



HAL
open science

La santé sexuelle et gynécologique des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : réflexion sur la pratique des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes

Diane Folliero de Luna

► To cite this version:

Diane Folliero de Luna. La santé sexuelle et gynécologique des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : réflexion sur la pratique des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03321959

HAL Id: dumas-03321959

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321959>

Submitted on 18 Aug 2021

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**La santé sexuelle et gynécologique des femmes
ayant des relations sexuelles avec des femmes**

*Réflexion sur la pratique des sages-femmes, gynécologues et médecins
généralistes*

Sexual and gynecologic health of women who have sex with women

Reflection on midwives, gynecologists and general practitioners' practice

Par : **Diane FOLLIERO DE LUNA**

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16.06.2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2021

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**La santé sexuelle et gynécologique des femmes
ayant des relations sexuelles avec des femmes**

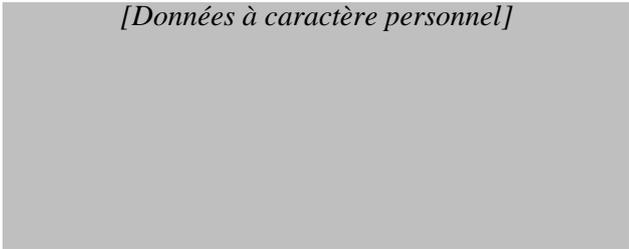
*Réflexion sur la pratique des sages-femmes, gynécologues et médecins
généralistes*

Sexual and gynecologic health of women who have sex with women

Reflection on midwives, gynecologists and general practitioners' practice

Par : **Diane FOLLIERO DE LUNA**

[Données à caractère personnel]



Mémoire soutenu le : 16.06.2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2021

RÉSUMÉ

Introduction : Les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) ne font que très peu l'objet de campagne de prévention spécifique en santé sexuelle et gynécologique. Pourtant elles sont davantage exposées aux conduites à risque (drogue, tabac, alcool, multi-partenariat) et sont donc plus vulnérables au développement de certains cancers et infections sexuellement transmissibles. L'idée reçue d'une « immunité sexuelle », le standard du modèle hétérosexuel ainsi que la méconnaissance des facteurs de santé des FSF influencent négativement leur recours à la consultation gynécologique.

Objectifs : L'objectif de cette étude est de comprendre comment les praticiens en gynécologie prennent en charge les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes.

Méthodes : Nous avons réalisé 16 entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes de l'Isère et des Hautes-Alpes, entre octobre 2020 et mars 2021.

Résultats/Analyses : L'abord de la sexualité par les praticiens est freiné par leur fort sentiment d'intrusion dans l'intimité des femmes. L'orientation sexuelle* n'est pas clairement recherchée lors d'une première consultation de gynécologie. Cela s'expliquerait par le poids d'une pratique professionnelle fortement influencée par la présomption d'hétérosexualité des patientes, par le tabou de l'abord de la sexualité et enfin, par une méconnaissance des professionnels de la santé des femmes ayant des comportements homosexuels.

Conclusion : La présomption d'hétérosexualité des patientes et le manque de maîtrise des professionnels de santé dans l'approche des femmes à propos de leur sexualité concourent à la quasi impossibilité d'inclure les pratiques homosexuelles dans la consultation gynécologique. Le renforcement de la formation en santé sexuelle ainsi que l'inclusion des minorités sexuelles* lors de la consultation gynécologique sont primordiaux afin de leur proposer une prise en charge gynécologique adaptée.

Mots clés : Orientation sexuelle*, santé sexuelle et gynécologique, présomption d'hétérosexualité, consultation gynécologique

ABSTRACT

Introduction: There is not usually a specific prevention campaign regarding the sexual and gynecological health of women who have sex with women (FSF). However, they engage in more risky health behaviors than heterosexual women (e.g., drugs, tobacco, alcohol, and multiple partners) and are therefore more vulnerable to the development of certain cancers and sexually transmitted diseases. The stereotype of "sexual immunity," the standard of the heterosexual model, and ignorance of health factors specific to FSF interfere with them being able to get appropriate gynecological consultations.

Objectives: The objective of this study is to understand how gynecological health providers support FSF women.

Methods: 16 semi-structured interviews were carried out with midwives, gynecologists, and general practitioners between October 2020 and March 2021.

Results / Analysis: The approach to sexuality by practitioners is hampered by their strong sense of intrusion into the intimacy of women. Sexual orientation is not clearly sought during an initial gynecological consultation. This could be explained by the weight of a professional practice strongly influenced by the presumption of heterosexuality, by the taboo to not discuss sexuality, and by health professionals' lack of knowledge about women who engage in sexual behaviors with other women.

Conclusion: The presumption of heterosexuality among patients and the lack of mastery of health professionals in approaching women about their sexuality make it almost impossible to include discussing homosexual practices as part of gynecological consultation. Strengthening sexual health training as well as the inclusion of sexual minorities during gynecological consultation are essential in order to offer them appropriate gynecological care.

Keywords: Sexual orientation , sexual and gynecological health , presumption of heterosexuality , gynecological consultation

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- **Président du jury** : Mme Chavatte Chrystèle, Sage-Femme enseignante, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes ;

- **Co-président du jury** : Professeur Pascale Hoffman, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU Grenoble-Alpes ;

- **Sage-femme invitée** : Mme Mack Laurent Delphine, Sage-Femme, Cadre à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes ;

- **Directrice de mémoire** : Mme Giles Cécilia, Sage-Femme à la maternité de Port Royal à Paris, Master Santé Publique et Environnement ;

- **Sage-femme co-directrice** : Mme Savoy Delphine, Sage-Femme enseignante, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Cécilia Giles, Sage-Femme à la maternité de Port Royal à Paris, Master Santé Publique et Environnement, Directrice de mémoire ;

Pour son investissement dans la direction de ce mémoire. Ses encouragements, son implication dans ce travail, ainsi que sa bienveillance m'ont été précieux ;

Mme Delphine Savoy, Sage-Femme enseignante, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble Alpes ;

Pour ses nombreuses relectures, ainsi que pour son soutien dans le suivi de ce mémoire tout au long de l'année ;

Les sages-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes interrogés dans cette étude ;

Pour leur disponibilité et leur enthousiasme.

A ma sœur,

Avant-propos

Les résultats de cette étude ne sont en aucun cas exhaustifs et ne prétendent pas être extrapolables à tous les praticiens qui s'occupent de la santé gynécologique des femmes. Ils sont une analyse possible mais non représentative des pratiques des professionnels envers une population minoritaire, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF).

Cette étude n'a pas pour but de porter un quelconque jugement sur leur prise en charge.

Par ailleurs, bien que les FSF présentent des particularités dans leur facteurs de risques de santé, ce travail n'a pas pour objet de les stigmatiser et de dresser un tableau général de leurs conduites.

Nous aurions trouvé judicieux d'utiliser l'écriture inclusive. En effet notre sujet d'étude concerne une population féminine et les professionnels interrogés étaient, à l'exception d'un homme gynécologue, tous des femmes. Il paraissait donc inapproprié de parler au masculin des participants.

L'écriture inclusive est en débat actuellement mais n'est pas approuvée, c'est pourquoi nous ne l'avons pas retenue.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	2
ABSTRACT	3
Remerciements.....	4
Avant-propos.....	7
Table des matières	8
Liste des annexes	11
Acronymes.....	12
Lexique	13
Introduction	14
Première partie	16
CONTEXTE.....	16
<i>1. La santé sexuelle, son lien avec la gynécologie et les femmes ayant des relations homosexuelles.....</i>	<i>16</i>
1.1. La santé sexuelle et l'orientation sexuelle*	16
1.2. Santé gynécologique.....	17
1.3. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes	17
<i>2. Quelles problématiques de santé sont rencontrées par les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes ?.....</i>	<i>18</i>
2.1. Des discriminations et des disparités dans le recours au soin.....	18
2.2. Des facteurs de risques d'infections sexuellement transmissibles.....	18
2.3. Des vulnérabilités psychologiques	20
2.4. Des facteurs de risques de cancers gynécologiques.....	20
<i>Cancer du col de l'utérus.....</i>	<i>20</i>

<i>Cancer du sein, des ovaires et de l'endomètre</i>	21
Deuxième partie	22
MATERIELS ET METHODES	22
1. Population étudiée : les praticiens s'occupant de la santé des femmes	22
1.1. Les sages-femmes.....	22
1.2. Les médecins généralistes	23
1.3. Les gynécologues et/ou obstétriciens	23
2. Problématique, objectif et hypothèse de recherche	23
3. L'étude	24
4. Recrutement de la population	24
5. Le profil des participants	25
5.1. Caractéristiques professionnelles.....	26
5.2. Caractéristiques démographiques	26
5.3. Caractéristiques sociales.....	26
6. Les entretiens semi-dirigés	27
6.1. Cadre de l'étude.....	27
6.2. Outil méthodologique : le guide d'entretien.....	27
6.3. Test du guide d'entretien	28
6.4. L'analyse des entretiens.....	29
7. Posture de l'enquêtrice	30
8. Les forces	30
9. Les limites	31
Troisième partie	33
RESULTATS ET ANALYSE	33
1. Les freins à la recherche de l'orientation et des comportements sexuels	33
1.1. La présomption d'hétérosexualité.....	33
1.2. Un sentiment d'intrusion dans l'intimité de la patiente	35
<i>Concernant l'abord de la sexualité et des comportements sexuels</i>	35

<i>Concernant l'abord de l'orientation sexuelle*</i>	38
2. Inadéquation et discutabilité des moyens utilisés pour favoriser l'expression de l'orientation sexuelle* ainsi qu'une prise en charge adaptée	40
2.1. La contraception au centre de la consultation.....	40
2.2. L'idée reçue d'une immunité sexuelle.....	42
<i>Chez les professionnels</i>	42
<i>Chez les femmes elles-mêmes</i>	43
3. Des professionnels qui essaient toutefois d'adapter leur prise en charge	44
3.1. Une approche différente lors de l'examen.....	44
3.2. Le désir d'enfant.....	46
3.3. La recherche d'un environnement social tolérant.....	46
4. Une méconnaissance de la santé des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes	47
4.1. La prévention du cancer du col de l'utérus.....	47
4.2. Une carence dans les formations initiale et continue sur les populations minoritaires ...	48
<i>Lors du cursus initial</i>	48
<i>Lors de la formation continue</i>	49
<i>Une formation qui reste concentrée sur les risques des patients homosexuels masculins</i>	50
<i>La connaissance cantonnée aux espaces engagés</i>	50
4.3. Une approche plus adaptée du fait de l'histoire personnelle du praticien	51
5. Des perspectives d'amélioration dans l'inclusion des FSF en consultation gynécologique	52
5.1. Des stratégies de communication	52
5.2. L'utilisation d'un vocabulaire incluant les minorités sexuelles*	54
5.3. La communauté LGBT, un sujet d'actualité.....	54
Quatrième partie	56
CONCLUSION	56
ANNEXES	57

Liste des annexes

<i>Annexe 1 : Courrier d'appel à participation</i>	57
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien</i>	58
<i>Annexe 3 : Extraits de la brochure « Sur le bout des lèvres », lancée par l'association SOS Homophobie en novembre 2020</i>	59
<i>Annexe 4 : Affiches proposées par le planning familial de l'Isère en association avec SOS Homophobie Alpes-nord, réalisation visuelle par Marion Dubois, illustratrice graphiste</i>	61

Acronymes

AMP. Aide médicale à la procréation

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

COP. Contraceptif oestroprogestatif

CPEF. Centre de Planification et d'Education Familiale

Enquête CSF. Enquête « Contexte de la sexualité en France »

FSF. Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

HCSP. Haut Conseil de Santé Publique

HPV. *Human Papilloma virus* (papillomavirus humain)

HSH. Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST. Infections sexuellement transmissibles

LGBTQI. Lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer, intersexes

OMS. Organisme Mondial de la Santé

VIH/SIDA. Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience humaine acquise

Lexique

Counseling. Terme anglo-saxon utilisé pour désigner une approche thérapeutique centrée sur l'accompagnement psychologique et sociale à des fins de changement ou d'amélioration de l'état de santé psychosocial d'une personne.

Hétéronormatif. C'est la présomption que l'hétérosexualité est la norme et que les relations hétérosexuelles sont la référence pour la détermination de ce qui est normal (valide) ou non.

Hétérosexisme. Terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) considérant l'hétérosexualité comme supérieure et conduisant à considérer les rapports et relations homosexuels comme non légitimes. Elle se base sur les principes essentialistes de la complémentarité homme-femme.

Lesbophobie. Forme de stigmatisation sociale à l'égard des lesbiennes ou des femmes considérées comme telles.

Minorités sexuelles. Personnes dont l'identité, l'orientation ou les pratiques sexuelles diffèrent de la majorité de la société environnante, terme utilisé pour désigner la population LGBTQI.

Orientation sexuelle. Elle concerne l'attirance sexuelle envers les hommes ou les femmes, ou envers les personnes qui sortent du cadre binaire des genres. Ce continuum va de l'hétérosexualité à l'homosexualité, en passant par la bisexualité et la pansexualité et il inclut aussi l'asexualité.

Introduction

Depuis quelques années la société s'est ouverte à une meilleure considération de la communauté homosexuelle : après l'instauration du mariage pour tous, du droit à l'adoption pour les couples homosexuels et plus récemment la perspective d'ouverture de la procréation médicalement assistée aux couples de femmes, la loi n'a cessé d'évoluer en faveur des revendications de la communauté homosexuelle.

Nous avons décidé d'étudier une partie de cette communauté que nous avons regroupée dans le terme large de « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » (FSF), qui prend en compte la population lesbienne, bisexuelle, ainsi que les femmes qui ne se définissent pas en tant que telles mais qui ont en commun d'avoir eu des rapports homosexuels.

Depuis l'épidémie de VIH/Sida et face à la surmortalité qu'elle a engendrée, les campagnes de prévention se sont focalisées sur les risques sanitaires de la population générale et plus particulièrement sur ceux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les FSF ont été les grandes oubliées des politiques de santé publique, notamment dans le domaine de la santé sexuelle (1).

Par conséquent, l'idée d'une immunité sexuelle persiste chez les FSF et engendre des disparités de recours à la consultation gynécologique. D'autre part, la méconnaissance de leurs spécificités de santé ainsi que la présomption d'hétérosexualité par les prestataires de soins contribuent largement à ces disparités (2).

En effet, les FSF sont davantage exposées aux conduites à risque (drogue, tabac, alcool, multi-partenariat) et sont donc plus vulnérables au développement de certains cancers et infections sexuellement transmissibles (IST) (3,4).

Aujourd'hui, le risque de transmission d'IST lors de relations sexuelles entre femmes est largement établi, (5) et cela, même si elles n'ont jamais eu de rapports hétérosexuels antérieurs.

Il est alors pertinent d'étudier si l'orientation sexuelle* structure la prise en charge gynécologique des praticiens.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les professionnels (les sages-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes) prennent en charge les patientes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

Ainsi nous pourrions répondre aux hypothèses de recherche suivantes : les praticiens recherchent peu l'orientation sexuelle* de leurs patientes et la consultation gynécologique est standardisée sur un modèle hétérosexuel.

Nous exposerons dans un premier temps, par le biais d'une revue de la littérature internationale, les différents enjeux en matière de santé sexuelle des FSF.

Dans un second temps, nous présenterons la méthodologie de notre étude, fondée sur la réalisation d'entretiens semi dirigés, menés avec les différents acteurs de la santé sexuelle des femmes.

Nous présenterons les résultats de notre recherche par l'analyse des entretiens semi-dirigés.

Enfin, nous terminerons cet écrit par une synthèse des éléments importants et susceptibles de changer notre pratique professionnelle.

Première partie

CONTEXTE

1. La santé sexuelle, son lien avec la gynécologie et les femmes ayant des relations homosexuelles

1.1. La santé sexuelle et l'orientation sexuelle*

Le concept de santé sexuelle est défini ainsi selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». (6)

Pouvoir affirmer son orientation sexuelle* quelle qu'elle soit, en se pensant *« libre de toutes coercition, discrimination ou violence »*, paraît être le fondement de cette notion de *« bien-être »* à laquelle fait référence la définition de l'OMS.

Le *Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health* propose une définition très large de l'expression *« orientation sexuelle* »*. Selon ce comité, elle prend en compte trois idées fondamentales : l'attirance sexuelle, les comportements sexuels et l'auto-identification (7). Chacune de ces idées est importante pour inclure toutes les diversités de la sexualité humaine ; il est intéressant de comprendre que ni le comportement sexuel, ni l'attirance sexuelle ne peut définir à lui seul l'identité sexuelle d'une personne.

1.2. Santé gynécologique

La gynécologie est une discipline consacrée à l'appareil génital de la femme ;elle s'intéresse aux pathologies de l'utérus, des ovaires, du vagin et des seins. Cette discipline est étroitement liée à la sphère intime et la plupart des interventions médicales effectuées en gynécologie ont un impact plus ou moins direct sur la sexualité des femmes.

Pourtant la santé gynécologique est souvent séparée du domaine de la santé sexuelle. Un nombre conséquent d'études mettent en avant que les professionnels de santé peuvent être freinés par l'abord des questions de sexualité en consultation (8,9). Pourtant, cela est en décalage avec l'attente des femmes qui souhaiteraient pour la plupart (2/3) parler de leur sexualité lors de la consultation gynécologique (10).

Le Haut Conseil de Santé Publique recommande d'aborder la sexualité lors de la consultation médicale. La prise en compte des problèmes relatifs à la sexualité joue un rôle primordial pour le bien-être des femmes, une sexualité épanouie étant associée à une meilleure qualité de vie, une meilleure santé ainsi qu'à une plus grande longévité (11).

1.3. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes font partie des minorités sexuelles*, mais représentent une partie non négligeable de la population. En effet, d'après les résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France réalisée en 2006, 4% des femmes déclarent avoir déjà eu des rapports homosexuels (12). Notre étude concerne les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF), quelle que soit la façon dont elles se définissent (bi-sexuelles, lesbiennes, hétérosexuelles ou n'appartenant à aucune de ces catégories).

2. Quelles problématiques de santé sont rencontrées par les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes ?

2.1. Des discriminations et des disparités dans le recours au soin

La dernière enquête publiée en 2015 par l'association SOS homophobie (13) souligne que 2% des actes de lesbophobie* relèvent du milieu du soin, et que 39% de ces témoignages concernent la consultation gynécologique.

Ces actes de lesbophobie* propres au milieu du soin découlent le plus souvent d'une incompréhension, d'un déni, voire d'un rejet de l'orientation sexuelle* de ces femmes par les professionnels.

Ce rapport mentionne qu'environ 50% des FSF interrogées ne parlent pas ou très peu de leur orientation sexuelle* aux soignants. Pour celles qui se livrent, elles sont environ 80% à citer le gynécologue et/ou le psy comme étant un confident privilégié.

Par ailleurs, parmi ces femmes qui parlent de leur orientation sexuelle* au corps médical, il est important de souligner que 13% ne se sentent pas concernées par le suivi gynécologique.

Un nombre conséquent d'études internationales a montré que les FSF ont moins recours aux services de santé, ont une moindre continuité des soins ainsi qu'une plus faible satisfaction à l'égard de ceux-ci. Ces résultats s'expliquent entre autre par l'inadéquation des services de santé à leurs besoins (7,14-17).

2.2. Des facteurs de risques d'infections sexuellement transmissibles

Les FSF ont un plus faible recours à la consultation de gynécologie. En effet l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) (12) révèle que les femmes ayant eu uniquement

des partenaires féminines au cours des 12 derniers mois étaient environ 8% à n'avoir jamais consulté pour des soins de gynécologie versus 1% pour les femmes ayant eu des partenaires masculins ou des deux sexes. Cette différence s'explique notamment par le fait qu'elles ne se sentent pas concernées par les campagnes de prévention gynécologique qui ne les ciblent pas particulièrement (18).

D'autre part, plusieurs enquêtes sur la sexualité mentionnent un nombre de partenaires sexuels plus élevé, y compris masculins, et un âge d'entrée dans la sexualité plus précoce chez les FSF que chez les femmes hétérosexuelles (12,19).

L'enquête CSF révèle qu'elles étaient 12 % (versus 3 % des femmes hétérosexuelles) à avoir rapporté une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années (12).

Pour ce qui est des virus de l'herpès (HSV-1 et HSV-2), cette contamination pouvant se faire à l'occasion de simples contacts entre les muqueuses, les FSF sont susceptibles de les contracter. Une étude a montré que la transmission du HSV-1 pouvait être plus fréquente chez les femmes n'ayant que des rapports homosexuels (20).

Des cas de syphilis (21), de trichomonas (22) ont aussi été rapportés chez des femmes qui n'avaient jamais eu de partenaires masculins.

Une recherche menée aux États-Unis a analysé des données provenant de 9358 femmes ayant déclaré des relations sexuelles avec des femmes ou avec les deux sexes. Elle évoque un taux d'infection à *Chlamydiae trachomatis* plus élevé chez les FSF que chez les femmes hétérosexuelles (7,1% versus 5,3%) (23).

Enfin, les infections vaginales bactériennes à *Gardnerella Vaginalis* semblent aussi plus fréquemment retrouvées chez les femmes n'ayant que des rapports sexuels avec des femmes (24,25).

Pourtant, l'idée selon laquelle la sexualité entre femmes ne présente pas de risque est encore largement répandue (2). Une focalisation de la promotion en santé sexuelle vers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) depuis l'épidémie de VIH/Sida a joué un rôle certain dans la perception de cette notion « d'immunité sexuelle » (26).

2.3. Des vulnérabilités psychologiques

Plusieurs études révèlent une prévalence plus élevée de difficultés psychologiques, les FSF souffrent plus souvent de troubles dépressifs, de troubles de l'anxiété et d'idées suicidaires. Ces résultats sont expliqués entre autres par les difficultés que peuvent rencontrer ces femmes lors de la mise en place de la phase d'acceptation de leur homosexualité, ainsi le rejet (surtout familial), le harcèlement et la lesbophobie* sont des actes ou des comportements qui peuvent être à l'origine de leur vulnérabilité psychologique (7,27–29).

2.4. Des facteurs de risques de cancers gynécologiques

Cancer du col de l'utérus

L. Waterman et J. Voss, dans une revue de la littérature (30), évoquent qu'environ 77% des FSF ont déjà eu des rapports hétérosexuels et qu'environ 17% d'entre elles continuent d'en avoir. D'autre part, ils citent plusieurs études montrant la présence du papillomavirus humain (HPV) chez des femmes qui n'avaient jamais eu de rapports hétérosexuels (31–34).

Les résultats de ces recherches sont unanimes, le HPV peut se transmettre par contact oral, génital et digital ; par conséquent les FSF sont susceptibles de se contaminer par simple contact entre muqueuses, par les doigts ou par des pratiques impliquant des objets sexuels.

Néanmoins, il y a un plus faible recours au frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations homosexuelles car elles ne s'estiment pas être autant à risque que leurs homologues hétérosexuelles et ne sollicitent donc pas cet examen (35–38). De plus, elles ont un moindre

recours à la contraception, principal mode d'entrée dans le suivi gynécologique des femmes, et donc sont moins enclines à aller consulter (39).

Cancer du sein, des ovaires et de l'endomètre

Une revue systématique de la littérature, ayant analysé plus de 198 références, avance que les FSF présenteraient plus de risques de développer un cancer du sein que leurs homologues hétérosexuelles. Cette méta-analyse nuance toutefois ces résultats dans la mesure où il faudrait systématiquement recenser l'orientation sexuelle* dans les statistiques et les données du registre du cancer pour les confirmer (40).

D'autre part, des études suggèrent que les FSF pourraient davantage être à risque de développer un cancer des ovaires et de l'endomètre (41,42), même si les données actuelles sont insuffisantes pour l'affirmer. Elles présentent en effet pour ces cancers des facteurs de risques : elles sont plus souvent nullipares (cancers du sein, de l'ovaire et de l'endomètre) et ont moins recours aux contraceptifs oestroprogestatifs (COP) (cancer de l'ovaire). Elles sont davantage exposées aux tabac, à l'alcool et aux drogues (43–45) et sont plus souvent en surpoids (46).

Deuxième partie

MATERIELS ET METHODES

1. Population étudiée : les praticiens s'occupant de la santé des femmes

1.1. Les sages-femmes

Au cœur de la santé des femmes, les sages-femmes assurent la surveillance et le suivi médical de la grossesse et proposent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles assurent, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement. Les sages-femmes veillent à l'état de santé du nouveau-né et de la mère après la naissance.

Par ailleurs, les sages-femmes assurent le suivi gynécologique de prévention, elles peuvent prescrire une contraception et réaliser les dépistages des IST, du cancer du col de l'utérus et du sein. Elles peuvent prescrire des traitements dans la limite de leurs compétences et de leur domaine d'intervention.

Les sages-femmes sont les actrices de premiers recours à la santé gésésique des femmes.

C'est une profession essentiellement féminine, la profession étant exercée par des femmes pour plus de 98% en France. Nous utiliserons pour cela un langage féminin quand nous les citerons.

1.2. Les médecins généralistes

Ils sont les médecins de premier recours de la population générale en France. Ils sont des interlocuteurs privilégiés car ils ont une connaissance approfondie et globale de la santé de leurs patients, ainsi que de leurs conditions de vie psychosociales. S'ils le souhaitent et se trouvent suffisamment à l'aise avec cette spécialité, ils peuvent eux-mêmes réaliser le suivi gynécologique de routine et prescrire un moyen contraceptif. Certains choisissent même de se spécialiser dans ce domaine et d'en faire leur pratique courante.

1.3. Les gynécologues et/ou obstétriciens

Les gynécologues sont les spécialistes de la pathologie féminine. Leur profession est répartie en deux disciplines sur le territoire français :

- La gynécologie médicale, discipline centrée sur les troubles des appareils génital et hormonal de la femme, s'occupe principalement des dépistages et traite des affections gynécologiques telles que les troubles du cycle, les infections sexuellement transmissibles, les cancers gynécologiques, les troubles liés à la ménopause etc.
- La gynécologie obstétricale s'étend aux affections liées à la grossesse, à l'accouchement et aux actes chirurgicaux relatifs aux pathologies féminines.

2. Problématique, objectif et hypothèse de recherche

Notre problématique est la suivante :

L'orientation sexuelle* des patientes structure-t-elle la prise en charge gynécologique des professionnels de santé ?

Notre objectif est de comprendre comment les praticiens prennent en charge les femmes ayant des relations homosexuelles lors de la consultation de gynécologie.

Nos hypothèses de recherches sont les suivantes :

- La consultation gynécologique est standardisée sur un modèle hétérosexuel
- L'orientation sexuelle* est peu fréquemment recherchée en consultation gynécologique

3. L'étude

Nous avons choisi une méthodologie qualitative fondée sur la réalisation d'un entretien semi-dirigé avec les professionnels de la santé des femmes.

Cette méthode est la plus pertinente dans la compréhension des phénomènes sociologiques et s'applique donc parfaitement à l'étude de la santé sexuelle d'une population minoritaire.

De plus, elle favorise le recueil de données concernant l'expérience des professionnels car elle rend compte de leur vécu et de leur singularité.

Nous avons réalisé les entretiens semi-dirigés jusqu'à l'obtention de la saturation des données, qui est atteinte lorsque les données recueillies au cours des entretiens n'apportent plus d'éléments nouveaux à la recherche.

4. Recrutement de la population

Nous avons recruté les professionnels en étant au plus près du principe de variabilité maximale, c'est-à-dire grâce à l'inclusion dans l'étude de professionnels de profils différents (professions, âges, genre, type de poste..).

Nous avons ainsi inclus des praticiens gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes dans les départements de l'Isère et des Hautes-Alpes, ces deux départements comprenant les principaux terrains de stages effectués au cours de notre dernière année d'étude.

Le recrutement s'est fait par divers moyens entre octobre 2020 et mars 2021 :

- Directement, par la demande auprès des professionnels sur les lieux de stages fréquentés ;
- Par la boîte mail du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes ;
- Par les coordonnées diffusées sur le conseil de l'Ordre des Sages-femmes (téléphoniques et courriels) ;
- Par appel téléphonique dans des cabinets libéraux sélectionnés au hasard dans les régions concernées par notre étude ;
- Par l'intermédiaire du bouche-à-oreille au fil des entretiens.

Le courrier d'appel à participation (*annexe 1*) a été diffusé à l'ensemble des praticiens dont nous avons une adresse mail.

Nous avons donné une information téléphonique ou en présentiel semblable au courrier chez les professionnels dont nous n'avons pas l'adresse mail.

Le cadre de l'étude était brièvement mentionné dans le courrier d'appel à participation, mais le sujet principal (le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes) de celle-ci n'était pas mentionné pour éviter tout biais de sélection.

Ainsi, les praticiens ne pouvaient pas s'informer au préalable sur la santé sexuelle des femmes ayant des comportements homosexuels.

5. Le profil des participants

Nous avons pu obtenir 16 entretiens avec des praticiens du domaine de la santé sexuelle et gynécologique, qui ont concerné sept sages-femmes, quatre médecins généralistes, une interne

en médecine générale et quatre gynécologues, dont deux gynécologues médicaux et deux gynécologues obstétriciens.

5.1. Caractéristiques professionnelles

La profession des participants était répartie de la façon suivante : Sept sage-femme ont participé à l'enquête dont quatre sages-femmes en exercice libéral et trois salariées de l'hôpital public.

Nous avons recruté quatre médecins généralistes en exercice libéral, dont l'une d'entre elles pratique également en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

Quatre gynécologues ont participé à l'étude dont deux gynécologues obstétriciens, l'une exerce à l'hôpital, l'autre en clinique privée et en tant que gynécologue référent d'une équipe de sport féminine. De plus, deux gynécologues médicaux ont participé, l'une exerce en libéral et l'autre à l'hôpital public.

Enfin, nous avons recruté une interne en médecine générale étant à son 5^{ème} semestre d'internat.

5.2. Caractéristiques démographiques

La plupart des personnes interrogées vivaient dans le département de l'Isère. Seulement deux d'entre elles ont été interrogées dans le département des Hautes-Alpes.

5.3. Caractéristiques sociales

Sur 16 professionnels interrogés, la majorité étaient des femmes. Nous n'avons pu obtenir qu'un seul entretien avec un homme.

L'âge des participants était compris entre 24 et 66 ans, réparti ainsi :

- entre 20 et 30 ans : 2 professionnels

- entre 30 et 40 ans : 2 professionnels
- entre 40 et 50 ans : 6 professionnels
- entre 50 et 60 ans : 4 professionnels
- entre 60 et 70 ans : 2 professionnels

6. Les entretiens semi-dirigés

Nous avons réalisé les entretiens entre octobre 2020 et mars 2021. Trois d'entre eux ont eu lieu en présentiel et les 13 autres par téléphone.

Ils étaient d'une durée moyenne de 15-20 minutes.

6.1. Cadre de l'étude

Au début de chaque entretien, nous avons rappelé le cadre de l'étude en explicitant qu'il s'agissait d'une étude qualitative, fondée sur la réalisation d'un entretien oral avec des questions ouvertes et avec la nécessité d'un enregistrement audio pour faciliter l'analyse.

D'autre part, nous avons rappelé aux participants la confidentialité des entretiens ainsi que l'anonymisation de leurs propos lors de la publication des résultats.

6.2. Outil méthodologique : le guide d'entretien

Afin de structurer à minima les entretiens et d'en faire ressortir tous les éléments qui nous intéressaient, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif (*annexe 2*) que nous avons appliqué à chacun des entretiens.

Ce guide a été construit de manière à pouvoir obtenir du praticien une description de sa consultation de gynécologie, en l'amenant progressivement à la question de la prise en charge des femmes ayant des relations homosexuelles.

Le guide d'entretien a été établi suite à la lecture de nombreuses études internationales ainsi qu'avec l'appui de notre directrice du mémoire.

Les thèmes et sous-thèmes à aborder étaient les suivants :

- **Données socio-démographiques concernant les professionnels de santé interrogés**
 - l'âge
 - le nombre d'années de pratique
 - le lieu d'habitation
 - la formation initiale et les formations complémentaires
- **La recherche lors de l'interrogatoire des antécédents médicaux et non médicaux :**
 - la recherche des comportements sexuels
 - la recherche d'un environnement social et sexuel sain
- **L'expérience d'une consultation avec la dernière patiente qui a consulté pour de la gynécologie**
- **L'expérience d'une consultation gynécologique réalisée avec une femme ayant des relations sexuelles avec des femmes :**
 - la réalisation des dépistages organisés des cancers gynécologiques
 - le thème de la contraception
 - la prévention des infections sexuellement transmissibles
- **Une réflexion sur l'état des connaissances du praticien**
 - ses ressources lors des formations initiales et continues
 - son intérêt plus ou moins marqué pour le sujet
- **Une réflexion sur la spécificité de la prise en charge des FSF**
 - Ses pistes d'amélioration pour l'intégration des FSF en consultation

6.3. Test du guide d'entretien

Notre guide d'entretien a été testé avec une sage-femme, que nous avons rencontrée lors d'un stage. Cet entretien « test » ainsi que les premiers réalisés nous ont permis d'effectuer quelques modifications.

Lorsque nous demandions quels antécédents étaient recherchés lors de l'interrogatoire, les professionnels étaient plus axés sur les antécédents médicaux purs de l'interrogatoire. Nous avons donc dû orienter les professionnels de façon à ce qu'ils nous mentionnent s'ils recherchaient les habitudes de vie sociales, sexuelles et comportementales.

La description d'une consultation gynécologique de prévention standard par les professionnels n'a pas apporté d'éléments intéressants pour notre recherche. Nous avons

toutefois trouvé nécessaire de continuer à poser cette question pour comprendre la prise en charge globale des femmes.

En ce qui concerne la description d'une consultation gynécologique avec une femme ayant des relations sexuelles avec des femmes, nous avons trouvé pertinent de demander comment l'orientation sexuelle* avait été découverte.

Les interrogations sur les données socio-démographiques, les parcours de formation ainsi que la réflexion sur le sujet n'ont pas été modifiées.

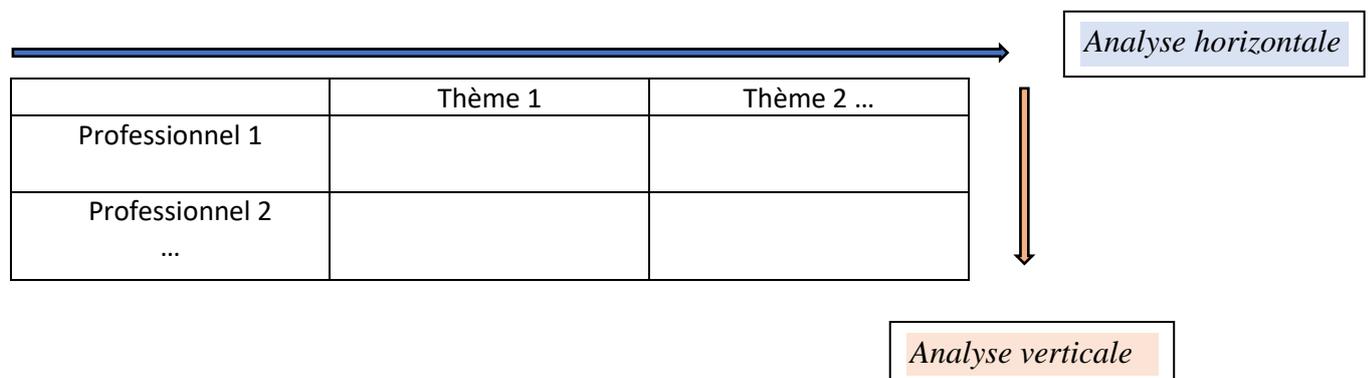
6.4. L'analyse des entretiens

Nous nous sommes aidée du logiciel *Sonal* pour faciliter la retranscription. Ce logiciel nous a permis de segmenter les propos des participants par thématique à l'aide d'un code de couleurs. Ainsi nous disposions de six couleurs correspondant aux six thèmes principaux de la grille d'entretien.

Puis, nous avons effectué une analyse verticale, celle-ci nous permettant de comprendre comment l'ensemble des professionnels interrogés avait répondu à chacun des thèmes abordés.

Enfin, nous avons effectué une analyse horizontale, cette analyse nous permettant cette fois d'étudier comment l'ensemble des thèmes avait été abordé par chaque professionnel.

Nous nous sommes aidée d'un tableau que nous avons schématisé ci-dessous :



7. Posture de l'enquêtrice

Le choix de ce sujet s'est imposé facilement car nous sommes sensibilisée par notre entourage familial aux difficultés des femmes ayant des relations homosexuelles. En raison de nos convictions personnelles d'une carence de soin pour ces femmes et de notre souhait de promouvoir une santé plus égalitaire, nous nous sommes intéressée particulièrement au suivi gynécologique de cette population minoritaire.

Conjuguer notre statut de jeune étudiante apprenante au statut d'enquêtrice ne fut pas toujours aisé. Au décours des entretiens, nous nous sommes souvent trouvée dans une posture de savante que nous jugions peu légitime. En effet, nous avons souvent été amenée à justifier notre sujet d'étude, à induire une réflexion chez ces professionnels, alors qu'ils sont habituellement nos formateurs et font preuve d'assurance dans leur pratique.

Nous les avons amenés pour la plupart à réfléchir sur leur pratique dans l'investigation des questions d'intimité des femmes et sur la prise en charge en particulier des FSF. Nous nous sommes alors censurée et gardée de tout jugement pour veiller à rester neutre, même si parfois avec tact nous avons dû apporter des réponses à leurs doutes.

Nous avons pu acquérir au fil des entretiens une posture plus naturelle dans l'écoute active des professionnels ; nous ne revenions que très peu sur ce qu'ils disaient et apportions des informations seulement lorsqu'ils les demandaient.

8. Les forces

La première force de cette étude réside dans le caractère ouvert du guide d'entretien qui a permis une expression libre des idées de chacun des professionnels interrogés et ainsi

favoriser la richesse de notre étude. De plus le nombre d'entretiens (16) nous a fourni suffisamment de matière pour notre analyse.

Le biais de sélection a été atténué par la stratégie employée lors du recrutement des participants. En effet, nous avons pris soin de ne pas mentionner lors du recrutement le fait que notre sujet portait sur les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Cela nous a permis d'amener progressivement les praticiens à réfléchir sur ce sujet au cours des entretiens. La motivation, le choix de participer à l'étude, ainsi que la réflexion du praticien à propos de celle-ci n'ont pas été influencés puisque notre sujet d'étude n'était dévoilé qu'au décours de l'entretien.

9. Les limites

Le premier biais rencontré est celui de sélection, puisque le recrutement était fondé sur le volontariat des personnes. Ces volontaires sont très probablement des professionnels plus ouverts à s'interroger sur leurs pratiques et ainsi plus à même de prendre du recul et d'adopter une attitude réflexive sur celles-ci.

Une autre limite de ce travail est probablement le fait que nous n'avons pas jugé nécessaire de demander l'orientation sexuelle* des participants. Cette information s'est avérée finalement pertinente, suite à l'entretien avec une professionnelle qui nous a révélé son homosexualité. En effet, celle-ci adoptait une conduite plus appropriée pour le suivi des FSF. Nous supposons toutefois que le guide d'entretien était favorable au recueil de cette information de manière indirecte.

Nous n'avons pu obtenir qu'un seul entretien avec un professionnel de sexe masculin, il s'agissait d'un gynécologue obstétricien.

D'après certaines études, les soins de gynécologie en médecine générale sont pratiqués davantage par les femmes (47,48), ce qui peut expliquer l'absence de recrutement d'un professionnel de sexe masculin sur les quatre médecins généralistes interrogés.

Quant aux sages-femmes, il s'agit d'une profession encore essentiellement exercée par des femmes.

Par ailleurs, même s'il aurait été souhaitable d'avoir plus de participants de sexe masculin afin de porter une réflexion sur les différences de prise en charge entre praticiens et praticiennes, l'étude qualitative est par essence non représentative de la population.

Troisième partie

RESULTATS ET ANALYSE

1. Les freins à la recherche de l'orientation et des comportements sexuels

1.1. La présomption d'hétérosexualité

Quand nous avons demandé aux praticiens de décrire une consultation avec une femme ayant des rapports homosexuels, nous cherchions à savoir comment l'orientation sexuelle* des patientes était découverte.

Nous avons alors constaté que celle-ci était découverte inopinément du fait de l'utilisation d'un vocabulaire approprié à un partenaire plutôt de sexe masculin, ce qui amenait une rectification de cette supposition par certaines femmes.

- « *Est-ce que vous avez un amoureux ? bah non j'ai une amoureuse, est-ce que vous avez déjà eu des rapports avec des garçons ? J'essaie d'être le plus naturelle possible comme si j'en voyais tous les jours* » (2)
- « *vous êtes en couple ? Et après elles te répondent, oui avec une fille, si elles ne te répondent pas oui avec une fille, bah du coup je dis : même homme depuis combien de temps ? Et la du coup elles disent une fille, puis voilà, puis bah d'accord, mais en fait j'arrive toujours à savoir* » (6)

A propos d'une consultation qu'une sage-femme a effectué récemment :

- « *tu vois hier une patiente, elle n'avait pas de contraception, je lui ai demandé si elle était en couple. Quand tu poses la question tu t'attends à ce que ce soit un homme en fait [...] c'est vrai, tu ne t'attends pas à ce qu'elles te disent qu'elles sont avec une femme* » (10)

D'autre part, l'orientation sexuelle* a pu également être révélée par hasard lors de l'investigation de certains symptômes.

A la question : *comment tu as découvert qu'elle avait des relations avec des femmes ?* :

- « quand j'ai voulu l'interroger un peu plus sur ses rapports, savoir est-ce qu'il y avait quelque chose en particulier qui aurait pu provoquer les saignements, c'est là qu'elle s'est mise à m'expliquer qu'en fait elle était avec une femme ». (9)

Dans bien des cas, faute de questionnements plus inclusifs, plus poussés et/ou d'ouverture ou de connaissances à ce sujet, certains praticiens ont conclu ou supposé qu'ils n'avaient pas affaire à des FSF.

A propos de la réflexion sur l'orientation sexuelle* de leur patientèle :

- « c'est vrai que je n'ai jamais pensé à demander quelle est l'orientation sexuelle*. En même temps je n'imagine pas une femme ne pas me le dire [...] peut-être que je me trompe [...] mais ça me paraîtrait assez incongru » (5)
- « je pense qu'en général je les mets à l'aise, elles se sentiront de me le dire, j'ai pas l'impression que je sois passé à côté d'un cas comme ça quoi » (1)
- « Mais par exemple y'en a une, elle n'a jamais eu de rapport et elle a un Mirena [...] parce qu'elle avait des règles trop abondantes. Je sais pas si elle est homosexuelle, c'est vrai qu'on n'en a jamais parlé, la question n'est jamais venue dans le dossier et n'a jamais été marquée » (2)

Jamais dans notre étude nous avons pu constater que cette révélation découlait d'un interrogatoire direct sur les attirances sexuelles, ce qui illustre bien que la consultation gynécologique est encore fortement influencée par des schémas de pensée hétéronormatifs*.

Ces pratiques hétéronormatives ne favorisent pas la confiance de ces femmes à propos de leur orientation sexuelle* et aurait même une conséquence regrettable sur la continuité du parcours de soin ainsi que sur la qualité du soin à leur apporter.

Un rapport de recherche québécois s'est intéressé à l'adéquation des services de santé aux besoins des minorités sexuelles*, en comparant la satisfaction à l'égard des soins reçus

dans un centre de santé avec des professionnels formés aux spécificités de santé de cette population, versus d'autres prestataires de soins en dehors de ce centre de santé. Ce rapport souligne que lorsque les prestataires de soins sont ouverts aux diversités des pratiques sexuelles ainsi qu'habiles à aborder les enjeux liés à la sexualité, les personnes LGBT* sont plus satisfaites de leurs soins.

D'autre part, il est montré que présumer de l'orientation sexuelle* des patients a une influence négative sur l'appréciation des soins. En effet les motifs d'insatisfaction rapportés par les FSF étaient essentiellement causés par des expériences hétérosexistes* (49).

Le discours du praticien mettant en avant les pratiques hétérosexuelles comme norme sociale concourt à ne pas reconnaître la diversité des sexualités et contribue à encourager l'autocensure quant à la divulgation de l'orientation sexuelle* des femmes.

1.2. Un sentiment d'intrusion dans l'intimité de la patiente

Concernant l'abord de la sexualité et des comportements sexuels

Lorsque nous avons demandé aux praticiens s'ils recherchaient des données relatives à la sexualité de leurs patientes au cours de leur interrogatoire, beaucoup nous ont rapporté qu'ils n'avaient pas envie d'être intrusif et qu'ils n'osaient pas poser de questions sur les thèmes de la sexualité et des comportements sexuels. Cela avait déjà été mentionné lors d'une étude suisse qui s'intéressait à la discussion autour de la sexualité entre patients et médecins (50).

Lorsque nous avons demandé si les professionnels recherchaient des comportements sexuels :

- *hum... Pas trop non.. Non pas comme ça non, non... je ne vais pas être intrusive... » (11)*
- *« je demande si elle est mariée, des enfants, mais pas directement sur les pratiques sexuelles... » (8)*

- « hum... pas spécialement c'est vrai, des fois ça vient dans la discussion, mais pas forcément...» (9)
- « je leur demande si les rapports, euh oui, si y'a des problèmes au niveau des rapports, si y'a pas de difficultés, des choses comme ça. Après c'est pas systématique » (10)

Dans un article sociologique, A.Giami expose les propos de médecins généralistes interrogés dans le cadre d'une recherche qualitative sur l'abord de la sexualité dans leur consultation (8). Ce travail lui a permis de définir 4 postures d'approche de la sexualité employées par les médecins généralistes avec leurs patients. La première posture est définie comme évitant l'abord de la sexualité, faute de temps, de connaissances en sexologie ou par embarras : les médecins n'introduisent pas du tout les questions autour de la sexualité dans leur pratique.

Dans la seconde posture, les médecins médicalisent totalement les questions liées à la sexualité, ce qui procède donc d'un évitement relatif du sujet de fond.

Dans la troisième posture, certains médecins généralistes considèrent que la sexualité entre dans une prise en charge globale (psychologique et relationnelle) de la santé des patients.

Enfin, seul un petit groupe de médecins place la sexualité au centre de leur pratique médicale et la considère comme partie intégrante du bien-être des personnes.

Cette enquête révèle que la facilité à aborder les questions autour de la sexualité dépend de facteurs psychosociaux et de l'histoire personnelle des praticiens.

Ainsi la posture des praticiens va dépendre de valeurs morales et idéologiques qu'ils ont autour de la sexualité, faute d'une formation commune dans ce domaine.

Pourtant, selon l'OMS la sexualité est une priorité de santé publique puisqu'elle est « *un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle*, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la*

reproduction. » Elle est « influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels » (51).

La consultation de gynécologie nous paraît être le moment et le lieu idéaux pour parler de sexualité, mais les professionnels de santé supposés spécialistes en la matière rapportent ne pas toujours se sentir à l'aise avec le sujet (52).

Dans cette optique, la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 a donné pour objectif de renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé (53) :

*« L'objectif est autant de permettre à ces professionnels de disposer d'un socle **commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques**, que d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité, permettant ainsi d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers. Il s'agira également d'améliorer la connaissance des professionnels de santé, notamment de 1er recours, sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles, notamment les cumuls d'addiction et sur les modalités de communication telles que la "brève communication" relative à la sexualité ».*

Elle incite donc à prendre en compte dans la prévention en santé sexuelle la diversité des sexualités, des identités, des orientations sexuelles et des discriminations afférentes, et encourage à agir contre la désinformation en santé sexuelle et les représentations normatives concernant le genre, l'orientation sexuelle* et la sexualité, véhiculées dans les médias et les réseaux sociaux.

En 2015, l'OMS a mis à disposition pour les professionnels chargés de l'offre de santé sexuelle, un guide ayant pour but de faciliter l'abord de la sexualité en consultation.

Il s'intitule « *Guide sur la Communication Brève relative à la Sexualité* » (54) ; il a été élaboré sur la base des stratégies du counseling*.

Concernant l'abord de l'orientation sexuelle*

Nous avons vu que l'abord de la sexualité et des comportements sexuels par les praticiens n'est pas aisé. On constate que sur la question de l'orientation sexuelle*, ils sont davantage freinés dans leur investigation et qu'ils attendent passivement que cela vienne des femmes. On retrouve bien encore le sentiment d'intrusion qui limite leur interrogatoire.

Concernant l'abord de l'orientation sexuelle* :

- « ouais enfin moi je pars du principe que si elle ne m'en parle pas (**de son orientation sexuelle***) et que vraiment elle n'insiste pas sur ce genre de truc, bah je ne vais pas lui dire... bah c'est très délicat quand même... je ne peux pas... Non je n'ai jamais personne qui me l'ait dit ouvertement, non [...] ça ne me viendrait pas à l'esprit de demander ça au gens » (11)
- « Si elles ont envie de t'en parler qu'elles sont en couple avec une femme, je me dis, elles vont te le dire quoi, enfin je pense. Après ça devient un peu l'entretien... c'est un peu intrusif. Parce que tu leur demandes si elles sont en couple, après elles ont le choix de te dire, oui, non et avec qui » (10)
- « On ne sait pas s'ils ont envie de nous dire, c'est toujours pareil, s'ils ont envie, ils nous le disent... c'est comme ceux qui ont des symptômes, ils nous le disent [...] c'est des fois un peu délicat selon la personne que vous avez en face » (13)
- « alors déjà il faudra qu'elle m'ouvre la porte, parce que je ne poserai pas spécialement la question [...] je ne suis pas sûre d'arriver à ouvrir la porte moi » (7)
- « les patientes que je pensais être gays, [...] j'y fais abstraction, enfin je ne me vois pas, si elles ne m'en parlent pas... enfin on n'a pas suffisamment d'intimité. Je ne les connais pas suffisamment depuis longtemps pour qu'elles m'aient dit : moi je suis avec une femme, quoi...(11)

De plus, certains professionnels disent se baser sur l'apparence physique, les modes vestimentaires, les accessoires pour préjuger du comportement sexuel. Cela peut les aider mais reste approximatif, dans la mesure où ils s'interdisent de questionner la réalité des pratiques sexuelles de leurs patientes :

- « *c'est vrai que déjà quelques fois effectivement dans l'attitude, dans la tenue ou le comportement, bon, je peux me poser la question mais bon sans plus, c'est pas assez... mais ça aiguille un petit peu* » (8)
- « *déjà tu es un petit peu interpellé parce que la conjointe, elle faisait très masculine, elle avait les cheveux court, dans l'habillement, pas du tout de coquetteries tu vois, donc, déjà tu vois, si elle arrive avec une femme. Puis elle a dû dire, ma copine, du coup tu comprends assez rapidement* » (10)

Dans une recherche auprès de jeunes adolescents gays, lesbiennes ou bisexuels destinée à évaluer si leur orientation sexuelle* était évoquée avec leur médecin, seulement 35% de ces jeunes ont déclaré que leur médecin était au courant, et parmi ceux-ci seulement 21% ont précisé que c'était à l'initiative du praticien. Soixante-dix pour cent des adolescents interrogés disaient cependant être ouverts à dévoiler leur orientation sexuelle* à la totalité ou à la plupart des gens (55).

La non-divulgence de leur orientation sexuelle* était principalement causée par le fait que le médecin ne leur avait pas demandé ou n'avait pas abordé les questions de sexualité lors de la consultation. Par ailleurs, 66% des adolescents enquêtés rapportaient qu'il était important que leur médecin connaisse leur orientation sexuelle*.

Des résultats similaires ont été trouvés dans une étude quantitative portant sur un échantillon de 1610 femmes : 81% déclaraient que leur médecin n'avait jamais posé de question sur leur orientation sexuelle*. D'autre part, le médecin était au courant de l'orientation sexuelle* de ses patientes pour 57,1% des femmes qui estimaient que parler de leur sexualité est important (56).

D'autres études mentionnent que la plupart des femmes souhaitent que les professionnels de santé soit informés de leur orientation sexuelle* (57,58).

En 2016, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a édité un rapport (11) insistant sur la prise en compte des minorités sexuelles* lors de la consultation médicale :

« Etant donné l'impact de la santé sexuelle sur la santé globale, le HCSP souligne l'importance d'une prise en compte volontariste de cette dimension au cours de la consultation médicale et dans l'information et l'éducation à la santé des enfants et des parents, mais aussi de certains groupes de population (personnes lesbiennes, gays, bi ou transsexuelles, migrants, personnes détenues, personnes âgées, personnes présentant un handicap) ».

2. Inadéquation et discutabilité des moyens utilisés pour favoriser l'expression de l'orientation sexuelle* ainsi qu'une prise en charge adaptée

2.1. La contraception au centre de la consultation

Nous avons eu le sentiment que les patientes avaient tendance à révéler leurs pratiques homosexuelles lors du questionnement sur l'utilisation d'une méthode contraceptive. Dans le cas où les femmes disent ne pas avoir besoin de contraceptif, les praticiens n'envisagent pas que ce soit parce qu'elles ont des relations avec des femmes.

Lorsque nous avons demandé comment était découverte l'orientation sexuelle* :

- *« vous avez une contraception ou pas ? non, bon bah est-ce qu'elle désire des bébés, parce qu'on ne peut pas le deviner (qu'elles soient gays). Et c'est là où elles le disent, non, non, je suis avec une femme » (3)*
- **A propos d'une patiente qui ne prenait pas de contraception :** *« je dis : c'est un choix, c'est par choix, c'est pour quoi ? Et là en général elles le disent : bah je vis avec une femme donc je n'ai pas de risque. Mais après elles sont assez ouvertes sur l'examen gynéco tout ça hein... En fait la plupart, bah y'en a beaucoup qui ont eu des rapports hétéros » (8)*

- « je leur demande pourquoi elles viennent me voir... euh... si elles ont une contraception, puis bah voilà, là elles me répondent oui ou elles me répondent non. Puis vous n'en avez pas besoin ? et puis bah voilà, c'est là où elles me le disent. Des fois, elles me le disent un petit peu elles d'emblée, parce que je pense qu'elles ont parfois peut-être peur de notre réaction. Donc je pense que certaines le disent un peu rapidement pour euh... pas pour nous tester mais voilà comme ça si je dois réagir mal, elles veulent peut-être mieux que ce soit tout de suite, enfin bon je ne sais pas trop... enfin bref » (2)

Ces exemples illustrent l'impensé d'une sexualité entre femmes chez les professionnels de santé et participent à l'invisibilisation de leurs pratiques sexuelles.

Une praticienne nous a énoncé la nécessité du besoin de contraception pour faire venir les femmes en consultation :

- « Une jeune femme homosexuelle, je ne vois pas pourquoi elle viendrait voir une gynéco, si elle n'a pas besoin de contraception. Je pense que spontanément ça va moins lui venir à l'idée » (2)

Dans un article de sociologie s'intéressant à la médicalisation de la sexualité et les effets normatifs qu'elle entraîne, Michel Bozon explique comment les instances de santé publique ont placé la contraception comme impératif de l'entrée dans la sexualité depuis sa légalisation en 1967 (59). Il montre comment les débuts de la sexualité sont aujourd'hui fortement encadrés par la consultation chez le professionnel de santé qui est à l'origine de la prescription d'une contraception. Le poids de la contraception est assumé par la femme, elle doit pour cela avoir une maîtrise de sa fertilité et ainsi correspondre au schéma sociétal, au risque de passer pour irresponsable ou inconsciente des risques (1,60).

La norme contraceptive contribue largement aux croyances et représentations d'un suivi gynécologique destiné seulement aux femmes hétérosexuelles, et laisse peu de place aux pratiques homosexuelles féminines en santé sexuelle.

2.2. L'idée reçue d'une immunité sexuelle

Chez les professionnels

Les professionnels de santé interrogés n'imaginaient pas toujours que les FSF puissent contracter des infections sexuellement transmissibles. Ils avaient surtout l'intime conviction qu'il faut un rapport « pénétrant » et hétérosexuel pour qu'il y ait contamination sexuelle.

A la question « *Décrivez-moi une consultation que vous avez menée auprès d'une patiente que vous saviez avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes ?* »

- *donc je leur demande si elles ont eu des rapports hétérosexuels quand même avant, parce que parfois à l'adolescence on peut un peu essayer les deux donc je leur parle des frottis. Je leur dis que si jamais elles ont eu aucun rapport avec des garçons bah ce n'est pas la peine de faire des frottis, il faut examiner les seins, faut.. voilà... (2)*

Et votre discours il change, il ne change pas ? « bah oui il change dans la mesure où tu fais pas de prévention, tu parles pas de préservatif par exemple, y'a des trucs comme ça dont tu parles pas. Enfin moi ça a dû m'arriver de dire, bah si jamais euh... vous tombez amoureux d'un garçon ou si vous avez des relations avec des garçons. Parce que ça peut arriver, je pense, enfin bon pour certaines, enfin je sais pas j'imagine qu'on n'est pas toujours obligé d'être homo et y'en a qui font peut-être un peu les deux » (2)

Par exemple sur la réalisation des dépistages qu'est-ce que vous faites ?

- « bah après il faut que je lui demande si elle a des rapports avec pénétration [...] si y'a pas de pénétration, bah entre guillemet comme disent les jeunes je ne vais pas lui faire perdre sa virginité en lui mettant un spéculum si y'a jamais eu de pénétration [...] (12)

Cependant il existait des contradictions dans leur conduite thérapeutique car la plupart effectuait quand même les dépistages nécessaires. Cela illustre bien le manque de connaissances des professionnels de santé sur ce sujet.

A propos de sa réflexion sur la non réalisation du frottis :

- « Par contre je peux jeter un coup d'œil au col, pas tout le temps mais je peux » (2)

- *Par exemple sur la réalisation des dépistages, des infections sexuellement transmissibles qu'est-ce que vous demanderiez ? : « Oui au niveau du cancer du col de l'utérus, les papillomavirus j'avoue que quand il n'y a pas de pénétration euh... je ne sais pas si ça va jusque-là. Je sais qu'après qu'on peut avoir des condylomes juste au niveau génital mais euh... Ouais, je ne me suis jamais posé la question [...] après c'est pareil pour ce qui est chlamydia tout ça, je suis très honnête, je sais que euh... Ouais c'est vrai qu'on n'aborde pas trop ce sujet-là... (rire) [...] voilà.. mais c'est vrai que je l'aurais fait (le frottis) en fait... (13)*

Cette prise en charge, sous couvert de bienveillance, se révèle totalement inadaptée du fait de la place prépondérante du déni du risque d'IST dans la pensée des praticiens. Cette idée serait largement répandue chez les professionnels de santé (61).

Chez les femmes elles-mêmes

Nous avons pu faire le constat, au travers des entretiens avec les praticiens, que les femmes elles-mêmes ne connaissaient par leurs spécificités en matière d'infections sexuellement transmissibles.

Lorsque nous avons demandé aux professionnels ce qu'ils faisaient en ce qui concerne la réalisation des dépistages, nous avons pu constater que les femmes ne se sentaient pas forcément concernées.

A propos des IST :

- *« je lui ai quand même proposé un dépistage des IST, je lui ai expliqué que c'était quand même important [...] Elle pensait que ce n'était pas nécessaire [...] je lui ai expliqué, parce qu'elle avait quand même déjà eu des rapports avec des hommes avant. On a aussi parlé du frottis, du papillomavirus et voilà en lui expliquant que finalement ces maladies, elles se transmettaient autant entre homme et femme qu'entre femme et femme » (9)*

A propos du dépistage du cancer du col de l'utérus :

- *« elle pensait ne pas avoir besoin de faire de frottis plus tard, parce que ça faisait plusieurs années qu'elle n'avait pas eu de rapports avec des hommes. Je lui ai dit que quand même il fallait le faire, elle était plutôt d'accord, enfin elle a compris que c'était quand même important » (9)*

- « souvent, d'ailleurs les questions (des patientes FSF) c'est : est-ce que j'ai besoin de faire tout ça comme les autres ? C'est plutôt ça en fait. Donc des fois bah en effet elle te confie : bah j'ai connu que des femmes ou j'ai eu des hommes. Et là donc on peut orienter un petit peu » (4)

Cela a aussi été décrit dans une enquête qualitative qui a interrogé 26 femmes ayant des relations homosexuelles. Dans cette étude la croyance d'une immunité sexuelle était largement rapportée par les femmes elles-mêmes. Globalement elles ne se sentaient pas concernées par la consultation gynécologique et étaient fortement influencées par l'idée que cette consultation concerne les risques hétérosexuels ou le besoin d'une contraception (62).

3. Des professionnels qui essaient toutefois d'adapter leur prise en charge

3.1. Une approche différente lors de l'examen

Quelques praticiens ont mentionné une attention particulière lors de l'examen clinique de la vulve et du col de l'utérus. Ils estimaient être plus délicats avec ces femmes. L'idée de pratiques sexuelles non pénétrantes les poussent à utiliser des spéculums plus petits dans cette population.

Par rapport à la réalisation des dépistages :

- « ah oui bah tu vois moi je leur dis qu'on fera des frottis quand ce sera le moment avec des petits spéculums adaptés voilà » (6)
- « bah si une dame qu'elle soit homosexuelle ou hétérosexuelle, enfin quel que soit son orientation sexuelle*, si une patiente vierge vient me voir, je ne vais pas lui faire de frottis, donc ça ne me pose pas de problème. Après si elle me demande de lui faire bah on peut mettre un tout petit spéculum et le faire, si vraiment elle insiste... » (12)

Par rapport à l'examen clinique :

- « je suis peut-être un petit peu plus délicat lors de l'examen » (16)

Une praticienne homosexuelle nous a rapporté changer sa pratique en faisant preuve particulièrement de délicatesse à l'égard des FSF :

- « je prends un peu plus de tact etc.. comme euh... un peu les femmes qui ont un vaginisme, un truc comme ça.. je prends toujours un peu plus de tact, on ne met pas la même taille de spéculum, enfin voilà... on y va tout doucement, le temps de les mettre à l'aise tout ça » (14)

Ces discours que nous avons jugés bienveillants s'appuient cependant sur des croyances et des rumeurs tenaces. Ils laissent à penser que la sexualité des femmes en général répond à une pensée binaire, une sexualité avec pénétration pour les femmes hétérosexuelles et une sexualité douce et plutôt tournée vers des caresses, non pénétrante, pour les femmes homosexuelles. Cette vision des mœurs est bien ancrée, elle est si restrictive qu'elle ne permet pas une ouverture à la diversité des pratiques sexuelles, quels que soient l'identité, les attirances et les comportements sexuels des femmes.

Ainsi, C. Delebarre, dans une étude sur la sexualité entre femmes, affirme que « *la pénétration entre femmes est un impensé social* », alors que 95% des femmes interrogées dans son enquête disent pratiquer la pénétration (63). Ces idées préconçues sont à l'origine de l'adaptation de l'examen clinique par certains professionnels. En conséquence, on retrouve l'usage de deux catégories de spéculum, le petit spéculum, réservé aux femmes homosexuelles ou aux femmes vierges et le gros spéculum d'emblée choisi pour les femmes hétérosexuelles ou non vierges. Ces schémas de pensée et la pratique normative qui en découle empêchent fortement le recours au questionnement sur la sexualité des femmes qui pourraient être atteintes de dyspareunies ou de vaginisme. En occultant ces données, le praticien ne se donne pas les moyens de bien adapter sa consultation.

3.2. Le désir d'enfant

Deux praticiennes, une sage-femme et une médecin généraliste, nous ont expliqué qu'elles portaient une attention particulière à ces femmes à propos du désir d'enfant. Elles jugeaient nécessaire d'en discuter pour anticiper le parcours potentiel d'assistance médicale à la procréation (AMP), puisque celui-ci s'avère encore plus compliqué pour les FSF.

Nous rappelons qu'à ce jour l'assistance médicale à la procréation est interdite en France pour les couples de femmes. L'accessibilité de toutes les femmes à l'AMP est actuellement débattue au Parlement.

A propos de la maternité pour les FSF :

- « chez les femmes homos j'aurais plus tendance à poser la question ; est-ce que vous avez un projet d'enfant ? est-ce que vous y avez réfléchi ? Ce serait plus sur la parentalité, voilà » (7)
- « le sujet qu'on aborde quand les patientes sont homosexuelles, moi en tout cas, en fonction de leur âge, je leur demande le désir d'enfant, ça pour le coup j'essaie d'y penser [...] chez les femmes lesbiennes je vais y penser plus [...] (elle essaye de) savoir si elles savent où aller en fait » (4)

Ces praticiens font donc preuve de bienveillance à l'égard de ces femmes, compte tenu de la connaissance qu'ils ont des grandes difficultés que les FSF doivent surmonter pour accéder à la maternité.

3.3. La recherche d'un environnement social tolérant

Seulement une praticienne sur les 16 personnes interrogées nous a rapporté avoir tendance à rechercher comment ses patientes homosexuelles sont acceptées dans leurs environnements familial, amical et professionnel et comment elles assument leur homosexualité.

- *Et lors de l'interrogatoire avec ces femmes-là est-ce que vous auriez des questions un peu plus spécifiques ? : « [...] et puis comment elles le vivent, enfin voilà, plus au niveau du regard des gens et le fait de s'assumer. Je pense que je développerais plus ça » (7)*

On relève ici encore une marque de bienveillance particulière, puisque l'on sait que cette population peut être en souffrance car souvent malmenée dans notre société, comme le souligne le dernier rapport annuel de SOS homophobie sur les discriminations envers les personnes LGBT (64).

Pour Catherine Fohet et Irène Borten-Krivine, il est nécessaire d'adopter ce type de pratique plutôt que d'adopter une attitude passive : *« Il est également important de connaître les soutiens dont chacune dispose au sein de la famille et de l'environnement relationnel. De même qu'il est utile de connaître les groupes communautaires, les réseaux, les associations qui peuvent aider nos patientes à sortir de leur isolement » (58).*

4. Une méconnaissance de la santé des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

4.1. La prévention du cancer du col de l'utérus

Une certaine incompréhension des campagnes de santé publique a été relevée chez une sage-femme lorsque nous avons discuté en fin d'entretien sur la transmission du HPV entre femmes :

- *« ouais, enfin c'est bizarre parce qu'il me semble que la vaccination était proposée aux hommes homosexuels jusqu'à 25 ans, donc du coup ce n'est pas logique, y'a les hommes mais les femmes homosexuelles ? c'est pareil... » (10)*

Ce qui signifie qu'elle se pose la question de savoir pourquoi on n'inclut pas les femmes homosexuelles dans la vaccination contre le HPV.

Les anciennes recommandations de l'Institut National du Cancer incitaient toutes les filles à la vaccination contre les infections liées au papillomavirus humain et portaient une attention particulière aux HSH.

Aujourd'hui, cet institut mentionne que les FSF figurent dans les principaux groupes de femmes ne participant pas au dépistage du cancer du col de l'utérus (65) alors que leurs recommandations actuelles quant à la vaccination anti-HPV demandent à cibler (66) :

- les adolescents, filles et garçons, de 11 à 14 ans révolus, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus ;
- les immunodéprimés des deux sexes ;
- les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), jusqu'à 26 ans.

Bien que la vaccination soit étendue à tous les garçons, ils persistent une spécificité dans la prévention concernant les HSH. Cette attention particulière s'explique par le fait qu'il n'existe actuellement pas de campagne de dépistage du HPV chez les hommes. Cependant, comme les FSF ne se sentent pas toujours concernées par ces campagnes et sont susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus, peut-être serait-il justifié de les cibler également dans les recommandations. Des études ont d'ailleurs rapportées que les femmes ayant des rapports homosexuels étaient moins souvent vaccinées que les femmes hétérosexuelles (67,68).

4.2. Une carence dans les formations initiale et continue sur les populations minoritaires

Lors du cursus initial

L'ensemble des professionnels interrogés nous a rapporté que le sujet des pratiques homosexuelles féminines n'avait jamais été abordé lors de leur cursus de formation initiale.

A propos de la connaissance sur la santé sexuelle des femmes homosexuelles :

- « ah non, on ne m'a jamais proposé une formation là-dessus, dans mes études, non l'homosexualité c'était... (pas abordé) ça a dû peut-être changer » (11)

En ce qui concerne l'abord de la sexualité entre femmes lors du cursus de formation :

- « ah mais moi je suis sorti il y a 12 ans et ça n'existait pas ! (rire) ça n'existait pas !! » (7)
- « tous les cours allaient dans le sens où on parlait de relations hétérosexuelles » (9)

A propos de la réflexion sur la nécessité des dépistages :

- « Bah... je vais dire qu'il peut peut-être y en avoir (du HPV) quand même ou que.. enfin je pense qu'il faut faire le frottis quand même, après en effet par contre est-ce que j'aurais une justification aussi précise que sur les couples hétéros... euh ça sera plus compliqué pour répondre. Ça ne m'est jamais arrivé en fait qu'on me demande » (4)

D'autre part on peut retenir que ces professionnels sont souvent démunis et quand ils sont confrontés à de telles problématiques, se questionnent sur l'utilité de certains dépistages. Ils font alors appel à leur propre raisonnement clinique, parfois partagé avec d'autres collègues, et ne vont pas forcément chercher les informations dans les publications scientifiques :

A propos de la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus :

- « on s'était posé la question justement s'il fallait faire le test de recherche HPV ou les frottis chez les femmes homosexuelles, et du coup euh... faut le faire en fait.. » [...] « comme c'est sexuellement transmissible, ça se transmet également chez les lesbiennes » (14)

A propos de la réalisation de dépistage chez les FSF :

- « C'est plus dans mes stages quand la situation s'est posée que.. j'ai posé la question pour savoir ce qu'il fallait faire... » (6)

Lors de la formation continue

Deux d'entre eux seulement ont mentionné que le sujet des FSF avait sûrement dû être abordé lors de formations complémentaires de gynécologie mais cela ne les avait pas marqués, et ils en ont simplement retenu qu'il fallait faire « la même chose » que chez les patientes hétérosexuelles.

Une formation qui reste concentrée sur les risques des patients homosexuels masculins

Beaucoup de praticiens nous ont rapporté avoir eu des cours seulement sur la santé sexuelle des hommes ayant des relations avec des hommes :

- « on voit un peu ouais les hommes, les lésions, orales, la syphilis, les choses comme ça, mais pas au niveau de l'homosexualité féminine non, non! on voit les condylomes, ouais pour les homosexuelles.. après le reste.. ouais non, on ne voit pas trop » (13)
- « ouais mais y'a.. y'a pour les homosexuels masculins que voilà, maintenant c'est rentré dans les clous, avec l'histoire du Gardasil etc.. mais pour les filles pas trop quoi.. » (14)

Une focalisation des risques du VIH sur la santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a contribué à mettre en marge les risques de la sexualité entre femmes par rapport aux autres IST (26).

La connaissance cantonnée aux espaces engagés

La connaissance des besoins de santé des minorités sexuelles* serait spécifique des professionnels qui exercent dans des espaces engagés et militants tels que les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et le Planning Familial.

A propos d'une brochure du CeGIDD une interne rapporte que :

- « un médecin au centre de santé, elle travaille au CeGIDD et elle m'a donné 2 prospectus [...] il y en a un c'est toute la sexualité des hommes, donc des hommes avec des hommes, tout ce qui est autour du VIH, des TPE, les prEp, les machins comme ça etc.. et y'a un truc c'est toute la sexualité entre femmes et en gros quelles maladies se transmettent le plus par cunnilingus, par euh... par les différentes pratiques sexuelles etc.. et du coup c'est pas mal ... » (14)

Deux sages-femmes nous ont illustré aussi cette idée par ces propos :

- « Après je pense que c'est au planning qu'elles ont beaucoup les .. le planning familial du fait de leur côté militant, eux ils ont les homos, ils sont identifiés pour ça, pas comme nous » (12)

- « Après moi j'ai bossé en planning, donc je pense que j'ai sûrement une sensibilité différente pour les patientes justement homosexuelles ou les trans, on en parlait facilement quoi » (4)
- « on avait vaguement abordé le sujet, et on n'a pas forcément donné de réponse au niveau du suivi des femmes transsexuelles » (10)

Seules ces institutions plus engagées ou plus « spécialisées » semblent particulièrement investies dans la prévention des risques sexuels des personnes appartenant aux minorités sexuelles*.

4.3. Une approche plus adaptée du fait de l'histoire personnelle du praticien

Une sage-femme particulièrement éclairée du fait de ses échanges avec sa fille nous a rapporté être plus à même de pouvoir s'occuper de ces femmes :

- « en fait c'est ma fille, ma fille est grande ado maintenant, et donc elle est.. voilà on en a pas mal parlé et du coup je sais qu'il y a un site où on peut se référencer comme étant... comment ça s'appelle... « gay-friendly ? » « oui c'est ça voilà, donc elle m'a référencé comme étant gay-friendly [...] ouais, y'a beaucoup de méconnaissances, moi je ne sais pas si avant que je lise tous les trucs que j'ai lu spontanément sans y avoir réfléchi avant, qu'elle aurait été ma... mais oui maintenant ça me paraît logique, bien sûr que le HPV ce n'est pas qu'une histoire de pénétration, c'est une histoire de sexualité » (5)

Une praticienne interne en médecine générale, nous ayant informé elle-même de son homosexualité, s'est affichée comme étant particulièrement sensibilisée et plus à même de prendre en charge ces femmes :

- « mais étant moi-même avec une copine, disons que en fait ça dépend des situations, si c'est des dames qui sont en couples depuis très longtemps, y'a pas forcément plus de de... je ne sais pas comment dire... je m'adapte en fonction de ce qu'elles me disent, l'HPV, où elles en sont dans leur relation et puis voilà... » (14)

Cette même praticienne montre plus de précautions lors de l'examen clinique.

5. Des perspectives d'amélioration dans l'inclusion des FSF en consultation gynécologique

5.1. Des stratégies de communication

Au travers des propos des professionnels de santé, nous avons pu lister un ensemble de moyens de communication qu'ils aimeraient voir se développer pour améliorer la connaissance des problématiques de santé propres aux minorités sexuelles*, ainsi que leur prise en charge.

Une interne nous a mentionné l'existence d'une brochure destinée à la prévention des IST pour les femmes qui ont des relations homosexuelles. Elle s'intitule « *Sur le bout des lèvres* » (*annexe 3*) et est proposée par l'association SOS homophobie (70).

Une sage-femme hospitalière nous a proposé l'idée de donner à ces patientes des conseils spécifiques de prévention lors de leur passage en maternité, en leur rappelant qu'elles sont concernées par la consultation gynécologique.

- « *Y'a peut-être un créneau justement quand tu les vois à la maternité, il faudrait leur dire qu'il faut quand même qu'elles se fassent suivre, après je pense qu'en début de grossesse normalement on est sensé en faire un si elles n'en ont jamais eu, donc [...] peut-être les sensibiliser à faire un suivi* » (10)

Une sage-femme propose d'utiliser des slogans sous la forme de flyers afin de les sensibiliser tels que :

- « *Moi je suis gouine et je me fais dépister quand même, ça ne change rien, l'HPV il est quand même là* »
- « *On s'occupe de vous les filles quand même, mais occupez-vous de vous aussi !* »
- « *La consultation gynéco c'est pour tout le monde quel que soit le type de sexualité* » (1)

Une interne soumet l'idée d'affiches :

- « bah déjà je pense que c'est important les affiches, pour que les gens il se sentent à même de pouvoir en parler, si tu ne mets pas d'affiches, des trucs comme ça, je trouve que les gens ils ne vont pas oser forcément..(s'ils ne sont pas à l'aise avec eux-mêmes) déjà de parler de ça » (14).

En mars 2019, le planning familial de l'Isère, en partenariat avec SOS homophobie Dauphiné Alpes Nord, a lancé une campagne de prévention et de promotion de la santé affective et sexuelle des femmes lesbiennes et FSF (71). Cette campagne avait pour but de sensibiliser les FSF au suivi gynécologique et d'encourager les professionnels de santé à mieux prendre en compte leurs spécificités en matière de santé sexuelle. Il s'agissait aussi de pouvoir déconstruire les schémas de pensée empreints de croyances et de stéréotypes que peuvent avoir les professionnels à l'égard de la santé des femmes qui ont des relations homosexuelles.

Une série d'affiches (*annexe 3*) a été créée à cette occasion. Celles-ci ont axé leurs messages sur la prévention des IST et du VIH/Sida, sur le suivi gynécologique et sur la lutte contre les violences ainsi que la lesbophobie*.

Pourtant, bien que ces affiches aient été placardées sur le lieu d'exercice des professionnels de santé s'occupant de la santé sexuelle des femmes de la région grenobloise, aucun de ceux que nous avons interrogés ne nous a mentionné leur existence. Seule une praticienne, citée ci-dessus (*entretien 14*), a été sensibilisée à ce sujet par ces campagnes de prévention. Etant elle-même homosexuelle et donc personnellement concernée par ce sujet, il est compréhensible qu'elle ait mieux mémorisé ces affiches.

5.2. L'utilisation d'un vocabulaire incluant les minorités sexuelles*

Certains professionnels prennent le soin d'employer dans toutes leurs consultations un vocabulaire qui ne préjuge pas du genre du ou des partenaire(s) de la patiente.

- « *Ouais je pense (sur le fait d'être inclusive), enfin j'espère, je me dis mince est-ce que quand je dis « partenaire » ça limite mais en général en effet, je sais assez facilement (l'identité sexuelle de ses patientes), peut-être il y en a certaines qui sont venues et je n'ai pas su qu'elles étaient lesbiennes, j'ai l'impression d'avoir des questions assez ... enfin qu'elles ne prennent pas d'une manière intrusive, mais qu'elles prennent vraiment et où elles répondent assez franchement quoi.* » (4)

Ce type de vocabulaire, par son caractère « inclusif » des minorités sexuelles*, a l'avantage de considérer toutes les possibilités de sexualité et ainsi de les reconnaître. Cependant, son utilisation ne permet pas de présumer du genre du ou des partenaire(s) si l'on n'enrichit pas davantage l'interrogatoire.

5.3. La communauté LGBT, un sujet d'actualité

Les professionnels interrogés se sont dit plus sensibilisés aujourd'hui à l'existence de ces populations du fait d'une médiatisation plus importante, qui permet leur visibilité.

« **(Il faut)** se mettre au goût du jour. C'est des trucs qui changent souvent et puis je pense qu'il ne faut pas s'enfermer dans son truc, dans son cabinet et puis pas trop être au courant de ce qui sort, il y en a de plus en plus quoi. Et puis d'un autre côté je pense qu'il ne faut pas trop laisser ça tabou quoi, parce que c'est quand même important. » (14)

« C'est devenu un petit peu plus facile à aborder très récemment [...] puis surtout la procréation médicalement assistée ouverte à toutes, donc je pense que là, c'est récent, c'est vraiment récent... » (7)

« c'est explosif depuis peu d'années où les gens s'assument et osent le crier haut et fort » (7)

« à l'époque c'était pas du tout abordé ce sujet-là » (8)

« après c'est vrai que j'ai lu des trucs, car maintenant c'est très à la mode, voilà même tout ce qui concerne la sexualité mixte etc. Ça c'est plus dans des articles de revues non scientifiques que j'ai lu des trucs » (1)

« « aujourd'hui l'homosexualité je pense que c'est quelque chose qui n'est pas forcément abordée sur le suivi gynécologique des patientes, et je pense qu'il y a des choses à faire » (10) »

Ils avancent qu'il est nécessaire que leurs pratiques ne soient plus taboues. Ces professionnels se montrent donc plus disposés à s'intéresser aux minorités sexuelles.

Quatrième partie

CONCLUSION

« La pudeur excessive, l'évitement de la sexualité est un écueil ; un interrogatoire intrusif en est un autre. Le médecin doit être conscient de son schéma de pensée, de ses préjugés, de ses ignorances » (58). A la lumière de ces entretiens, qui ont souvent amené les praticiens à une attitude réflexive, la sexualité semble être abordée en consultation gynécologique essentiellement sous l'angle des pathologies de l'appareil génital.

D'autre part, l'interrogatoire médical est réducteur par son caractère hétérocentré et ne permet pas l'ouverture des praticiens à une prise en charge appropriée aux besoins des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

Cette attitude s'explique probablement par un défaut de formation des professionnels de santé et par des manquements dans les campagnes de prévention.

Au-delà de ses connaissances scientifiques, le praticien se doit également de travailler sa communication pour instaurer un climat de confiance propice à l'évocation d'éléments qui touchent à l'intimité des femmes.

Pour notre future pratique professionnelle, nous nous appliquerons à rechercher l'orientation sexuelle* des patientes pour les considérer telles qu'elles sont dans leurs pratiques sexuelles, les sensibiliser à un suivi régulier et ainsi mieux les prendre en charge.

L'orientation sexuelle* est un déterminant majeur de la santé sexuelle, physique et mentale des individus, c'est donc une question d'intérêt aussi bien dans le domaine de la santé publique que lors du colloque singulier entre le praticien et son patient (7,72).

ANNEXES

Annexe 1 : Courrier d'appel à participation

Objet : Le suivi gynécologique des femmes, point de vue du praticien.

Le 27/09/2020 à Grenoble

Bonjour,

Dans le cadre de ma dernière année d'étude de sage-femme, je réalise une étude sur le suivi gynécologique des femmes.

Pour cela je souhaite mener des entretiens avec des sages-femmes, des médecins généralistes DU gynécologie et des gynécologues.

L'entretien dur entre environ 15 minutes, il s'effectue par téléphone.

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cet entretien resteront confidentielles et l'ensemble des propos seront anonymisés lors de la publication des résultats de l'étude.

Si vous souhaitez participez à cette étude merci de me contacter par mail ou par téléphone.

En vous souhaitant une agréable journée,

Cordialement,

Diane Folliero de Luna

Annexe 2 : Guide d'entretien

Thèmes	Questionnaire principal	Questions de relance ou d'aide
Population étudiée	<p><i>Quel âge avez-vous ?</i></p> <p><i>Profession +/- diplôme universitaire ?</i></p> <p><i>Quel est votre lieu d'exercice professionnel ?</i></p> <p><i>Depuis combien de temps pratiquez-vous ?</i></p> <p><i>Dans quelle ville résidez-vous ?</i></p>	
La consultation gynécologique	<p><i>- Que recherchez-vous comme antécédents médicaux et non médicaux lors d'une première consultation gynécologique ?</i></p> <p><i>- Après avoir fait l'interrogatoire décrivez-moi la dernière consultation que vous avez effectuée en ce qui concerne la gynécologie de prévention ?</i></p>	<p>- Habitudes de vie ?</p> <p>- Vie de couple ?</p> <p>- Violence verbale et/ou physique ?</p> <p>- Harcèlement ?</p> <p>- Sexualité ?</p> <p>- Comportements sexuels ?</p> <p>- Sur la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus.</p> <p>- Sur la prévention des infections sexuellement transmissibles.</p> <p>- Sur le thème de la contraception.</p> <p>- Sur la réalisation du dépistage du cancer du sein.</p>
Réflexion sur la prise en charge des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	<p><i>- Décrivez-moi une consultation que vous avez menée auprès d'une patiente que vous saviez avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes ? Quelles questions lui avez-vous posées ?</i></p> <p><i>- Si vous n'avez pas connaissance d'avoir été en présence d'une FSF comment imagineriez-vous une telle consultation ?</i></p>	<p>- Sur l'interrogatoire médicale et non médicale.</p> <p>- Sur le thème de la contraception.</p> <p>- Sur la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus.</p> <p>- Sur la réalisation du dépistage du cancer du sein.</p> <p>- Sur la prévention des infections sexuellement transmissibles.</p> <p>- Sur la question des violences.</p> <p>- Votre discours change-t-il ?</p> <p>- Vos prises en charge sont-elles différentes ?</p>
Réflexion sur l'état des connaissances du/de la praticien.ne	<p><i>- Quelles connaissances de base puis acquises au cours de votre exercice avez-vous sur la santé sexuelle des femmes ayant des rapports avec des femmes ?</i></p>	<p>- Recherches personnelles dans ce domaine ?</p> <p>- Par un proche, un souvenir, une patiente, un livre, un film etc.</p> <p>- Vous êtes-vous senti démuné quelques fois ?</p>
Parole libre	<p><i>- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?</i></p> <p><i>Avez-vous des axes d'amélioration à suggérer au sujet de cet entretien ?</i></p>	

Annexe 3 : Extraits de la brochure « Sur le bout des lèvres », lancée par l'association SOS homophobie en novembre 2020



À propos de SOS homophobie

SOS homophobie est une association loi 1901 de lutte contre les agressions et les discriminations LGBTIphobes implantée sur l'ensemble du territoire français. Créée le 11 avril 1994 autour d'une ligne d'écoute et de soutien aux victimes de LGBTIphobies, elle s'est développée autour de trois grands axes : soutenir, prévenir et militer.

Soutenir les personnes LGBTI+ victimes de discriminations et d'agressions avec notre ligne d'écoute, l'aide juridique et l'accompagnement des adolescent-e-s.

Prévenir la lesbophobie, la gayphobie, la biphobie, la transphobie et l'interphobie en sensibilisant tous les

publics avec les interventions en milieu scolaire et professionnel, l'organisation d'événements et de débats et l'activisme numérique.

Militer pour l'égalité des droits auprès des institutions avec notre Rapport sur les LGBTIphobies publié chaque année, des enquêtes, des manifestations et nos relations institutionnelles.

SOS homophobie remercie Lou Dvina pour ses illustrations qui célèbrent avec tant de justesse la beauté et la diversité des corps. L'association remercie également Sida Info Service pour l'aide à la réalisation de ce manuel.

SOS homophobie
Ligne d'écoute anonyme 01 48 06 42 41


SOS homophobie
www.sos-homophobie.org

Sommaire

Préface	4
Qu'est-ce qu'une IST	5
Informations générales sur les pratiques	
Les pratiques contaminantes	6
Prévention et réduction des risques sexuels	8
Les moyens de prévention	10
Les IST	
Chlamydie	12
Herpès génital	14
Gonorrhée	16
Papillomavirus humains (HPV)	18
Mycoplasmes génitaux	20
Trichomonase	22
Hépatites	24
VIH	28
Syphilis	30
Mycoses	32
Niveau de risque selon les pratiques	34
Le dépistage des IST	36
Mon calendrier de dépistage des IST	38
Nos conseils	40

Les pratiques contaminantes

Les rapports sexuels avec pénétration sont loin d'être les seuls actes responsables de la transmission d'infections.

Caresse, sexe oral ou encore échange de sextoys... de telles pratiques, **quand elles sont non-protégées**, augmentent significativement le risque de contamination entre partenaires.

Dans la suite du manuel, les pratiques contaminantes sont représentées par des icônes, toutes illustrées ici.



Échange de baisers



Anulingus



Tribadisme
Contact entre pubis



Cunnilingus



Pénétration vaginale



Pénétration anale



Pénétration vulvaire digitale



Pénétration anale digitale



Échange d'objets sexuels



Caresse



Échange d'objets de toilette



Contact avec du linge souillé



Échange de matériels en cas d'usage de drogues
(paille, seringue, etc.)



Contact de sang à sang
(rapport pendant les règles ou lésions des organes sexuels)



Pénétration vaginale
ou anale non protégée



Préface

Cette brochure s'adresse aux personnes disposant d'organes génitaux dits "féminins" ayant des relations sexuelles avec les autres personnes en disposant également qu'il s'agisse de femmes cis, d'hommes trans ou de personnes non binaires.

À noter, la grande majorité des données épidémiologiques concernant les personnes avec une vulve sont obtenues uniquement auprès de femmes cis.

Si vous possédez un pénis, un néo ou méta-pénis ou encore un néo-vagin, cette brochure ne contient pas d'informations pertinentes pour vous, en raison des risques, des pratiques et des symptômes pouvant être différents.

Pour plus d'informations sur les risques et les symptômes vous concernant, nous vous conseillons de vous rediriger vers les brochures suivantes :

- Les transidentités et la réduction des risques, volume 1 : Santé sexuelle et produits psychoactifs de l'association Chrysalide, adressé à toutes personnes trans (pendant ou après sa transition)
<https://www.chrysalide-asso.fr/les-transidentites-et-la-reduction-des-risques/>

- Guide « Dicklit et T Claques » de l'association Outrans, adressé aux hommes trans et à leur-s amant-s
<https://outrans.org/ressources/dtc/>

Qu'est-ce qu'une IST ?

IST signifie Infections Sexuellement Transmissibles.

Elles se transmettent principalement lors de relations sexuelles non-protégées (contact entre deux vulves, pénétration avec les doigts, cunnilingus et anulingus) et par l'échange d'objets sexuels.

Les risques de transmission d'une IST entre personnes possédant une vulve sont plus faibles pour certaines IST comme le VIH mais importantes pour d'autres.

D'après l'enquête *Contexte de la sexualisation (2008)*, les femmes cis ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes cis sont

quatre fois plus nombreuses à déclarer avoir eu une IST.

Il faut noter une augmentation des risques en période de règles, le sang étant un liquide très contaminant et la muqueuse vaginale plus propice à contracter des germes durant les saignements.

De plus, en cas d'infection, le risque de contracter une seconde IST augmente très fortement.

La plupart des IST se soignent facilement mais elles doivent être détectées au plus vite car, non-traitées, elles peuvent entraîner de graves complications.

RETOUR AU SOMMAIRE

Les moyens de prévention



Le préservatif externe, dans sa forme originelle, est essentiellement utilisé pour protéger les objets sexuels.



Le préservatif interne s'insère dans le vagin avant un rapport sexuel et couvre une partie de la vulve. Il protège lors de pénétrations digitales ou avec un objet.



Les gants en latex, à utiliser pour caresser et pénétrer votre partenaire (ils peuvent être intégrés avec sensualité dans vos relations sexuelles).



La digue dentaire (ou le carré de latex) est le seul outil de prévention lors de cunnilingus ou d'anulingus. Elle se place directement sur la vulve ou l'anus. Elle peut se trouver en pharmacie ou vous pouvez en faire une vous-même à l'aide d'un préservatif coupé dans la longueur ou du film alimentaire (celui qui ne va pas au micro-onde).

Annexe 4 : Affiches proposées par le Planning familial de l'Isère en association avec SOS homophobie Alpes-Nord, réalisation visuelle par Marion Dubois, illustratrice graphiste

LA LESBOPHOBIE EST UNE VIOLENCE
 VRAI
 FAUX

HÉ!
 HÉ LES MEUFS!
 VOUS VOULEZ PAS
 PLUTÔT SUCER MA...

Le respect,
 c'est pas qu'un truc d'hétéro,
PENSEZ À VENIR NOUS EN PARLER!



www.sos-homophobie.org



LES LESBIENNES
 N'ONT PAS BESOIN
 DE SE PROTÉGER
 DES IST ET DU VIH
 VRAI
 FAUX

Les IST et le VIH,
 c'est pas qu'un truc d'hétéro,
PENSEZ À VENIR NOUS EN PARLER!



www.sos-homophobie.org



LA VIOLENCE N'EXISTE PAS
 AU SEIN DES COUPLES
 LESBIENS
 VRAI
 FAUX

T'es où ?
 19:00
 Tu reviens quand ?
 19:01
 Tu fais quoi ?
 19:03
 Envoie une photo
 19:13
 Décroche
 19:15
 T'es avec qui ?
 19:16

La violence,
 c'est pas qu'un truc d'hétéro,
PENSEZ À VENIR NOUS EN PARLER!



www.sos-homophobie.org



LES LESBIENNES DOIVENT
 CONSULTER RÉGULIÈREMENT
 LEUR GYNÉCOLOGUE
 VRAI
 FAUX

Le suivi gynéco,
 c'est pas qu'un truc d'hétéro,
PENSEZ À VENIR NOUS EN PARLER!



www.sos-homophobie.org



Bibliographie

1. Andro A, Bachmann L, Bajos N, Hamel C. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouvelles Questions Feministes*. 2010;Vol. 29(3):4-13.
2. Power J, Carr S, McNair R. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-tandfonline-com.gaelnomade-1.grenet.fr/doi/full/10.1080/13691050802541674>
3. Marrazzo JM, Koutsky LA, Handsfield HH. Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour. *Int J STD AIDS*. 1 janv 2001;12(1):41-6.
4. Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK, King BA, Alexander T, Zhao X. Tobacco Product Use Among Sexual Minority Adults: Findings From the 2012–2013 National Adult Tobacco Survey. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 avr 2016;50(4):e91-100.
5. 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.
6. Defining sexual health [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>
7. Read « The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding » at NAP.edu [Internet]. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.nap.edu/read/13128/chapter/6>
8. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. 18 févr 2010;147.
9. Netgen. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-554/L-abord-de-la-sexualite-en-consultation-gynecologique>
10. Wendt EK, Lidell EA-S, Westerståhl AKE, Marklund BRG, Hildingh CI. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*. 1 avr 2011;27(2):250-6.
11. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=551>
12. Bajos N, Beltzer N, Prudhomme A. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives [Internet]. *Enquête sur la sexualité*

- en France. La Découverte; 2008 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-243.htm>
13. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet]. SOS homophobie. 2015 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/edito/enquete-sur-la-visibilite-des-lesbiennes-et-la-lesbophobie>
 14. McNair R, Szalacha LA, Hughes TL. Health Status, Health Service Use, and Satisfaction According to Sexual Identity of Young Australian Women. *Women's Health Issues*. 1 janv 2011;21(1):40-7.
 15. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health Care Access Among Individuals Involved in Same-Sex Relationships. *Am J Public Health*. 1 juin 2006;96(6):1111-8.
 16. Gotbaum B. Improving Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Access to Healthcare at New York City Health and Hospitals Corporation Facilities - Office of the New York City Public Advocate. 2008;16.
 17. Gouvernement du Canada SC. Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada - ARCHIVÉ [Internet]. 2021 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2008001/article/10532-fra.pdf>
 18. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité & société* [Internet]. 29 juin 2009 [cité 30 mars 2021];(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gaelnomade-2.grenet.fr/gss/951>
 19. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 oct 2005;33(10):776-82.
 20. Marrazzo JM, Thomas KK, Agnew K, Ringwood K. Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women. *Sex Transm Dis*. mai 2010;37(5):335-9.
 21. Campos-Outcalt D, Hurwitz S. Female-to-Female Transmission of Syphilis: A Case Report. *Sexually Transmitted Diseases*. févr 2002;29(2):119-20.
 22. Sexually transmitted infections in women who have sex with women | Sexually Transmitted Infections [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <https://sti-bmj-com.sid2nomade-1.grenet.fr/content/80/3/244.short>
 23. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health*. 1 juill 2011;101(7):1284-90.
 24. Bailey JV, Farquhar C, Owen C. Bacterial Vaginosis in Lesbians and Bisexual Women. *Sexually Transmitted Diseases*. nov 2004;31(11):691-4.
 25. Bacterial Vaginosis in Lesbians: A Sexually Transmitted Disease | Clinical Infectious Diseases | Oxford Academic [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur:

<https://academic-oup-com.sid2nomade-1.grenet.fr/cid/article/21/6/1402/274703?login=true>

26. Richardson D. The social construction of immunity: Hiv risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*. 1 janv 2000;2(1):33-49.
27. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(1):53-61.
28. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J, et al. Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Adolescent Health*. 1 août 2011;49(2):115-23.
29. Using Community-Based Participatory Research to Understand and Eliminate Social Disparities in Health for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations | SpringerLink [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://link-springer-com.gaelnomade-2.grenet.fr/chapter/10.1007/978-0-387-31334-4_18
30. Waterman L, Voss J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian. *The Nurse Practitioner*. [Internet]. 2015 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://journals.lww.com/tnpj/FullText/2015/01000/HPV,_cervical_cancer_risks,_and_barriers_to_care.5.aspx
31. Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, et al. Abnormal Pap Tests and Human Papillomavirus Infections Among HIV-Infected and Uninfected Women Who Have Sex With Women: *Journal of Lower Genital Tract Disease*. janv 2014;18(1):50-6.
32. McLEAN KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening, *British Journal of General Practice*. 2000;2.
33. 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.
34. O'Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus-associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstet Gynecol*. oct 1996;88(4 Pt 2):702-3.
35. 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*. avr 1996;21(2):89-105.
36. Fishman SJ, Anderson EH. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *J Assoc Nurses AIDS Care*. déc 2003;14(6):48-55.
37. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 12 déc 2014 [cité 8 mai 2021];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276097/>

38. HIV Risk for Lesbians, Bisexuals & Other Women Who Have Sex With Women | National Prevention Information Network | Connecting public health professionals with trusted information and each other [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <https://npin.cdc.gov/publication/hiv-risk-lesbians-bisexuals-other-women-who-have-sex-women>
39. 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*. 13 juin 2013;104(2):319-25.
40. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. 5 déc 2013;13(1):1127.
41. Dibble S, Roberts S, Robertson P, Paul S. Risk Factors for Ovarian Cancer: Lesbian and Heterosexual Women. [Internet]. 2002 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://eds-a-ebscohost-com.gaelnomade-1.grenet.fr/abstract?site=eds&scope=site&jrnl=0190535X&asa=Y&AN=9424608&h=oR0jC15lfHpP95MG8fm7d2TioYssC4FOEOiEW%2bpKNJJIGyG84O%2bSXN1%2bPxDY5iP81DtFR1VX02m7uyh5HPTfMA%3d%3d&crl=c&resultLocal=ErrCrlNoResults&resultNs=Ehost&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authype%3dcrawler%26jrnl%3d0190535X%26asa%3dY%26AN%3d9424608>
42. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2015;65(5):384-400.
43. 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*. 1 oct 2004;15(8):797-803.
44. Disparities in Smoking Between the Lesbian, Gay, and Bisexual Population and the General Population in California | *AJPH* | Vol. 97 Issue 8 [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.090258>
45. Acier D. La consommation de substances psychoactives chez les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles : état de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 juill 2013;78(3):485-500.
46. Full article: Overweight and Obesity in Lesbian and Bisexual College Women [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www-tandfonline-com.gaelnomade-2.grenet.fr/doi/full/10.1080/07448481.2010.483703>
47. ANDRE R. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes libéraux bourguignons (état des lieux, analyse et éléments de réflexion). 2012.
48. Rémi Champeaux - Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres - UPthÃ¨ses - Les thÃ¨ses en ligne de l'UniversitÃ© de Poitiers [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/18222>

49. Dumas J, Chamberland L. Adéquation des services sociaux et de santé avec les besoins des minorités sexuelles : Résultats et recommandations de la recherche –action participative menée au CSSS Jeanne-Mance. :117.
50. Swiss Medical Weekly - Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178/>
51. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
52. Schweizer A, Bruchez C, Santiago-Delefosse M. Integrating sexuality into gynaecological consultations: gynaecologists' perspectives. *Culture, Health & Sexuality*. 1 févr 2013;15(2):175-90.
53. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
54. OMS | Communication brève relative à la sexualité (CBS) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexuality-related-communication/fr/
55. 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. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1 déc 2006;160(12):1248-54.
56. Jedrzejewski T. Etat des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2016.
57. Sylvan B. Les lesbiennes en consultation gynécologique: enquête qualitative en Suisse romande. Mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études avancées en Santé publique. 2015;102.
58. Fohet C, Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mars 2004;32(3):228-32.
59. Bozon M. La nouvelle normativité des conduites sexuelles, ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes. *Normes et conduites sexuelles Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*. 1 janv 2004;15-33.
60. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 1998;156(9):613.
61. COLLET M. Lesbiennes et VIH : des besoins de santé ignorés. *J SIDA (Paris)*. 2008;(204).
62. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. *Déterminants, enjeux, perspectives*. 18 juin 2018;103.

63. Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*. 1 juill 2019;28(3):96-103.
64. Rapport annuel [Internet]. SOS homophobie. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/rapportannuel>
65. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre>
66. La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir les cancers - Agents infectieux [Internet]. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-les-cancers-lies-aux-HPV>
67. Charlton BM, Reisner SL, Agénor M, Gordon AR, Sarda V, Austin SB. Sexual Orientation Disparities in Human Papillomavirus Vaccination in a Longitudinal Cohort of U.S. Males and Females. *LGBT Health*. 3 mai 2017;4(3):202-9.
68. Agénor M, Peitzmeier SM, Gordon AR, Charlton BM, Haneuse S, Potter J, et al. Sexual orientation identity disparities in human papillomavirus vaccination initiation and completion among young adult US women and men. *Cancer Causes Control*. 1 oct 2016;27(10):1187-96.
69. Agénor M, Peitzmeier SM, Gordon AR, Charlton BM, Haneuse S, Potter J, et al. Sexual orientation identity disparities in human papillomavirus vaccination initiation and completion among young adult US women and men. *Cancer Causes Control*. 1 oct 2016;27(10):1187-96.
70. Sur le bout des lèvres [Internet]. SOS homophobie. 2020 [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/article/sur-le-bout-des-levres>
71. DOSSIER DE PRESSE - Campagne lesbiennes et FSF - mars 2019.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-04/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20-%20Campagne%20lesbiennes%20et%20FSF%20-%20mars%202019.pdf>
72. Beaulieu-Prévost D, Fortin M. La mesure de l'orientation sexuelle : historique et pratiques actuelles. *Sexologies*. 1 janv 2015;24(1):29-34.