



**HAL**  
open science

# L'influence de l'orientation sexuelle sur la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Marie Beaupain, Charlotte Der Nigohossian

## ► To cite this version:

Marie Beaupain, Charlotte Der Nigohossian. L'influence de l'orientation sexuelle sur la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04237847

**HAL Id: dumas-04237847**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04237847>**

Submitted on 11 Oct 2023

**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 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](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2023

**L'INFLUENCE DE L'ORIENTATION SEXUELLE SUR LA  
PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES  
FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES  
FEMMES : ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 29/09/2023

Par Mme Marie BEAUPAIN

*[Données à caractère personnel]*

Et Mme Charlotte DER NIGOHOSSIAN

*[Données à caractère personnel]*

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Dr Delphine MORTAS (directrice de thèse)

Mme le Dr Christel ODDOU

Mme le Dr Marie SICOT

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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire

## REMERCIEMENTS

**À toutes les femmes** qui ont pris le temps de se confier et de répondre à nos questions. Vos récits étaient forts, émouvants, toujours enrichissants. C'était une chance d'échanger avec vous et ce travail n'aurait pas pu aboutir sans votre présence.

**Merci à notre directrice de thèse, Dr Delphine Mortas**, pour ton intérêt pour notre sujet, ton soutien, tes conseils et tout le temps que tu nous a accordé au cours des derniers mois.

**À notre président de jury, Mr le Professeur Patrick Imbert**. Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de nous apporter votre bienveillance et votre savoir.

**Aux membres de notre jury, Mme la Docteur Christel Oddou et Mme la Docteur Marie Sicot**. Merci d'avoir accueilli notre travail avec enthousiasme. Nous sommes honorées que vous acceptiez de prendre le temps de juger notre travail. Un merci particulier à Christel de la part de Marie pour ces derniers mois d'internat et premières semaines de remplacement, merci de m'avoir accompagné dans cette étape avec douceur et confiance.

**À Isabelle**, pour le temps accordé et la relecture attentive.

## REMERCIEMENTS DE MARIE

**À Charlotte**, la meilleure des co-thésardes. Je n'aurais pas pu rêver mieux que toi comme acolyte dans ce long travail. Merci pour ta bienveillance, ta réactivité, ta patience... Tu es une vraie source d'inspiration tant au niveau professionnel que personnel. Tu es déjà une formidable soignante et je suis fière de partager ce passage au « niveau supérieur » avec toi.

**À ma famille**, petite par sa taille, mais grande dans mon cœur. Je ne serais certainement pas arrivée jusqu'ici sans vous. Merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir enrichie de votre générosité, votre douceur, votre altruisme, et d'avoir accompagné mes pas avec amour.

**À Jo**, la sœur que j'ai choisie. Tu m'as appris tout ce qu'une amitié a de plus beau à offrir et aidé à m'épanouir. J'ai hâte de partager avec toi les beaux moments de vie qui t'attendent.

**À Fio**, ma bouroudeuse. Je pourrais te suivre jusqu'au bout du monde. Merci pour les rires et les larmes qui m'ont aidé à tenir ces dernières années.

**À Clo**, si la plus belle des musiques avait un visage ce serait le tien. J'espère que l'on a pas fini de danser ensemble.

**À Maryline**, on ne compte plus les années d'amitié et les fous rires. Merci pour ta présence immuable dans ma vie.

**À Laura**, tu es une amie en or et je sais que de beaux moments de joies nous attendent, on les trouvera.

**À Maël**, merci de me faire rire, sourire et rerire. De m'aider à croire en moi. Je t'euh...

À toutes celles et ceux avec qui j'ai pu partager un bout de chemin dans ce long périple : Alyo, vivement que tu reviennes (j'espère !) dans notre région ! Nath, ma supernathnath, compagne de nouvelles aventures, colocataire, voisine d'internat, co-référente... ! La coloc internationale de Grenoble. Les colocs exactement excellents d'Annecy. Les colocs des yaourts d'Albertville. Tous les co-internes des urgences, de l'UPU, de gynéco-obst. Merci d'avoir rendu ces années plus belles.

## REMERCIEMENTS DE CHARLOTTE

**À Marie**. Il n'aurait pas été possible d'avoir une meilleure partenaire pour ce travail ! Je suis admirative de ta créativité, de ta compréhension, de ton ouverture au monde. Ce fut une sacrée aventure, je suis heureuse que l'on ait pu la vivre ensemble. Vivement que l'on en vive d'autres ensemble ! Merci d'être une amie exceptionnelle.

**À mon frère**, pour ton soutien sans faille, de la première à la dernière année de médecine. Merci d'avoir partagé avec moi les moments de joie et de doute. Merci pour le temps que tu m'as consacré, pour tes encouragements. Merci de n'avoir jamais douté.

**À mes parents**, pour avoir toujours été là quand j'en avais vraiment besoin.

**À Céline, Gaëlle, Caro et toute l'équipe de Chamonix** : Grâce à vous, je suis passée d'interne à médecin dans les meilleures conditions possibles. Vos conseils, votre soutien et votre écoute ont été précieux. J'admire les femmes inspirantes que vous êtes. Merci de m'avoir aidé à devenir médecin.

**À Nahila**, l'amie d'une vie, pour toujours.

**À Clara**, car la quantité des échanges n'en fait pas la qualité. Merci de partager avec moi tes connaissances et ta vision du monde.

**À Alyona, Fiona, Cloé, tous les internes croisés de Grenoble à Sallanches**. À ceux présents depuis des années, et ceux de passage, ceux qui sont loin. Vous rendez la vie plus belle.

**To Viktor**, for making little and big dreams come true.

## Table des matières

Résumé .....	11
Abstract.....	12
Liste des abréviations .....	13
INTRODUCTION .....	14
MÉTHODE .....	15
<b>Population</b> .....	<b>15</b>
<b>Recueil des données</b> .....	<b>16</b>
<b>Analyse des données</b> .....	<b>16</b>
<b>Aspects éthiques et réglementaires</b> .....	<b>17</b>
RÉSULTATS .....	18
<b>Description de la population</b> .....	<b>18</b>
<b>Catégories et propriétés qui les caractérisent</b> .....	<b>19</b>
1) Sexualité et société .....	19
2) Un accès limité à l'information.....	20
3) Le parcours de soin .....	22
4) Se protéger des IST.....	29
5) Prévenir le cancer du col de l'utérus.....	31
DISCUSSION .....	35
<b>Résultat principal</b> .....	<b>35</b>
<b>Comparaison avec la littérature</b> .....	<b>38</b>
<b>Forces et limites</b> .....	<b>40</b>
<b>Perspectives</b> .....	<b>41</b>

CONCLUSION .....	42
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
ANNEXE 1 : Flyer de recrutement.....	49
ANNEXE 2 : Critères de variation .....	50
ANNEXE 3 : Guide d'entretien semi-dirigé .....	51
LE SERMENT D'HIPPOCRATE .....	52

# Résumé

**Contexte** : Des études internationales démontrent que les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF) font moins de frottis cervico-utérins que la population féminine générale. Il existe peu de données à ce sujet en France. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact que peut avoir l'orientation sexuelle sur la prévention du cancer du col de l'utérus chez les FSF en France.

**Méthode** : Etude qualitative inspirée de l'approche par théorisation ancrée, conduite entre avril et juin 2023 par entretiens semi-directifs auprès de femmes qui ont actuellement ou qui ont eu des relations sexuelles avec des femmes en Savoie et Haute-Savoie.

**Résultats** : Les FSF rapportent un manque important d'informations concernant leur santé sexuelle. L'hétéronormativité à laquelle elles sont confrontées peut être un frein au suivi. Elles se sentent moins concernées par le risque d'infection sexuellement transmissible et perçoivent moins bien l'intérêt du frottis cervico-utérin. L'homophobie peut être un frein à aller consulter un professionnel de santé.

**Conclusion** : Les FSF sont exposées à des difficultés spécifiques pour la prévention du cancer du col de l'utérus. L'abord de la sexualité et de la prévention par les soignants ainsi qu'un cadre rassurant pourraient favoriser un suivi plus régulier. Des campagnes d'informations plus ciblées pourraient sensibiliser les FSF au dépistage du cancer du col de l'utérus.

**Mots clés** : minorités sexuelle, santé de la femme, médecine préventive, frottis cervico-utérin, santé sexuelle, papillomavirus, cancer du col de l'utérus

## Abstract

**Title :** The influence of sexual orientation on prevention of cervical cancer in women who have sex with women (WSW) : a qualitative study by semi-structured interviews.

**Context :** International studies show that WSW are less subjected to Papanicolaou test in their life compared to other women. There is almost no data on that subject in France. The aim of this study is to assess the impact of sexual orientation on cervical cancer prevention for WSW in France.

**Methods :** Qualitative study based on the Grounded theory approach. Interviews were conducted between April and June 2023 with WSW in Savoie and Haute-Savoie.

**Results :** WSW reported a general lack of information regarding their sexual health. WSW also described feeling less worried about the risk of sexually transmitted diseases and less concerned about the realization of the Papanicolaou Test. The fear of homophobia could also prevent them from consulting.

**Conclusion :** WSW faces more difficulties regarding prevention of cervical cancer. Talking about sexuality and cervical prevention during consultations could encourage WSW to have a more consistent check up. Creating a safe place for these women who can still be afraid of homophobia could also help the follow up. More specific information campaigns would allow WSW to get more information about cervical cancer and Papanicolaou test.

**Keywords :** sexual and gender minorities, women's health, preventive medicine, vaginal smears, sexual health, Papillomaviridae, cervical cancer

## Liste des abréviations

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DIU : Dispositif intra utérin

FCU : Frottis cervico-utérin

FSF : Femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes

HPV : Human Papillomavirus

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGBT : lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres

OS : Orientation sexuelle

PMA : Procréation médicalement assistée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WSW : Women who have sex with women

## INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, avec une incidence estimée à 604 000 nouveaux cas en 2020 (1). Il est causé le plus souvent par une infection persistante au papillomavirus humain (HPV) (2), un virus qui se transmet par voie sexuelle. La vaccination anti-HPV (prévention primaire) et le frottis cervico-utérin (FCU) (prévention secondaire) sont moyens de prévenir l'apparition de lésions cancéreuses (1).

Des études internationales montrent que la réalisation du FCU chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) n'est pas suffisante et moindre que dans la population générale (3–6). Il existe peu d'études à ce sujet en France, mais on retrouve quelques résultats similaires (7). Les FSF sont pourtant exposées aux infections sexuellement transmissibles (IST), y compris les FSF qui ont eu des rapports uniquement avec des femmes (7,8). Plus précisément, les FSF sont à risque d'être infectées par le virus HPV (9,10). D'autres études constatent que lorsque le FCU est pratiqué chez des FSF, on peut déceler chez elles aussi la présence d'HPV ainsi que des modifications cellulaires (type dysplasies) à risque d'évolution vers un cancer de l'utérus (11,12).

En France, ce sujet reste à explorer. Les quelques études réalisées retrouvent comme élément d'explication un suivi gynécologique moins régulier (13). Un document concernant la visibilité des lesbiennes en France en 2015 rapporte que « 13% des répondantes [...] estiment ne pas avoir besoin de suivi gynécologique » (14).

Un travail de recherche mené dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes en 2019 interrogeait les médecins généralistes qui exprimaient ne pas faire de différence dans la réalisation du FCU entre leurs patientes FSF et hétérosexuelles (15). Ce résultat va à l'encontre des données précédemment citées.

L'objectif de notre étude était de comprendre comment l'orientation sexuelle (OS) des FSF peut avoir un impact sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

## MÉTHODE

Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée via des entretiens semi dirigés en présentiel entre avril 2023 et juin 2023.

L'analyse inspirée de la théorisation ancrée permet d'étudier un phénomène survenant dans une population spécifique. Cette méthode était la plus adaptée pour expliquer les particularités de la prévention chez les FSF.

Les données recueillies ont permis une analyse ouverte, axiale et intégrative. La totalité de l'analyse a été conduite selon un mode itératif.

Un modèle explicatif a été construit à partir de l'analyse intégrative.

### **Population**

Un échantillonnage raisonné théorique a été mis en place.

La recrutement ciblait des femmes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec des femmes, âgées entre 25 et 65 ans (population concernée par le dépistage organisé du FCU), résidant en Savoie et Haute-Savoie. Les personnes transgenres n'ont pas été interrogées dans cette étude car les investigatrices ont estimé que des études spécifiques étaient nécessaires.

Des affiches et flyers (annexe 1) qui proposaient à des FSF d'échanger autour du cancer du col de l'utérus ont été diffusés largement (réseaux sociaux, associations, cabinets de médecine générale, cabinets de sages-femmes, PMI, commerces volontaires, etc.). Des médecins généralistes et des sages-femmes ont contacté certaines de leurs patientes pour leur proposer de participer à l'étude.

Après le début des entretiens, l'effet "boule de neige" a permis de recruter d'autres participantes.

Les volontaires ont ensuite été contactées par téléphone ou par courriel jusqu'à la réalisation des entretiens.

## **Recueil des données**

Les caractéristiques des participantes ont été recueillies via un questionnaire remis au préalable afin d'évaluer les critères de variation (annexe 2).

Des entretiens semi-dirigés ont été conduits en présentiel avec une ou deux investigatrices. L'une conduisait l'entretien et l'autre analysait le comportement non verbal. Dans le cas où il n'y avait qu'une investigatrice, celle-ci menait l'entretien et notait le comportement non-verbal. Les entretiens ont eu lieu dans divers lieux (cabinets médicaux, domiciles des participantes).

Les questions étaient basées sur un guide d'entretien (annexe 3) évolutif au cours de l'étude. Le guide d'entretien a été testé au préalable sur des femmes hétérosexuelles et homosexuelles pour vérifier qu'il favorisait la discussion.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone puis intégralement retranscrit et pseudonymisé selon les critères de la CNIL.

Le recueil des données s'est achevé une fois arrivé à saturation des données.

## **Analyse des données**

Les analyses ouverte et axiale ont été conduites de façon manuscrite puis à l'aide du logiciel QDA miner lite.

L'ensemble des données a bénéficié d'une triangulation par l'analyse isolée de chaque investigatrice puis la confrontation de leurs résultats.

L'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisées manuscritement puis à l'aide du logiciel Xmind.

## **Aspects éthiques et réglementaires**

Le consentement éclairé de chaque participante a été recueilli à l'aide d'un document d'informations et d'un formulaire de non-opposition qu'elle devait signer.

L'ensemble des entretiens a été pseudonymisé au moment de la retranscription via la suppression de tous les noms propres et d'éventuels éléments particuliers pouvant distinguer une personne.

Une déclaration préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été établie par l'intermédiaire de l'Université Grenoble-Alpes.

# RÉSULTATS

## Description de la population

	Âge (années)	Durée entretien (min)	Appartenance à une association LGBT	Connaissance de l'étude	Sexualité
P1	40	49	OUI	Via médecin généraliste	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P2	38	74	OUI	Via médecin généraliste	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P3	38	22	NON	Via bouche à oreille	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P4	36	39	NON	Via rencontre de l'investigatrice en consultation	Relation polyamoureuse (hommes et femmes)
P5	32	17	NON	Via médecin généraliste	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P6	32	38	NON	Via compagne	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P7	35	61	NON	Via sage-femme	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P8	49	32	NON	Via médecin généraliste	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P9	51	28	OUI	Via association	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement
P10	25	35	NON	Via réseaux sociaux	Uniquement avec des femmes
P11	43	46	NON	Via médecin généraliste	Avec des hommes dans le passé, actuellement relation avec des femmes exclusivement

Tableau 1 : Caractéristiques des participantes (P = participante)

La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes.

## Catégories et propriétés qui les caractérisent

L'analyse des verbatims a permis de faire ressortir cinq catégories. Elles sont présentées ci-dessous avec les propriétés qui les caractérisent.

### 1) Sexualité et société

#### a) Des sexualités singulières et évolutives

Les participantes avaient toutes des expériences sexuelles et affectives différentes, qui leur étaient propres et évolutives : *“Les identités sexuelles sont fluides, et ça peut changer, on est pas fixes.”* (P2). Certaines participantes avaient actuellement des rapports sexuels avec des femmes mais avaient eu des rapports sexuels avec des hommes dans le passé. Une participante n'a jamais eu de rapports avec des hommes. Certaines étaient dans des relations dites stables ou de longue durée. Certaines n'excluaient pas d'avoir des rapports hétérosexuels dans le futur ou n'avaient pas de partenaire fixe.

Elles exprimaient que leurs rapports sexuels ne dépendaient pas de leur orientation sexuelle (OS) : *“dans tous les sexualités, il peut, ou pas avoir des pénétrations. Ou alors des rapports avec des mains. En fait les rapports, enfin pour moi ça change pas vraiment.”* (P2).

#### b) Le tabou de la sexualité dans une société hétéronormée

Plusieurs participantes ont connu des difficultés pour parler de leur sexualité au cours de leur vie: *“C'était pas quelque chose que je pouvais parler à mes parents”* (P4). Les cours d'éducation sexuelle pendant la scolarité n'abordaient pas l'homosexualité : *“Ça c'est pareil sur l'éducation, la sexualité tout ça on parle que des rapports hétéros”* (P10). Ce tabou rendait difficile d'assumer son OS et ne donnait pas les moyens de s'épanouir personnellement : *“Oui, j'étais pas moi-même. Et je me sentais « restricted » ”* (P4).

Certaines participantes voyaient une amélioration actuelle : *“Mais j'ai vu les enfants de mes amis ici je crois c'est plus naturel. Moi j'étais bisexuelle, mais c'était pas quelque chose que je pouvais parler à mes parents. Euh... Nan c'était pas possible. Mais maintenant c'est très ouvert ça.”* (P4).

Les participantes se sentaient discriminées au sein de la société : *“Mais en vrai je pense que en tant que lesbienne c’est, c’est un peu... Le pire de la femme tu vois ! [...] Ouais c’est plus dur je pense. Ouais, tout est un peu plus dur”* (P1). Les participantes se plaignaient d’un manque de visibilité : *“Bah oui, de toute façon, tout ce qui concerne la femme ... On est la dernière roue du carrosse quoi ! Et puis nous [population lesbienne], bah encore plus”* (P1).

La crainte de stigmatisations conduisait les FSF à rechercher des professionnels recommandés par leurs pairs dans tous les domaines y compris dans celui de la santé : *“Voilà, on partage beaucoup beaucoup d’informations avec mes copines par rapport à des sages-femmes, des psys, des médecins, des... tout ! Et... en, vraiment on a notre propre réseau ! ‘Fin même le garagiste !”* (P2). Dans ce contexte les soignants pouvaient offrir un espace d’écoute : *“parce que si tu peux déjà pas en discuter à la maison ce qui a été mon cas euh... et ben d’avoir quand même une oreille pour pouvoir en discuter avec un médecin quoi.”* (P6).

## 2) Un accès limité à l’information

### a) Un manque d’informations accessibles pour les FSF

Toutes les participantes décrivaient un manque d’informations concernant leur sexualité : *“Bah déjà, que l’on soit bien informées. ‘Fin juste... Ouais, sur... Oui avec ma sexualité... Comme tu le fais en fait maintenant. Qu’est-ce qu’il se passe ? Quels sont les risques vraiment ? Ça ça serait déjà top parce que personne en parle jamais. En tout cas moi j’y ai pas eu accès”* (P1).

Le milieu médical ne permettait pas toujours de pallier les lacunes: *“Mais jamais elles [en parlant de son gynécologue et du médecin traitant] ont, elles nous ont dit vous savez en tant que lesbiennes soyez vigilantes à ça ça ça... C’est pas parce que vous êtes lesbiennes, de, à faire des rapports entre femmes, que vous êtes exclues de ça, ça, ça. C’est vrai que c’est peut-être un peu... Un peu dommage. De, d’avoir eu aucune aucune info, sur rien quoi.”* (P9).

Une des participantes faisant partie du milieu médical considérait ne pas avoir été formée aux problématiques des minorités sexuelles : *“Après sur la formation médicale, pas beaucoup mieux, c’est sûr. Ouais, je le voyais pas trop comme ça, parce que moi je me suis renseignée de mon côté mais, mais malheureusement, si on le fait pas... Je l’ai fait parce que j’étais concernée en fait, c’est surtout ça, mais ouais, c’est vrai qu’il faudrait qu’il y ait beaucoup plus de formations là-dessus.”* (P10).

#### b) Conséquences du manque d’informations

Des messages erronés circulaient : *“Bah parce que je crois que dans ma tête le moyen de, de protection c’est... protection enfants et pas protection virus ou... ‘fin maladie ou quoi. [...] Donc je suis avec une femme pas de risque de... de... De grossesse ou de voilà, donc bah tout va bien il y a pas de problème.”* (P6) ; *“et on se sent pas concernées, euh pas forcément à juste titre hein, mais par le papillomavirus puisque euh... dans l’esprit, c’est un homme qui va nous le donner.”* (P8).

Le manque d’information sur les IST ou le cancer pouvait limiter l’accès à une vie sexuelle épanouie : *“Enfin moi quand j’étais porteuse du papillomavirus j’étais vraiment stressée d’avoir des relations sexuelles, par crainte de le... Le partager. [...] j’ai vécu dans l’incertitude. [...] Oui j’avais peur de lui transmettre [...] Mais, en tout cas ça m’a bloqué dans mes relations sexuelles quoi, clairement.”* (P3).

#### c) Réagir au manque d’informations

Le manque d’information était anxiogène et s’informer devenait un besoin pour avoir une sexualité épanouie. Des participantes déclaraient que c’était leur sexualité qui a motivé leur intérêt pour se former sur la santé sexuelle : *“maintenant j’ai plus d’expérience avec tout ça, et euh, je, je m’intéresse beaucoup dans les théories queer et hum, le féminisme et tout. Et en fait, euh, pourquoi je parle de ça, parce que du coup le sujet ça m’intéresse beaucoup.”* (P2).

Une demande de majoration des messages de prévention et d’informations était exprimée : *“Bah que ce soit plus clair. Avec des informations, mais concises. Concentrées. J’ai pas besoin de tout savoir, mais savoir ce qu’il faut faire quoi. Je pense que ça serait bien que ça soit plus clair, avec genre, tous les tant, il faut aller*

*faire ça, et tout les tant, il faut aller faire ça et pour ça. Je pense. Parce que là en fait moi je sais pas.”* (P5).

Pour compenser, l’autoformation occupait une place centrale chez les FSF, qui allaient chercher par elles-même les informations qui leur manquaient : *“Mais ça personne me l’a dit ! Tout ça c’est des recherches personnelles !”* (P1). Cette autoformation passait notamment par des ressources manuscrites et numériques (réseaux sociaux, podcasts, livres, articles) et l’entourage (amies) : *“On a des livres. J’ai, elle a un super livre”* (P2) ; *“Mais j’ai recherché en ligne.”* (P4). Le milieu LGBT jouait un rôle important dans la diffusion des informations : *“tu tombes toujours sur une pote d’une pote qui est dans une association, etc, voila il y a toujours des trucs qui en parlent, des feuilles, des machins, des flyers, et des copines qui racontent ce qui se passe”* (P7).

Plusieurs participantes ont rapporté un besoin de transmettre les informations quand elles réussissent à en avoir : *“Mais ça peut, mais ça va être intéressant pour ma fille.”* (P11).

### 3) Le parcours de soin

#### a) Un parcours gynécologique irrégulier, souvent insuffisant

Beaucoup de participantes avaient un suivi insuffisant, que ce soit de leur point de vue ou selon les recommandations actuelles : *“Donc là j’ai commencé à faire, ‘fin j’ai commencé, j’ai dû avoir mon premier frottis à-peu-près à cet âge-là, vers 20 ans. Et j’en ai un qu’un. Et après j’en ai plus eu (rires), jusqu’à mes 35 ans”* (P11).

- Entrer dans le suivi gynécologique

La contraception permettait souvent aux participantes d’entrer dans le suivi gynécologique : *“J’ai dû voir moi le gynécologue pour la première fois autour des 18 ans, maintenant j’en ai, j’ai 49 ans donc euh... Autour des 18 ans euh... Pour une contraception à l’époque”* (P8). La contraception était utilisée moins longtemps et n’était pas systématique chez les participantes, d’autant plus si elles n’avaient jamais eu de rapports sexuels avec des hommes. Quand elles n’avaient plus besoin de contraception, les participantes consultaient moins : *“Mais par contre je vais moins*

*chez le médecin de fait. J'y vais moins de fait. Parce que rien que la contraception en fait déjà. J'ai pas besoin de contraception du coup ... 'Fin tu vois maintenant que j'ai plus le stérilet j'ai vu personne quoi." (P5). Une des participantes était inquiète que l'absence de contraception puisse engendrer un suivi gynécologique moins régulier chez les FSF plus jeunes : "je peux vous dire que la plupart ne sont pas suivies . Parce que dès le départ leur orientation sexuelle n'était pas euh n'est pas... n'a pas été directement vers des hommes, enfin a été tout de suite on va dire assumée dès l'adolescence [...] Elles ne sont pas couvertes par ni un médecin traitant, ni un gynécologue. Ou elles le font de manière très tard [...] Puisque y'a pas besoin de contraception." (P8).*

L'entrée dans le suivi passait aussi par les conseils d'un proche, souvent de la mère : *"Au début, bah quand j'ai eu 16 ans bah ma mère parce que bah j'ai commencé à fréquenter un garçon, et ma mère elle m'a dit ben voilà euh... Faut faire attention et j'aimerais que tu sois protégée donc elle m'avait pris rendez-vous chez son propre gynéco [...] Ça a commencé comme ça. C'est vraiment à l'initiative de ma mère de m'amener oui." (P6). Plusieurs participantes ont décrit des tabous familiaux concernant les IST et leur sexualité. Ces tabous pouvaient aussi être à l'origine d'un moindre accès au suivi gynécologique : "Mais je faisais pas la recherche des maladies, car dans ma famille c'était très tabou. C'était pas possible de parler de ce type de choses, c'était tout caché." (P4)*

La PMA était un moyen de reprendre contact avec le suivi gynécologique pour beaucoup de participantes : *"ouais à 30 ans on a décidé d'avoir un... un enfant. Donc ben on a recommencé euh... Bah toutes... Tous les les examens gynécos et tout et donc là ben il a recommencé à me suivre vraiment plus régulièrement et à refaire des frottis tout ça" (P6). Cette étape n'était cependant pas un choix personnel de réintégrer un suivi mais plutôt un passage obligé pour accéder à la PMA, le parcours de PMA ayant souvent été vécu comme intense et difficile : "En fait c'est un rouleau compresseur gynécologique une PMA hein, c'est euh... On peut même pas vraiment parler de suivi hein" (P11). Une participante a demandé à ce que les professionnels de santé soient mieux formés à la PMA pour les couples de femmes : "Bah j'aimerais bien que certains généralistes ou même certains gynécos soient un peu plus ouverts sur le sujet et connaissent un peu plus les choses. Je suis passée dans le cabinet*

*d'une gynéco à L... (ville), elle est pas spécialiste de la PMA qu'elle me dit. Mais par contre pour tout ce qui est euh, produit que je vais prendre, piqûre et tout, elle connaissait rien du tout ! Et c'était une gynéco ! Et moi j'étais en pleine phase de gynéco ! Et bah, elle était complètement noyée la pauvre. Elle cherchait plein de trucs sur internet et tout. Donc j'aimerais qu'ils soient moins généralistes, et un peu plus aidants.” (P7).*

*Après la grossesse, plusieurs participantes ont décrit une rupture brutale du suivi : “Et comme les essais se sont étalés sur trois années, là j'ai eu un gros suivi, voilà, gynéco. Et depuis que ma fille est née en fait j'en ai plus non plus.” (P11).*

- Trouver un soignant

*La difficulté à trouver un soignant disponible était un frein au suivi : “mais c'était compliqué de trouver quelqu'un alors j'ai pas fait.” (P4). La possibilité d'être suivie par une sage-femme n'était pas toujours bien connue : “ ‘Fin ça c'est pareil je pense qu'on le sait, enfin que je le sais parce que j'ai eu des échos [en parlant des études médicales], sages-femmes tout ça. Mais ça se sait pas forcément euh, que en fait pour un suivi de routine, voilà de dépistage, frottis tout ça, ben y'a pas besoin d'aller chez le gynéco.” (P10). Le suivi avec un médecin généraliste était possible sous réserve qu'il pratique la gynécologie : “et c'est comme ça que Dr X en plus, mon médecin traitant, bah s'était vraiment orienté vers cette spécialité du coup ça a été simple pour moi.” (P8).*

*Pour se sentir en sécurité, les participantes cherchaient parfois des soignants femmes : “Mais je pense que quand c'est par rapport à... à nos génitaux (sic), je pense que s'il y avait un gynécologue femme ici, c'est sûr que j'aurais choisi ça” (P2).*

## b) Les relations avec les soignants au cœur du suivi

- Avoir confiance en son soignant

Face à la peur de l'homophobie, une relation de confiance avec les soignants était primordiale. Pour éviter des situations stigmatisantes, il était important d'avoir un soignant recommandé par les pairs. Des réseaux de recommandations étaient créés notamment avec les amies et le milieu LGBT : *“C'était important pour moi ouais. Euh... Surtout d'avoir quelqu'un qui était recommandé par mes copines.”* (P2).

Les participantes comptaient sur leur médecin pour organiser leur suivi et les tenir informées : *“Alors franchement je me laisse faire hein moi on me dit il faut faire un frottis, on fait un frottis euh... Je... J'ai pas idée de tous les combien, enfin si, si c'est tous les deux ou trois ans je pense mais j'ai pas de... C'est elle la responsable, elle gère le timing et voilà quoi.”* (P9). Avoir un soignant de confiance pouvait favoriser un suivi régulier : *“quand je viens, je lui demande toujours, est-ce qu'il faut pas que je le fasse ? Refaire un frottis ? Euh, et comme elle, elle a l'information normalement je crois, elle, elle regarde et du coup j'imagine que de temps en temps on fait un peu plus fréquemment, ou on fait un rendez-vous pour revenir pour le faire.”* (P2).

La confiance avec les soignants permettait de faciliter la réalisation des examens : *“j'ai... plutôt confiance dans les gens, dans les médecins. Je suis pas mal à l'aise, quand j'ai les jambes en l'air, avec le truc dedans. J'arrive plutôt à me relâcher. Et j'ai pas trop de douleur”* (P2).

- Communiquer

Les participantes ont rapporté un manque d'écoute fréquent des soignants : *“j'avais besoin d'écoute en fait. J'avais besoin d'écoute et de pouvoir parler librement sans être jugée, et que je trouvais que c'était pas le cas avec mon ancien médecin”* (P6).

Elles ont parfois eu la sensation que la communication était restreinte par les soignants à un *“échange professionnel”* (P2) : *“moi mon médecin était un petit peu à l'ancienne sur S... (ville), vieille génération... Et c'est vrai que j'étais pas très libre à la parole avec*

elle” (P6). Les participantes se sont aussi plaintes d'un manque de transmission d'informations par les soignants : *“oui je trouve qu'il m'a pas assez expliqué les choses. Ça aurait été bien d'avoir les explications. [...] T'as presque l'impression qu'il pense qu'on n'a pas besoin de savoir. C'est ouf ! En réfléchissant... de, de penser que nous, des femmes, on n'a pas besoin de savoir plus de détails ! Il faut faire confiance”* (P2).

Ce manque de communication pouvait être source de violences : *“Ouais, il m'a pas demandé ! Il a pas demandé comment j'allais il a pas vu que j'étais très restricted (sic). À cause de choses qui m'arrivent quand j'étais petit. Peut-être qu'il peut travailler sur ça. Mais... Il a pas demandé avant... Avant le frottis. Et moi j'avais le stress.”* (P4)

Le manque de communication et la présomption d'hétérosexualité ont été à l'origine de mauvaises estimations des besoins. Les soignants présumaient une nécessité de contraception ou des rapports hétérosexuels sans avoir exploré les besoins et vécus des patientes : *“Bah oui ! En fait, comment ça arrive, c'est, est-ce que vous prenez la pilule ? C'est le premier... Enfin tu vois, c'est direct on te demande ça ! Tout le temps ! C'est automatique. Hum... Bah du coup, bah nan... « bah nan, mais vous faites comment ? » Tu vois... 'Fin voilà.”* (P1). Le soignant pouvait présumer un désir de grossesse sans que ce soit une demande de la patiente : *“Et par contre direct elle me dit, mais si vous voulez des enfants, bah moi j'ai des contacts en Espagne ! (rires). Mais moi je lui avais rien demandé quoi ! Et euh... 'Fin ouais, je lui avais rien demandé !”* (P1).

### c) Aborder l'OS et parler de sexualité en consultation

Certaines participantes étaient à l'aise pour discuter de leur OS : *“Pour moi ça me poserait pas un problème, parce que je suis plutôt quelqu'un qui a pas de problème de parler de ma vie, en général, je suis pas réservée sur les sujets”* (P2). Ce n'était pas toujours le cas pour les soignants qu'elles rencontraient : *“J'ai pas souvenir d'avoir été accompagnée, de m'être sentie à l'aise... Pour en discuter quoi. [...] Je pense que c'était un peu la gynéco qui me suivait à l'époque elle était... Je pense, elle était elle-même pas à l'aise avec ce sujet-là, des relations sexuelles entre femmes.”* (P3).

Plusieurs participantes se demandaient en quoi connaître l'OS pouvait être importante pour le milieu médical : *“Bah... ça me mettrait pas mal à l'aise, je me demanderais s'il*

*y a quelque chose qui change, 'fin pourquoi il demande ça quoi. Pourquoi ils demandent ça... Mais nan moi ça me fait rien.*" (P5). Pour elles, il était plus utile de s'intéresser à la santé sexuelle de manière générale : *"Je pense que c'est bien de demander si quelque part tout va bien, pour eux, par rapport à leur sexualité. Parce que ça peut être des problèmes psychologiques, ça peut être hum... Des problèmes avec leurs interactions avec euh... avec les personnes autour d'eux... Ca peut être aussi des problèmes dans les rapports sexuels."* (P2).

Aborder le sujet de la sexualité pour qu'elles puissent en parler si elles le souhaitent était important : *"Bah je pense qu'il faut laisser les choses ouvertes c'est-à-dire demander si la personne souhaite en parler. Et si elle souhaite en parler, ça peut être un peu guidé par le professionnel ouais, sur des questions, ou sur des messages de prévention"* (P3). Certaines participantes choisissaient le moment et l'interlocuteur pour parler de leur sexualité : *"Normalement je offre des choses à le médecin mais c'est moi qui choisit."* (P4). Certaines préféraient informer de leur OS de façon systématique afin d'avoir un suivi adapté : *"c'est important pour adapter le soin quoi, si jamais j'ai un souci par la suite, il faut... Il faut que mes soignants soient au courant quoi."* (P10). Il y avait quand même une appréhension de la réaction du soignant : *"Après y'a toujours, quand on l'annonce, le doute de savoir si ça va être bien pris quoi. [...] On sait jamais si ça va rester dans le professionnalisme et dans le soin normal en fait entre guillemet parce que, voilà. Mais euh, ou si ça va poser problème à la personne en face"* (P10). Il arrivait effectivement que le soignant réagisse de façon négative à l'annonce de l'homosexualité : *"Et au début très agréable très bien et tout ça, et quand elle m'a demandé pourquoi je faisais l'examen je disais bah c'est pour un parcours de PMA. Donc tout de suite elle m'a dit mais depuis combien de temps vous essayez avec votre conjoint... Je dis non mais en fait c'est parce qu'avec ma conjointe euh... Euh là direct quoi, ça a été Prrr (passe la main devant son visage) le masque, elle s'est fermée euh..."* (P6).

L'annonce de l'OS était parfois contrainte : *"C'est quand on a voulu avoir un enfant et tout... J'ai vu tu vois. Les réactions... Des gynécos et des médecins... J'étais forcée de le dire quoi. D'une manière ou d'une autre."* (P1).

#### d) L'homophobie dans le milieu médical

Plusieurs participantes exprimaient avoir ressenti des discriminations dans le milieu médical : *“Alors peut-être contre la démarche qu'un couple homo puisse avoir un enfant, peut-être, plein de choses hein mais euh... Compliqué ouais. Et je pense que j'y aurais pas été confrontée si j'étais en couple hétéro ouais. Même pour obtenir des rendez-vous, on n'a même pas pu faire de PMA en France hein, y'avait barrage au niveau des secrétaires direct quoi c'est... c'était impressionnant quoi. Y'a un sacré euh... J'ai vu la différence, là-dessus.”* (P6). Les discriminations pouvaient être verbales : *“bah « des filles normales, des fois ça prend 20 ans hein ! » Et on est quoi nous ?”* (P5). Une participante a aussi rapporté des violences gynécologiques en raison de son OS : *“le avant/après dans le les paroles c'est une chose. Mais alors à... A faire l'examen qui est quand même pas très agréable... De, c'est, c'est douloureux de, de... Se laisser dans la position comme ça...”* (P6).

La peur de vivre ces stigmatisations était fréquente : *“y'a toujours, quand on l'annonce, le doute de savoir si ça va être bien pris quoi. [...] ou si ça va poser problème à la personne en face et que dans ce cas-là il va falloir trouver quelqu'un d'autre, ou pire recevoir des remarques lesbophobes ou 'fin en tout cas de la LGBTphobie tout ça. Euh, des trucs désobligeants qui n'ont pas lieu d'être quoi.”* (P10). À cause de cette peur, certaines participantes préféraient cacher leur OS au soignant : *“Ma compagne A... elle voulait m'accompagner quand même tu vois ! Mais pour pas qu'on passe pour un couple de lesbiennes qui vient faire une écho tu vois... C'était compliqué quoi. Et donc... Elle se cachait un peu... Elle rentrait pas dans le truc...”* (P1). La peur de l'homophobie pouvait amener à changer de soignant : *“mon médecin traitant me... J'ai changé d'ailleurs, à peu près quand j'ai commencé à fréquenter Z (conjointe). C'est mon médecin que j'avais avant était très euh, à l'ancienne et pas du tout à l'écoute. Et c'est vrai que j'ai eu besoin de changer, j'ai eu ce besoin de changer.”* (P6).

Les participantes demandaient à être traitées comme tout le monde : *“Voilà, je sentais qu'elle nous traitait de la même façon que tout le monde et ça c'était vraiment agréable. Je trouve que c'est ça tu vois. C'est pas d'être mieux traitée, tu vois, c'est juste qu'il y ait pas de différences quoi.”* (P1).

#### 4) Se protéger des IST

##### a) Ne pas connaître le risque d'IST

Les participantes ne connaissaient pas bien le risque d'IST lors de rapports sexuels entre deux femmes : *“Mon ex-compagne, elle a décidé de... De... D'avoir une relation libre. Et... Au début moi je... Je l'ai laissé faire quoi (rires). Moi, ça m'embêtait pas trop. Mais... Je me suis dit... Mais... Mais quels sont les risques tu vois ?”* (P1). Il arrivait qu'elles n'aient aucune idée du risque potentiel des IST : *“I (Investigatrice) : Du coup, pour toi, c'est quoi le risque de transmission de maladie sexuelle ? Pendant des rapports entre deux filles ? / P5 : Bah pour moi je pense qu'il y en a pas !”* (P5).

Souvent, elles se sentaient moins à risque lors de rapports entre femmes que lors de rapports hétérosexuels : *“Euh j'ai, j'ai l'impression que c'était peut-être plus à risque avec un homme”* (P9).

Parfois elles ont essayé de trouver des informations mais sans succès : *“j'ai vraiment pas beaucoup d'informations dans ma tête accessibles sur les IST. Et du coup je sais même pas exactement ce que c'est, et comment c'est transmis. Et, même si j'ai quand même lu un ou deux articles vite fait quand même, sur les maladies sexuellement transmis entre les femmes. Mais ça c'est quelque chose, ou, oui, c'est un peu la honte, mais j'ai pas beaucoup de, j'ai pas beaucoup d'informations sur les maladies sexuellement transmis. Ni entre les hommes et les femmes, ni entre les femmes et les femmes”* (P2).

##### b) Des protections mécaniques (préservatifs, digues dentaires...) peu connues et pas adaptées

Les préservatifs masculins étaient bien connus des participantes, mais dès qu'elles avaient des relations avec des femmes, les protections mécaniques étaient beaucoup moins utilisées : *“Que les préservatifs avec des hommes. Avec une femme je me suis jamais protégée”* (P7).

Les préservatifs féminins et les digues dentaires étaient peu connues des participantes : *“Bah je crois que je sais même pas... Je saurais même pas l'utiliser et je n'ai même pas le réflexe quoi.”* (P8). Comme elles ne connaissaient pas bien les moyens de protections mécaniques disponibles, elles ne les utilisaient pas : *“Moi j'ai jamais utilisé,*

*j'ai jamais entendu qui que ce soit dire qu'il s'était protégé , non, dans un rapport entre femmes, non j'ai jamais tenté les petites découpes de plastique et tout, jamais. Et je sais même pas si une seule femme au monde a déjà utilisé ça (rires)" (P3).*

Lorsqu'elles avaient des informations sur les protections mécaniques, un autre frein était leur difficulté d'utilisation : *"Ces espèces de... 'Fin tu sais quoi ! Ces espèces de plastiques quoi ! Pour que rien ne passe... Et où il faut se mettre des gants ou je sais pas quoi... 'Fin bon... Donc ouais en prévention il y a ça mais... Mais juste personne ne le fait. Personne ne le fait. Et c'est horrible quoi" (P1).*

La seule participante à avoir utilisé des protections mécaniques avait été sensibilisée aux risques du fait de ses études médicales. Elle devait demander à ses partenaires de les utiliser : *"C'est souvent la première fois que les personnes avec qui j'en ai utilisé, les utilisaient" (P10).* Cette participante expliquait qu'un apprentissage était nécessaire pour les utiliser : *"c'est pas pratique et je pense que c'est aussi, enfin c'est pas très pratique, ouais ça demande un peu de dextérité, mais c'est pas... C'est pas très pratique" (P10).*

### c) Se faire dépister

Le recours au dépistage était plus fréquent que l'utilisation des protections mécaniques. Il était même parfois utilisé pour pallier les lacunes des protections mécaniques : *"C'est pas très pratique [en parlant des protections mécaniques], mais c'est aussi pour ça qu'on passe rapidement aux tests quoi" (P10).*

Le dépistage était perçu comme un moyen de se protéger lors des changements de partenaire : *"Alors c'est que j'étais en couple depuis quelques années. Et que elle, euh, bah du coup, elle voulait coucher avec moi. Et moi, bah je sais pas ce qu'elle a fait avant. Donc du coup je lui ai fait faire une prise de sang." (P7).*

C'était aussi un moyen de protéger ses partenaires : *"c'est pas seulement le risque pour moi, c'est pour le protéger. Je fais plus des efforts ouais ! [...] Mais moi je peux introduire quelque chose pour lui. Pour mon compagnon. Alors c'est pour ça je fais attention. Pour éviter ça." (P4).*

Le dépistage était toutefois moins utilisé lors de relation entre deux femmes : *“Ouais, après j'ai fait plus attention ! Et euh... Mais par contre c'est vrai que je me suis pas allée tester (sic) depuis que j'ai des relations avec des femmes. Ni utiliser une forme de protection.”* (P2).

Les projets de parentalité ont favorisé le recours au dépistage, avec une attention plus importante portée sur les risques de contracter des IST : *“C'était la honte, plus, qui me poussait car j'avais pensé que je pense comme beaucoup de gens que c'était pas un grand risque. Mais maintenant je pense plus à ma santé aussi. Si je veux avoir un bébé, je suis plus âgée maintenant. Je réfléchis plus.”* (P4).

La PMA jouait aussi un rôle important pour celles qui n'avaient plus de lien avec le monde médical : *“Et si après, on l'a [en parlant du dépistage] fait avec M..., dans le cadre de la PMA. Mais sinon je pense que je l'aurais pas fait”* (P5).

## 5) Prévenir le cancer du col de l'utérus

### a) Des connaissances limitées

Malgré le dépistage organisé mis en place à l'échelle nationale, le FCU et le cancer de l'utérus restaient des concepts flous pour beaucoup de participantes : *“I (Investigatrice) : Et, le frottis du coup on vous l'a présenté comment ? (pause... rires) On vous a expliqué quoi dessus ? / P9 : Euh... franchement rien. / I : Rien. (pires) / P9 : Non franchement je pourrais pas vous dire à quoi ça sert. Non. Euh, ça a un lien avec le cancer du col de l'utérus ?”* (P9).

Les participantes expliquaient ne pas avoir compris le lien entre l'HPV et le cancer du col de l'utérus : *“Le papillomavirus dans ma vie j'en ai jamais entendu parler. Personne, pas les médecins, rien. Après j'ai pas cherché hein. [...] Le cancer du col de l'utérus franchement... Les mots comme ça j'en ai un petit peu entendu parler mais vraiment pas plus.”* (P5).

Quand le lien entre le cancer et l'HPV était connu, le mode de transmission de l'HPV était souvent flou : *“Et je sais même pas comment ça s'attrape, d'ailleurs ?”* (P6). Certaines participantes étaient informées qu'il s'agissait d'une IST, cependant le risque

de transmission lors de rapports entre femmes n'était pas toujours connu : *"Et j'ai jamais trouvé d'info sur les relations femme-femme en fait, sur le risque de transmission. Donc euh... j'ai vécu dans l'incertitude."* (P3).

Elles ne comprenaient pas toujours l'intérêt de faire un FCU, et les modalités de la réalisation de l'examen leur étaient inconnues : *"I (Investigatrice) : Ok ! Bon et alors... Qu'est-ce qu'on t'a dit sur le cancer du col de l'utérus ? / P4 : Pas grand-chose... Sauf que c'est important d'avoir les frottis. Mais je sais pas quand faut y aller"* (P4).

#### b) Faire (ou ne pas faire) le FCU

Beaucoup de participantes n'ont pas eu de FCU de façon régulière : *"Oui, gynéco. Pour le cancer. J'ai eu deux fois la recherche, maintenant dans ma vie. Et j'ai 36 ans. [...] Oui, que deux fois le frottis."* (P4).

Le manque d'informations (présenté plus haut) était un des facteurs limitant la réalisation du FCU. Comme elles ne pouvaient pas bien comprendre l'intérêt du FCU, elles ne faisaient pas les démarches pour le faire : *"Et ça me paraissait... J'avais l'impression de pas être concernée. Donc euh... J'ai eu alors, j'ai fait beaucoup de cystite à l'âge de 20 ans, euh... Donc là j'ai commencé à faire, fin j'ai commencé, j'ai dû avoir mon premier frottis à peu près à cet âge-là, vers 20 ans. Et j'en ai eu qu'un. Et après j'en ai plus eu (rires), jusqu'à mes 35 ans je pense"* (P11).

Plusieurs participantes ont eu des FCU lors de consultations orientées sur la contraception : *"Et là elle a fait le frottis aussi avec le UDI. (sic, DIU Dispositif intra-Utérin en anglais) Et puis voilà."* (P4). Le FCU était aussi réalisé lors du projet PMA : *"j'ai dû avoir mon premier frottis à-peu-près à cet âge-là, vers 20 ans. Et j'en ai eu qu'un. Et après j'en ai plus eu (rires), jusqu'à mes 35 ans je pense, parce que à 35 ans j'ai entamé une démarche de procréation médicale assistée en Espagne"* (P11).

Le FCU n'était pas un examen anodin pour les participantes, quelle que soit l'OS. La peur de la douleur causée par l'examen était un facteur limitant sa réalisation : *"Ouais ! Parce que vous nous dites oui il faut y aller ! Mais bon déjà on en a pas très envie, ensuite on sait que ça nous est pas très utile, ou on se fait croire que c'est pas utile, et en plus de ça on se dit le spéculum va faire mal ! Donc euh, oui, on y va à reculons quoi !"* (P7).

Certaines participantes pouvaient se sentir vulnérables lors d'un examen gynécologique, d'autant plus s'il était réalisé par un homme : *“Je suis vraiment pas dans une case. Mais pour les femmes homosexuelles, qui ne sont qu'homosexuelles, je pense qu'avoir un frottis avec un homme, un médecin généraliste homme, ça peut être psychologiquement très compliqué. Euh, surtout par rapport à la position.”* (P11).

Une des participantes a aussi expliqué que la pose du spéculum pouvait être mal vécue chez des femmes qui sont moins habituées à la pénétration : *“Après euh, nous, les homos là, euh ... On aime pas la bite quoi ! Donc du coup, là vos spéculums... (rires). Très franchement on l'aime pas non plus du coup quoi !”* (P7).

Un examen gynécologique désagréable pouvait décourager la participante d'en faire d'autres : *“Ouais... j'ai trouvé le premier frottis très difficile. Mais maintenant c'est mieux ! / I : C'est pour ça que tu les avais moins fait les frottis ? P4 : Nan... Hum... Je... Hum... J'ai pas fait attention... Euh... [...]. Oui peut-être j'avais pas envie d'y aller. C'est vrai”.* (P4)

Malgré tous les freins à sa réalisation, le FCU est primordial dans la prévention du dépistage du cancer du col de l'utérus. Plusieurs participantes nous ont rapporté qu'elles avaient eu au cours de leur vie des résultats de FCU anormaux : *“Et dès que j'avais un frottis, où ils ont dit que, il y avait des... des cellules qui n'allaient pas.”* (P2).

### c) La vaccination contre le papillomavirus

Un autre axe de la prévention du cancer du col de l'utérus passe par la vaccination contre le papillomavirus. Comme pour le FCU, les participantes étaient peu informées sur ce vaccin : *“I : Bon, et alors... Et il y a un vaccin... / P1 : Ah ouais ? / I : Pour le papillomavirus ! Il s'appelle le Gardasil, pour le papillomavirus. Est-ce que tu en as entendu parler ? / P1 : Bah non. Jamais. / I : Jamais ? / P1 : Bah non... Franchement non ! désolée !”* (P1). Lorsque le vaccin était connu, il était perçu comme un moyen efficace de protection contre le cancer : *“Non je pense la vraie protection c'est la vaccination quoi.”* (P3). Plusieurs participantes ont aussi évoqué qu'elles souhaitaient vacciner leurs enfants pour les protéger : *“C'est sûr que je l'encouragerai pour mes enfants. Pour ma fille et pour mon fils.”* (P3).

d) Le rôle du médecin généraliste dans la prévention du cancer du col de l'utérus

Le médecin généraliste avait un rôle clé pour promouvoir la réalisation du FCU. Il pouvait rappeler l'importance du FCU, le faire ou orienter la patiente vers un professionnel de santé qui le ferait : *“C'était une médecin [médecin généraliste] de P... (ville), qui m'en a parlé, qui a fait un topo sur les vaccins et qui a dit bon bah un frottis ce serait pas mal.”* (P7).

Le médecin généraliste était parfois le seul professionnel de santé que les participantes étaient amenées à rencontrer pendant des années. Il était donc le seul qui pouvait aborder le sujet pour ces patientes. Il pouvait appuyer et expliquer les invitations reçues par les femmes dans le cadre du dépistage organisé : *“Parce que tu vois, moi je visite la médecin généraliste. Pas souvent, pas beaucoup. Mais euh, est-ce que vous avez eu un frottis récemment ? Ça serait bien. Moi j'ai fait que 2. Et bah aujourd'hui je vois bien que c'est pas bien. Car on a plein de papiers qui arrivent, donc parfois, bah les lettres pour le frottis du col de l'utérus. Peut-être que je vais oublier ça. C'est dans ma liste de choses à faire.”* (P4).

Le médecin généraliste était aussi important pour discuter du vaccin contre le papillomavirus. Informer, rassurer et expliquer permettait de se protéger et protéger les générations à venir : *“Et on a fait après, euh... Un temps de réflexion et des explications, de la part du médecin traitant, euh... Le choix de vacciner X (fille). Voilà, donc c'est, ça s'est pas fait je prends rendez-vous et je vaccine ma fille. Pas du tout. Y'a eu un, un... Y'a eu plusieurs mois de réflexion même, et plusieurs temps d'échange. Voilà.”* (P8).

# DISCUSSION

## Résultat principal

L'OS des participantes a eu un impact sur différents aspects de la prévention du cancer du col de l'utérus chez les FSF (*cf figure 1*).

Sur le plan sociétal, les minorités sexuelles semblent souffrir d'un manque de visibilité. L'information concernant la sexualité est le plus souvent hétéronormée. Les FSF semblent avoir peu accès dans le milieu public aux informations qui les concernent. Cela se retrouve dans le milieu médical qui ne répond pas toujours aux besoins des FSF (proposition de contraception à des FSF qui n'en souhaitent pas, moyens de protections féminines peu connus...). Les cours d'éducation sexuelle, qui sont un premier espace de parole dédié à la sexualité pour les adolescent.e.s, ne semblent que peu aborder l'homosexualité. Même au sein des minorités sexuelles, certaines participantes ont admis avoir plus de connaissances sur le risque de transmission du VIH lors de rapports entre deux hommes que sur leur propre risque. Ce manque d'information qui touche les FSF semble être à l'origine d'un important manque de connaissances sur les moyens de protection contre les IST, le cancer du col de l'utérus et ses moyens de prévention. De ce manque de connaissances, des idées erronées émergent et accentuent la désinformation de ces populations (pas de risque d'IST dans des rapports entre femmes, pas de nécessité de suivi gynécologique...). Pour pallier ces lacunes, plusieurs FSF ont fait le choix de s'auto-former. Les participantes qui avaient des informations sur le mode de transmission de l'HPV, sur les moyens de protections et sur le cancer du col de l'utérus semblaient plus actives dans leur suivi gynécologique. De plus, lorsqu'elles avaient des informations, elles exprimaient un désir de les transmettre à leurs pairs (amies, partenaires), à leurs enfants et via les associations LGBT.

Les entretiens ont permis de mettre en lumière des besoins spécifiques aux FSF. Du fait d'un moindre besoin de contraception, les FSF consultent moins et ont un suivi gynécologique moins régulier. Plusieurs participantes nous ont décrit une rupture de leur suivi gynécologique au moment où elles ont commencé à avoir des rapports sexuels avec des femmes. De même, le manque de connaissance des risques d'IST

fait qu'elles consultent moins car elles ne se sentent pas concernées par cette problématique. La PMA a très souvent été un moyen de prendre ou reprendre contact avec le milieu médical mais son abord reste encore difficile. Du fait de la récente possibilité en France pour les FSF d'avoir accès à la PMA, il semble important que les soignants soient formés pour saisir l'opportunité de les accompagner.

L'accès réduit à l'information et le manque de suivi régulier peuvent contribuer à diminuer la réalisation de la vaccination contre l'HPV et les FCU. Pourtant le risque de cancer du col de l'utérus chez les FSF existe, comme en témoignent les antécédents d'infection par l'HPV chez certaines participantes de cette étude.

La peur de l'homophobie a été évoquée à plusieurs reprises. Les FSF adaptent leur comportement pour éviter des situations violentes (violences verbales, violences gynécologiques, discriminations). Ces discriminations impactent l'accès aux soins, les FSF étant plus hésitantes à reprendre un suivi, notamment si elles-même ou des personnes autour d'elles ont vécu des violences. Parfois ces hésitations conduisent à un renoncement aux soins. Pour éviter les violences, des réseaux de recommandations de soignants se créent principalement via le milieu LGBT.

Face à ces craintes, une relation de confiance avec les soignants, basée sur la bienveillance et l'écoute, est essentielle. L'abord de l'OS en consultation peut être délicat. Certaines FSF l'évoquent sans tabou avec leurs soignants, d'autres se questionnent sur l'utilité pour les soignants de la connaître. Le plus important pour les FSF semble surtout de pouvoir parler de leur OS quand elles le décident. Le soignant peut instaurer un climat de confiance en se renseignant sur la vie sociale, affective et sexuelle de ses patientes de manière générale.

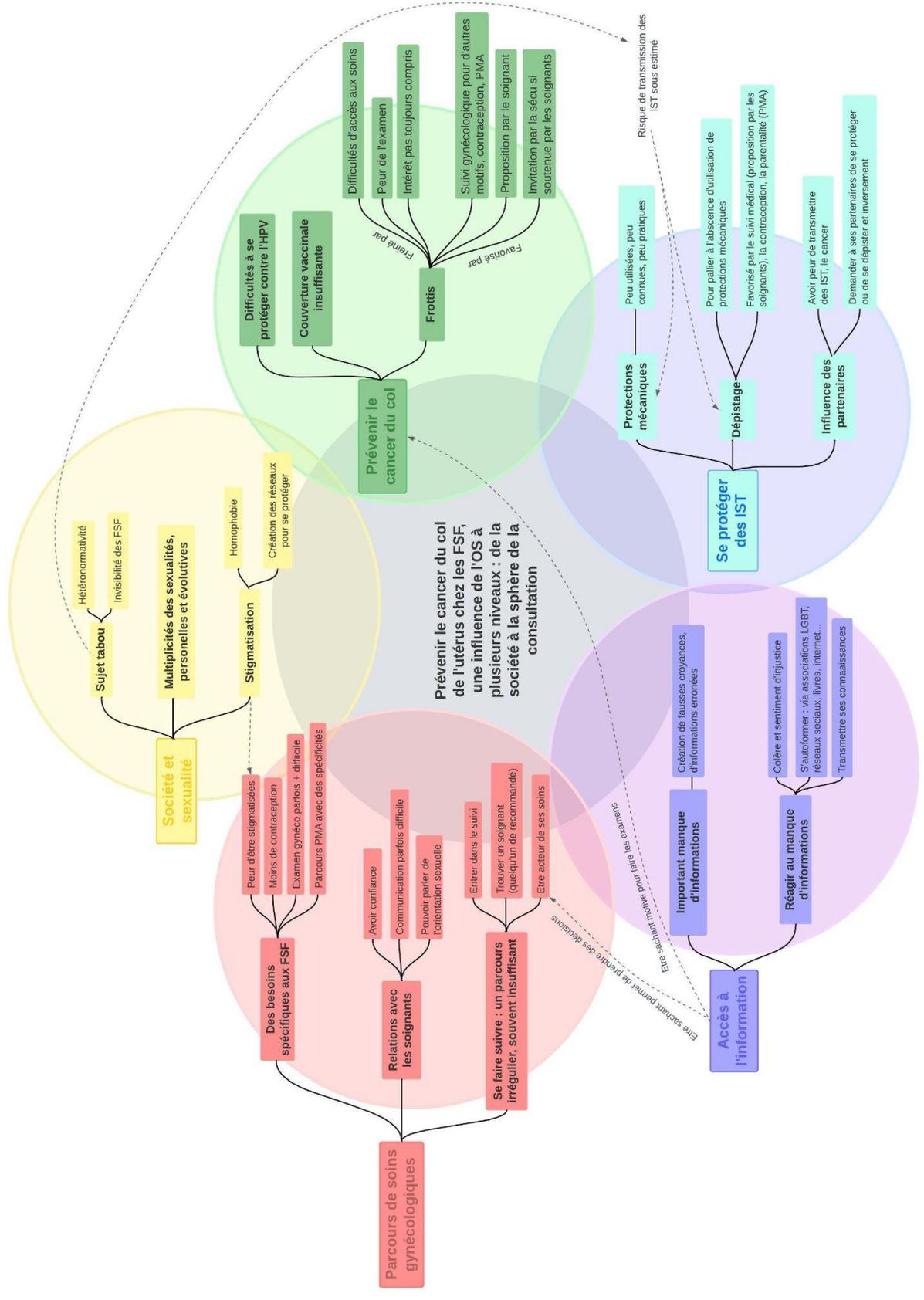


Figure 1 : modèle explicatif

## Comparaison avec la littérature

Dans notre travail de recherche, les participantes se sont massivement plaintes du manque d'informations concernant leur santé. Ceci est confirmé par les données de la littérature scientifique. Les messages de prévention en santé sexuelle ciblent surtout les personnes hétérosexuelles. Les messages destinés aux minorités sexuelles concernent essentiellement l'homosexualité masculine (16,17). L'absence d'informations spécifiques pour les FSF constatée en France est une problématique centrale dans leur accès aux soins. Même lorsqu'elles sont dans une démarche de recherche active, les patientes ne trouvent pas toujours les réponses à leurs questions, notamment sur le risque d'IST entre deux femmes (18). Les moyens de protection contre les IST entre femmes sont également peu connus et peu utilisés (16,18).

Il est difficile de déterminer l'importance du risque de transmission d'IST lors de rapports sexuels entre femmes par rapport à des rapports hétérosexuels, mais ce risque existe (4,12,19–22). Selon certaines études, dont une enquête sur la sexualité menée en France, le risque d'IST serait plus élevé chez les FSF (16,23). Dans notre étude, plusieurs FSF ont été infectées par l'HPV. Ces résultats concordent avec d'autres études qui retrouvent la présence d'HPV et de lésions à risque de cancer du col de l'utérus chez les FSF, même chez celles qui n'ont jamais eu de rapports sexuels avec des hommes (4,12,20). La transmission de l'HPV nécessite uniquement un contact de peau à peau ou avec des muqueuses, qui peut exister lors de rapports non pénétrants (4,12,20). L'HPV peut se transmettre par sexe oral ou digital, partage de sex-toy (26). L'utilisation de préservatifs semble limiter sa transmission (27), mais seulement de manière partielle (28).

Dans la littérature, on retrouve plus de facteurs de risque d'IST et de cancer du col de l'utérus chez les FSF par rapport à la population féminine générale. Parmi ces facteurs de risque, on retrouve un tabagisme actif, une infection au VIH, un IMC (indice de masse corporelle) plus élevé, ainsi qu'un nombre de partenaires (dont des partenaires hommes) plus élevé (5,12,22,27). Malgré le fait que les FSF soient particulièrement exposées au risque d'IST, le coût financier des protections est un frein à leur utilisation (18). En plus du risque d'IST, un article publié en 2015 montrait que les FSF sont particulièrement exposées au risque de violences sexuelles (29). Explorer la santé

sexuelle des FSF en consultation semble donc primordial pour dépister et prendre en charge les patientes.

Le risque de cancer du col de l'utérus est majoré chez les FSF par le moindre recours à un suivi gynécologique (6,19) et au FCU (4,23,27,30,31). Ceci a pu être souligné dans notre étude. La croyance d'absence de risque s'il n'y a pas de rapports avec des hommes se retrouve aussi dans d'autres pays. D'anciennes recommandations en Angleterre indiquaient par exemple que les femmes qui n'avaient pas de rapports sexuels avec des hommes pouvaient se passer de faire de FCU (10). Ce message est parfois véhiculé par les soignants (9). Des expériences de soins douloureuses ou stigmatisantes peuvent aussi freiner la poursuite d'un suivi (4).

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus via la vaccination permet une protection contre certaines souches d'HPV à haut risque oncogène, d'autant plus si elle est réalisée au début de la vie sexuelle (2). Les recommandations ont récemment été modifiées et élargies, cependant la couverture vaccinale reste faible, plus de la moitié des adolescentes n'étant pas vaccinées en France en 2019 (2). Selon certaines études aux Etats-Unis et en Corée, il semble que les FSF sont moins couvertes que la population générale (27,31). Il n'existe pas encore d'étude à ce sujet en France.

Une étude réalisée en France en 2021 (18) explorait l'abord de l'OS en consultation. Cette étude montrait que la plupart des FSF préféraient que ce soit leur médecin généraliste qui aborde le sujet, en souhaitant aussi que cela soit plus fréquemment fait. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude anglaise de 2018 (32). Dans notre étude, certaines participantes ont déclaré préférer aborder leur OS uniquement quand elles le décidaient et avec le soignant qu'elles choisissaient. Les soignants peuvent créer un climat favorable à cette discussion en utilisant des questions ouvertes et un langage inclusif, ainsi qu'en ayant une attitude d'écoute non jugeante. Ils peuvent aussi créer un environnement accueillant en utilisant des signes de soutien à la communauté LGBT (stickers, affiches en salle d'attente...). La peur de discrimination suite à la révélation de l'OS reste fréquente (18,32). La révélation de l'OS peut pourtant permettre d'adapter et de favoriser les soins. Des études aux Etats-Unis retrouvaient d'ailleurs une réalisation du FCU plus fréquente chez les FSF qui avaient révélé leur OS à leur soignant (33,34).

Les vécus de discriminations et de violences en lien avec l'OS sont fréquents chez les FSF, comme en témoignent certaines participantes de notre étude. Dans l'étude de SOS homophobie réalisée en 2015, sur 7126 FSF interrogées, 60 % avaient vécu un acte lesbophobe ou plus sur les deux dernières années précédant l'enquête, dont 2 % dans le milieu de la santé (14).

### **Forces et limites**

Une des limites de ce travail de recherche est le manque d'expérience des deux investigatrices. Certaines remarques ou le comportement des investigatrices ont pu influencer certaines réponses des participantes. La longueur moyenne des entretiens (40 minutes) a toutefois permis aux participantes de développer leurs idées. Les entretiens individuels ont favorisé l'échange et permis aux participantes d'aborder des sujets intimes comme leur sexualité.

La triangulation entre les deux investigatrices à chaque étape de l'analyse a pu pallier en partie leur manque d'expérience en analyse de recherche qualitative.

Beaucoup d'entretiens se sont déroulés en présence d'une seule investigatrice, à cause de contraintes géographiques et de temps. Ceci a pu limiter les données de communication non-verbale retranscrites, mais a permis d'intégrer à l'étude des participantes sur un plus grand territoire.

Il s'agit d'un travail de recherche innovant, il existe peu de littérature à ce sujet en France.

## Perspectives

Il existe encore peu d'études scientifiques sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les FSF en France. Notre étude a permis de développer des idées innovantes, comme l'accès à la PMA qui permet à certaines femmes d'avoir un FCU alors que le suivi gynécologique avait parfois été interrompu. Notre étude a permis d'appuyer des données peu évaluées en France, comme l'abondance des fausses idées qui circulent encore concernant les IST lors de rapports sexuels entre femmes ou les difficultés pour se protéger des IST dans ces populations. Il pourrait être intéressant de réaliser plus de travaux de recherche pour explorer comment ces fausses informations se sont construites et pourquoi elles perdurent. Une étude explorant en France la proportion de FSF qui a effectivement un suivi à jour en comparaison avec la population générale féminine serait aussi intéressante.

Les soignants occupent une place centrale dans la prévention en santé. Leur connaissance des spécificités liées aux FSF peut leur permettre de leur apporter les informations dont elles ont besoin, d'adapter et de favoriser leur suivi. Ces aspects pourraient être développés dans leur formation qui semblent peu les aborder actuellement. Il est possible que l'accès à la PMA pour les FSF depuis 2021 (35) amène les médecins généralistes à être confrontés à cette demande de plus en plus souvent. Notre étude suggère que la PMA est un moment crucial dans la vie des FSF, aussi pour qu'elles réintègrent le suivi gynécologique lorsque celui-ci n'est plus en place. Avoir conscience de l'homophobie à laquelle les FSF sont confrontées peut aussi permettre de favoriser les échanges. Notre recherche a montré que les FSF sont à la recherche d'un soignant sécurisant. La présence de flyers ou d'affiches en salle d'attente et une attitude d'écoute et de bienveillance des soignants pourraient les y aider.

La prévention du cancer du col de l'utérus reste insuffisante et des objectifs sont actuellement fixés pour limiter cette pathologie, par exemple en visant un taux de couverture d'au moins 70 % par le FCU et 90 % par la vaccination d'ici 2030(36). Pour atteindre cet objectif, il semble essentiel de comprendre les enjeux chez les FSF afin qu'elles soient ciblées comme toutes les femmes par la prévention.

Notre étude a mis en évidence un manque important d'informations concernant la santé sexuelle des FSF. Pour pallier ce manque d'informations, il semble nécessaire de renforcer les messages de recommandations spécifiques à cette population. Une campagne de sensibilisation a été menée par le Planning Familial de l'Isère en 2019 pour informer les FSF de leurs risques et les encourager à se faire suivre (37). Il serait intéressant de donner plus de visibilité à ce type de campagne, et également de déconstruire le "clivage binaire homo/hétérosexualité" (16) qui limite les messages actuellement transmis. Il pourrait aussi être intéressant d'utiliser d'autres canaux de diffusion, tels que les associations LGBT ou les pharmacies. De cette manière, les FSF qui n'ont habituellement pas de contact avec le monde médical pourraient être touchées par ces campagnes. Un autre moyen de sensibilisation pourrait être un document d'informations à destination des soignants, afin de les sensibiliser aux problématiques spécifiques des FSF.

## CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de comprendre comment l'orientation sexuelle des FSF (Femmes qui ont des relations Sexuelles avec des Femmes) peut avoir un impact sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée via des entretiens auprès de FSF, semi dirigés et en présentiel.

Notre étude a montré que les FSF font face à de nombreuses difficultés pour accéder à une prévention efficace du cancer du col de l'utérus. Ces difficultés sont variées et présentes à différents niveaux de la prévention.

Notre étude a souligné un manque important d'informations accessibles pour les FSF concernant leur santé sexuelle et leurs risques face aux IST. Elles ont du mal à trouver des renseignements fiables même quand elles sont dans une démarche de recherche active, ces informations étant essentiellement hétéronormées. Pour pallier ce manque d'informations, les associations LGBT peuvent avoir un rôle important dans leur diffusion.

Le manque de sensibilisation concernant la santé des FSF semble expliquer qu'elles sous-estiment leur risque d'IST alors qu'elles y sont exposées. De plus, les difficultés

d'utilisation des protections mécaniques ne leur permettent pas de se protéger efficacement contre les IST.

Les FSF ont souvent un suivi gynécologique irrégulier en raison d'une absence de besoin de contraception. Le risque de cancer du col de l'utérus est peu abordé en consultation, et certaines FSF ne se sentent pas concernées par le FCU. Lorsque le FCU est réalisé, il peut pourtant retrouver la présence de l'HPV ou d'anomalies cellulaires.

Certaines FSF peuvent à un moment de leur vie être amenées à se tourner vers le milieu médical lors de démarches pour la PMA. Ceci pourrait être un moment privilégié pour que les soignants les sensibilisent à l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il semble qu'aborder l'orientation sexuelle en consultation puisse aider les FSF qui le souhaitent à avoir des informations sur les spécificités liées à leur santé sexuelle. La peur et les expériences d'homophobie, y compris dans le milieu médical, sont toujours des problématiques. Le sujet de la sexualité en consultation devrait être abordé avec bienveillance afin de respecter l'intimité des FSF. Les questions ouvertes peuvent favoriser l'échange et créer des opportunités de discussions.

Un autre aspect de la prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination contre l'HPV, qui protège également contre les cancers de l'oropharynx ou de l'anus (entre autres). La couverture vaccinale est actuellement insuffisante en France. Elle n'est pas connue chez les FSF en France, d'autres études seront nécessaires. Une augmentation de la couverture vaccinale pourrait permettre à plus de femmes d'être protégées contre le cancer du col de l'utérus.

TITRE :

L'influence de l'orientation sexuelle sur la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

CONCLUSION :

L'objectif de notre étude était de comprendre comment l'orientation sexuelle des FSF (Femmes qui ont des relations Sexuelles avec des Femmes) peut avoir un impact sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été menée via des entretiens auprès de FSF, semi dirigés et en présentiel.

Notre étude a montré que les FSF font face à de nombreuses difficultés pour accéder à une prévention efficace du cancer du col de l'utérus. Ces difficultés sont variées et présentes à différents niveaux de la prévention.

Notre étude a souligné un manque important d'informations accessibles pour les FSF concernant leur santé sexuelle et leurs risques face aux IST. Elles ont du mal à trouver des renseignements fiables même quand elles sont dans une démarche de recherche active, ces informations étant essentiellement hétéronormées. Pour pallier ce manque d'informations, les associations LGBT peuvent avoir un rôle important dans leur diffusion.

Le manque de sensibilisation concernant la santé des FSF semble expliquer qu'elles sous-estiment leur risque d'IST alors qu'elles y sont exposées. De plus, les difficultés d'utilisation des protections mécaniques ne leur permettent pas de se protéger efficacement contre les IST.

Les FSF ont souvent un suivi gynécologique irrégulier en raison d'une absence de besoin de contraception. Le risque de cancer du col de l'utérus est peu abordé en consultation, et certaines FSF ne se sentent pas concernées par le FCU. Lorsque le FCU est réalisé, il peut pourtant retrouver la présence de l'HPV ou d'anomalies cellulaires.

Certaines FSF peuvent à un moment de leur vie être amenées à se tourner vers le milieu médical lors de démarches pour la PMA. Ceci pourrait être un moment privilégié pour que les soignants les sensibilisent à l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il semble qu'aborder l'orientation sexuelle en consultation puisse aider les FSF qui le souhaitent à avoir des informations sur les spécificités liées à leur santé sexuelle. La peur et les expériences d'homophobie, y compris dans le milieu médical, sont toujours des problématiques. Le sujet de la sexualité en consultation devrait être abordé avec bienveillance afin de respecter l'intimité des FSF. Les questions ouvertes peuvent favoriser l'échange et créer des opportunités de discussions.

Un autre aspect de la prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination contre l'HPV, qui protège également contre les cancers de l'oropharynx ou de l'anus (entre autres). La couverture vaccinale est actuellement insuffisante en France. Elle n'est pas connue chez les FSF en France, d'autres études seront nécessaires. Une augmentation de la couverture vaccinale pourrait permettre à plus de femmes d'être protégées contre le cancer du col de l'utérus.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

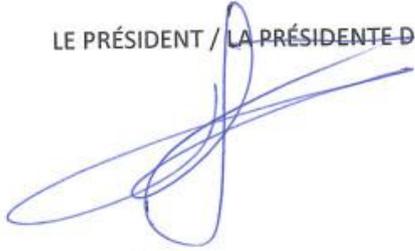
Grenoble, le : 30/08/23

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI

  
Pr Olivier PALOMBI  
Doyen de l'UFR de Médecine  
Par délégation  
du Président de l'UGA

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

  
Pr Valérie LAMBERT

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Cancer du col de l'utérus. [en ligne]. 2022[cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus. [en ligne] 2022 [cité 22 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
3. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians. *Journal of Women's Health*. févr 2010;19(2):229-37.
4. Marrazzo JM. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians<sup>1</sup>. *Emerg Infect Dis*. nov 2004;10(11):1975-8.
5. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité & société* [En ligne], Printemps 2009, consulté le 23 août 2023. [Disponible sur ] : <http://journals.openedition.org/gss/951> ;
6. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Preventive Medicine*. 1 janv 2004;38(1):105-13.
7. Skinner CJ, Stokes J, Y Kirlaw, Kavanagh J, Forster GE. A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Med* 1996; 72:277-280
8. Bauer GR, Welles S. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(8):1282-6
9. Marrazzo JM, KoutskyL, Kiviat N, Kuypers J, Stine K. Papanicolaou Test Screening and Prevalence of Genital Human Papillomavirus Among Women Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*. 2001; 91(6):947-52
10. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2009;35(1):49-52.
11. McLean KA, Skinner CJ, Bailey JV, Kavanagh J, Owen C. Lesbians and cervical screening. *British Journal of General Practice*. 2000; 50:481-82

12. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*. 2000;76(5):345-9.
13. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N et al. Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *The Journal of Sex Research*. 2012;50(6):587-97
14. SOS homophobie. enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie. 2015. [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: [https://ressource.sos-homophobie.org/Ressources/enquete\\_sur\\_la\\_visibilite\\_des\\_lesbiennes\\_et\\_la\\_lesbophobie\\_2015.pdf](https://ressource.sos-homophobie.org/Ressources/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf)
15. Ottavioli P. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes: enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins. [Thèse] Grenoble : Université Grenoble Alpes. 2019.
16. Bajos N, Beltzer N. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. Dans : *Enquête sur la sexualité en France*. Paris: La Découverte; 2008 . p. 243-71.
17. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : déterminants, enjeux, perspectives. [Mémoire] Paris : Université Paris Descartes; 2018.
18. Frigo L, De Guibert C. Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine. [thèse] Grenoble : Université Grenoble Alpes; 2021.
19. Koh AS. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women. *West J Med*. juin 2000;172(6):379-84.
20. Carroll N, Goldstein RS, Lo W, Mayer KH. Gynecological Infections and Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*. 1997;1:15–23
21. 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.

22. Branstetter AJ, McRee AL, Reiter PL. Correlates of Human Papillomavirus Infection Among a National Sample of Sexual Minority Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 1 sept 2017;26(9):1004-11.
23. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, et al. Reproductive Health Screening Disparities and Sexual Orientation in a Cohort Study of U.S. Adolescent and Young Adult Females. *J Adolesc Health*. nov 2011;49(5):505-10.
24. Mrazzotto JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al. Genital Human Papillomavirus Infection in Women Who Have Sex with Women. *J Infect Dis*. déc 1998;178(6):1604-9.
25. Chen X, Yan H, Cao Y, Li S, Yang N, Li X. Epidemiological investigation on the cervical health of lesbians in Beijing, China. *J Int Med Res*. 14 févr 2020 48(2):0300060519889754.
26. Sonnex C, Strauss S, Gray JJ. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Infect*. oct 1999;75(5):317-9.
27. 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.
28. HAS, Haute Autorité de Santé. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humains (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage. [En ligne]. 2020 [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage)
29. McCauley HL, Silverman JG, Decker MR, Agénor M, Borrero S, Tancredi DJ, et al. Sexual and Reproductive Health Indicators and Intimate Partner Violence Victimization Among Female Family Planning Clinic Patients Who Have Sex with Women and Men. *J Womens Health*. 1 août 2015;24(8):621-8.
30. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. *J Urban Health*. sept 2006;83(5):970-9.

31. Kim S, Lee SY, Choi-Kwon S. Cervical Cancer Screening and Human Papillomavirus Vaccination among Korean Sexual Minority Women by Sex of Their Sexual Partners. *Int J Environ Res Public Health*. déc 2020;17(23):8924.
32. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. mars 2018;68(668):187-96.
33. Reiter PL, McRee AL. Cervical Cancer Screening (Pap Testing) Behaviours and Acceptability of Human Papillomavirus Self-Testing among Lesbian and Bisexual Women Aged 21–26 Years in the USA. *J Fam Plann Reprod Health Care*. oct 2015;41(4):259-64.
34. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. 4 mai 2013;13:442.
35. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1). 2021-1017 août 2, 2021.
36. Garnier A. Cancer du col utérin, vers la fin de la pathologie ? Dépistage des cancers, centre de coordination Auvergne Rhône Alpes. [En ligne] 5 mai 2023. Disponible sur : [https://www.cdom38.org/medias/A\\_Garnier\\_-\\_Cancer\\_du\\_col\\_uterin\\_vers\\_la\\_fin\\_de\\_la\\_pathologie\\_-\\_4\\_mai\\_2023.pdf](https://www.cdom38.org/medias/A_Garnier_-_Cancer_du_col_uterin_vers_la_fin_de_la_pathologie_-_4_mai_2023.pdf)
37. Le Planning Familial 38. Campagne lesbiennes et FSF. Mars 2019. [En ligne]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-04/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20-%20Campagne%20lesbiennes%20et%20FSF%20-%20mars%202019.pdf>

## ANNEXE 1 : Flyer de recrutement

Travail de recherche dans le cadre d'une thèse universitaire pour obtenir le diplôme de docteur en médecine

### Recherche participantes pour une étude sur la santé des femmes

**Vous êtes une femme et vous avez (maintenant ou par le passé) eu des relations sexuelles avec des femmes ?**

Nous sommes 2 étudiantes en santé qui réalisons un travail de recherche pour améliorer les connaissances sur la santé des femmes et nous avons besoin de vous !

Si vous êtes d'accord pour nous rencontrer et échanger autour du cancer du col de l'utérus, contactez-nous pour que l'on puisse vous donner plus d'informations :  
06 76 70 87 25 / 06 37 78 35 75

[marie.beaupain@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:marie.beaupain@etu.univ-grenoble-alpes.fr)  
[charlotte.der-nigohossian@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:charlotte.der-nigohossian@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Merci pour votre aide et à bientôt,  
Charlotte et Marie

(Vos données personnelles seront protégées et anonymisées)



**UGA**  
Dép. MÉDECINE GÉNÉRALE  
Université Grenoble Alpes

## ANNEXE 2 : Critères de variation

**Âge :** .....

**Ville d'habitation :** .....

### **Appartenance à une association LGBTQ ?**

- Oui, laquelle : .....
- Non

### **Par quel biais avez-vous eu connaissance de cette étude ?**

- Réseaux sociaux
- Associations
- Bouche à oreille
- Autres : à préciser .....

### **Orientation sexuelle ?**

- Rapports sexuels uniquement avec des femmes
- Rapports sexuels avec des hommes ou des femmes
- Rapports sexuels avec des hommes par le passé, maintenant exclusivement avec des femmes
- Autres : à préciser .....

## ANNEXE 3 : Guide d'entretien semi-dirigé

1. (Question BRISE GLACE) = Pouvez-vous nous parler de votre suivi gynécologique ?  
*Relances : Comment s'est-il initié ? Comment ça se passe ? Quels sujets abordez-vous ? Comment vous faites si vous avez des questions ?*
2. Qu'est-ce qu'on a pu vous dire sur le cancer du col de l'utérus ?
3. Comment vous a-t-on expliqué le rapport entre frottis et cancer du col de l'utérus ?
4. Comment les professionnels de santé ont abordé avec vous le rapport entre le virus HPV et le cancer du col de l'utérus ?
5. Pour vous, quel risque de transmission de maladie sexuellement transmissible est possible lors de relations sexuelles entre deux femmes ?
6. Quel est votre avis concernant la vaccination Gardasil (=Anti HPV ) ?
7. Quelle importance accordez-vous à votre suivi concernant le cancer du col de l'utérus ?
8. Qu'est-ce que ça change pour vous si la personne qui vous suit connaît votre orientation sexuelle ?
9. Comment réagiriez-vous si un professionnel de santé vous demande votre orientation sexuelle ?
10. Quelles attentes ou difficultés concernant votre suivi gynécologique pouvez-vous avoir en tant que FSF ?
11. Selon vous, en quoi votre orientation sexuelle influence-t-elle la qualité de votre suivi gynécologique ?
12. Qu'est-ce que vous aimeriez que les professionnels de santé améliorent ?
13. Qu'est-ce que vous souhaiteriez ajouter ?

# LE SERMENT D'HIPPOCRATE

## *L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”