaires femmes au cours de leur vie et au cours des douze derniers mois

- Les « FSF exclusivement/année » : ayant déjà eu des partenaires hommes au cours de leur vie mais n'ayant eu que des partenaires femmes au cours des douze derniers mois
- Les « FSFM année » : ayant eu des partenaires hommes et femmes au cours des douze derniers mois.

La consommation d'alcool a été évaluée à l'aide du score DETA CAGE, internationalement reconnu. Composé de 4 questions, un score supérieur ou égal à 2 suggérait une consommation d'alcool excessive.

Certains résultats portant sur le nombre de partenaires ont été exclus de l'analyse lorsqu'ils étaient à l'évidence originaires de travailleuses du sexe.

Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) ont été mesurés individuellement. Par exemple : « vous a-t-on déjà diagnostiqué une des infections suivantes : syphilis / chlamydiae etc. ». Les participantes pouvaient répondre à chaque item par « oui » ou « non » ou « je ne sais pas ». Si une participante avait répondu « oui » à au moins une de ces 10 questions, il était considéré qu'elle avait un antécédent d'IST, et qu'elle n'en avait pas si elle avait répondu « non » à toutes les questions. Les autres, ayant répondu « je ne sais pas » à au moins une des questions, n'étaient pas incluses pour la variable « avoir un antécédent d'IST ».

Les connaissances ont été évaluées à l'aide de 4 questions, composées au total de 24 items, portant sur le FCU et le HPV. Il s'agissait d'informations certifiées comme « vraies » aux participantes, à qui il était alors demandé de répondre si elles connaissaient déjà ces affirmations ou si nous leur apprenions. Un score de connaissances a été établi en imputant la valeur 1 si la participante connaissait déjà l'information, et la valeur 0 si non. Le score pouvait donc être compris entre 0 et 24.

2.5. Analyse statistique

Les données recueillies ont été exportées du logiciel LimeSurvey® au format Excel® et l'analyse statistique univariée a été réalisée avec le logiciel libre de droits Epi Info 7®. Les variables qualitatives étaient décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne, médiane et écart-type. Les tests du Chi2 et de Mann-Whitney ont été utilisés pour la recherche d'association entre deux variables lors des analyses univariées. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle logistique multinomial. La variable qualitative à expliquer choisie était la date de réalisation du dernier FCU et pouvait prendre 3 valeurs : FCU réalisé il y a moins de 3 ans (valeur de référence), FCU réalisé il y a plus de 3 ans, et FCU jamais réalisé. Après l'analyse univariée, l'ensemble des variables significatives avec $p < 0,20$ et celles qui ont été jugées pertinentes (âge des participantes) ont été intégrées au modèle comme variables explicatives.

Lorsque la variable le permettait, les données manquantes et les modalités « je ne sais pas » ont été remplacées par une méthode d'imputation multiple (Fully Conditional Specification) utilisant des modèles multivariés spécifiques à chaque variable à imputer.

Pour une variable explicative donnée, l'Odd Ratio calculé était le « risque » de présenter l'une des deux modalités du critère de jugement principal (FCU réalisé il y a plus de 3 ans, FCU jamais réalisé) par rapport à la modalité de référence (FCU réalisé il y a moins de 3 ans), et ce par rapport à une modalité de référence précisée pour chaque variable explicative. Ce risque était ajusté sur l'ensemble des autres variables explicatives, exprimé par la phrase « toute chose étant égale par ailleurs ».

Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

2.6. Ethique et protection des données

Le protocole de recherche a fait l'objet d'un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I le 14 juin 2019, et d'une déclaration de conformité à une méthodologie de référence MR003 auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés le 17 janvier 2019.

Le questionnaire et la base de données résultante de l'étude étaient hébergés sur le serveur sécurisé de l'université de Bordeaux et l'investigatrice était seule propriétaire des données recueillies.

Le promoteur, représenté par le département de médecine générale de l'université de Bordeaux, et l'investigatrice se sont engagés à respecter les préconisations conformes de la Loi informatique et libertés, loi 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et la Loi de protection des données, loi 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

3. Résultats

3.1. Population répondante et population étudiée

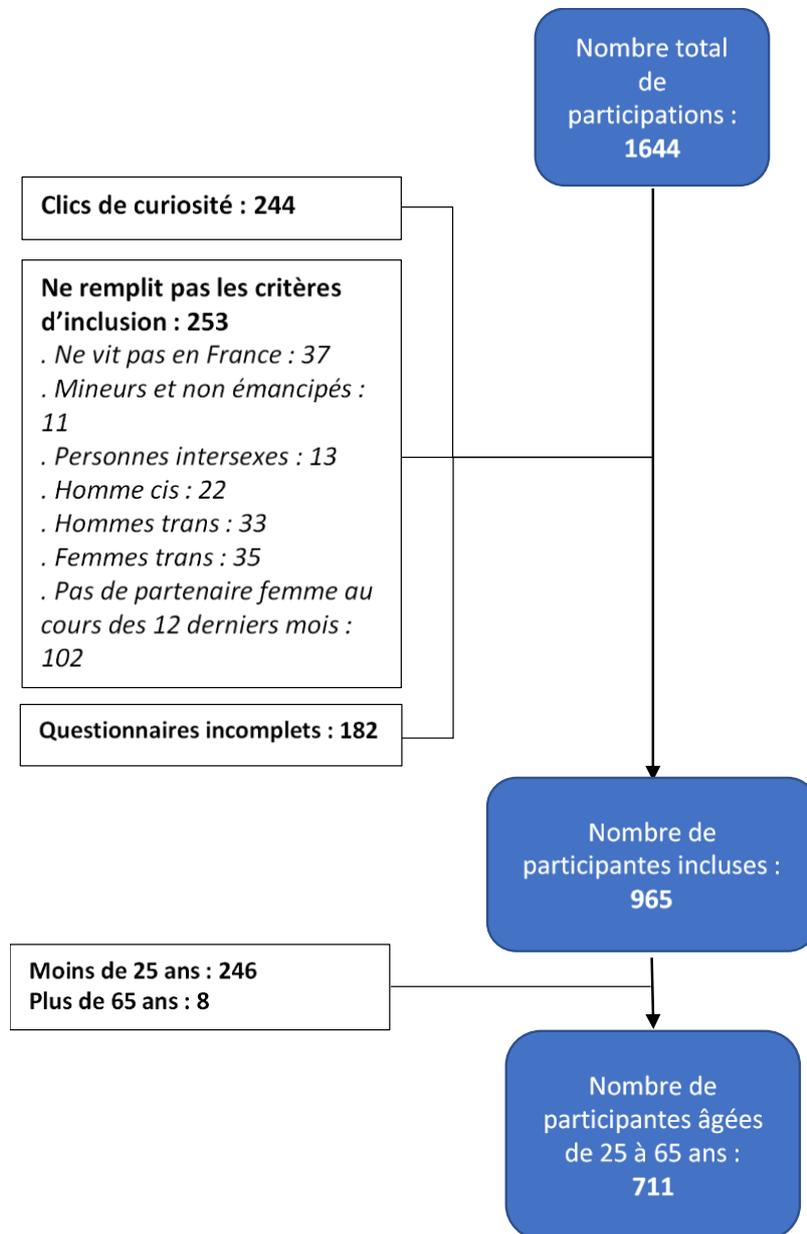


Figure 1 - Diagramme de flux. Enquête LESBICLEAR 2019.

Sur la période de 8 semaines à compter du 19/06/2019 où il a été mis en ligne, le questionnaire a été ouvert 1644 fois : 244 étaient des clics de curiosité, 253 questionnaires ont été exclus à posteriori car ne remplissant pas les critères d'inclusion, et 182 questionnaires se sont avérés incomplets. Au total, 965 participantes ont été incluses dans l'étude. L'âge moyen des participantes était de 32 ans avec un écart-type de 10,4 ans. Elles avaient de 17 à 78 ans. Le critère principal de jugement étant la réalisation du FCU, recommandée en France de 25 à 65 ans, seules les femmes âgées de 25 à 65 ans ont été retenues pour l'analyse. Elles représentaient 73.7% de l'échantillon soit 711 participantes (figure 1).

3.2. Caractéristiques générales et déterminants potentiels de réalisation du FCU

Caractéristiques des participantes

Parmi les participantes de 25-65 ans, la moyenne d'âge était de 35.2 ans (écart-type = 9). Leurs caractéristiques sont présentées dans le Tableau 1. On peut noter que la majorité des participantes (56.1%) avaient réalisé un 2^{ème} ou un 3^{ème} cycle universitaire et que la grande majorité des participantes vivait en milieu urbain.

Les trois quarts d'entre elles déclaraient être en couple (75.1%), et dans 96.1% des cas que leur partenaire était une femme.

Alcool et tabagisme

Un peu plus d'un tiers des participantes (37.4%) avaient un score de Deta-Cage supérieur ou égal à 2, suggérant une consommation d'alcool excessive. Concernant le tabagisme, 30.2% étaient fumeuses, 25.6% étaient anciennes fumeuses et 44.2% étaient non-fumeuse.

Orientation sexuelle

Plus des trois quarts des participantes s'identifiaient comme lesbienne ou homosexuelle (77.5%), 15.6% comme bisexuelle, 2.4% comme pansexuelle et 3.7% comme « autre ». Concernant le nombre et le genre des partenaires : 640 d'entre elles avaient renseigné le nombre et le genre de leurs partenaires au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois. Il a alors été possible de réaliser 3 groupes : les « FSF exclusivement/année », les « FSF exclusivement/vie » et les « FSFM année ». Plus de la moitié (59.5%) étaient des FSF exclusivement/année, 27.8% étaient des FSF exclusivement/vie, et 12.7% des FSFM année.

Dévoilement de l'orientation sexuelle

La majorité des participantes (58.9%, n=419) avaient parlé de leur orientation sexuelle à tous les membres de leur famille. Environ un tiers en avaient parlé à certains membres de leur famille (37.1%, n=264), 3.5% n'en avaient parlé à personne (n=25), et 3 avaient répondu « non concernée ».

Concernant le cercle amical, 8 participantes sur 10 avaient parlé de leur orientation sexuelle à tous leurs amis (82.1%, n=584), 17% en avaient parlé à certains de leurs amis (n=121), 4 à personne et 2 avaient répondu « non concernée ».

Dans le milieu professionnel ou scolaire, la majorité des participantes avaient parlé de leur orientation sexuelle à certains de leurs collègues (58.1%, n=413). Environ 3 participantes sur 10 en avaient parlé à tous leurs collègues (29.8%, n=212), et 1 sur 10 n'en avaient parlé à personne (10.5%, n=75). Le reste avait répondu « non concernée » (1.5%, n=11).

Tableau 1 - Caractéristiques des participantes, N = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	n	%
Age		
25-34 ans	414	58,2
35-44 ans	179	25,2
45-54 ans	88	12,4
55-65 ans	30	4,2
Lieu de résidence		
> 500 000 habitants	260	36,6
Entre 20 000 et 500 000 habitants	227	31,9
< 20 000 habitants	100	14,1
Milieu rural	124	17,4
Statut relationnel		
Célibataire	152	21,4
Divorcée, séparée	24	3,4
Veuve	1	0,1
En couple	326	45,8
Mariée ou pacsée	208	29,2
Plus haut diplôme obtenu		
Jusqu'au BAC ou équivalent	105	14,8
BAC +2 ou 1er cycle universitaire ou équivalent	207	29,1
2ème ou 3ème cycle universitaire ou équivalent	399	56,1
Type de complémentaire santé		
Ne sait pas	9	1,3
Pas de complémentaire santé	32	4,5
Mutuelle étudiante	21	2,9
CMU-C	48	6,7
ACS	9	1,3
Autre complémentaire santé	592	83,3
Auto-définition de l'orientation sexuelle		
Lesbienne ou homosexuelle	551	77,5
Bisexuelle	111	15,6
Pansexuelle	17	2,4
Autre	26	3,7
Ne souhaite pas répondre	6	0,8
Profil de FSF (connu pour 640 répondantes)		
FSFM année	81	12,7
FSF exclusivement/année	381	59,5
FSF exclusivement/vie	178	27,8

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Multiplicité des partenaires, âge du premier rapport sexuel

L'âge déclaré au premier rapport sexuel était en moyenne de 17.7 ans (écart-type 3.2). L'âge déclaré au premier rapport avec un homme était également en moyenne de 17.7 ans (écart-type 3.2). L'âge au premier rapport sexuel avec une femme était en moyenne de 21.4 ans (écart-type 6.1).

Le nombre de partenaires femmes était en moyenne de 8.7 au cours de la vie (N=704, écart-type 11.4), et de 1.5 au cours des 12 derniers mois (N=706, écart-type 1.3). Pour celles ayant déjà eu des relations sexuelles avec des hommes, le nombre de partenaires hommes était en moyenne de 9.3 au cours de la vie (N=510, écart-type 25.2) et de 3.4 au cours des 12 derniers mois (N=79, écart-type 5.32).

Près de la moitié de l'ensemble des participantes avait un antécédent de rapport non protégé avec un homme (48.5%, n=345).

Contraception, grossesse, vaccin contre le HPV, examen gynécologique

La moitié des participantes (51.6%) avaient utilisé une contraception (définie comme « contraception autre que le préservatif, exemple : pilule, implant, stérilet, patch ») par le passé mais n'en utilisaient plus actuellement, 42.3% n'en avaient jamais utilisé et 6% en utilisaient une au moment de répondre au questionnaire.

Près d'un quart des participantes avaient un antécédent de grossesse (24.2%).

Une participante sur cinq était vaccinée contre le HPV (19.5%), 8.9% ne connaissaient pas leur statut vaccinal, et 71.6% n'étaient pas vaccinées.

Concernant l'examen gynécologique complet (défini dans le questionnaire par « palpation mammaire, toucher vaginal et examen au speculum), 39% des participantes en avaient eu un il y a moins d'un an, 25.9% il y a 1 à 3 ans, 16.5% il y a plus de 3 ans et 18.7% n'en avaient jamais eu.

Antécédents de vaginoses et de mycoses vaginales

Plus de la moitié des participantes (51.6%) ont répondu avoir un antécédent de mycose vaginale (définie comme « mycose vaginale ou candida »). Les antécédents de mycoses vaginales étaient plus fréquents chez les FSFM année (65.4%, n=53) que chez les FSF exclusivement/année (54%, n=202, p<0.001) et que chez les FSF exclusivement/vie (38.7%, n=67, p<0.001).

Un quart des participantes (25.1%) ont répondu avoir un antécédent de vaginose (définie comme « vaginose : déséquilibre de la flore, lactobacille, gardnerella vaginalis »). Les antécédents de vaginose étaient plus fréquents chez les FSFM année (38.5%, n=30) que chez les FSF exclusivement/année (25.9%, n=93, p<0.001) et que chez les FSF exclusivement/vie (14%, n=24, p<0.001).

Informations sur la prévention des IST entre femmes, antécédents d'IST

Sur l'ensemble de l'échantillon, moins d'un tiers des participantes (31.8%) avait répondu oui à la question « Aviez-vous déjà reçu des informations de prévention des infections sexuellement transmissibles entre femmes ». Elles avaient reçu ces informations principalement par des associations ou de la presse communautaire (76%) et par internet ou les réseaux sociaux (47.8%). Elles étaient moins nombreuses à répondre avoir reçu des informations de la part de médecins : 12.4% de la part d'un gynécologue, 10.6% d'un intervenant d'un centre de dépistage et 8.4% d'un médecin généraliste. Par ailleurs, 15.9% avaient eu des informations de la part de leurs partenaires, et 8% lors de séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Au total, près d'une participante sur cinq (18.5%) avait un antécédent d'IST, à savoir qu'elle avait répondu « oui » à au moins une des 10 questions « vous a-t-on déjà diagnostiqué » (par ordre décroissant de fréquence) : chlamydiae (6.3%, n=45), HPV (5.3%, n=38), virus herpès simplex génital ou anal (3.5%, n=25), condylomes (3.2%, n=23), mycoplasme (1.4%, n=10), gonocoque (1.4%, n=10), virus de l'hépatite C (0.7%, n=5), virus de l'hépatite B (0.6%, n=4), virus de l'immunodéficience humaine ou VIH (0.4%, n=3), syphilis (0.4%, n=3).

Les antécédents d'IST étaient plus fréquents chez les FSFM année (33.3%, n=25) que chez les FSF exclusivement/année (21.0%, n=74) et les FSF exclusivement/vie (7.7%, n=13).

Perceptions de risques

A la question « Pensez-vous que l'homosexualité féminine expose à des problèmes de santé particuliers ? », la majorité a répondu affirmativement : 41% ont répondu « oui, probablement » (n=293) et 19% « oui, évidemment » (n=135). Les autres avaient répondu « non évidemment » (10.1%, n=72) ou « non, probablement pas » (24%, n=171), et 5.6% ne savaient pas (n=40).

A la question « Selon vous, les relations sexuelles entre femmes exposent à un risque de transmission d'IST », la majorité a répondu « risque modéré » (54%, n=384). Les autres avaient répondu « risque inexistant » (0.9 %, n=6), « risque faible » (30.4%, n=216), « risque fort » (12.4%, n=88), et 2.4% (n=17) ne savaient pas.

Interrogées sur leur nécessité personnelle de réaliser le FCU, plus des trois quarts (77.1%) pensaient qu'elle était « la même que pour une hétérosexuelle » (n=548). Elle était perçue comme « plus faible que pour une hétérosexuelle » pour 16.5% (n=117), voire « pas nécessaire du tout » pour 1.1% (n=8), et « plus forte que pour une hétérosexuelle » pour 1.1% (n=8), et. Le reste ne savaient pas (4.2%, n=30). Les FSF exclusivement/vie étaient le groupe où la perception d'une moindre nécessité de réaliser le FCU était la plus fréquente : 28.9% (n=48), contre 15.4% des FSF exclusivement/année (n=57, p<0.001) et 15.6% des FSFM année (n=12, p<0.001).

Concernant la perception du risque personnel d'infection à HPV, la majorité (56.5%) avait répondu qu'il était « le même que pour une hétérosexuelle » (n=402). Près d'une participante sur dix avait répondu « je ne suis pas à risque » (9.7%, n=69). Le risque était perçu comme « moins fort que pour une hétérosexuelle » pour 19.4% (n=138), « plus fort que pour une hétérosexuelle » pour 2.5% (n=18), et 11.8% ne savaient pas (n=84). Les FSF exclusivement/vie étaient le groupe où la perception d'un moindre risque d'infection à HPV était la plus fréquente : 39.5% (n=60), contre 33.6% des FSF exclusivement/année et 16.9% des FSFM année (n=115 et 12 respectivement, p<0.01).

Enfin, à propos de la perception du risque personnel de CCU, pour plus des trois quarts (78.5%, n=558) il était « le même que pour une hétérosexuelle ». Il était « moins fort que pour une hétérosexuelle » pour 7.4% (n=53), « plus fort que pour une hétérosexuelle » pour 1.7% (n=12), et 3.2% avaient répondu « je ne suis pas à risque » (n=23). Le reste ne savaient pas (9.1%, n=65).

Connaissances relatives au FCU et au HPV

Le score de connaissances de l'échantillon, calculé comme étant la somme des réponses « je le savais déjà » aux 24 items interrogeant sur les connaissances relatives au frottis et au HPV, était en moyenne de 12.7 (écart-type 5.5).

Un quart des participantes (24.2%) avaient un score de connaissances bas (inférieur à 9), plus de la moitié (55%) avaient un score moyen (compris entre 9 et 17), et 20.8% avaient un score haut (supérieur à 17). Les FSF exclusivement/vie avaient un score moyen de 11.8 (écart-type 5.5) ce qui était plus faible que celui des FSF exclusivement/année (13.0, écart-type 5.3, p<0.01) et que celui des FSFM année (14.0, écart-type 5.7, p<0.01). Les participantes ayant déjà eu un examen gynécologique complet avaient un score moyen de connaissances de 13.2 (écart-type 5.5), ce qui était plus élevé que celles n'en ayant jamais eu (10.8, écart-type 5.4, p<0.001).

Déclaration d'un médecin traitant, recommandation médicale du FCU

Plus de neuf participantes sur dix (91.4%) avaient déclaré un médecin traitant.

Pour la moitié des participantes (52.5%), un médecin avait déjà recommandé de réaliser un FCU. Par contre, 12% des participantes avaient entendu de la part d'un médecin que le FCU n'était pas nécessaire en raison de leur orientation sexuelle. Dans la grande majorité des cas il s'agissait d'un gynécologue (78.8%, n=67), mais il pouvait également s'agir de médecins généralistes (25.9% n=22).

Expériences du médecin généraliste

Plus des trois quarts des participantes (84.2%) avaient consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an, 13.2% avaient consulté il y a 1 à 3 ans, et 2.5% il y a plus de 3 ans. Le médecin généraliste habituel connaissait l'orientation sexuelle de la participante dans 54% des cas (51.5% de réponses « je lui ai dit moi-même » et 2.5% de réponses « il ou elle m'a demandé et je lui ai dit »). Pour les autres, 15.7% n'étaient pas sûres qu'il connaisse leur orientation, et pour 30.2% il ne la connaissait pas. Les principaux motifs évoqués lorsque le généraliste ne connaissait pas l'orientation ou que la participante n'était pas sûre qu'il la connaisse étaient : « il ou elle ne m'a pas demandé » (75.5%), « cela ne me semble pas pertinent » (31.5%), « je ne suis pas à l'aise » (19%), « j'ai peur de sa réaction » (9.5%), « j'ai peur que cela soit écrit dans mon dossier médical » (7.6%).

Le médecin généraliste habituel était une femme dans la moitié des cas (51.9%). Près de 9 participantes sur 10 étaient soit « tout à fait satisfaites » (47.8%) soit « plutôt satisfaites » (41.3%) de leur médecin généraliste habituel. Elles étaient 7.9% à être « plutôt insatisfaites » et 2.9% « pas du tout satisfaites ». Une participante sur dix (10.5%) avait déjà arrêté de voir un médecin généraliste en raison de problèmes liés à son orientation sexuelle.

Les participantes relataient avoir déjà expérimenté au moins une fois de la part d'un médecin généraliste : un vocabulaire ou des propos présumant qu'elles étaient forcément hétérosexuelles (57.7%), de la maladresse (43.2%), un sentiment de malaise (35.7%), de la condescendance ou du dédain (15.5%), une baisse de la qualité des soins (8.7%), de la brutalité verbale ou physique (5.5%), des propos homophobes (4.4%), un refus de soins (2.2%).

Expériences du gynécologue

La grande majorité (87.6%, n=623) avaient déjà consulté un gynécologue. Les principaux motifs évoqués pour n'avoir jamais consulté de gynécologue étaient : « l'examen gynécologique me fait peur ou me met mal à l'aise » (63.6%), « je n'utilise pas de contraception » (39.8%), « j'ai peur d'être stigmatisée en raison de mon orientation sexuelle » (32.9%), « on ne m'a pas recommandé de consulter un gynécologue » (18.2%), « le délai pour un rendez-vous est trop long ou je ne trouve pas de gynécologue prenant de nouvelles patientes » (17%), « je suis trop occupée » (15.9%), « c'est un autre médecin qui s'occupe de mon suivi gynécologique » (14.8%), « je ne suis pas malade » (14.8%), « je ne suis pas à risque de problèmes gynécologiques (10.2%).

Parmi celles ayant déjà consulté, le gynécologue connaissait l'orientation sexuelle de la participante dans les trois quarts des cas (68.4% de réponses « je lui ai dit moi-même » et 7.7% de réponses « il ou elle m'a demandé et je lui ai dit »). Pour les autres, 5.6% n'étaient pas sûres qu'il connaisse leur orientation, et pour 23.9% il ne la connaissait pas. Les principaux motifs évoqués lorsque le gynécologue ne connaissait pas l'orientation ou que la participante n'était pas sûre qu'il la connaisse étaient : « il ou elle ne m'a pas demandé » (71.1%), « je ne suis pas à l'aise » (24.8%), « cela ne me semble pas pertinent » (16.1%), « j'ai peur de sa réaction » (10.1%), « j'ai peur que la qualité des soins baisse » (9.4%), « j'ai peur que cela soit écrit dans mon dossier médical » (6%).

Pour les trois quarts des participantes ayant déjà consulté, le gynécologue était une femme (74.6%).

Plus de 8 participantes sur 10 étaient soit « tout à fait satisfaite » (43.8%) soit « plutôt satisfaite » (37.6%) de leur gynécologue. Elles étaient 11.9% à être « plutôt insatisfaites », et 6.7% « pas du tout satisfaite ».

Plus d'un quart des participantes (27.3%) avaient déjà arrêté de voir un gynécologue en raison de problèmes liés à leur orientation sexuelle.

Les participantes relataient avoir déjà expérimenté au moins une fois de la part d'un gynécologue : un vocabulaire ou des propos présumant qu'elles étaient forcément hétérosexuelles (55.1%), de la maladresse (42.9%), un sentiment de malaise (39%), de la condescendance ou du dédain (21.8%), une baisse de la qualité des soins (16.7%), de la brutalité verbale ou physique (12.5%), des propos homophobes (8.2%), un refus de soins (6.9%).

3.3. Frottis cervico-utérin

Le dernier FCU datait de moins de 3 ans pour 64.7% des participantes (n=460). Il datait de plus de 3 ans pour 16.6% (n=118), et 18.7% n'en avaient jamais fait (n=133).

Parmi celles n'ayant jamais réalisé de frottis, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient « ça me fait peur ou me met mal à l'aise » (48.1%), « on ne m'a pas proposé de le faire » (35.3%), « je suis trop occupée » (18.0%), « je n'ai pas de médecin pouvant me le faire » (16.5%), « j'ai peur d'être stigmatisée en raison de mon orientation sexuelle » (15.8%), « je pense que je n'en ai pas besoin » (15.0%).

Parmi les 578 participantes ayant déjà réalisé un FCU, 94 (soit 16.3%) avaient un antécédent de résultat anormal du FCU. Cela concernait 7.7% des FSF exclusivement/vie, 18.2% des FSF exclusivement/année et 22.2% des FSFM année (respectivement n = 9 ; 59 ; 16, p<0.001).

Pour 18.7% de celles ayant déjà réalisé un FCU, cela avait été une expérience plutôt mauvaise. Les mauvaises expériences citées étaient « ça m'a fait mal ou j'ai saigné » (81.5%), « j'étais mal à l'aise » (49.1%), « j'ai eu peur » (22.2%), « on ne m'avait pas expliqué la procédure » (15.7%), « le médecin a eu un comportement inapproprié » (10.2%).

La personne pratiquant habituellement le FCU était gynécologue dans 81.1% des cas (n=469). Les autres personnes pratiquant le FCU étaient le médecin généraliste traitant (7.4%, n=43), une sage-femme (6.2%, n=36), un médecin généraliste autre que le médecin traitant (2.9%, n=17), le médecin du laboratoire (2.2%, n=13).

3.4. Lien avec la réalisation du FCU, analyse univariée

Caractéristiques socio-démographiques, alcool, tabac et date du FCU

Le *Tableau 2* montre que celles n'ayant jamais réalisé de FCU étaient en moyenne plus jeunes (29.7 ans +/- 6.1) que celles ayant fait leur FCU il y a plus de 3 ans (38.0 ans +/- 10.0) et que celles ayant fait leur FCU il y a moins de 3 ans (36.1 ans +/- 8.8). Le niveau d'étude, le lieu de résidence et le statut relationnel n'avaient pas de lien avec la réalisation du dernier FCU.

Avoir un score Deta-Cage supérieur ou égal à 2 était lié à une plus forte probabilité d'avoir fait le FCU il y a moins de 3 ans (70.3% vs 61.3%) et une plus faible probabilité de n'avoir jamais réalisé de FCU (11.6% vs 22.9%). Être ancienne fumeuse était lié à une plus forte probabilité d'avoir fait le FCU il y a moins de 3 ans (76.9%) que d'être fumeuse ou non-fumeuse (62.8% et 58.9% respectivement). De même, les non-fumeuses étaient plus susceptibles de n'avoir jamais réalisé de FCU (25.5%) que les fumeuses ou les anciennes fumeuses (20.0% et 5.5% respectivement).

Tableau 2- Caractéristiques socio-démographiques, alcool, tabac et date du dernier FCU. n = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans n = 460	FCU > 3 ans n = 118	Jamais de FCU n = 133	p
	Moyenne (écart- type)	Moyenne (écart- type)	Moyenne (écart- type)	
Age	36,1 (8,8)	38,0 (10,0)	29,7 (6,1)	p<0,01
	n(%)	n(%)	n(%)	
Milieu rural				p=0,0817
Oui (n=124)	74 (59,7)	29 (23,4)	21 (16,9)	
Non (n=587)	386 (65,8)	89 (15,2)	112 (19,1)	
Niveau d'études				p=0,0629
< ou = baccalauréat ou équivalent (n=105)	70 (66,7)	20 (19,0)	15 (14,3)	
Bac +2 ou 1er cycle universitaire ou équivalent (n =207)	123 (59,4)	45 (21,8)	39 (18,8)	
2ème et 3ème cycles universitaires ou équivalent (n=399)	267 (66,9)	53 (13,3)	79 (19,8)	
En couple ou mariée ou pacsée				p=0,0845
Oui (n=534)	340 (63,7)	98 (18,3)	96 (18,0)	
Non (n=177)	120 (67,8)	20 (11,3)	37 (20,9)	
Type de complémentaire santé				p=0,0001
CMU-C (n=48)	24 (50,0)	9 (18,7)	15 (31,2)	
ACS (n=9)	8 (88,9)	1 (11,1)	0 (0)	
Mutuelle étudiante (n=21)	9 (42,9)	0 (0)	12 (57,1)	
Autre complémentaire santé (n=592)	396 (66,9)	100 (16,9)	96 (16,2)	
Pas de complémentaire santé (n=32)	18 (56,2)	7 (21,9)	7 (21,9)	
Ne sait pas (n=9)	5 (55,6)	1 (11,1)	3 (33,3)	
Score DETA-CAGE				p=0,001
< 2 (n=445)	273 (61,3)	70 (15,7)	102 (22,9)	
> ou = 2 (n=266)	187 (70,3)	48 (18,0)	31 (11,6)	
Tabagisme				p<0,01
Non fumeuse (n=314)	185 (58,9)	49 (15,6)	80 (25,5)	
Ancienne fumeuse (n=182)	140 (76,9)	32 (17,6)	10 (5,5)	
Fumeuse (n=215)	135 (62,8)	37 (17,2)	43 (20,0)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Orientation sexuelle, dévoilement de l'orientation, historique sexuel et FCU

Comme le montre le *Tableau 3*, il n'y avait pas de lien entre l'autodéfinition de l'orientation sexuelle et la date de réalisation du dernier FCU. En revanche, en considérant l'orientation sexuelle par le genre des partenaires sexuels au cours de la vie et au cours des douze derniers mois, il apparaissait que les FSFM année étaient plus susceptibles d'avoir eu un FCU il y a moins de 3 ans (77.8%) que les FSF exclusivement/année (66.1%) et que les FSF exclusivement/vie (52.2%). De même, les FSF exclusivement/vie étaient plus susceptibles de n'avoir jamais réalisé de FCU (34.3%) que les FSF exclusivement/année et les FSFM année (15.0% et 11.1% respectivement).

Le degré de dévoilement de l'orientation sexuelle dans le cercle amical, scolaire ou professionnel n'était pas lié avec la date de réalisation du FCU. En revanche, plus une participante était « out » auprès de sa famille, plus elle était susceptible d'avoir un FCU de moins de 3 ans. Ainsi, celles qui avaient parlé de leur orientation sexuelle à toute leur famille avaient un taux plus élevé de FCU de moins de 3 ans (67.3%) que celles n'en ayant parlé qu'à certains membres et celles n'en ayant parlé à personne de la famille (62.1% et 52.2% respectivement, $p < 0.05$).

Tableau 3 - Orientation sexuelle, dévoilement de l'orientation sexuelle et date du dernier FCU. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Autodéfinition de l'orientation sexuelle, N=711				p=0,58
Lesbienne (n=551)	350 (63,5)	92 (16,7)	109 (19,8)	
Bisexuelle (n=111)	80 (72,1)	16 (14,4)	15 (13,5)	
Pansexuelle (n=17)	9 (52,9)	4 (23,5)	4 (23,5)	
Autre (n=26)	16 (61,5)	6 (23,1)	4 (15,4)	
Ne souhaite pas répondre (n=6)	5 (83,3)	0 (0)	1 (16,7)	
Profil de FSF, N=640				p<0,01
FSFM année (n=81)	63 (77,8)	9 (11,1)	9 (11,1)	
FSF exclusivement/année (n=381)	252 (66,1)	72 (18,9)	57 (15,0)	
FSF exclusivement/vie (n=178)	93 (52,2)	24 (13,5)	61 (34,3)	
Orientation dévoilée [Familie], N=708				p=0,0323
A toute la famille (n=419)	282 (67,3)	73 (17,4)	64 (15,3)	
A certains membres (n=264)	164 (62,1)	41 (15,5)	59 (22,3)	
A personne (n=25)	13 (52,0)	3 (12,0)	9 (36,0)	
Orientation dévoilée [Amis], N=709				p=0,8142
A tous les amis (n=584)	379 (64,9)	95 (16,3)	110 (18,8)	
A certains amis (n=121)	78 (64,5)	23 (19,0)	20 (16,5)	
A personne (n=4)	3 (75,0)	0 (0)	1 (25,0)	
Orientation dévoilée [Travail, école], N=700				p=0,0554
A tous les collègues (n=212)	149 (70,3)	33 (15,6)	30 (14,1)	
A certains collègues (n=413)	259 (62,7)	74 (17,9)	80 (19,4)	
A personne (n=75)	48 (64,0)	7 (9,3)	20 (26,7)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100

Les femmes n'ayant jamais fait de FCU étaient en moyenne plus jeunes lors de leur premier rapport avec une femme : 20 ans en moyenne, contre 21.8 ans pour celles ayant fait leur FCU il y a moins de 3 ans (*Tableau 4*). Les femmes ayant fait leur FCU il y a moins de 3 ans avaient un nombre moyen de partenaires femmes au cours de leur vie plus élevé (9.2) que celles n'ayant jamais fait de FCU (6.6). De même, elles avaient un nombre moyen de partenaires hommes au cours de leur vie plus élevé (11.1) que celles n'ayant jamais fait de FCU (4.3).

Alors qu'il n'y avait pas de lien entre le nombre partenaires, hommes ou femmes, au cours des douze derniers mois et la réalisation du FCU, le taux de réalisation du FCU il y a moins de 3 ans augmentait parallèlement au nombre de partenaires hommes au cours de la vie. Ainsi, 80.4% de celles ayant eu plus de 10 partenaires hommes au cours de leur vie avait un FCU de moins de 3 ans, c'était le cas de 74.4% de celles ayant de 6 à 10 partenaires, 67.2% de celles ayant de 2 à 5 partenaires, 54.6% pour celles n'ayant eu qu'un partenaire, et 52.2% pour celles n'en ayant jamais eu. A l'opposé, le taux d'absence de FCU diminuait parallèlement à l'augmentation du nombre de partenaires hommes au cours de la vie. Ainsi, 34.3% de celles n'ayant jamais eu de partenaire homme au cours de leur vie n'avaient jamais réalisé de FCU, contre 20.6% de celles n'ayant eu qu'un partenaire, 14.1% de celles ayant eu 2 à 5 partenaires, 13.4% de celles ayant eu 6 à 10 partenaires et 5.4% de celles ayant eu plus de 10 partenaires. Ce lien n'était pas retrouvé en considérant le nombre de partenaires femmes au cours de la vie.

Celles ayant un antécédent de rapport non protégé avec un homme avaient un plus fort taux de FCU de moins de 3 ans que celles n'en ayant pas eu (71% contre 59.3%), et un plus faible taux d'absence de FCU (26.9% contre 10.1%).

Tableau 4 - Age de premier rapport, nombre de partenaires, antécédents de rapports non protégés avec un homme et date du dernier FCU. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)	Moyenne (écart-type)	
Age de premier rapport sexuel				
Avec une femme, N=706	21,8 (6,5)	21,4 (6,0)	20 (3,9)	p= 0,0376
Avec un homme, N=518	17,6 (3,1)	18,0 (3,8)	18,0 (2,8)	p=0,3483
Nombre de partenaires au cours de la vie				
Femmes, N=704	9,2 (12,1)	9,1 (12,7)	6,6 (6,6)	p=0,0275
Hommes, N=510	11,1 (29,9)	6,2 (9,3)	4,3 (4,5)	p=0,0006
Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois				
Femmes, N=706	1,5 (1,3)	1,5 (1,1)	1,6 (1,2)	p=0,8018
Hommes, N=79	3,4 (5,8)	4 (4,2)	2,3 (2,2)	p=0,6224
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	
Nombre de partenaires femmes au cours de la vie				p=0,0988
1 partenaire (n=94)	55 (58,1)	12 (12,8)	27 (28,7)	
2 à 5 partenaires (n=257)	163 (63,4)	43 (16,7)	51 (19,4)	
6 à 10 partenaires (n=196)	127 (64,8)	34 (17,3)	35 (17,9)	
Plus de 10 partenaires (n=159)	110 (69,2)	29 (18,2)	20 (12,6)	
Nombre de partenaires homme au cours de la vie				p<0,001
0 partenaires (n=178)	93 (52,2)	24 (13,5)	61 (34,3)	
1 partenaire (n=97)	53 (54,6)	24 (24,7)	20 (20,6)	
2 à 5 partenaires (n=241)	162 (67,2)	45 (18,7)	34 (14,1)	
6 à 10 partenaires (n=82)	61 (74,4)	10 (12,2)	11 (13,4)	
Plus de 10 partenaires (n=92)	74 (80,4)	13 (14,1)	5 (5,4)	
Antécédent rapport non protégé avec un homme N=706				p<0,005
Oui (n=345)	245 (71,0)	65 (18,8)	35 (10,1)	
Non (n=361)	214 (59,3)	50 (13,8)	97 (26,9)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Contraception, grossesse, vaccin contre le HPV, examen gynécologique et FCU

L'utilisation de contraception était liée à la réalisation du FCU (*Tableau 5*). Ainsi, près des trois quarts de celles utilisant une contraception (74.4%) avait un FCU de moins de 3 ans, contre 69% de celles en ayant utilisé dans le passé, et 58.1% de celles n'en ayant jamais utilisé. Ces dernières étaient plus susceptibles de n'avoir jamais réalisé de FCU (25.5%) que celles en ayant utilisé dans le passé (13.9%) et que celles en utilisant actuellement (13.9%).

Celles ayant un antécédent de grossesse étaient plus susceptibles d'avoir un FCU de moins de 3 ans (80.2%) que celles n'ayant jamais été enceintes (59.7%), et 24.6% de celles n'ayant jamais été enceintes n'avaient jamais réalisé de FCU, contre seulement 1.2% de celles qui l'avaient déjà été.

Avoir été vaccinée contre le HPV n'était pas lié favorablement avec la réalisation du FCU. Ainsi 53.2% des vaccinées avaient un frottis de moins de 3 ans contre 68.8% des non-vaccinées. Les vaccinées étaient également plus nombreuses à n'avoir jamais réalisé de FCU (30.9% vs 14.7%).

Concernant l'examen gynécologique complet : plus il était récent, plus le taux de FCU de moins de 3 ans était élevé : 93.9% si l'examen était il y a moins d'un an, 86.4% si c'était il y a 1 à 3 ans, 17.9% si c'était il y a plus de 3 ans, et 15% pour celles n'ayant jamais eu d'examen gynécologique complet.

Tableau 5 - Contraception, grossesse, vaccination contre le HPV, date du dernier examen gynécologique et date du dernier FCU. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Contraception, N=711				p=0,0026
Jamais (301)	175 (58,1)	50 (16,6)	76 (25,2)	
Oui mais n'en utilise plus (n=367)	253 (69,0)	63 (17,1)	51 (13,9)	
Oui actuellement (n=43)	32 (74,4)	5 (11,6)	6 (13,9)	
Antécédent de grossesse, N=705				p<0,001
Oui (n=172)	138 (80,2)	32 (18,6)	2 (1,2)	
Non (n=533)	318 (59,7)	84 (15,8)	131 (24,6)	
Vaccination contre le HPV, N=711				p<0,001
Vaccinée (n=139)	74 (53,2)	22 (15,8)	43 (30,9)	
Non-vaccinée (n=509)	350 (68,8)	84 (16,5)	75 (14,7)	
Ne sait pas (n=63)	36 (57,1)	12 (19,0)	15 (23,8)	
Dernier examen gynécologique complet, N=711				p<0,001
Moins d'un an (n=277)	260 (93,9)	5 (1,8)	12 (4,3)	
Entre 1 et 3 ans (n=184)	159 (86,4)	17 (9,2)	8 (4,3)	
Plus de 3 ans (n=117)	21 (17,9)	73 (62,4)	23 (19,7)	
Jamais (n=133)	20 (15,0)	23 (17,3)	90 (67,7)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Antécédents de vaginoses, de mycoses vaginales et FCU

Comme montré dans le *Tableau 6*, avoir un antécédent de mycose vaginale était lié à un plus fort taux de FCU fait il y a moins de 3 ans par rapport à celles sans antécédent de mycose vaginale (72.5% vs 57%). De même, celles n'ayant pas d'antécédent de mycose vaginale avaient un taux plus de 2 fois plus important d'absence de FCU (27% contre 10.8%).

Avoir un antécédent de vaginose était également lié à un plus fort taux de FCU il y a moins de 3 ans qu'en l'absence de cet antécédent (82.9% vs 59.3%). Celles n'ayant pas d'antécédent de vaginose avaient un taux d'absence de FCU plus de 4 fois supérieur (23.3% vs 4.7%).

Informations sur la prévention des IST entre femmes, antécédents d'IST et FCU

Avoir reçu des informations sur la prévention des IST entre femmes n'était pas statistiquement lié à la date de réalisation du dernier frottis. En revanche, les participantes ayant répondu « oui » à au moins une des 10 questions concernant les antécédents de différentes IST avaient un taux plus élevé de FCU réalisé il y a moins de 3 ans (84.5% vs 59.3%). Celles ayant déclaré n'avoir jamais eu aucune de ces IST avaient un taux d'absence de FCU 3 fois plus important que celles ayant un antécédent d'IST (22.2% vs 7.3%).

Une analyse a été réalisée concernant chaque IST individuellement lorsque les effectifs le permettaient. La différence était très significative en cas d'antécédent d'infection à HPV ($p < 0.001$), avec un taux de FCU de moins de 3 ans de 97.4%, contre un taux de 62.3% en l'absence d'antécédent de HPV. Cela n'était pas significatif pour les autres types d'IST lors des analyses individuelles.

Tableau 6 - Antécédents déclarés de mycoses vaginales, de vaginoses, d'IST, informations sur la prévention de la transmission d'IST lors de relations sexuelles entre femmes et date du dernier FCU. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Antécédent de mycose vaginale, N=697				p<0,001
Oui (n=360)	261 (72,5)	60 (16,7)	39 (10,8)	
Non (n=337)	192 (57,0)	54 (16,0)	91 (27,0)	
Antécédent de vaginose, N=676				p<0,001
Oui (n=170)	141 (82,9)	21 (12,3)	8 (4,7)	
Non (n=506)	300 (59,3)	88 (17,4)	118 (23,3)	
A reçu des informations sur IST et FSF, N=711				p=0,1006
Oui (n=226)	158 (69,9)	29 (12,8)	39 (17,3)	
Non (n=485)	302 (62,3)	89 (18,3)	94 (19,4)	
A un antécédent d'IST, N=664				p<0,001
Oui (n=123)	104 (84,5)	10 (8,1)	9 (7,3)	
Non (n=541)	321 (59,3)	100 (18,5)	120 (22,2)	
Antécédent de chlamydiae, N=698				p=0,0759
Oui (n=45)	36 (80,0)	5 (11,1)	4 (8,9)	
Non (n=653)	415 (63,5)	110 (16,8)	128 (19,6)	
Antécédent de HPV, N= 698				p<0,001
Oui (n=38)	37 (97,4)	1 (2,6)	0 (0)	
Non (n=660)	411 (62,3)	117 (17,7)	132 (20,0)	
Antécédent d'herpès génital ou anal, N=703				p=0,0898
Oui (n=25)	21 (84,0)	3 (12,0)	1 (4,0)	
Non (n=678)	434 (64,0)	113 (16,7)	131 (19,3)	
Antécédent de condylomes, N=698				p=0,0676
Oui (n=23)	20 (87,0)	1 (4,3)	2 (8,7)	
Non (n=675)	429 (63,6)	115 (17,0)	131 (19,4)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Perceptions de risques et FCU

Les disparités de perceptions, lorsqu'elles concernaient les questions « Pensez-vous que l'homosexualité féminine expose à des problèmes de santé particuliers » et « Selon vous, le risque de transmission d'IST entre femmes est » n'avaient pas de lien avec la réalisation du dernier FCU (Tableau 7).

En revanche, percevoir une moindre nécessité personnelle de réaliser le FCU était lié à un plus faible taux de réalisation de FCU il y a moins de 3 ans (39.2% contre 72.5%), et un taux d'absence de FCU deux fois plus important (30.4% contre 13.8%). De même, percevoir un moindre risque personnel d'infection à HPV était lié à un plus faible taux de réalisation de FCU il y a moins de 3 ans (55.6% contre 73.3%) et un plus fort taux d'absence de FCU (22.2% contre 14.8%).

Percevoir un moindre risque personnel de CCU était également lié à un plus faible taux de réalisation de FCU il y a moins de 3 ans (47.4% contre 69.5%) et un plus fort taux d'absence de FCU (28.9% contre 15.6%).

Tableau 7 - Perceptions et date du dernier FCU. N = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Perception : l'homosexualité féminine expose à des problèmes de santé particuliers				p=0,54
Oui (n=428)	269 (62,8)	71 (16,6)	88 (20,6)	
Non (n=243)	166 (68,3)	39 (16,0)	38 (15,6)	
Ne sait pas (n=40)	25 (62,5)	8 (20,0)	7 (17,5)	
Perception du risque de transmission d'IST entre femmes				p=0,30
Fort (n=88)	59 (67,0)	14 (15,9)	15 (17,0)	
Modéré (n=384)	259 (67,4)	62 (16,1)	63 (16,4)	
Faible ou inexistant (n=222)	134 (60,4)	39 (17,6)	49 (22,1)	
Ne sait pas (n=17)	8 (47,1)	3 (17,6)	6 (35,3)	
Perception du besoin personnel de réalisation du FCU par rapport à une hétérosexuelle				p<0,001
Identique ou plus fort (n=556)	403 (72,5)	76 (13,7)	77 (13,8)	
Plus faible (n=125)	49 (39,2)	38 (30,4)	38 (30,4)	
Ne sait pas (30)	8 (26,7)	4 (13,3)	18 (60,0)	
Perception du risque personnel d'infection à HPV par rapport à une hétérosexuelle				p<0,001
Identique ou plus fort (n=420)	308 (73,3)	50 (11,9)	62 (14,8)	
Plus faible (n=207)	115 (55,6)	46 (22,2)	46 (22,2)	
Ne sait pas (n=84)	37 (44,0)	22 (26,2)	25 (29,8)	
Perception du risque personnel de cancer du col de l'utérus par rapport à une hétérosexuelle				p<0,001
Identique ou plus fort (n=570)	396 (69,5)	85 (14,9)	89 (15,6)	
Plus faible (n=76)	36 (47,4)	18 (23,7)	22 (28,9)	
Ne sait pas (n=65)	28 (43,1)	15 (23,1)	22 (33,8)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Connaissances et FCU

Comme montré dans le *Tableau 8*, les participantes ayant réalisé leur dernier FCU il y a moins de 3 ans avaient un score moyen de connaissances de 13.3, ce qui était plus élevé que celui de celles ayant fait leur FCU il y a plus de 3 ans et celles n'ayant jamais fait de FCU (respectivement 12 et 11.6, $p < 0.01$).

Plus le score était élevé, plus le taux de FCU de moins de 3 ans était élevé. Ainsi 71.6% de celles ayant un score haut avaient un FCU de moins de 3 ans, contre 67.5% de celles ayant un score moyen et 52.3% de celles ayant un score bas.

Tableau 8 - Score de connaissances et date du dernier FCU. N = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	<i>Moyenne</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Moyenne</i>	
	<i>(écart-type)</i>	<i>(écart-type)</i>	<i>(écart-type)</i>	
Score moyen de connaissances	13,3 (5,5)	12,0 (5,3)	11,6 (5,7)	p<0,01
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	
Score de connaissances				p<0,01
Inférieur à 9 (n=172)	90 (52,3)	36 (20,9)	46 (26,7)	
Entre 9 et 17 (n=391)	264 (67,5)	61 (15,6)	66 (16,9)	
Supérieur à 17 (n=148)	106 (71,6)	21 (14,2)	21 (14,2)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Considérées individuellement, les connaissances qui se révélèrent discriminantes dans la réalisation du FCU portaient sur l'utilité du FCU, les recommandations de dépistage par le FCU en France, la possibilité du portage asymptomatique du HPV, le risque de cancer vaginal ou vulvaire dû au HPV, et que le HPV puisse provoquer des condylomes.

En revanche, à l'exception de l'information portant sur la possible transmission digito-génitale du HPV, les connaissances portant sur les modes de transmission du HPV, ainsi que les facteurs favorisant l'infection à HPV, le risque de développer des cancers ORL ou anaux et sur l'existence d'un vaccin contre le HPV n'étaient pas discriminantes considérées individuellement.

Le *Tableau 9* présente les items de connaissances pour lesquels il existait une différence significative dans la date de réalisation du FCU.

Tableau 9 - Items de connaissances et date du dernier FCU. N = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Le FCU sert à à rechercher le CCU				p<0,001
Le savait déjà (n=585)	401 (68,5)	90 (15,4)	94 (16,1)	
Ne le savait pas (n=126)	59 (46,8)	28 (22,2)	39 (30,9)	
Le FCU peut servir à rechercher HPV en cas de cellules anormales				p<0,001
Le savait déjà (n=552)	373 (67,6)	93 (16,8)	86 (15,6)	
Ne le savait pas (n=159)	87 (54,7)	25 (15,7)	47 (29,6)	
Le FCU ne dépiste pas les IST / mycoses / vaginoses, sauf HPV				p=0,0134
Le savait déjà (n=316)	223 (70,6)	43 (13,6)	50 (15,8)	
Ne le savait pas (n=395)	237 (60,0)	75 (19,0)	83 (21,0)	
Le FCU est recommandé de 25 à 65 ans				p=0,0444
Le savait déjà (n=597)	393 (65,8)	90 (15,1)	114 (19,1)	
Ne le savait pas (n=114)	67 (58,8)	28 (24,6)	19 (16,7)	
Le FCU est recommandé tous les 3 ans, après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle				p<0,001
Le savait déjà (n=485)	347 (71,5)	64 (13,2)	74 (15,3)	
Ne le savait pas (n=226)	113 (50,0)	54 (23,9)	59 (26,1)	
Le HPV peut se transmettre lors de la pénétration vaginale avec les doigts				p=0,0184
Le savait déjà (n=258)	184 (71,3)	33 (12,8)	41 (15,9)	
Ne le savait pas (n=453)	276 (60,9)	85 (18,8)	92 (20,3)	
HPV peut être asymptomatique				p=0,0421
Le savait déjà (n=435)	297 (68,3)	64 (14,7)	74 (17,0)	
Ne le savait pas (n=276)	163 (59,1)	54 (19,6)	59 (21,4)	
HPV peut provoquer des cancers du vagin ou de la vulve				p=0,0152
Le savait déjà (n=353)	241 (68,3)	61 (17,3)	51 (14,4)	
Ne le savait pas (n=358)	219 (61,2)	57 (15,9)	82 (22,9)	
HPV peut provoquer des condylomes				p=0,0385
Le savait déjà (n=236)	168 (71,2)	32 (13,6)	36 (15,2)	
Ne le savait pas (n=475)	292 (61,5)	86 (18,1)	97 (20,4)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Déclaration d'un médecin traitant, recommandation médicale du FCU

Avoir déclaré un médecin traitant était lié favorablement avec la réalisation du FCU comme montré dans le *Tableau 10*. Ainsi, les deux tiers de celles ayant déclaré un médecin traitant avaient un FCU de moins de 3 ans (66.3%), contre moins de la moitié de celles n'en ayant pas déclaré (47.5%).

Si un médecin avait déjà recommandé de réaliser le FCU, le taux de FCU de moins de 3 ans était encore plus élevé que lorsqu'il n'y avait pas eu de recommandation (72.4% vs 56.2%). De même, celles pour qui le FCU n'avait pas été recommandé par un médecin était plus susceptibles de n'avoir jamais réalisé de FCU (27.2% vs 11%).

Tableau 10 - Déclaration de médecin traitant, recommandation médicale et date du dernier FCU. N = 711. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
A déclaré un médecin traitant				p=0,0026
Oui (n=650)	431 (66,3)	107 (16,5)	112 (17,2)	
Non (n=61)	29 (47,54)	11 (18,0)	21 (34,4)	
Recommandation du FCU par un médecin				p<0,001
Oui (n=373)	270 (72,4)	62 (16,6)	41 (11,0)	
Non (n=338)	190 (56,2)	56 (16,6)	92 (27,2)	
Un médecin a déjà dit que FCU inutile vu orientation				p=0,0908
Oui (n=85)	46 (54,1)	19 (22,3)	20 (23,5)	
Non (n=626)	414 (66,1)	99 (15,8)	113 (18,0)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Expériences du médecin généraliste et FCU

Plus la consultation chez un généraliste était récente, plus le taux de FCU de moins de 3 ans était élevé (*Tableau 11*). Ainsi, 66.8% de celles ayant consulté il y a moins d'un an avaient un FCU de moins de 3 ans, 57.4% de celles ayant consulté il y a 1 à 3 ans, et un tiers (33.3%) de celles ayant consulté il y a plus de 3 ans.

Avoir un médecin généraliste au courant de l'orientation sexuelle était lié à un plus fort taux de FCU de moins de 3 ans (67.4% contre 60.5%). De même, celles dont le généraliste ne connaissait pas l'orientation sexuelle avaient un plus fort taux d'absence de FCU (25.1% vs 15.1%).

Être satisfaite du médecin généraliste habituel, avoir arrêté de voir un généraliste en raison de problèmes liés à l'orientation sexuelle, son genre et avoir eu une des expériences précédemment citées (présomption d'hétérosexualité, maladresse, brutalité etc.) n'étaient pas des variables liées à la date de réalisation du dernier FCU.

Expériences du gynécologue et FCU

Avoir déjà consulté un gynécologue était lié à un taux beaucoup plus élevé de FCU de moins de 3 ans (72.4%) que celles n'en ayant jamais consulté (10.2%).

Lorsque le gynécologue était au courant de l'orientation sexuelle, le taux de FCU de moins de 3 ans était plus élevé (74% contre 63.2%). De même, celles dont le gynécologue ne connaissait pas l'orientation sexuelle avaient un taux deux fois plus important d'absence de FCU (17.5% vs 8.6%).

Alors que, comme pour le médecin généraliste, le genre du gynécologue n'était pas statistiquement lié à la date de réalisation du dernier FCU, il existait une différence significative en fonction de la

satisfaction de la participante envers le gynécologue. Ainsi, à la différence du médecin généraliste, plus une participante était satisfaite du gynécologue, plus elle était susceptible d'avoir un FCU de moins de 3 ans : 83.1% des « tout à fait satisfaite », 67.9% des « plutôt satisfaite », 64.9% des « plutôt insatisfaite » et 40.5% des « pas du tout satisfaite ».

Avoir arrêté de voir un gynécologue en raison de problèmes liés à l'orientation sexuelle, son genre et avoir eu une des expériences précédemment citées (présomption d'hétérosexualité, maladresse, brutalité etc.) n'étaient pas des variables liées à la date de réalisation du dernier FCU.

Tableau 11 – Expériences des médecins généralistes, gynécologues et date du dernier FCU. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	Jamais de FCU	p
	n(%)	n(%)	n(%)	
Dernière consultation chez un généraliste, N=711				p=0,003
Moins d'un an (n=599)	400 (66,8)	94 (15,7)	105 (17,5)	
Entre 1 et 3 ans (n=94)	54 (57,4)	21 (22,3)	19 (20,2)	
Plus de 3 ans (n=18)	6 (33,3)	3 (16,7)	9 (50,0)	
Genre du médecin généraliste habituel, N=711				p=0,4009
Femme (n=385)	243 (63,1)	63 (16,4)	79 (20,5)	
Homme (n=326)	217 (66,6)	55 (16,9)	54 (16,6)	
Satisfaction du médecin généraliste habituel, N=711				p=0,5275
Pas du tout satisfaite (n=21)	14 (66,7)	3 (14,3)	4 (19,0)	
Plutôt insatisfaite (n=56)	34 (60,7)	14 (25,0)	8 (14,3)	
Plutôt satisfaite (n=294)	184 (62,6)	48 (16,3)	62 (21,1)	
Tout à fait satisfaite (n=340)	228 (67,1)	53 (15,6)	59 (17,3)	
A arrêté de voir un médecin généraliste suite à un problème lié à l'orientation sexuelle, N=711				p=0,8163
Oui (n=75)	50 (66,7)	13 (17,3)	12 (16,0)	
Non (n=636)	410 (64,5)	105 (16,5)	121 (19,0)	
Le médecin généraliste connaît l'orientation sexuelle, N=599				p=0,0101
Oui (n=384)	259 (67,4)	67 (17,4)	58 (15,1)	
Non (n=215)	130 (60,5)	31 (14,4)	54 (25,1)	
A déjà consulté un gynécologue, N=711				p<0,001
Oui (n=623)	451 (72,4)	108 (17,3)	64 (10,3)	
Non (n=88)	9 (10,2)	10 (11,4)	69 (78,4)	
Genre du gynécologue, N=623				p=0,2676
Femme (n=465)	331 (71,2)	81 (17,4)	53 (11,4)	
Homme (n=158)	120 (76,0)	27 (17,1)	11 (7,0)	
Satisfaction du gynécologue, N=623				p<0,001
Pas du tout satisfaite (n=42)	17 (40,5)	13 (31,0)	12 (28,6)	
Plutôt insatisfaite (n=74)	48 (64,9)	13 (17,6)	13 (17,6)	
Plutôt satisfaite (n=234)	159 (68,0)	54 (23,1)	21 (9,0)	
Tout à fait satisfaite (n=273)	227 (83,1)	28 (10,3)	18 (6,6)	
A arrêté de voir un gynécologue suite à un problème lié à l'orientation sexuelle, N=623				p=0,0738
Oui (n=170)	115 (67,6)	30 (17,6)	25 (14,7)	
Non (n=453)	336 (74,2)	78 (17,2)	39 (8,6)	
Le gynécologue connaît l'orientation sexuelle, N=588				p=0,0127
Oui (n=474)	351 (74,0)	82 (17,3)	41 (8,6)	
Non (n=114)	72 (63,2)	22 (19,3)	20 (17,5)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

Expériences du FCU et date du FCU

Comme montré dans le *Tableau 12*, parmi les 578 participantes ayant un antécédent de FCU, celles ayant un antécédent de résultat anormal du FCU avaient un plus fort taux de FCU de moins de 3 ans que celles sans antécédents d'anomalie (91.5% vs 77.6%).

Lorsque les participantes décrivaient leur expérience du FCU comme « plutôt mauvaise », elles avaient alors un plus faible taux de FCU de moins de 3 ans (64.8% vs 83%) et étaient plus susceptibles d'avoir un FCU datant de plus de 3 ans (35.2% vs 17%).

Tableau 12 – Expériences du FCU et date du dernier FCU. N = 578. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU < 3 ans	FCU > 3 ans	p
	n(%)	n(%)	
Antécédent de résultat anormal du FCU			p=0,0053
Oui (n=94)	86 (91,5)	8 (8,5)	
Non (n=464)	360 (77,6)	104 (22,4)	
Ne sait pas (n=20)	14 (70,0)	6 (30,0)	
Expérience du FCU			p<0,0001
Plutôt bonne ou sans particularités (n=470)	390 (83,0)	80 (17,0)	
Plutôt mauvaise (n=108)	70 (64,8)	38 (35,2)	

NB : les pourcentages ayant été arrondis à la décimale, leur somme peut ne pas être égale à 100.

3.5. Lien avec la réalisation du FCU, analyse multivariée

Le Tableau 13 présente l'ensemble des résultats de l'analyse multivariée

Caractéristiques socio-démographiques, consommation d'alcool, tabagisme et FCU

En analyse multivariée, il apparaissait que parmi les différentes caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le niveau d'étude, le statut relationnel et le type de complémentaire santé, un lien avec la réalisation du FCU pouvait être retenu pour le statut relationnel. Ainsi, les participantes en couple avaient un risque 3.5 fois supérieur d'être en retard dans la réalisation de leur FCU (datant de plus de 3 ans) par rapport à celles n'étant pas en couple, toutes choses étant égales par ailleurs.

Alors que le lien entre tabagisme et FCU disparaissait en analyse multivariée, il persistait un lien entre la suspicion de consommation d'alcool excessive, représentée par un score DETA-CAGE supérieur ou égal à 2, et la date de réalisation du FCU : les femmes ayant un score DETA-CAGE supérieur ou égal à 2 avaient 3.6 fois moins de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU par rapport à celles ayant un score strictement inférieur à 2.

Orientation sexuelle, historique sexuel et FCU

Comme en analyse univariée, on ne retrouvait pas de lien statistiquement significatif entre l'autodéfinition de l'orientation sexuelle et la réalisation du FCU en analyse multivariée. Le lien entre le profil de FSF et le FCU quant à lui persistait. Les FSF exclusivement/vie, c'est à dire les femmes ayant déclaré n'avoir jamais eu de rapports sexuels avec des hommes, présentaient un risque plus de 5 fois supérieur de n'avoir jamais réalisé de FCU par rapport à celles ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes au cours des douze derniers mois (FSFM année).

Le lien entre le nombre de partenaires au cours de la vie, que ce soit des hommes ou des femmes, et le FCU disparaît en analyse multivariée en raison, en partie, du mode de construction du modèle d'analyse incluant la variable « profils de FSF » qui est construite grâce au nombre de partenaires hommes et femmes au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois.

On note cependant que celles ayant un antécédent de rapport non protégé avec un homme étaient 3.5 fois plus à risque d'être en retard dans leur dépistage.

Contraception, grossesse, vaccin contre le HPV, examen gynécologique et FCU

Il a été calculé que les participantes ayant un antécédent d'utilisation de contraception dans le passé mais n'en utilisant plus avaient 3 fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU par rapport à celles n'ayant jamais utilisé de contraception.

Les participantes n'ayant pas d'antécédents de grossesse étaient 10 fois plus à risque de n'avoir jamais réalisé de FCU, par rapport à celles ayant déjà été enceintes.

Il n'y avait pas de lien entre la vaccination contre le HPV et le FCU.

La date du dernier examen gynécologique complet était quant à elle étroitement liée à la date de réalisation du FCU. Ainsi, par rapport à celles n'ayant jamais eu d'examen gynécologique, celles en ayant eu un il y a moins d'un an avaient 100 fois moins de risque d'être en retard dans leur dépistage, et 20 fois moins de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU.

Antécédents de vaginose, de mycose vaginale, d'IST, informations sur la prévention des IST entre femmes et FCU

Il n'a pas été retrouvé de lien entre les antécédents de mycose vaginale, de vaginose et d'IST, et la réalisation du FCU en analyse multivariée.

Perceptions du risque, connaissances relatives au FCU et au HPV et FCU

La perception d'un besoin personnel de réalisation du FCU restait significativement liée à la réalisation du FCU en analyse multivariée. Ainsi, les participantes percevant un besoin personnel plus faible que pour une hétérosexuelle avaient-elles 2.6 fois plus de risque de ne pas être à jour de leur FCU, c'est-à-dire d'avoir un FCU de plus de 3 ans.

Les participantes ne sachant pas qualifier leur risque personnel d'infection à HPV avaient, elles, un risque près de 10 fois supérieur de ne pas être à jour de leur FCU.

Par ailleurs, il n'y avait pas de lien entre la perception du risque personnel de développer un CCU et la réalisation du FCU.

De même, il n'y avait pas de lien entre le score de connaissances et le FCU.

Déclaration d'un médecin traitant, recommandation médicale du FCU, expériences avec les médecins et FCU

La recommandation du FCU par un médecin restait un facteur significativement lié à sa réalisation : les participantes à qui un médecin avait déjà recommandé de réaliser un FCU avaient 3 fois moins de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU.

Encore plus significatif était le lien statistique entre le fait qu'un médecin leur ait déjà dit que le FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle et la réalisation du FCU. Elles avaient alors 3.7 fois plus de risque d'être en retard dans leur dépistage (c'est-à-dire avoir un FCU de plus de 3 ans), et 6 fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU.

Pour terminer, tandis qu'avoir déclaré un médecin traitant, avoir consulté récemment un médecin généraliste et être « out » auprès du médecin généraliste habituel n'étaient pas liés à la réalisation du FCU, le fait d'avoir déjà consulté un gynécologue multipliait par 100 les chances d'être à jour du FCU (par rapport à celles n'en ayant jamais fait).

Tableau 13 - Analyse multivariée. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU > 3 ans			Jamais de FCU		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Référence : FCU < 3 ans						
Age (variable continue)	1,03	(0,98 ; 1,07)	NS	0,97	(0,91 ; 1,02)	NS
Vit en milieu rural (réf. "non")						
Oui	1,88	(0,77 ; 4,6)	NS	0,62	(0,19 ; 2,05)	NS
Niveau d'études (réf. "inférieur ou égal au baccalauréat ou équivalent")						
Bac +2 ou 1er cycle universitaire ou équivalent	1,22	(0,43 ; 3,41)	NS	1,26	(0,29 ; 5,44)	NS
2ème ou 3ème cycles universitaires ou équivalent	0,49	(0,17 ; 1,42)	NS	2,08	(0,47 ; 9,18)	NS
En couple ou mariée ou pacsée (réf. "non")						
Oui	3,54	(1,38 ; 9,09)	<0,01	0,84	(0,33 ; 2,18)	NS
Type de complémentaire santé (réf. "pas de complémentaire")						
CMU-C	0,61	(0,08 ; 4,47)	NS	1,48	(0,17 ; 12,7)	NS
ACS	0,18	(0 ; 9,08)	NS	–	–	NS
Mutuelle étudiante	0	(0 ; 0)	NS	5,7	(0,6 ; 54,03)	NS
Autre complémentaire santé	0,47	(0,1 ; 2,3)	NS	0,39	(0,07 ; 2,3)	NS
Ne sait pas	0,22	(0,01 ; 9,09)	NS	0,57	(0,01 ; 27,17)	NS
Score DETA-CAGE (réf. <2)						
> ou = 2	0,88	(0,42 ; 1,85)	NS	0,28	(0,11 ; 0,7)	<0,01
Tabagisme (réf. "non fumeuse")						
Ancienne fumeuse	0,69	(0,29 ; 1,61)	NS	0,49	(0,15 ; 1,55)	NS
Fumeuse	0,8	(0,34 ; 1,89)	NS	1,72	(0,63 ; 4,66)	NS
Autodéfinition de l'orientation sexuelle (réf. "bisexuelle")						
Lesbienne ou homosexuelle	1,09	(0,38 ; 3,11)	NS	1,08	(0,3 ; 3,94)	NS
Profil de FSF (réf. "FSFM année")						
FSF exclusivement/année	2,05	(0,51 ; 8,27)	NS	1,85	(0,38 ; 8,98)	NS
FSF exclusivement/vie	1,03	(0,27 ; 3,98)	NS	5,53	(1,31 ; 23,3)	<0,05
Nombre de partenaires femmes au cours de la vie (réf. = 1)						
2 à 5 partenaires	0,95	(0,31 ; 2,87)	NS	0,95	(0,28 ; 3,24)	NS
6 à 10 partenaires	1,26	(0,37 ; 4,27)	NS	0,64	(0,17 ; 2,46)	NS
Plus de 10 partenaires	1,26	(0,34 ; 4,73)	NS	0,95	(0,2 ; 4,52)	NS
Nombre de partenaires hommes au cours de la vie (réf. = 0)						
1 partenaire	0,85	(0,31 ; 2,37)	NS	3,39	(0,96 ; 12,06)	NS
2 à 5 partenaires	0,65	(0,27 ; 1,53)	NS	1,46	(0,51 ; 4,19)	NS
6 à 10 partenaires	0,44	(0,14 ; 1,42)	NS	1,5	(0,41 ; 5,53)	NS
Plus de 10 partenaires	0,5	(0,16 ; 1,61)	NS	1,83	(0,35 ; 9,65)	NS
Antécédent de rapport non protégé avec un homme (Réf. "non")						
Oui	3,54	(1,47 ; 8,57)	<0,01	0,4	(0,13 ; 1,2)	NS
Contraception (réf. "jamais")						
Oui mais je n'en utilise plus	1,26	(0,56 ; 2,8)	NS	3,18	(1,3 ; 7,81)	<0,05
Oui actuellement	4,07	(0,89 ; 18,57)	NS	1,44	(0,21 ; 9,92)	NS
Antécédent de grossesse (réf. "non")						
Oui	0,93	(0,38 ; 2,27)	NS	0,1	(0,02 ; 0,7)	<0,05
Vaccination contre le HPV (réf. "non-vaccinée")						
Vaccinée	1,31	(0,53 ; 3,24)	NS	2,38	(0,96 ; 5,92)	NS
Ne sait pas	2,38	(0,77 ; 7,38)	NS	1,77	(0,41 ; 7,58)	NS
Dernier examen gynécologique complet (réf. "jamais")						
Moins d'un an	0,01	(0 ; 0,03)	<0,001	0,05	(0,01 ; 0,16)	<0,001
Entre 1 et 3 ans	0,07	(0,02 ; 0,21)	<0,001	0,03	(0,01 ; 0,13)	<0,001
Plus de 3 ans	4,89	(1,67 ; 14,27)	<0,01	1,17	(0,34 ; 4,04)	NS

Tableau 13 suite – analyse multivariée. Enquête LESBICLEAR 2019.

	FCU > 3 ans			Jamais de FCU		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
<i>Référence : FCU < 3 ans</i>						
Antécédent de mycose vaginale (réf. "non")						
Oui	1,16	(0,59 ; 2,3)	NS	0,59	(0,27 ; 1,31)	NS
Antécédent de vaginose (réf. "non")						
Oui	0,91	(0,39 ; 2,1)	NS	0,33	(0,1 ; 1,14)	NS
A reçu des informations sur IST et FSF (réf. "non")						
Oui	0,64	(0,29 ; 1,4)	NS	2,22	(0,94 ; 5,27)	NS
A un antécédent d'IST (réf. "non")						
Oui	0,61	(0,22 ; 1,61)	NS	0,81	(0,22 ; 2,96)	NS
Perception du besoin personnel de réalisation du FCU par rapport à une hétérosexuelle (réf. "identique ou plus fort")						
Plus faible	2,6	(1,06 ; 6,39)	<0,05	1,27	(0,47 ; 3,46)	NS
Ne sait pas	0,23	(0,03 ; 1,53)	NS	4,57	(0,72 ; 28,99)	NS
Perception du risque personnel d'infection à HPV par rapport à une hétérosexuelle (réf. "identique ou plus fort")						
Plus faible	1,24	(0,5 ; 3,02)	NS	1,39	(0,51 ; 3,76)	NS
Ne sait pas	9,73	(2,85 ; 33,28)	<0,001	0,68	(0,13 ; 3,51)	NS
Perception du risque personnel de cancer du col de l'utérus par rapport à une hétérosexuelle (réf. "identique ou plus fort")						
Plus faible	2,26	(0,76 ; 6,72)	NS	3,31	(0,88 ; 12,52)	NS
Ne sait pas	0,88	(0,24 ; 3,24)	NS	2,31	(0,49 ; 10,85)	NS
Score de connaissance (variable continue)	1,05	(0,98 ; 1,12)	NS	1,01	(0,93 ; 1,09)	NS
A déclaré un médecin traitant (réf. "non")						
Oui	0,56	(0,17 ; 1,83)	NS	0,51	(0,15 ; 1,77)	NS
Recommandation du FCU par un médecin (réf. "non")						
Oui	1,2	(0,59 ; 2,44)	NS	0,32	(0,14 ; 0,74)	<0,01
Un médecin a déjà que FCU inutile vu orientation (réf. "non")						
Oui	3,74	(1,43 ; 9,74)	<0,01	6,07	(2,13 ; 17,25)	<0,001
Dernière consultation chez un généraliste (réf. "< 1 an")						
Entre 1 et 3 ans	1,01	(0,39 ; 2,66)	NS	0,53	(0,16 ; 1,75)	NS
Plus de 3 ans	0,26	(0,02 ; 3,68)	NS	2,29	(0,12 ; 44,78)	NS
Le médecin généraliste connaît l'orientation sexuelle (réf. "non")						
Oui	0,67	(0,31 ; 1,44)	NS	1,6	(0,66 ; 3,85)	NS
A déjà consulté un gynécologue (réf. "non")						
Oui	0,66	(0,16 ; 2,64)	NS	0,01	(0 ; 0,06)	<0,001

4. Discussion

Parmi les FSF de 25 à 65 ans habitant en France interrogées dans notre enquête, 64.7% déclaraient avoir réalisé un FCU il y a moins de 3 ans, 16.6% il y a plus de 3 ans, et 18.7% déclaraient n'en avoir jamais fait. Lorsqu'elles n'avaient jamais réalisé de FCU au cours de leur vie, les facteurs liés étaient :

- Avoir eu exclusivement des partenaires femmes au cours de leur vie (OR 5.5)
- Avoir un score DETA-CAGE inférieur à 2 suggérant l'absence de consommation excessive d'alcool (OR 3.6)
- N'avoir jamais été enceinte (OR 10)
- Ne pas utiliser de contraception médicale au moment de répondre au questionnaire tout en ayant utilisé une par le passé (OR 3.2)
- Ne pas avoir eu de recommandation de sa réalisation de la part d'un médecin (OR 3.1)
- Avoir entendu de la part d'un médecin que le FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle (OR 6.1)

Par ailleurs, elles étaient plus susceptibles de déclarer être en retard dans leur dépistage, c'est-à-dire avoir un FCU de plus de 3 ans, si elles percevaient un moindre besoin personnel de réalisation du FCU (OR 2.6), si elles ne savaient pas qualifier leur risque personnel d'infection à HPV (OR 9.7), si elles étaient en couple (OR 3.5), si elles avaient un antécédent de rapport non protégé avec un homme (OR 3.5) et enfin si elles avaient déjà entendu de la part d'un médecin que le FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle (OR 3.7).

4.1. Des taux bas de réalisation du FCU

Dans notre étude, seulement 64.7% des FSF en âge de faire le frottis déclaraient l'avoir fait il y a moins de 3 ans, et près d'une sur cinq (18.7%) n'en avaient jamais fait. Ces taux déclarés de réalisation du FCU sont inférieurs à ce qui avait été retrouvé dans le Baromètre 2005 échantillonné en population générale en France, où 83.2% des femmes en âge de faire le FCU déclaraient l'avoir effectué il y a moins de 3 ans (28). Bien qu'on ne puisse pas directement comparer ces résultats, ils sont tous deux issus de taux déclarés en France, et ce faible taux de recours au FCU des FSF est d'autant plus inquiétant quand on tient compte du fait que le mode de recueil déclaratif utilisé ici tend à surestimer le taux réel de dépistage et à lisser les disparités (29,30).

Ce sous-dépistage des FSF par le FCU retrouvé est concordant avec ce qui avait été mesuré aux Etats-Unis en 2006 dans l'étude de Kerker et al. recueillant par téléphone les déclarations de réalisation du FCU de femmes résidant à New-York, indépendamment de leur orientation sexuelle : le taux de réalisation du FCU il y a moins de 2 ans des FSF était de 66% et celui des FSH était de 80% (2). Il semblerait donc que même en France les FSF feraient moins régulièrement le FCU que le reste de la population. Il faudrait corroborer ce résultat à l'aide d'un échantillonnage probabiliste en population générale comparant les déclarations de réalisation du FCU des FSF et des FSH en France.

4.2. Disparités en fonction de l'orientation sexuelle définie par les pratiques : importance de l'activité sexuelle avec des hommes

Les participantes ayant eu des rapports sexuels exclusivement avec des femmes au cours de leur vie, (i.e. FSF exclusivement/vie) avaient 5.5 fois plus de risques de n'avoir jamais réalisé de FCU par rapport à celles ayant eu des rapports sexuels avec des femmes et des hommes au cours de l'année (i.e. FSFM année) : 34.3% des FSF exclusivement/vie n'en avaient jamais réalisé, contre 15% des FSF exclusivement/année et 11.1% des FSFM année.

Le taux de FCU de moins de 3 ans variait également en fonction du profil de FSF : 52.2% pour les FSF exclusivement/vie, alors qu'il était de 66.1% pour les FSF exclusivement/année et 77.8% pour les FSFM

année. Les FSF ayant eu des rapports sexuels avec des hommes étaient donc plus susceptibles d'être à jour de leur FCU, ce qui démontre que les pratiques de dépistages des FSF étaient liées à l'activité sexuelle avec des hommes.

Il n'y avait pas de différence significative dans la réalisation du FCU en fonction de l'autodéfinition de l'orientation sexuelle. Les FSF s'identifiant comme lesbiennes (77.5% de l'échantillon) étaient 63.5% à avoir un FCU de moins de 3 ans, contre 72.1% des bisexuelles (15.6% de l'échantillon).

En 2017 Agénor et al. retrouvaient un résultat similaire, à savoir qu'il y avait une large différence de taux de dépistage par le FCU en fonction du genre des partenaires au cours de la vie tandis que cette différence s'émoissait si on considérait l'autodéfinition de l'orientation sexuelle. Ainsi 46.6% de celles ayant eu exclusivement des femmes au cours de leur vie avaient un FCU de moins de 3 ans contre 89.6% de celles ayant des partenaires hommes et des femmes au cours de leur vie. Dans cette même étude, en considérant l'orientation sexuelle par l'autodéfinition, la différence était moindre entre celles se définissant comme lesbienne ou bisexuelle, avec respectivement 73.8% et 81.6% de FCU fait il y a moins de 3 ans (31).

Ces résultats sont l'exemple même de la nécessité de bien définir la population étudiée lors d'une étude des minorités sexuelles. Dans une étude de santé comme la nôtre, portant sur le dépistage de la conséquence du HPV, une IST, il est beaucoup plus logique de définir l'orientation sexuelle par les pratiques, en y incluant une chronologie (genre des partenaires au cours de la vie, au cours des douze derniers mois), que par l'autodéfinition de l'orientation sexuelle, comme le conseillaient Meyer et Wilson en 2009 (32).

4.3. Antécédent de rapport sexuel non protégé avec un homme, second indicateur lié à l'activité sexuelle avec des hommes

Les deux tiers (67%) des FSF ayant déjà eu un rapport sexuel avec un homme (FSFM année et FSF exclusivement/année soit 65% de l'échantillon) avaient un antécédent de rapport sexuel non protégé avec homme. Elles étaient alors 3.5 fois plus à risque d'être en retard dans leur dépistage par le FCU.

Il s'agit du deuxième indicateur montrant un lien entre la réalisation du FCU et l'activité sexuelle avec des hommes. Les comportements de protection des rapports sexuels avec des hommes étaient sensiblement plus fréquents que ce qui avait été trouvé dans une étude de Diamant et al. en 2000 où 89% des femmes s'identifiant comme lesbiennes et ayant déjà eu des rapports sexuels avec des hommes avaient un antécédent de rapport non protégé avec un homme (21).

4.4. Examen gynécologique, antécédents de grossesse et d'IST, contraception, vaccination : les occasions saisies et les occasions manquées

Nous avons pu voir que près d'un quart des participantes (24.2%) avaient un antécédent de grossesse. Elles étaient alors 10 fois moins à risque de n'avoir jamais réalisé de FCU, par rapport à celles n'ayant jamais été enceintes. En 2004 aux Etats-Unis Marrazzo et Stine avaient mesuré un taux quasiment identique de 25% d'antécédents déclarés de grossesse chez des FSF (33).

Même en sachant que les FSF ont moins d'antécédents de grossesse que les FSH (16), ce résultat montre que la grossesse est une occasion saisie par les médecins et les sages-femmes de pouvoir réaliser le FCU. Cela peut sûrement s'expliquer par les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé : le FCU doit être réalisé lors de la consultation pré-conceptionnelle ou lors de la première consultation de suivi de grossesse de toutes les femmes s'il date de plus de 2-3 ans (34), ou encore lors de la deuxième consultation médicale en cas d'interruption volontaire de grossesse (35). Cette occasion saisie n'a cependant probablement pas de lien avec le fait qu'elles soient FSF, mais

serait due au suivi habituel de toutes les femmes enceintes indépendamment de leur orientation sexuelle.

La grande majorité des FSF de notre étude (87.6%) avait déjà consulté un gynécologue, ce qui multipliait par 100 les chances d'être à jour du FCU. On peut également citer le lien étroit, peu surprenant, entre la date du dernier examen gynécologique complet et la réalisation du FCU. Il est notable que 7.4% des FSF ayant déjà eu un examen gynécologique complet et 10.3% des FSF ayant déjà consulté un gynécologue n'avaient pas pour autant bénéficié d'un FCU de dépistage, ce qui constitue des occasions manquées.

L'utilisation d'une contraception médicalisée est un motif fréquent de consultation gynécologique. Or les FSF n'étaient que 6% à en avoir une au moment de l'enquête, la plupart n'étant pas concernées par un risque de grossesse. C'est très peu si on compare ce taux aux données du Baromètre santé 2005 où entre 83 et 85.8% des femmes âgées de 25 à 54 ans concernées par le risque de grossesse (sexuellement active, non stérile et ayant un partenaire) déclaraient utiliser une contraception médicalisée que ce soit la pilule, le stérilet, l'implant ou encore la stérilisation (28). Dans notre étude, près de quatre participantes sur dix (39.8%) n'ayant jamais consulté de gynécologue le justifiaient par le fait qu'elles n'utilisaient pas de contraception, et les FSF ayant un antécédent d'utilisation de contraception médicale dans le passé mais n'en utilisant plus représentaient 51.6% de l'échantillon. Ces dernières avaient alors 3 fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU par rapport à celles n'ayant jamais utilisé de contraception. Il est difficile d'expliquer ce résultat, on peut supposer que cela concerne des participantes ayant utilisé très jeune un moyen de contraception, bien avant l'âge recommandé du premier dépistage par le FCU qui est de 25 ans, ou bien que ce résultat soit dû à la construction du modèle d'analyse multivarié. En 2001 Marrazzo et al. retrouvaient une proportion similaire d'utilisation de contraception médicale à savoir 53% des FSF en avaient utilisé dans le passé, 4% en utilisaient au moment de répondre, et 47% n'en avaient jamais utilisé (4).

Nous avons mesuré que 17% des FSF avaient un antécédent d'IST, mais sans lien avec la réalisation du FCU en analyse multivariée, à la différence de Diamant et al. en 2000 qui retrouvaient eux aussi 17% d'antécédents d'IST, mais en lien avec un FCU réalisé il y a moins de 2 ans. Cette différence observée peut venir d'un manque de puissance de notre étude qui avait un effectif plus faible, ou de la définition de l'orientation sexuelle utilisée : FSF dans l'enquête Lesbiclear, et autodéfinition de l'orientation sexuelle comme étant « lesbienne » pour Diamant et al., indépendamment du genre de leurs partenaires (21).

Près d'une participante sur quatre (23.9%) avait un antécédent de vaginose bactérienne sans que cela soit lié à la réalisation du FCU. Or les FSF ont une prévalence plus élevée de vaginose, et des études récentes ont montré qu'avoir une vaginose doublerait le risque d'infection persistante à HPV (36,37).

Ces résultats suggèrent qu'en cas d'IST ou de vaginose, les acteurs de soins n'ont pas saisi l'occasion de proposer la réalisation du FCU aux femmes concernées.

4.5. Statut relationnel : les FSF en couple ne vont plus se faire dépister

Les trois quarts des participantes étaient en couple (75.1%), qu'elles soient mariées ou pacsées ou non, et dans 96.1% des cas leur partenaire était une femme. Elles avaient alors un risque 3.5 fois supérieur d'être en retard dans la réalisation de leur FCU.

Ce lien entre statut relationnel et réalisation du FCU est rarement décrit dans la littérature. Pour Tracy et al. il était non significatif dans une étude de 2010 alors qu'en 2013 les femmes lesbiennes définies comme « routine screeners » (faisant régulièrement le FCU) étaient plus fréquemment mariées ou vivant avec leur partenaire. Toutefois, le genre des partenaires n'était pas précisé et la méthode de

définition de l'orientation sexuelle des participantes était basée sur l'autodéfinition de l'orientation sexuelle, ce qui pourrait expliquer la différence avec notre étude (14,38).

4.6. Alcool : une consommation excessive liée à plus de comportements de dépistage

Les FSF ayant un score de DETA CAGE supérieur ou égal à 2, suggérant une consommation excessive d'alcool, représentaient 37.4% de l'échantillon et avaient 3.6 fois moins de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU. Les FSF sont une population à plus haut risque d'alcoolisme chronique (6). La consommation excessive d'alcool étant liée à des conduites sexuelles à risque (plus grand nombre de partenaires, plus d'antécédents de rapports sexuels non protégés au cours des 12 derniers mois), on peut imaginer que cela puisse mener à une plus grande fréquence de dépistage par le frottis (39). Pour le vérifier il serait intéressant d'évaluer les antécédents de conduites sexuelles à risque et de réalisation du frottis en fonction de la consommation d'alcool chez les FSF.

4.7. Perceptions et connaissances : importance de la perception de risque personnel d'infection à HPV et de leur besoin personnel de réaliser le FCU

Les perceptions de risque liées à la population FSF en général (exemple : « être FSF expose à des problèmes de santé particuliers », « les relations sexuelles entre femmes exposent à un risque inexistant / faible / modéré / fort de transmission d'IST ») n'influaient pas sur le dépistage par le FCU, tandis que les perceptions de risque « personnel » avaient une influence.

Ainsi, si une participante percevait un besoin personnel de réalisation du FCU plus faible que pour une hétérosexuelle (17.6% de l'échantillon), elle avait 2.6 fois plus de risque de ne pas être à jour du FCU. En cas de méconnaissance du risque personnel d'infection à HPV (11.8% de l'échantillon), elle avait alors un risque près de 10 fois supérieur de ne pas être à jour du FCU.

Ces résultats concordent avec ceux rapportés par Bailey et al. en 2000 : 22% des femmes s'autodéfinissant comme lesbiennes pensaient avoir un moindre besoin de réalisation du FCU par rapport aux hétérosexuelles, ce qui était corrélé aux pratiques de dépistage (11).

La méconnaissance du risque personnel d'infection à HPV peut s'expliquer par le nombre de participantes ignorant que le HPV pouvait se transmettre entre femmes, que ce soit par contact digito-génital (63% l'ignoraient), par contact sexe contre sexe (tribadisme, 46% l'ignoraient) ou lors du partage de sex-toys insertifs (33% l'ignoraient). En 2009 en Australie, 75% des femmes appartenant à une minorité sexuelle avaient entendu parler du HPV mais seulement 25% s'estimaient à risque d'infection, et seulement 6% pensaient que le HPV pouvait se transmettre entre femme (3).

Avoir un score de connaissances élevé (score de 0 à 24, basé sur des items portant sur des informations concernant le FCU et le HPV) n'augmentait pas la probabilité d'être à jour du FCU. Il s'agit de la première étude utilisant à la fois les perceptions de risques liés au HPV et au CCU et un score de connaissances portant uniquement sur le HPV et le FCU de ce type. L'intégration des connaissances et des perceptions de risque en analyse multivariée montre bien qu'indépendamment des connaissances que les FSF avaient, ce sont bien les perceptions du risque personnel d'infection à HPV ou de besoin personnel de réaliser le FCU qui les menaient à avoir des comportements de dépistage ou non.

4.8. Recommandation du FCU : le rôle primordial des médecins

Pour une participante sur deux (52.5%) un médecin avait recommandé de réaliser le FCU, ce qui était lié à 3 fois moins de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU. C'était moins que dans l'étude américaine de Johnson et al. réalisée en 2016 où elles étaient 73% à avoir reçu cette recommandation ce qui multipliait par 4.2 leur probabilité d'être des « routine screeners » (c'est-à-dire faisant régulièrement

le FCU). Pour Tracy et al. en 2013 la recommandation médicale multipliait par 2 la probabilité d'être une « routine screener » (14,40)

A l'inverse, si un médecin leur avait dit que le FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle, ce qui concernait 12% des participantes, elles étaient alors 3.7 fois plus à risque d'être en retard dans leur dépistage, et 6 fois plus à risque de n'avoir jamais réalisé de FCU. Ces recommandations erronées d'inutilité du FCU avaient été décrites par Marrazzo et al. en 2001, où 10% des femmes n'ayant pas eu de FCU récent déclaraient qu'un médecin leur avait dit que cela n'était pas nécessaire si elles n'étaient pas sexuellement actives avec des hommes, ainsi que dans des études qualitatives conduites en 2009 en Norvège (4,41).

Ce résultat souligne le rôle primordial des médecins dans l'incitation au dépistage du CCU, et inversement le rôle dissuasif qu'ils peuvent avoir en cas de mésinformation. De la part des médecins, rassurer à tort est à notre sens pire que de ne rien dire ou d'avouer ne pas savoir si une patiente doit se faire dépister, car une FSF rassurée à tort ne viendra plus ou n'accèdera jamais au dépistage du CCU par le FCU.

Dans notre étude, 18.7% des FSF n'avaient jamais réalisé de FCU, et dans un tiers des cas (35.3%) la raison évoquée était qu'on ne leur avait pas proposé de le faire.

Pour qu'un médecin puisse donner une recommandation spécifique de dépistage à une patiente FSF, il faudrait déjà qu'il soit au courant de son orientation sexuelle. Si les trois quarts des gynécologues consultés (76.1%) étaient au courant de l'orientation sexuelle de leurs patientes, ce n'était le cas que pour 54% des médecins généralistes consultés. Plus de 7 fois sur 10, le gynécologue ou le médecin généraliste ne connaissait pas l'orientation sexuelle de la patiente simplement car il n'avait pas posé la question. Et lorsque l'orientation sexuelle était connue du médecin, neuf fois sur dix c'était la participante qui l'avait activement dévoilée (95.4% des cas concernant le médecin généraliste, 89.9% des cas concernant le gynécologue).

4.9. Limites et forces de l'étude

Les résultats présentés dans cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites.

Premièrement, afin de cibler les FSF nous avons choisi une méthode d'échantillonnage non-probabiliste de convenance. Elle a l'inconvénient de ne pas permettre de savoir si les résultats sont généralisables à l'ensemble de la population FSF de France et donc limite la validité externe par rapport à un échantillonnage probabiliste. De plus, le mode de recueil par questionnaire en ligne par un recrutement semi-actif via des associations et de la presse LGBT, même anonymisé, a l'inconvénient de sélectionner des participantes un minimum actives, engagées et « out ». Ces biais de sélection et de volontarisme permis par l'absence de randomisation sont habituels dans les études s'intéressant aux minorités sexuelles. Le recueil sur internet nous a tout de même semblé le plus adapté car il permet de recruter des personnes que l'on a du mal à recruter par d'autres moyens (notamment les personnes vivant en milieu rural) et grâce à la garantie d'anonymat et l'absence d'interlocuteur direct, l'habituelle barrière du coming out s'en trouvait diminuée. De plus, la possibilité de partager le questionnaire sur les réseaux sociaux et par mail a permis un effet « boule de neige » atténuant ainsi le biais de sélection introduit par la diffusion communautaire. Toutefois, cette méthode ne permet pas de connaître le taux de réponses ni d'inclure les FSF n'ayant pas accès à internet, bien que cela soit de plus en plus rare : 88% des français de plus de 12 ans utilisaient internet en 2019. On peut également noter que les personnes répondant aux questionnaires sur internet ont en moyenne un meilleur niveau socio-économique et sont plus jeunes (32,42). Malgré cette limite, la large diffusion dont a bénéficié l'enquête Lesbiclear a permis de recruter un échantillon de FSF de 17 à 78 ans de grande taille, aux

profils socio-démographiques divers et ce en seulement 8 semaines. Même en restreignant notre échantillon aux FSF de 25 à 65 ans nous disposions d'effectifs suffisants pour les analyses en sous-groupes.

Deuxièmement, les FSF constituent une population notoirement invisible et très peu étudiée en France (3). L'enquête Lesbiclear étant peut-être une des seules études ciblant la santé des FSF auxquelles les participantes ont pu être confrontées il est possible que cela ait entraîné un effet de valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt, générant un biais de désirabilité sociale. Cependant le caractère anonyme de l'étude a pu diminuer ce biais.

Troisièmement, les participantes de l'étude avaient déclaré que leur diplôme le plus élevé obtenu était en moyenne assez haut : la majorité des FSF de notre échantillon (56.1%) déclaraient avoir un diplôme du supérieur long (supérieur à bac +2). C'est bien plus que le niveau national d'éducation des femmes en France évalué par l'Insee toutes classes d'âge confondues. En effet, en 2018 en France seulement 36.1% des femmes de 25 à 34 ans avaient obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur. Cette proportion diminue progressivement dans les classes d'âge supérieures, pour n'atteindre que 12.1% des 55-64 ans (43). Un haut niveau d'éducation est fréquemment retrouvé dans les différentes études portant sur les FSF, à la fois avec des échantillons de convenance et des échantillons probabilistes (3,44). Dans notre cas, on ne peut pas savoir si cela signifie que les FSF de France ont un meilleur niveau d'éducation que le reste des femmes, ou si cela tient de la méthode (échantillon de convenance, mode de recueil sur internet) favorisant le recrutement de femmes de meilleur niveau socio-économique, ou encore si cela est dû à un faible engagement des FSF de plus bas niveau d'éducation dans le milieu associatif et militant. Il est possible que cette étude ne représente pas suffisamment les FSF ayant un plus bas niveau d'éducation.

Quatrièmement, l'enquête Lesbiclear étant une étude transversale, il est impossible de déterminer clairement la chronologie entre le parcours de soins et l'éventuelle évolution de l'orientation sexuelle. Par exemple, plusieurs participantes nous ont expliqué en commentaire qu'elles n'allaient plus chez le gynécologue depuis qu'elles étaient avec des femmes, ou encore que leur dernier FCU datait de l'époque où elles étaient avec des hommes. Nous avons tenté de limiter ce biais en interrogeant sur le genre des partenaires à la fois au cours de la vie et au cours des douze derniers mois, afin d'établir les 3 variables : FSF exclusivement/vie, FSF exclusivement/année, FSFM année. Nous avons également exclu les personnes ayant été abstinentes au cours de l'année écoulée, qui pourtant se reconnaissaient comme « lesbienne » ou « bisexuelle » ou « pansexuelle ». Le choix de limiter aux personnes ayant eu un rapport au cours des douze derniers mois avait pour objectif de ne pas inclure à tort des personnes ayant eu tôt dans leur vie des expériences homosexuelles, mais n'ayant eu que des rapports sexuels avec des hommes le reste de leur vie. Selon le Baromètre santé 2005, le pourcentage de femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans n'ayant eu aucun rapport au cours des douze derniers mois était de 6.6% (28). Bien que ce critère d'inclusion nous prive d'une proportion probablement similaire de FSF abstinentes au cours des douze derniers mois, il affine toutefois l'échantillonnage en sélectionnant uniquement des femmes dont les rapports sexuels avec des femmes étaient récents.

Cinquièmement, il nous a été reproché de ne pas proposer l'inclusion des femmes trans et des personnes déclarant être de genre « non binaire » (il peut s'agir d'AFAB -assigned female at birth- ou d'AMAB -assigned male at birth-, qui au moment de répondre ne se définissent ni comme « femme » ni comme « homme »). Dans un souci de susciter l'intérêt et d'accrocher le regard, la présentation de l'étude se devait d'être simple. De plus, afin de ne pas dissuader les personnes ne sachant pas ce qu'était le FCU ou n'en ayant jamais fait de répondre, il n'a pas été précisé que le critère de jugement principal était le FCU. L'enquête Lesbiclear a donc été majoritairement présentée par les diffuseurs comme une enquête sur « la santé des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » et

c'est seulement à la lecture de la notice d'information du questionnaire (première page du questionnaire) qu'il était spécifié que l'étude était ouverte aux femmes cisgenres, aux hommes trans et aux personnes intersexes. Ces choix de présentation de l'étude ont finalement créé de la confusion et parfois de l'indignation, d'autant qu'elle a notamment été diffusée dans le milieu militant et associatif. Des participants ne comprenaient pas pourquoi une étude présentée comme étudiant « la santé des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » pouvait inclure les personnes intersexes et les hommes trans, tout en n'incluant pas les femmes trans (qui, bien qu'étant des femmes, ne relevaient pas du dépistage par le FCU). Il aurait été plus judicieux de préciser que l'enquête portait sur le frottis cervico-utérin, et d'inclure non sur une question de genre, mais à l'aide d'une question sur le sexe génital, ou par exemple avec des questions à développement telles que « Quel est le genre qui vous a été attribué à la naissance ? », « Quel est votre genre actuel ? » tout en laissant la possibilité de ne se reconnaître dans aucun des genres. Identité, genre et orientation sexuelle s'avèrent être des notions d'utilisation complexe et délicate. Tout mésusage peut se révéler blessant dans une communauté déjà trop souvent victime de discrimination et les obstacles que nous avons rencontrés devraient être pris en compte pour toute future enquête portant sur la santé des minorités sexuelles.

Le taux d'abandon du questionnaire en cours de remplissage s'est élevé à environ 15%, ce qui nous semble acceptable étant donné la longueur du questionnaire. Il fallait en effet en moyenne entre 15 et 16 minutes pour répondre à toutes les questions. Les passages ayant entraîné le plus d'abandon concernaient les questions nécessitant que la participante entre manuellement un nombre (par exemple un âge, un nombre de partenaire), ou la partie connaissance située en fin de questionnaire qui était assez étoffée et demandait beaucoup de lecture.

Pour cette partie du questionnaire évaluant les connaissances nous avons fait le choix de ne pas poser les questions sur un modèle de « vrai ou faux » qui mesure les connaissances sans apporter d'informations, et pouvant même véhiculer de fausses informations ou idées reçues. Nous avons préféré expliquer avant le groupe de questions que toutes les informations données étaient vraies, et les répondantes devaient simplement noter si elles les connaissaient déjà ou non. Cela a donné un rôle double à l'enquête Lesbiclear : répondre à la question de recherche et apporter de l'information de manière pédagogique, ce qui a été salué par de nombreuses participantes.

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude s'intéressant aux facteurs liés à la réalisation du FCU chez les FSF en France, et de la première étude internationale où l'étude simultanée dans un même modèle multivarié des perceptions du risque, des connaissances, de l'historique sexuel, de la recommandation médicale et du parcours de soins a permis de hiérarchiser leurs poids respectifs dans la réalisation du FCU par les FSF.

4.10. Implications en santé publique de l'enquête Lesbiclear

L'enquête Lesbiclear a montré que l'amélioration du recours au dépistage par le frottis cervico-utérin par les FSF repose sur un trépied avec :

- La connaissance des facteurs liés au parcours de vie des femmes sur lesquels on ne peut pas influencer : le statut relationnel et le genre des partenaires
- Les occasions de recommandation ou de réalisation du FCU à ne pas manquer : les grossesses, la contraception, la survenue d'une IST, d'une vaginose ou d'une mycose, la vaccination contre le HPV.

- Les facteurs sur lesquels une action directe est possible : la perception du risque personnel d'infection à HPV et du besoin personnel de réaliser le FCU, la recommandation médicale du frottis.

A la lumière de nos résultats, on peut conclure que bien que les FSF relèvent du dépistage du cancer du col de l'utérus comme toutes les autres femmes, les barrières d'accès au dépistage spécifiques qu'elles rencontrent suggèrent qu'elles doivent impérativement bénéficier de mesures de prévention ciblées.

La formation médicale doit être améliorée sur le sujet de la santé des FSF afin de prendre en compte leurs spécificités. Les médecins généralistes et les gynécologues qui ont face à eux une femme en âge d'être dépistée par le FCU devraient s'enquérir systématiquement de son orientation sexuelle définie par le genre de ses partenaires sexuels, et adapter leur recommandation. Nous avons montré l'importance de verbaliser l'intérêt que représente le FCU pour les FSF. Une FSF ne doit plus entendre de la part d'un médecin que son orientation sexuelle ne justifie pas la pratique d'un FCU. Cette assertion erronée ne peut que la conforter dans une notion d'absence de risque personnel et donc d'inutilité du frottis. Les médecins devraient informer les FSF qu'elles sont à risque d'infection à HPV et de cancer du col de l'utérus, qu'elles doivent faire le frottis, et ce même si elles n'ont des relations sexuelles qu'avec des femmes.

Les pouvoirs publics doivent se saisir des résultats de notre étude pour initier des campagnes ciblées de prévention à destination des FSF. Devant la multitude d'actions publiques et associatives visant à réduire le risque de transmission du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les FSF sont trop souvent invisibles, déssexualisées, véhiculant ainsi dans l'inconscient collectif l'idée que les rapports sexuels entre femmes ne sont pas à risque. Il existe très peu de ressources informant les FSF sur les risques relatifs aux relations sexuelles entre femmes et sur les moyens de protection des rapports homosexuels, comme l'utilisation de la digue dentaire, de gants, ou encore de préservatifs lors du partage de sex-toys insertifs. Nous avons d'ailleurs montré que leur participation au dépistage était pour le moment encore très liée à l'activité sexuelle avec des hommes (antécédents de rapports sexuels non protégés avec un homme, profil de FSF ayant eu des rapports sexuels avec des hommes récemment).

La Haute Autorité de Santé, dans une récente évaluation de la recherche des HPV en première intention pour le dépistage du CCU, souhaite généraliser à l'échelle nationale le dépistage du cancer du col de l'utérus par la mise en œuvre d'un programme national de dépistage organisé du CCU avec un système d'invitations/relances des femmes n'ayant pas participé spontanément au dépistage dans les 3 dernières années. Elle conclut également que pour atteindre les femmes participant peu ou pas au dépistage, la proposition d'envoi d'un test HPV sous forme d'un kit d'auto-prélèvement vaginal est une modalité efficiente, plus efficace que l'envoi de courriers d'invitation/relance (45). Etant donné les barrières d'accès au dépistage précédemment citées, et en en se rappelant qu'une FSF sur deux de notre échantillon n'ayant jamais réalisé de frottis le justifiait par la peur et le fait qu'elle était mal à l'aise à l'idée de le faire, les tests HPV par kits d'auto-prélèvements pourraient être une méthode très efficace d'amélioration du dépistage des FSF.

4.11. Pistes pour la recherche

Pour une meilleure représentativité des résultats et une comparaison à ceux des FSH, il serait intéressant de renouveler cette recherche sur un échantillon probabiliste à grande échelle en population générale. Pour cela, la recherche médicale en France doit inclure l'orientation sexuelle des personnes interrogées, définie par le genre des partenaires en y incorporant une temporalité (au cours de la vie, au cours des 12 derniers mois par exemple), car comme nous l'avons montré c'est bien le

genre des partenaires et non l'autodéfinition de l'orientation sexuelle (lesbienne, bisexuelle etc.) qui conditionne les comportements de dépistage.

La prévalence du HPV chez les FSF en France est inconnue. Un protocole de recherche alliant un questionnaire sur l'historique sexuel et la réalisation de prélèvements vaginaux dans un échantillon de FSF et de FSH permettrait de mesurer s'il existe une réelle différence de prévalence d'infection à HPV.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons restreint notre échantillon aux femmes âgées de 25 à 65 ans et avons abordé ici uniquement les thèmes en rapport avec le FCU. D'autres études sont cependant envisageables en utilisant les réponses des participantes de tous les âges :

- Connaissances en matière de méthodes de « safe-sex » et pratiques de prévention de la transmission d'IST lors des relations sexuelles entre femmes
- Perceptions de risque et état des connaissances relatives au frottis et au HPV des 17-25 ans
- Parcours de santé et expériences avec les médecins généralistes et les gynécologues des 17-25 ans
- Etude mixte quantitative et qualitative à l'aide du matériel qualitatif recueilli lors de l'enquête Lesbiclear : commentaires généraux, description d'expériences vécues au contact des soignants, motifs de non-dévoilement de l'orientation sexuelle aux médecins généralistes et gynécologues...

5. Conclusion

L'enquête Lesbiclear avait comme objectif de déterminer quels étaient les facteurs liés à la réalisation du FCU chez les FSF en France afin d'améliorer leur accès au dépistage. L'analyse a montré d'une part que sa réalisation était liée à la perception qu'elles avaient de leur propre risque d'infection à HPV et de la nécessité perçue de réalisation du FCU, et à l'activité sexuelle éventuelle avec des hommes. En effet, avoir un antécédent de rapport non protégé avec un homme était lié à la réalisation du FCU. De même, avoir eu des rapports sexuels récents avec un homme était lié à des comportements de prévention, tandis qu'avoir des rapports sexuels exclusivement avec des femmes entraînait 5.5 fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de FCU.

D'autre part, les pratiques de dépistage par le FCU différaient selon leur parcours de vie : si elles avaient déjà consulté un gynécologue, si elles avaient un antécédent de grossesse ou si elles utilisaient une contraception.

Enfin, la recommandation du FCU par un médecin triplait la probabilité d'être à jour du FCU. A l'inverse, si un médecin leur avait dit que le FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle, elles étaient 6 fois plus à risque de n'avoir jamais fait de FCU. Lorsque les médecins étaient au courant de l'orientation sexuelle de la participante, c'était 9 fois sur 10 en raison du dévoilement spontané de la participante et non suite au questionnement du médecin.

Les FSF âgées de 25 à 65 ans doivent bénéficier de recommandations positives de réalisation du FCU de la part de médecins au courant du genre de leur partenaire, et n'ayant pas la présomption qu'être FSF signifie l'absence d'antécédents de relations sexuelles avec des hommes. Elles doivent être informées des risques inhérents aux relations sexuelles entre femmes tels que la transmission du HPV, responsable du cancer du col de l'utérus. Pour cela il est nécessaire d'une part d'inclure les spécificités de santé des FSF dans la formation médicale, et d'autre part de les rendre visibles dans les campagnes de santé publique de prévention de la transmission des IST. La croyance générale que les relations

sexuelles entre femmes n'exposent à aucun risque doit disparaître au profit de la promotion de méthodes de protections telles que la digue dentaire, l'usage de gants en latex ou de préservatifs lors du partage de sex-toys insertifs. Les FSF doivent bénéficier du dépistage des IST par des sérologies ou un prélèvement vaginal, et du HPV par la réalisation du frottis cervico-utérin même en cas de relations sexuelles exclusivement avec des femmes.

6. Financements et conflits d'intérêts

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement extérieur.

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

7. Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
2. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* sept 2006;83(5):970-9.
3. Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Cult Health Sex.* janv 2009;11(1):67-81.
4. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* juin 2001;91(6):947-52.
5. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis.* 1998;178(6):1604–1609.
6. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Intern Med.* 1 sept 2016;176(9):1344.
7. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. *Homosex Au Temps Sida Tens Soc Identitaires Paris ANRS Coll Sci Soc Sida.* 2003;107–30.
8. Sicard S, Mayet A, Duron S, Richard J-B, Beck F, Meynard J-B, et al. Factor associated with risky sexual behaviors among the French general population. *J Public Health.* 1 sept 2017;39(3):523-9.
9. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *J Sex Res.* 1 août 2013;50(6):587-97.
10. Fish J. Exploring lesbians' health behaviours and risk perceptions. *Divers Health Soc Care.* 2006;3(3).
11. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract.* juin 2000;50(455):481-2.
12. Price JH, Easton AN, Telljohann SK, Wallace PB. Perceptions of cervical cancer and pap smear screening behavior by women's sexual orientation. *J Community Health.* 1 avr 1996;21(2):89-105.
13. Muzny CA, Harbison HS, Pembleton ES, Austin EL. Sexual Behaviors, Perception of Sexually Transmitted Infection Risk, and Practice of Safe Sex Among Southern African American Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis.* mai 2013;40(5):395.
14. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health [Internet].* déc 2013 [cité 5 sept 2017];13(1). Disponible sur: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-442>

15. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. *Am J Public Health*. févr 2014;104(2):e68-73.
16. Zaritsky E, Dibble SL. Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *J Womens Health*. 2010;19(1):125–131.
17. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med*. 1 janv 2004;38(1):105-13.
18. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten U.S. states, 2010. *Am J Prev Med*. avr 2014;46(4):337-49.
19. McNair R, Szalacha LA, Hughes TL. Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. févr 2011;21(1):40-7.
20. Brown A, Hassard J, Fernbach M, Szabo E, Wakefield M. Lesbians' experiences of cervical screening. *Health Promot J Austr*. 1 janv 2003;14(2):128-32.
21. Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. oct 2000;19(3):141-8.
22. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. oct 2005;19:S64.
23. Rossman K, Salamanca P, Macapagal K. "The doctor said I didn't look gay": Young adults' experiences of disclosure and non-disclosure of LGBTQ identity to healthcare providers. *J Homosex*. 2017;64(10):1390-410.
24. Stein GL, Bonuck KA. Physician–patient relationships among the lesbian and gay community. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2001;5(3):87–93.
25. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 20 oct 2007;335(7624):806-8.
26. Lesbiclear, enfin une enquête sur notre santé ! - Jeanne Magazine Magazine & Boutique [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: https://www.jeanne-magazine.com/le-magazine/2019/07/30/lesbiclear-enfin-une-enquete-sur-notre-sante_17488/
27. Une jeune généraliste lance une enquête inédite en France sur la santé lesbienne [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/08/02/une-jeune-generaliste-lance-une-enquete-inedite-en-france-sur-la-sante-lesbienne-_319412
28. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé, Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres Santé 2007 608 P. 2007;
29. Lofters AK, Moineddin R, Hwang SW, Glazier RH. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *Int J Womens Health*. 17 janv 2013;5:29-33.
30. Rauscher GH, Johnson TP, Cho YI, Walk JA. Accuracy of Self-Reported Cancer-Screening Histories: A Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Prev Biomark*. 1 avr 2008;17(4):748-57.

31. Agénor M, Muzny CA, Schick V, Austin EL, Potter J. Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Prev Med.* 1 févr 2017;95:74-81.
32. Meyer IH, Wilson PA. Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. *J Couns Psychol.* 2009;56(1):23.
33. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(5):1298-1304.
34. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
35. Haute Autorité de Santé - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse
36. Kero K, Rautava J, Syrjänen K, Grenman S, Syrjänen S. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with persistence of female genital human papillomavirus infection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1 nov 2017;36(11):2215-9.
37. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 1 oct 2000;76(5):345-9.
38. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians. *J Womens Health.* févr 2010;19(2):229-37.
39. Aicken CRH, Nardone A, Mercer CH. Alcohol misuse, sexual risk behaviour and adverse sexual health outcomes: evidence from Britain's national probability sexual behaviour surveys. *J Public Health.* 1 juin 2011;33(2):262-71.
40. Johnson MJ, Mueller M, Eliason MJ, Stuart G, Nemeth LS. Quantitative and mixed analyses to identify factors that affect cervical cancer screening uptake among lesbian and bisexual women and transgender men. *J Clin Nurs.* 25(23-24):3628-42.
41. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(4):238-43.
42. Albérola E, Aldeghi I, Baillet J, Berhuet S, Brice Mansencal L, Brosseau R, et al. Baromètre du numérique 2019 - Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française en 2019 [Internet]. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie; 2019 11. Disponible sur: https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-num-2019.pdf
43. Demaison C, Grivet L, Maury-Duprey D, Mayo-Simbsler S. Niveau d'éducation de la population. In: France, portrait social Edition 2019. Insee Références. Montrouge Cedex; 2019. p. 212-3.
44. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the Importance and Feasibility of Including Sexual Orientation in Public Health Surveys: Health Disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health.* mars 2010;100(3):460-7.

45. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67

RESUME

Introduction

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) sont à risque d'infection par le Human Papillomavirus (HPV). Elles font pourtant moins fréquemment réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin (FCU). L'objectif de cette étude était de déterminer quels étaient les facteurs liés à la réalisation du FCU chez les FSF en France.

Méthode

Une enquête transversale anonyme auto-administrée basée sur le volontariat a été diffusée sur internet et les réseaux sociaux par des associations et médias LGBT ainsi que par effet boule de neige sous forme d'un questionnaire ciblant les FSF, les interrogeant sur leur historique sexuel, les expériences passées du FCU et des médecins généralistes et gynécologues, et leur parcours de santé. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme majeure ou mineure émancipée cisgenre résidant en France et ayant eu au moins un rapport sexuel avec une femme au cours des douze derniers mois. Pour répondre à la question de recherche nous avons sélectionné les répondantes de 25 à 65 ans pour l'analyse, âge de recommandation du dépistage en France. Le critère principal de jugement était la date de réalisation du FCU et avait 3 modalités : moins de 3 ans, plus de 3 ans ou jamais. Les variables pour lesquelles $p < 0.20$ ont été sélectionnées pour la réalisation d'un modèle d'analyse multivariée.

Résultats

Notre échantillon était constitué de 711 FSF âgées de 25 à 65 ans de haut niveau d'éducation. La réalisation du FCU était liée à la perception de leur nécessité personnelle de réaliser le FCU et à la méconnaissance de leur risque personnel d'infection à HPV. Elle était également liée à l'activité sexuelle avec des hommes : les FSF ayant eu des rapports avec un homme au cours des douze derniers mois étaient 5.5 fois plus susceptibles d'être à jour de leur FCU par rapport aux FSF ayant eu exclusivement des relations sexuelles avec des femmes au cours de leur vie. Les pratiques de dépistage par le FCU différaient selon certains éléments du parcours de santé tels qu'avoir un antécédent de grossesse, d'utilisation de contraception ou encore de consultation d'un gynécologue. Enfin, la recommandation du FCU par un médecin triplait les chances d'être à jour. A l'inverse, pour 12% des FSF un médecin avait dit que la réalisation du FCU était inutile en raison de leur orientation sexuelle ce qui multipliait par 3.7 leur risque d'être en retard dans leur dépistage et par 6 leur risque de n'avoir jamais réalisé de FCU.

Conclusion

Les FSF doivent bénéficier de recommandations positives de réalisation du FCU de la part des médecins. Elles doivent être informées du risque de transmission du HPV entre femmes. Il est nécessaire d'inclure les spécificités de santé des FSF dans la formation médicale, et de les visibiliser dans des campagnes de prévention de la transmission des IST.

Mots clefs : femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF), frottis cervico-utérin, cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer, human papillomavirus (HPV), gynécologie, médecine générale, perceptions de risque, connaissances

Discipline : Médecine Générale

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33000 Bordeaux

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise 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 leurs 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 sont 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.