

Médecine Sorbonne Université

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes – Hôpital Saint-Antoine

Le suivi gynécologique chez les FSF

Laperche Maël

Née le 12 septembre 1996 à Paris XIII

Française

Directrice de mémoire : Docteur Axelle Romby

Année universitaire : 2019-2020

Médecine Sorbonne Université

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Académie de Paris

Ecole de Sages-Femmes – Hôpital Saint-Antoine

Le suivi gynécologique chez les FSF

Laperche Maël

Née le 12 septembre 1996 à Paris XIII

Française

Directrice de mémoire : Docteur Axelle Romby

Année universitaire : 2019-2020

Remerciements

J'exprime ma reconnaissance et ma gratitude,

Au docteur ROMBY de m'avoir soutenue et guidée tout au long de ce travail,

A Océane GAIGEOT pour m'avoir orientée et aidée pour l'étude,

Au docteur VELTER pour nous avoir permis l'accès aux données de l'étude utilisées dans ce mémoire,

A l'ensemble de l'équipe de l'école de Sages-femmes de Saint Antoine,

A l'ensemble de toute ma promotion,

A Agathe, Alexandre, Charlotte, Clara, Constance, Doriane, Emma, Hermine, Julie, Juliette et les deux Léa pour tous ces partages, craquages depuis le début des études.

A Eva, Géraldine, Lisa, Maureen et William pour votre soutien depuis toutes ces années,

A Albane, Hannah, Kieu et Salomé,

A Lou pour son aide sans faille sur cette dernière année,

A mes parents, Ciann et mes deux chats pour leur aide,

A l'ensemble de la filière sage-femme et des rencontres faites pendant mes études.

Sommaire

Introduction	1
I/ Contexte du suivi gynécologique, de la population FSF et des difficultés rencontrées en France	3
A/ Le suivi gynécologique en France	3
A.1. Recommandations : prévention, FCU, palpation, dépistage	3
A.2. IST : définition, prévention, taux	5
B/ Et les FSF dans tout cela	6
B.1. Définition population FSF.....	6
B.2. Particularités de cette population	8
B.3. Risque et constats : taux de suivi, d'IST, d'HPV	10
B.4. Barrières au suivi	12
II/ Etude de la problématique : hypothèses, population et méthode	14
A/ Question de recherche : les constats, objectifs de l'étude et hypothèses	14
A.1 Constats et question de recherche	14
A.2 Hypothèses.....	14
A.3 Objectif de l'étude	15
A.4 Matériels et méthodes.....	15
B/ Résultats et analyses	19
B.1 Population étudiée	19
B.2 Résultats principaux	22
III/ Analyse des résultats et discussion	27
A/ Un taux de dépistage adéquat supérieur à celui de la population générale	27
A.1 Attente vis-à-vis des résultats.....	28
B/ Un taux de dépistage corrélé à une connaissance par les professionnel.le.s de santé de l'orientation sexuelle de la patiente	28
C/ Le lien entre situation socio-économique et accès à un dépistage adéquat non retrouvé dans cet échantillon	30
D/ Forces et limites de l'étude	32
D.1 Axes d'amélioration possibles pour améliorer les résultats	32
D.2 Points forts	33
D.3 Limites et biais de l'étude	34
E/ De nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus	35
E.1 Explications des nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus de 2019 (36).....	35
E.2 Hypothèses pour les résultats futurs selon ces recommandations	37

E.3 Place des sages-femmes dans tout cela	38
Conclusion.....	39
Références bibliographiques	41
Annexes	45
Glossaire	50

Introduction

Dès le début de la puberté ou de la vie sexuelle, les jeunes femmes se voient conseiller par leurs proches d'aller consulter un professionnel de santé dans le cadre d'une consultation gynécologique. Ces professionnels sont les gynécologues, sages-femmes ou encore médecins généralistes. Cette consultation paraît évidente pour une femme hétérosexuelle mais le paraît beaucoup moins pour une jeune fille homosexuelle. Il n'est pas rare d'entendre, ou de lire, que les rapports homosexuels ne sont pas de « vrais » rapports, qu'il n'y a pas de risque de transmission de maladie/ infection sexuellement transmissible. Cette croyance populaire est partagée aussi bien par la population générale que par les femmes concernées ou par les médecins. Trois acteurs semblent donc au centre de cette différence d'attitude sur le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports avec des femmes :

- Les professionnels de santé
- Les femmes concernées
- Le manque de connaissance sur le sujet, qui est partagé par les deux acteurs précédents.

Pourtant les problèmes gynécologiques ne sont pas tous en lien avec la sexualité, au contraire beaucoup seraient liés aux antécédents familiaux, par exemple le cancer du sein.

D'après les données de l'espace « cancer gynécologique de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) », le cancer du col de l'utérus, dont il existe plusieurs moyens de prévention et de dépistage, reste le troisième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde. Pour le cancer du sein, c'est le plus fréquent chez la femme en France, pour lequel il existe aussi des moyens de dépistage.

Malgré cela, en discutant ou en lisant des témoignages de femmes homosexuelles, beaucoup disent ne pas avoir de suivi gynécologique, ou du moins pas aussi régulier que si elles avaient eu des relations hétérosexuelles. Nous chercherons ici à savoir si le suivi

gynécologique des femmes ayant des rapports avec des femmes est différent de celui d'une femme hétérosexuelle.

Proposition : Nous chercherons ici à décrire le suivi gynécologique des FSF ainsi qu'à savoir si celui-ci est conforme aux recommandations et s'il est différent de celui des femmes hétérosexuelles.

Dans une première partie nous reviendrons sur le suivi gynécologique et sur la population étudiée avec ses spécificités et ses risques en nous appuyant sur une revue de la littérature. Ensuite nous détaillerons l'étude et le recueil de données qui a été fait autour de la question de recherche et des hypothèses. Enfin dans un dernier temps, nous discuterons les résultats et nous verrons quels axes peuvent être améliorés ou non en fonction des pratiques.

I/ Contexte du suivi gynécologique, de la population FSF et des difficultés rencontrées en France

A/ Le suivi gynécologique en France

A.1. Recommandations : prévention, FCU, palpation, dépistage

1.1 Suivi gynécologique

Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire en France, beaucoup ne consultent qu'en cas de problèmes (1), en cas de grossesse ou suite à un besoin particulier comme la contraception par exemple. Ce suivi est l'occasion de faire le point, tant sur la santé de la femme que sur ses habitudes de vie ou encore son vécu. L'examen clinique et le suivi biologique effectués lors d'une consultation pour une contraception, sont des moyens de rechercher des contre-indications médicales mais aussi un moyen de faire de la prévention. Dès l'adolescence ou du moins dès le début de la vie sexuelle, les jeunes femmes sont amenées à consulter pour un suivi gynécologique, souvent par leur entourage, ou encore par la famille. Ces premières consultations sont généralement pour une contraception suite au début de la vie sexuelle, ou pour réaliser des contrôles. Une consultation en gynécologie se découpe en trois temps, l'interrogatoire, un examen général avec prise des constantes (tension artérielle, température, pouls), pesée, calcul de l'IMC, palpation des seins et palpation abdominale puis un examen gynécologique. Cet examen gynécologique comprend un toucher vaginal et palpé abdominal combiné à la recherche de masse ou de douleur à la mobilisation utérine, un examen au speculum (paroi vaginal, col de l'utérus et leucorrhées) avec un frottis cervico-utérin si besoin (2). Bien sûr aucun de ces actes n'est obligatoire à chaque visite, il s'agit juste d'un schéma global. Pendant ce temps de consultation, c'est aussi l'occasion d'aborder les questions sur la santé sexuelle, sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), ou encore de réaliser des dépistages de maladies par le biais de sérologies.

D'après une étude menée par OpinionWay pour les mutuelles LMDE et MGEN en 2011, seulement 20% des femmes interrogées entre 16 et 60 ans ont eu un suivi gynécologique (3). Par suivi gynécologique, il s'agit d'avoir eu une consultation gynécologique dans les deux dernières années. Ce chiffre, qui peut être considéré comme bas, est expliqué par différents facteurs comme les difficultés socio-économiques, ou encore géographiques, qui provoquent une diminution de consultations en gynécologie (4). Nous pouvons aussi trouver dans les études que 52% des femmes se font dépister pour le cancer du sein par la palpation, dont 70% d'entre elles, suite à un antécédent (4).

Pour le dépistage organisé du cancer du sein, il concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans. Pour les femmes ayant un risque élevé ou très élevé de cancer du sein, il est possible de bénéficier d'un suivi spécifique adapté à la situation (5). Ce dépistage a pour but de réaliser une mammographie de contrôle tous les 2 ans. D'après un rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de Santé Publique France, 51,6% des femmes concernées se sont faites dépister en 2015 (6) alors que 80% des femmes déclarent avoir fait le dépistage. D'après les chiffres de l'assurance maladie, en 2015, 63,1% des femmes entre 50 et 74 ans ont eu une mammographie dans les deux dernières années (6). En 2017, d'après le rapport de la DREES, 56% des femmes concernées se sont faites dépister mais ce chiffre ne tient pas compte des actes faits à l'hôpital (dans ce cas, les mammographies) (7).

Ce résultat ne tient pas compte de l'orientation sexuelle.

1.2 Pratique du frottis cervico-utérin en France

Le frottis cervico-utérin (FCU) fait parti du programme de dépistage et de prévention du cancer du col de l'utérus. Le principe est de rechercher des lésions au niveau des cellules de l'endocol et de l'exocol liées à l'HPV. D'après les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), chaque femme de plus de 25 ans devrait avoir un frottis cervico-utérin, un autre à un an d'intervalle puis un tous les 3 ans en cas de résultats normaux jusqu'à 65 ans (2).

Ce dépistage organisé concerne toutes les femmes, l'âge étant le seul critère sélectif. Pourtant seulement 8% des femmes ont un suivi correct, 90% des femmes qui ont des frottis ne respectent pas les recommandations (40% en font trop régulièrement, 50% pas assez) (4).

D'après le rapport de la DREES de 2017, dont les résultats sont basés sur les données de l'assurance maladie, 62,4% des femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus ont eu un FCU dans les trois ans (7). D'après les résultats de 2015 de la DREES, 84,9% des femmes concernées déclarent avoir eu un FCU dans les trois ans (6). Cette différence s'explique par le fait que dans le cas de 2015, le rapport est basé sur la déclaration des femmes alors qu'en 2017 il est basé sur les actes cotés par l'assurance maladie. Ce chiffre passe de 84,9% à 88,7% après exclusion des femmes dont l'âge correspond mais exclues du programme de dépistage (hystérectomie totale par exemple) (6). Mais d'après l'assurance maladie, les taux de couverture réels sont de 57,6 % chez les 25-34 ans, 59,2 % chez les femmes de 35-44 ans et de 53,4 % chez les 45-54 ans. Ce taux chute à 41,7 % après 55 ans (6). Les taux de l'assurance maladie ici ne tiennent pas compte des frottis réalisés à l'hôpital. Cela peut expliquer la différence de taux entre les deux.

Ce résultat tient compte de l'acte coté par l'assurance maladie, il peut être effectué chez un gynécologue, sage-femme ou un médecin généraliste. Aussi bien en cabinet qu'à l'hôpital. Il ne tient pas compte non plus de l'orientation sexuelle de la patiente. Nous nous baserons sur ces résultats pour comparer aux résultats du recueil de données de l'étude dont nous parlerons en deuxième partie. Nous partirons du principe que s'il n'y a pas de différence entre le suivi des FSF et des femmes hétérosexuelles, le résultat sera proche.

A.2. IST : définition, prévention, taux

Une IST (infection sexuellement transmissible) se transmet lors des relations sexuelles. Cette infection peut être causée par un virus, une bactérie ou encore un parasite. Nous pouvons citer, parmi les plus fréquentes ou les plus graves, le chlamydia, les

gonocoques, la syphilis, la VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) ou encore l'HPV (Papillomavirus humain). Bien que la majorité des IST soient asymptomatiques, les symptômes principaux sont assez généraux. Nous pouvons retrouver la fièvre, les douleurs dans le bas ventre, leucorrhées anormales, rougeurs ou des brûlures mictionnelles (8). La majorité des diagnostics se font par le dépistage, souvent à la suite d'un comportement à risque (9).

D'après l'étude LaboIST de Santé Publique France, le nombre d'IST a triplé chez les 16-24 ans entre 2012 et 2016 surtout pour les infections à chlamydia et gonocoque (9). Pour la chlamydia, nous pouvons voir dans les chiffres qu'il s'agit de l'infection la plus fréquente aux Etats-Unis (10) en Belgique (8) et qu'en France, elle concerne 2 000 à 4 000 personnes pour 100 000 habitants par an (11). Toujours en France, nous pouvons lire dans différentes études que nous retrouvons 5,3% de chlamydia dans les couples hétérosexuels (10).

Nous détaillerons dans une seconde partie les particularités des IST dans le milieu homosexuel et plus particulièrement homosexuel féminin car il existe davantage de risques dans ce milieu comparé au milieu hétérosexuel (11)(12)

B/ Et les FSF dans tout cela

B.1. Définition population FSF

1.1 Définition

Pour parler de la population lesbienne et plus particulièrement FSF, nous commencerons par définir les termes relatifs à notre sujet :

- Lesbienne : terme employé pour définir l'homosexualité féminine (13), femme se désignant comme étant homosexuelle.
- FSF : femme ayant des relations sexuelles avec des femmes.
- Bisexuel : personne se sentant attirée par les deux sexes.

- Cisgenre : personne se sentant appartenir à son genre de naissance (opposé de personne transgenre).
- Hétéronormer : considérer que l'hétérosexualité va de soi, utiliser les codes d'une organisation hétérosexuelles de comportements sociaux et relationnels comme prisme d'analyse pour toutes et tous.

Nous préférons l'utilisation du terme FSF plutôt que lesbienne pour définir la population qui nous intéresse ici. Lesbienne étant une identité politique autodéfinie qui est liée historiquement aux mouvements sociaux révolutionnaires et féministes des années 60, donc qui ne veut pas forcément dire « qui a des relations sexuelles avec des femmes ». Rappelons que le comportement sexuel est différent de l'identité sexuelle, l'identité sexuelle étant plutôt l'orientation sexuelle revendiquée.

Cette partie de la population est minoritaire, son estimation varie entre les études et selon les régions, nous passons de 1% de la population féminine française d'après une étude de l'INSERM (14) à 4% d'après une étude de l'IFOP (15). En plus de cela il faut prendre en compte les femmes se considérant comme bisexuelles, 3% de la population d'après l'étude de l'IFOP (15). Quel que soit le pays, il est difficile de trouver un chiffre exact mais la majorité du temps les taux sont inférieurs à 5%. Par exemple en 2002, aux Etats-Unis, 4,1% de la population des 18-44 ans se déclarait comme bi ou homosexuelle (16), mais cela englobe femmes et hommes et seulement un panel de gens interrogés.

1.2 Vision de cette population dans le monde médical

Que ce soit dans la société, en public ou en privé, faire partie de la communauté LGBT+ (Lesbienne Gay Bisexuel Transsexuel etc) est un facteur de vulnérabilité (17). Il est donc nécessaire et important de sensibiliser et de lutter contre les discriminations vécues par les personnes appartenant à cette communauté LGBT+ (17). Malgré les efforts faits ces dernières années sur le soutien à cette communauté, par le biais de la légalisation du mariage gay par exemple, il existe une idée générale que cette population est à part (16).

Nous rappelons que c'est en 1991 que l'homosexualité a été enlevée de la liste des maladies mentales de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (18). Il reste encore

beaucoup de praticiens qui pensent que l'homosexualité est un trouble mental ce qui bloque les études sur ce sujet et les évolutions de la prise en charge de ces patients (16).

B.2. Particularités de cette population

2.1 Particularités au niveau médical

Au niveau de la santé, les études et différents témoignages médicaux rapportent que cette partie de la population est soumise à certaines particularités au niveau médical. C'est-à-dire qu'elle est plus sujette à certains problèmes, troubles, pathologies par rapport à la population générale. Elle semble présenter des spécificités l'empêchant de jouir pleinement de son droit à la santé en exposant sa sexualité (18).

La population homosexuelle féminine semble plus à risque de tentatives de suicide (16), (19). Selon l'étude CSF (Contexte de la Sexualité en France) en 2006, chez les 18-24 ans, 89,2% se sentaient déprimés chez les femmes lesbiennes ou bi au cours des 12 derniers mois, face à 25,5% chez les femmes hétérosexuelles (20). Nous retrouvons aussi dans d'autres études qu'elles sont soumises à plus de détresses psychologiques donc plus de suivi (21), (19) et donc a plus de stress (21).

D'après une étude menée sur 6970 femmes de 20 à 59 ans, nous retrouvons chez les lesbiennes plus de fumeuses, plus de consommatrices de drogues, plus de violences subies dans la vie (psychologiques et/ou sexuelles) et plus de tentatives de suicide (19). Il semblerait que la culture des bars gay, endroit où chacun peut être qui il veut sans être jugés, provoque une augmentation de la consommation d'alcool (18).

Des études rapportent une augmentation des troubles alimentaires par rapport à la population hétérosexuelle (22). Les lesbiennes semblent donc plus à risque d'obésité et maladies cardiovasculaires avec les complications associées (16). Elles consommeraient plus de tabac et auraient plus d'addictions ce qui augmenterait le risque de développer des pathologies cardiovasculaires (23).

2.3 Particularités dans la vie sexuelle et gynécologique

Si nous nous intéressons aux particularités de la vie sexuelle de ces femmes, nous pouvons nous apercevoir que la majorité de ces femmes ont eu une sexualité avec des hommes (18) avant ou en même temps qu'elles en ont avec des femmes. Il est fréquent pour les membres de cette population, surtout pendant l'adolescence, d'avoir des relations hétérosexuelles pour faire « comme tout le monde » (24). Nous pouvons lire dans une première étude que sur 6935 femmes interrogées, 77% ont déjà eu un rapport avec un homme (23). Dans une seconde étude dans un planning, sur 9358 dossiers de femmes de 15 à 24 ans ayant eu un rapport homosexuel dans l'année, plus de 90% de ces FSF avaient déjà eu un rapport avec un homme (10).

Dans la littérature, il est souvent rapporté que les rapports sexuels sont plus précoces, 16,8 ans en moyenne face à 17,8 ans, avec un plus grand nombre de partenaires sexuels. Ces résultats proviennent de l'étude de l'enquête nationale des violences envers les femmes (19).

Au niveau gynécologique, il semblerait que la grande majorité des femmes lesbiennes avec un suivi l'ont dans le cadre de la PMA (Procréation médicalement assistée) pour avoir un enfant d'après une étude qui retrouve que 70% de ces femmes interrogées veulent un enfant et ont un suivi dans ce cadre (25). De plus, nous retrouvons aussi que dans l'étude de l'enquête nationale des violences envers les femmes, que 49% des femmes lesbiennes interrogées ont eu recourt à une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) face à 20% des hétérosexuelles (10). Ce chiffre varie peu d'une étude à l'autre, nous pouvons aussi trouver dans la littérature que 54% des FSF ont été enceintes et que 50% ont eu une IVG (Interruption volontaire de grossesse) (23). Nous pouvons également voir un taux de vaginoses plus élevé, de même pour les chlamydias dont le taux augmente chaque année, enfin nous relevons également plus d'antécédant d'IST (10).

Mais malgré cela il est important de rappeler que les problèmes gynécologiques sont pourtant identiques entre les femmes (24), seuls les taux varient.

B.3. Risque et constats : taux de suivi, d'IST, d'HPV

3.1 Santé et cancers gynécologiques

Au niveau de la santé gynécologique, il semblerait qu'il n'existe pas de réelle différence sur le nombre de consultation chez un médecin et/ou gynécologue entre les FSF et les femmes hétérosexuelles (19). Pourtant nous pouvons relever des différences entre les deux populations.

La fréquence des cancers gynécologiques semble augmentée chez les FSF car elles ont peu ou aucun suivi dans ce domaine (24), c'est-à-dire que même en consultant, les moyens de dépistage ne sont pas utilisés. Le risque de cancer du sein qui serait augmenté chez les femmes lesbiennes reste encore un sujet débattu (23). L'une des différences majeures entre les deux concerne l'absence de moyen de contraception chez beaucoup de FSF (19) alors qu'elle est quasiment majoritaire dans la population hétérosexuelle, 71,9% d'après une enquête de l'INPES (27). Ce qui semble cohérent mais peut expliquer la différence de déroulement des consultations gynécologiques ou le manque d'intérêt d'y aller pour les patientes qui ne désirent pas de contraception.

Mais en réalité, il manque beaucoup de données sur la santé homosexuelle d'après un rapport de l'OMS (20).

3.2 HPV

Concernant le HPV, les médecins ont tendance à penser à tort que cette population n'est pas concernée par la pratique du FCU (23). Les lesbiennes ont moins de FCU mais sont aussi associées à un risque élevé de cancer (26). Pourtant, une femme sur cinq n'ayant jamais eu de relation avec un homme a un FCU qui revient positif à HPV, quel que soit le grade de la lésion (24). De plus, nous pouvons relever que par exemple aux Etats-Unis, nous retrouvons moins de FCU pratiqués chez les lesbiennes (28).

En s'intéressant aux chiffres, nous pouvons réaliser que 20,6% des FSF ont déjà eu une colposcopie pour un résultat de FCU suspect de HPV (29). Nous retrouvons également plus de tests douteux chez les FSF concernant l'HPV chez 624 patientes dont certaines n'ayant jamais été avec un homme (28). En effet, selon les études, le taux de HPV dans la population FSF varie entre 6 et 30% (15).

Même s'il y a plus de HPV retrouvés ou de lésions chez les FSF en cas de relations hétérosexuelles dans le passé ou même en parallèle de relations homosexuelles, l'homosexualité n'est pas un facteur protecteur du HPV (28). Cette différence est d'ailleurs plus en lien avec un nombre de partenaires plus élevés que le genre de ces partenaires.

3.3 IST, vaginoses

Dans les croyances populaires, il existe une illusion d'immunité des lesbiennes face aux IST (23). Pourtant il existe un risque de transmissions d'IST, herpès, vaginites, VIH, VHB (Virus de l'hépatite B) mais cette transmission est différente de la population hétérosexuelle (24) de par les pratiques. Nous y retrouvons aussi plus de facteurs de risques (12). Malgré ces données, nous ne retrouvons pas de différence notable sur le dépistage du VIH entre FSF et hétérosexuelles (19).

Selon les études, nous pouvons voir des taux variant de 25% d'IST chez les FSF face à 9% des hétérosexuelles (19) ou encore 7,1% face à 5,3% (10). Quelle que soit l'équipe, nous voyons donc qu'il existe une différence notable entre deux populations.

Dans la population FSF, nous retrouvons plus de vaginoses (10, 18, 29) et d'hépatite C (18). Les infections à chlamydias sont également plus fréquentes, le taux serait d'environ 7,1% dans la population FSF (30). Le nombre de chlamydia chez les FSF et les FSFH (Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes et des hommes) augmente d'année en année et reste supérieur à la population hétérosexuelle (10).

Même si certaines IST semblent de pas toucher les populations FSF nous retrouvons des cas d'HPV, trichomonas, vaginites et hépatite A, bien que de manière moins fréquente,

de même pour le VIH, le VHB, la syphilis ou le gonocoque (20). Cela se retrouve aussi chez des femmes n'ayant jamais eu de rapport avec des hommes (18).

B.4. Barrières au suivi

4.1 Peur de l'annonce de l'orientation sexuelle au professionnel de santé

Dans la littérature, nous retrouvons des études montrant que beaucoup de praticiens pensent que l'homosexualité est un trouble mental, qui bloque les évolutions de la prise en charge (13). Cette réalité fait que les patients LGBT ont peur des réactions homophobes à l'annonce de l'orientation sexuelle à leur médecin (16). Il paraîtrait que la peur du jugement soit la principale raison de non consultation chez le gynécologue (25). Rappelons que les lesbiennes semblent souffrir de l'homophobie et du sexisme (18). Dans les rapports de lesbophobie dans un article du Médical, 44% des actes lesbophobes survenus dans le milieu médical viennent de la part de gynécologues (18).

Une étude brésilienne comparant le suivi gynécologique entre les lesbiennes et les hétérosexuelles montre que les médecins manquent l'opportunité de faire de la prévention pour les femmes lesbiennes, ils n'engagent pas le sujet, l'anamnèse est identique pour toutes sans question sur la sexualité (31). Pourtant, les questions sur l'orientation sexuelle devraient devenir des questions de routine, de la même manière que pour le genre et le partenaire sexuel (32). En général, il est rapporté que la qualité des soins est meilleure si le soignant est lui-même homosexuel (20). En France il apparaît comme nécessaire de prendre conscience du problème de discrimination, il n'existe pas d'offre de soins organisé par les médecins qui est explicitement dirigé vers les lesbiennes (20).

4.2 Barrière pendant la consultation

4.2.1 Manque de connaissances

Les différences de taux d'IST peuvent être expliquées par un manque de prévention adaptée (16). Il existe un grand nombre de barrières connues comme le manque de connaissance des professionnels sur les spécificités de la communauté (33). Le manque de connaissances du médecin (18, 26) est un réel problème pour la santé de cette population. Les outils de préventions semblent mal connus par les gynécologues (18). Au manque de connaissances, nous pouvons ajouter le manque de références médicales qui seraient les deux plus grandes causes au vu du manque de dépistage (26). Nous savons par exemple que les connaissances du médecin sur l'intérêt du FCU et l'HPV sont déterminantes pour sa réalisation (26) surtout pour la population FSF.

4.2.2 Manque de considération de l'orientation sexuelle pendant la consultation

Pour beaucoup, l'orientation sexuelle ne doit pas être un facteur dans la prise en charge médicale. En effet, même lorsque l'orientation sexuelle est connue, les spécificités de santé sont insuffisamment discutées et ce de façon plus marquée pour les femmes (20). Dans une étude 1999 de The Institute Of Medicine, il est montré de grandes disparités en terme médical entre les lesbiennes et les hétérosexuelles (32). Nous pourrions prendre comme exemple le fait que les premiers et les plus atteints par le VIH soient des membres de la communauté LGBT, ce qui montrerait une différence de prise en charge médicale et de prévention à leur égard de par leur orientation sexuelle (16), même si cela reste minoritaire comme raison de l'épidémie.

4.3 Changement à effectuer de façon urgente dans la prise en charge

Comme vu dans les différentes parties, il paraîtrait nécessaire de dépister davantage chez les FSF (10) surtout dans le domaine gynécologique. La diminution de ces inégalités de prise en charge passerait par une attitude pro-active des soignants : anticiper les questions, en poser, expliquer (32). Les soignants devraient pouvoir, et savoir interroger sur les questions d'orientation sexuelle et de genre (32).

II/Etude de la problématique : hypothèses, population et méthode

A/ Question de recherche : les constats, objectifs de l'étude et hypothèses

A.1 Constats et question de recherche

Avec cette première partie, nous pouvons voir qu'il existe un problème de prise en soins en santé sexuelle pour la population des FSF. Manque de connaissance sur ce sujet par les professionnels de santé, défaut de prévention adaptée du fait du manque de connaissances que ce soit des professionnels ou des intéressées, voilà ce qui ressort en majorité dans la littérature pour expliquer ces différences entre les populations. Mais il apparait aussi que la population soit aussi responsable de ce problème de suivi de la santé gynécologique et/ou sexuelle. Que ce soit par le manque d'informations, de connaissances sur le suivi gynécologique. Nous pouvons donc nous demander si ces constatations se reflètent par un faible taux de consultations, faible taux de dépistages du cancer du col de l'utérus ou encore par un défaut de prise de conscience au niveau de la santé gynécologique.

Nous chercherons ici à connaître le taux de dépistage adéquat du cancer du col de l'utérus par FCU ainsi que ses déterminants.

A.2 Hypothèses

Pour répondre à cette problématique, deux facteurs qui pourraient expliquer une différence du suivi, s'il y en a une, sont envisagés et seront vérifiés avec les résultats de l'étude :

- Les Femmes se définissant comme lesbiennes ont moins de FCU si le professionnel de santé est au courant de l'homosexualité.
- Une situation socio-économique favorisée influencerait un suivi gynécologique dans cette population de manière positive

A.3 Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude sera de déterminer le taux de FCU chez les femmes de 25 à 65 ans de la population cible.

Nous étudierons également les facteurs favorisant le dépistage ou encore les freins à ce dernier pour notre population d'étude. Une fois ciblés, les facteurs favorisant ou les freins nous permettront d'évoquer les améliorations possibles pour un meilleur suivi gynécologique pour notre population d'étude.

A.4 Matériels et méthodes

A.4.1 Type d'étude

Nous chercherons à répondre à cela par l'exploitation des données de *l'enquête Press Gay et Lesbiennes* (EPGL) menée en 2011 par Santé Publique France. Plus particulièrement nous nous intéresserons aux profils socio-démographiques et au suivi gynécologique des répondantes.

L'EPGL a été menée du 16 mai au 18 juillet 2011. Le questionnaire était disponible en ligne. Pendant ce délai, 17 555 personnes ont répondu à ce dernier. Nous comptons 13 189 hommes et 4 366 femmes parmi tous les questionnaires si nous les séparons en fonction du sexe des participants. Au final, pour les femmes, 3 662 questionnaires ont été analysés. Ce sont de ces derniers, les 3 662 questionnaires analysables, dont nous ferons l'analyse de données.

Le questionnaire comportait 13 pages et comptait 92 questions explorant différents axes (répertoire sexuel, violence, suivi gynécologique etc).

A.4.2 Population d'étude

A.4.2.1 Description de la population

Dans le cadre de notre étude, nous nous intéresserons aux femmes cisgenres de 26 à 65 ans pour répondre aux critères des recommandations de pratique du FCU. Ces femmes devront se définir comme lesbiennes ou homosexuelles. Pour cela nous sélectionnerons les profils des participantes ayant indiquée se qualifiant d'homosexuelles et étant dans la tranche d'âge.

Les femmes doivent se qualifier comme telle pour savoir si cette définition va influencer le professionnel de santé dans ses décisions vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus. Nous considérerons ici qu'une femme se définissant comme telle aura essentiellement des relations avec des femmes et non avec des hommes.

Le critère d'âge a été défini d'après les recommandations du FCU en France qui est de 25 à 65 ans. Ici nous ne prenons les femmes que dès 26 ans pour qu'elles aient déjà eu au moins un FCU à leurs 25 ans, si les recommandations sont respectées. Le but est d'éviter un biais avec les femmes de tout juste 25 ans. D'après les recommandations elles sont supposées avoir effectué un FCU dans leur 26^{ème} année de vie.

A.4.2.2 Critères d'inclusion

Toutes les participantes ayant indiqué se définir comme homosexuelles et dans la tranche d'âge sont incluses dans l'étude. Il n'existe pas d'autres critères d'inclusion ou d'exclusion en dehors de ces deux variables.

A.4.2.3 Critères d'exclusion

Toutes femmes ne se définissant pas comme homosexuelle et ne rentrant pas dans la tranche d'âge de 26 à 65 ans sont exclues de notre recueil.

A.4.3 Variables étudiées

Les réponses des 3 662 questionnaires sont analysées sur le logiciel Stata®. Nous nous intéressons plus particulièrement à 38 questions et sous questions qui concernent :

- Le profil socio-économique
- L'identité sexuelle
- La sexualité
- La vie sexuelle
- Le suivi gynécologique
- Les IST (dépistage et antécédents)

Au final après exclusion des participantes ne rentrant pas dans les critères, la population d'étude se réduit à 1430 participantes. Une fois ce groupe sélectionné, nous l'avons séparé à nouveau en deux groupes :

- Un groupe ayant bénéficié d'un FCU il y a moins de trois ans au moment du remplissage du questionnaire.
- Un groupe ayant un FCU datant d'il y a plus de trois ans ou n'en ayant jamais eu au moment du remplissage du questionnaire.

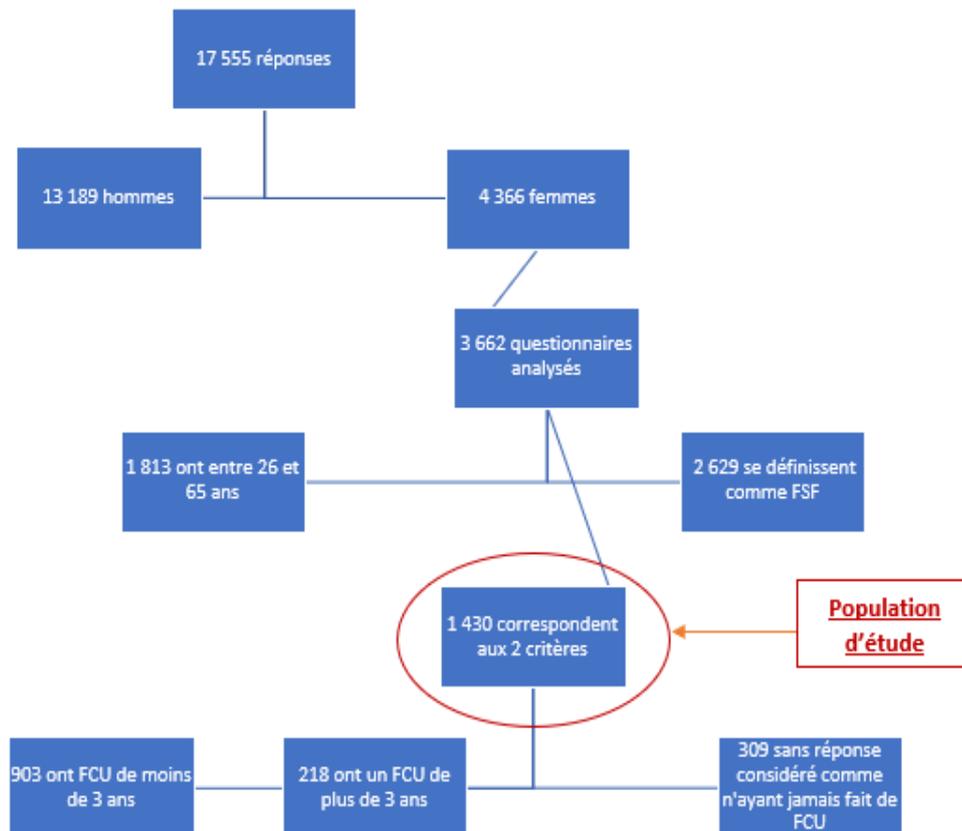


Figure 1 : Arbre sur le nombre de participants et critères d'inclusions

Ici nous considérerons que les patientes qui ont eu bénéficié d'un dépistage datant de moins de trois ans ont un suivi gynécologique dit correct, c'est-à-dire respectant les recommandations. Par ce questionnaire nous n'avons pas la possibilité de savoir la fréquence des consultations à but gynécologique par an. Nous ne pouvons savoir que si elles ont déjà eu une consultation à viser gynécologique et si oui de quand date la dernière. Nous n'avons pas non plus la possibilité de savoir avec qui avait lieu cette consultation : gynécologue, sage-femme ou encore médecin généraliste.

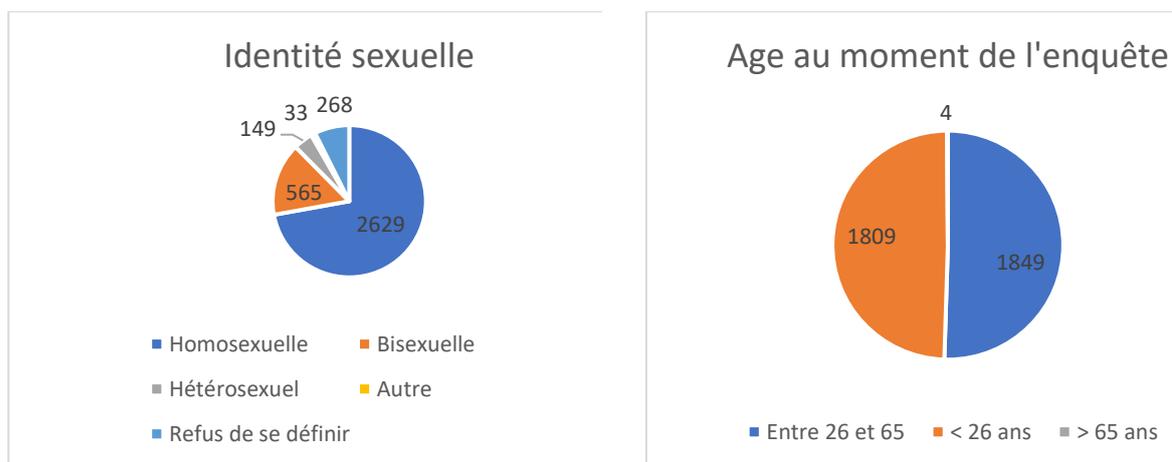
Une analyse univariée ayant pour objectif d'identifier les facteurs associés à un suivis gynécologique adéquat a été réalisée. Ces tests ont tous été réalisés avec le logiciel Stata et nous ont permis de voir s'il existait un lien de significativité ou non entre les variables et le

fait d'avoir eu ou non un FCU de moins de trois ans. Le but est de voir quels facteurs peuvent influencer le dépistage.

B/ Résultats et analyses

B.1 Population étudiée

Nous partions avec un total de 3 662 questionnaires. Après sélection de notre population (tranche d'âge et identité sexuelle), notre population se retrouve réduite à 1 430 questionnaires. Pour cela nous avons croisé les deux données sur l'âge et l'orientation sexuelle ce qui nous a permis de n'avoir que les réponses au questionnaire des personnes ayant simultanément les deux critères.



Figures 2 et 3 : Répartitions des participants selon identité sexuelle et l'âge au moment de l'enquête

Dans notre échantillon, soit les 1 430 questionnaires conservés, plus de 93% sont de nationalité française dont 60,6% sont nées dans un département hors de l'Île-de-France ou DOM-TOM. Soixante-treize virgule trois pourcent des interrogées sont salariées. Le niveau d'étude est mixte, près de 75% ont un niveau d'étude post bac (3^{ème} cycle universitaire ou

grandes écoles, 2^{ème} cycle universitaire ou 1^{er} cycle, BTS, IUT ou prépa). Au niveau de l'état civil, 58,3% sont célibataires. Pour leur sexualité dans la vie, 64,1% ont eu des relations avec des femmes et avec des hommes. Enfin, 79,6% de notre population n'a pas d'enfant face à 20,4% qui en ont, mineurs et/ou majeurs.

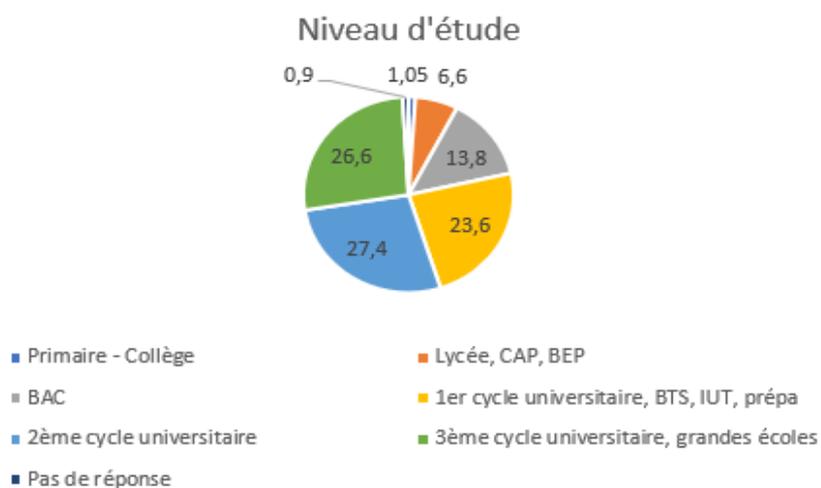


Figure 4 : Répartition des participants selon niveau d'étude

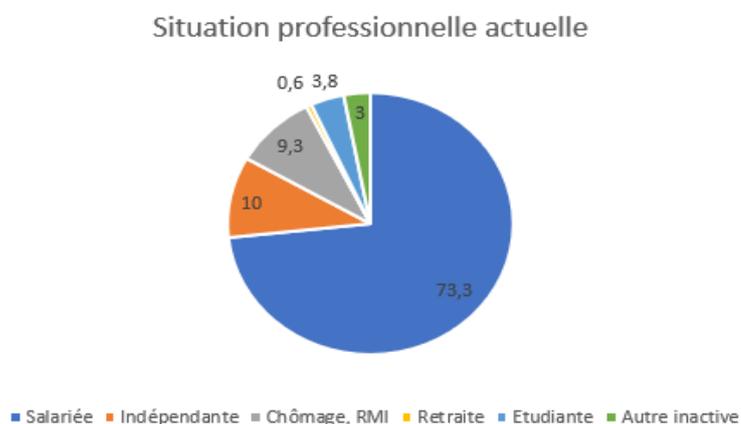
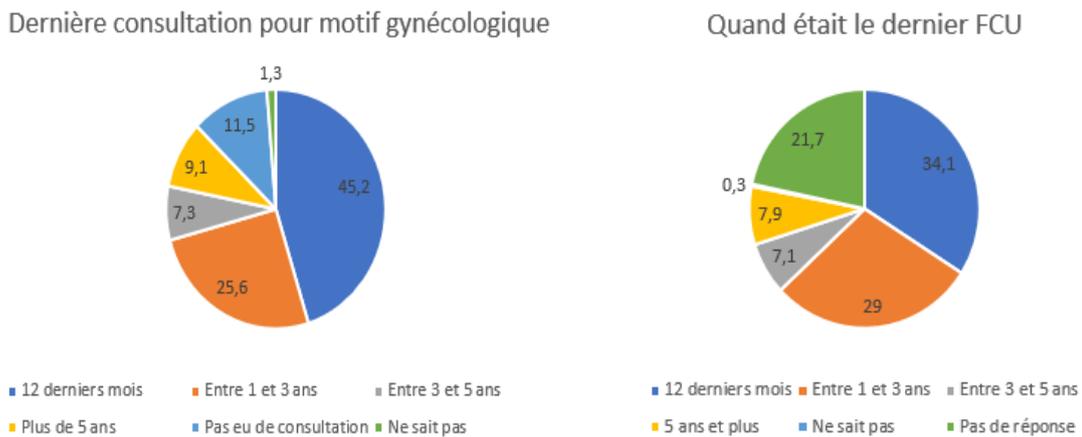


Figure 5 : Répartition des participants selon la situation professionnelle

Au niveau gynécologique, 45,2% de notre population a eu une consultation à motif gynécologique dans les douze derniers mois au moment du remplissage de ce questionnaire et 29,2% en ont eu une il y a plus de trois ans ou n'en ont jamais eu. Nous

avons 96,53% de personnes qui n'ont pas de contraception pour diverses raisons (projet de grossesse, pas de rapport avec des hommes etc). Pour le FCU, 79% en ont déjà eu un dont 34,1% dans les douze derniers mois et 29% entre un et trois ans avant le questionnaire. Soit 63,1% de notre population d'étude a un frottis à jour selon les recommandations au moment de leur réponse au questionnaire.



Figures 6 et 7 : Répartitions des participants selon la dernière consultation pour motif gynécologique et date du dernier FCU

Une fois l'étude de notre population faite, nous avons croisé ses données avec différentes variables afin d'évaluer l'impact que ces dernières pourraient avoir sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Pour cela nous avons sélectionné vingt-et-une variables du questionnaire que nous avons jugé pouvant influencer, ou non le suivi gynécologique et la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus. Parmi celles-ci nous avons la nationalité, l'état civil, le niveau d'étude, la situation socio-professionnelle, avoir des enfants, la sexualité dans la vie, l'âge des premiers rapports (avec homme et femme), le nombre de partenaires sexuels (total et femmes), la fréquence des rapports sexuels, l'identité sexuelle des amis, le fait de mettre au courant ou non le professionnel de santé, avoir eu une mammographie, avoir effectué des dépistages (IST, VHB, VHC, VIH etc), avoir eu une IST ou encore le fait d'avoir une contraception.

B.2 Résultats principaux

B.2.a Résultats du taux de FCU dans l'échantillon

Dans notre échantillon d'étude, nous avons trouvé les résultats suivants au sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus :

Quand était le dernier FCU ?	n	%
12 derniers mois	489	34,1
Entre 1 et 3 ans	414	29
Entre 3 et 5 ans	101	7,1
5 ans et plus	113	7,9
Ne sait pas	4	0,3
Pas de réponse	309	21,7

Figure 8 : Réponses à la question « quand était le dernier FCU ? »

Nous pouvons donc observer que 63,1% de la population d'étude a un FCU datant de moins de 3 ans face à 15% qui en a un de plus de trois ans, 0,3% ne se souvenant plus et 21,7% de non réponse à cette question. Au final nous avons donc une proportion de 63,1% de femmes ayant un FCU respectant les délais de recommandations du dépistage face à 36,9% des femmes ne respectant pas ce délai, où ne se rappelant plus (nous considérons ces dernières comme étant hors délais où n'en ayant jamais fait). Rappelons que dans la première partie, d'après les résultats de la DREES, environ 53% de la population avait un dépistage respectant les recommandations.

Pour rappel, les résultats par tranche d'âge de la DREES étaient les suivants :

- 57,6% chez les 25-34 ans
- 59,2% chez les 35-44 ans
- 53,4% chez les 45-54 ans
- 41,7% chez les plus de 55 ans

Nous estimons qu'il est nécessaire de souligner le fait que la population pour le rapport de la DREES est beaucoup plus nombreuse. De plus, ici nous prenons en compte les femmes de 25 ans pour comparer les deux populations, alors que dans notre étude les femmes de 25 ans ne sont pas prise en compte.

Nous allons donc maintenant à l'aide d'une analyse univariée voir quelles variables pourraient influencer ou non le suivi gynécologique dans notre population d'étude.

B.2.b Résultats significatifs

Après croisements des différentes données à l'aide du test du Chi 2 avec notre population d'étude et la réalisation ou non d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans, certaines données ont montré un lien de significativité. C'est-à-dire qu'il a été trouvé un lien entre la variable et le fait d'avoir ou non un frottis datant de moins de trois ans.

Sur les vingt-huit variables choisies, neuf ont montré un lien significatif. Parmi ces dernières, certaines apparaissent comme étant attendues et d'autres sont au contraire plus surprenantes car non attendue dans les résultats.

Dans les variables semblant évidentes nous retrouvons le fait d'avoir déjà eu une consultation gynécologique, le fait d'avoir une contraception ainsi que le fait d'avoir déjà eu un HPV ou des condylomes.

Pour les tableaux suivants, oui signifie que le FCU a moins de trois ans, non signifie que le FCU a plus de trois ans ou n'a jamais été fait.

Dernière consultation pour motif gynécologique ou contraception							
Population	12 derniers mois	Entre 1 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	Plus de 5 ans	Pas eu de consultation	Ne sait pas	Total
Oui n	588	304	4	4	2	1	902
Oui %	98,16	91,29	4,76	4,26	33,33	20	80,5
Non n	11	29	80	90	4	4	218
Non %	1,84	8,71	95,24	95,74	66,67	80	19,5
Total n	599	333	84	94	6	5	1120
Total %	100	100	100	100	100	100	100
					p=0,000		

Figure 9 : Résultat du test du chi 2 entre la date de la dernière consultation gynécologique et la date du dernier FCU.

Utilisation actuelle d'une contraception							
Population	Oui	Non (enceinte)	Non (pas de rapport avec homme)	Non (projet de grossesse)	Non (autre)	Total	
Oui n	37	22	736	28	79	902	
Oui %	90,24	100	78,72	100	84,04	80,54	
Non n	4	0	199	0	15	218	
Non %	9,76	0	21,28	0	15,96	19,46	
Total n	41	22	935	28	94	1120	
Total %	100	100	100	100	100	100	
					p=0,002		

Figure 10 : Résultat du test du chi 2 entre l'utilisation actuelle d'une contraception et la date du dernier FCU.

Pour les autres valeurs significatives nous avons le fait que le professionnel de santé soit au courant ou non de la sexualité de la patiente.

Le professionnel de santé est-il au courant de la sexualité ?					
Population	Oui, pas de problème	Oui mais mauvaise réaction	Non, pas eu l'occasion de le dire	Non, pas osé le dire	Total
Oui n	652	49	160	39	900
Oui %	88,71	75,38	63,75	66,1	81,08
Non n	83	16	91	20	210
Non %	11,29	24,62	36,25	33,9	18,92
Total n	735	65	251	59	1110
Total %	100	100	100	100	100
					p=0,000

Figure 11 : Résultat du test du chi 2 entre le fait que le professionnel de santé soit au courant de l'identité sexuelle et la date du dernier FCU.

Le fait de pratiquer des dépistages d'infections sexuellement transmissibles comme pour le chlamydia, hépatite C ou VIH/ SIDA nous montre aussi un lien de significativité avec le fait d'avoir recours au dépistage du cancer du col. Le fait d'avoir déjà eu une IST dans sa vie est un facteur aussi, même si quand nous regardons dans le détail les différentes IST, seul le fait d'avoir eu des condylomes ou HPV comme dit plus haut semble significatif. Enfin, en dernière valeurs nous pouvons voir que la situation au niveau de l'état civil influence également la pratique du frottis. Nous pouvons voir que les personnes ayant les taux les plus faibles sont les veuf(ve)s ou les personnes séparées. Ces catégories touchent, en moyenne, une population plus âgée que les autres (célibataires, mariées etc) ce qui revient à dire que plus l'âge est avancé, moins les personnes pratiquent le dépistage comme vu plus haut.

	Etat civil						
Population	Célibataire	Marié e	Pacsé e	Divorcé e	Séparé e	Veuf ve	Total
Oui n	489	14	309	40	19	0	871
Oui %	79,38	82,35	83,73	81,63	67,86	0	80,57
Non n	127	3	60	9	9	2	210
Non %	20,62	17,65	16,26	18,37	32,14	100	19,43
Total n	616	17	369	49	28	2	1081
Total %	100	100	100	100	100	100	100
					p=0,015		

Figure 12 : Résultat du test du chi 2 entre l'état civil et la date du dernier FCU.

B.2.c Résultats non significatifs

Pour les dix-neuf variables restantes nous n'avons pas trouvé de lien de significativité entre ces dernières et la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus. Tout ce qui va concerner la vie sexuelle avec les différents âges des premiers rapports sexuels avec un homme ou une femme, la fréquence des rapports, nombre de partenaires (homme ou femme) ainsi que l'identité sexuelle du partenaire ne semblent pas avoir d'influence. Par exemple, si nous nous intéressons à la variable « sexualité dans la vie » pour laquelle certaines personnes ont répondu « homme uniquement » n'est pas significatif avec le fait de pratiquer le dépistage.

De même pour certains facteurs socio-économiques comme le niveau d'étude, la

situation professionnelle n'ont pas de lien significatif. La situation familiale avec le fait d'avoir ou non des enfants ou encore l'entourage amical paraissent comme n'ayant pas de lien avec le frottis.

Pour les variables autour de la santé gynécologique, celles n'ayant pas de lien sont surtout sur le fait d'avoir eu certaines IST comme le VIH, gonocoque, chlamydia, herpès, syphilis, hépatite B ou autres IST à part les condylomes et HPV comme vu précédemment. C'est également le cas pour le fait d'avoir eu une mammographie ou non.

B.2.d Réponse à la question de recherche

Maintenant que nous avons les résultats de notre étude nous pouvons répondre à la question de recherche. Rappelons que le but de notre étude était de répondre à la question suivante : Quel est le taux de FCU dans la population d'étude selon les recommandations et quels en sont les déterminants ?

Nous avons donc trouvé un taux de 63,1% de FCU datant de moins de trois dans notre échantillon. Après croisement des données afin de rechercher les déterminants qui pourraient influencer le dépistage, neuf variables sont ressorties comme étant significatives. Dans ces variables nous retrouvons le fait d'effectuer le dépistage de certaines IST (chlamydia, VHC, VIH), avoir déjà eu un HPV, le fait que le professionnel de santé soit au courant de la sexualité, avoir une contraception, avoir déjà eu des condylomes ou HPV. Ces variables semblent être des déterminants dans le cadre du dépistage pour cette population.

III/ Analyse des résultats et discussion

A/ Un taux de dépistage adéquat supérieur à celui de la population générale

Avec notre recherche nous avons pu voir que l'étude de Santé Public France montrait un taux de 63,1% de FCU dans la population se définissant comme lesbienne chez les 26-65 ans ayant répondu au questionnaire. Hors d'après la DREES, dans la population générale le taux de FCU est proche de 55%. Nous pouvons donc voir que le taux de dépistage pourrait être légèrement supérieur dans la population lesbienne de notre étude qu'en population générale. Les deux populations n'ayant cependant pas été appareillée sur l'âge ou sur la catégorie socio-économique, il n'est pas possible d'élargir cette conclusion à la population lesbienne en général. Pour rappel, nous avons fait l'hypothèse inverse au vu de la littérature et des propos que nous pouvions lire sur les réseaux sociaux, forums.

Nos résultats suggèrent également que certains facteurs soient impliqués dans la réalisation de ce dépistage. Le tri croisé nous a permis de mettre en évidence des variables significatives vis-à-vis du FCU.

Le fait d'effectuer d'autres dépistages est lié au fait de bénéficier d'un dépistage correct par FCU. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait de dépister certaines IST pour ces femmes les incite aussi à faire le dépistage d'autres pathologies ou d'aller voir un professionnel de santé qui leur proposerait de le faire. De même pour la contraception : de fait la nécessité d'une contraception implique de consulter un.e professionnel.le de santé dans une perspective de santé sexuelle, et facilite donc l'abord de la prévention dans ce champs et donc du FCU. Le fait d'avoir à prendre une contraception implique le fait d'avoir des rapports sexuels avec un homme. Ces femmes se voient-elles proposer le suivi gynécologique proposé aux femmes hétérosexuelles ?

Rappelons tout d'abord les deux hypothèses que nous avons posées en début de la deuxième partie :

- Les Femmes se définissant comme lesbiennes ont moins de FCU si le professionnel de santé est au courant de l'homosexualité.

- La situation socio-économique va influencer le suivi gynécologique dans cette population.

A.1 Attente vis-à-vis des résultats

Nous avons donc pu voir que dans notre échantillon nous avons un taux de 63,1% de pratique du dépistage selon les recommandations actuelles au moment de l'étude. Nous avons également vu que le taux dans la population générale était légèrement inférieur.

L'hypothèse initiale, compte tenu de la littérature et divers témoignages lus sur les réseaux sociaux, forums, articles, livres, était que le taux de dépistage par FCU serait plus faible chez les FSF qu'en population générale.

Pour la seconde hypothèse, nous nous attendions à voir une influence de la situation socio-économique. Par exemple que les femmes avec une situation dite aisée auraient un meilleur suivi que les femmes plus précaires. Nous venons de voir que cela n'était pas vrai dans notre échantillon.

Les résultats obtenus étaient donc inattendus mais dans un sens positif. Les taux étant légèrement supérieurs à la population générale alors que nous nous attendions à des résultats inférieurs à celle-ci. Rajoutons qu'avec près de 70% de femmes ayant un niveau d'études post bac, il n'est pas surprenant d'avoir cette conclusion. Nous ne pouvons pour autant par tirer cette conclusion pour toute la population générale lesbienne.

B/ Un taux de dépistage corrélé à une connaissance par les professionnel.le.s de santé de l'orientation sexuelle de la patiente

Nous venons de voir par notre étude qu'il existait un lien entre le fait d'annoncer sa sexualité et le taux de FCU.

Ces constats nous amènent à nous questionner : Serait-il judicieux de demander à

chaque patiente reçoive son orientation sexuelle ? Le demander à toutes favoriserait-il le dépistage dans cette population ? De plus si cette question devient fréquente et rentre dans l'interrogatoire de base chez tous, nous pouvons imaginer qu'il sera plus simple d'y répondre car devenu commun. En effet il semble logique à tous de devoir dire ses antécédents médicaux à son médecin mais dans l'esprit commun, il n'est pas habituel de se dire qu'il faut parler de sa vie sexuelle à son médecin, surtout dans le cas où ce dernier n'est ni gynécologue, ni sage-femme.

Nous nous attendions au départ à la validation des deux hypothèses. Un professionnel au courant pratiquerait moins de FCU à ces patientes car pourrait considérer que les relations entre femmes sont un facteur protecteur du HPV. Comme par exemple le fait que l'homosexualité pourrait faire penser que la patiente n'a jamais eu de relations sexuelles avec des hommes et donc ne peut être infectée. Pourtant nous avons vu dans la littérature qu'il existait des cas de cancer du col chez ses femmes, et que la majorité des interrogées ont déjà eu des relations avec des hommes. Ces arguments sont donc caducs au vu de nos résultats. Il aurait été intéressant de savoir quelle spécialité exerce le professionnel.le de santé qui a réalisé le dépistage et à qui l'annonce a été faite pour savoir si c'est indépendant ou non de la profession (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue).

Dans le cadre de notre étude il aurait été intéressant de savoir si l'annonce était suite à la question du professionnel.le ou si cela venait de la patiente elle-même. De même il aurait été intéressant de savoir si ce professionnel.le était quelqu'un connu de longue date par la patiente (consultations régulières) ou si c'était au cours de la première consultation. Dans le cas où les consultations sont régulières, nous pouvons supposer qu'un lien de confiance a été instauré entre les deux et que la patiente se sentait plus en confiance de parler de sa vie sexuelle.

Nous avons aussi pu voir que dans un certain pourcentage de cas, 5,2% soit 75 participantes, ont vu la personne en face d'elle avoir une réaction qui leur a déplu. Sur ces 75 personnes, 49 ont un FCU de moins de trois ans. Mais face à cette réaction nous pouvons nous questionner sur le fait qu'elles retournent ou non faire ce dépistage, même si à priori la réaction n'a pas empêché la pratique du FCU pour ces femmes.

Il aurait également été intéressant de connaître l'âge des professionnel.le.s concerné.e.s par cette étude afin de voir s'il existe un lien entre l'âge et la pratique du dépistage par ces derniers. Nous pourrions être amené à nous dire que les plus jeunes sont plus sensibles et plus au courant de la santé sexuelle LGBT que les plus âgés. Rappelons que le tabou n'a été levé que très récemment sur ce sujet ce qui peut expliquer l'absence de question de ce genre par des praticien.ne.s plus âgé.e.s. Même si, rappelons-le, les formations actuelles ne sensibilisent que très peu voire pas du tout au suivi de la santé sexuelle des communautés LGBT. Pour cela il faut en général suivre des formations parallèles.

C/ Le lien entre situation socio-économique et accès à un dépistage adéquat non retrouvé dans cet échantillon

Pour la deuxième hypothèse, nous avons pu voir avec notre test du chi 2 qu'il n'existait pas de lien de significativité entre la pratique du dépistage et la situation socio-économique. Nous ne pouvons pas dire qu'avoir une certaine situation influence plus qu'une autre. Cette seconde hypothèse est donc elle aussi rejetée.

Rappelons que dans notre population d'étude, 83,3% des femmes sont dans la vie active (salariée ou profession indépendante). Au niveau des études, 77,6% d'entre elles ont un niveau supérieur au baccalauréat (études supérieures allant du premier cycle universitaire au 3^{ème} cycle). En 2015, nous estimons que près de 78% de la population générale avait le baccalauréat, femmes et hommes. D'après le tableau suivant nous pouvons avoir une idée du niveau d'étude dans la population générale.

1. Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2015

en %

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme (ou CEP)	8,1	10,2	10,7	12,8	18,2	17,9	29,5	23,8
Brevet des collèges	3,7	4,5	3,6	3,8	7,1	5,0	8,8	6,8
CAP, BEP ou équivalent	16,6	21,9	17,5	24,8	28,7	37,0	25,2	35,4
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	22,3	22,6	20,4	20,8	16,6	13,1	14,0	11,7
Supérieur court (niveau bac + 2)	18,0	14,4	22,1	15,7	15,0	11,7	11,4	8,2
Supérieur long (supérieur à bac + 2)	31,3	26,4	25,7	22,1	14,4	15,3	11,1	14,1
Ensemble	100,0							
Part de bacheliers ou plus	71,6	63,4	68,2	58,6	46,0	40,1	36,5	34,0

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 25 à 64 ans.

Source : Insee, enquête Emploi 2015.

Figure 13 : Résultats de l'enquête Emploi 2015 de l'INSEE, tableau du diplôme le plus élevé selon âge et sexe.

Nous pouvons constater que notre population a un niveau d'étude supérieur à la population féminine générale. Un rapport de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques (32) mené dans la région Provenances-Alpes-Côtes d'Azur montre que les femmes ont tendance à être plus diplômées, environ 27% d'entre elles ont un niveau supérieur au baccalauréat mais cela est aussi associé à un taux de chômage plus important à environ 15%. Dans la population générale, femmes et hommes donc, nous retrouvons un taux de 34% de personnes ayant fait des études supérieures.

D'après un second rapport de l'INSEE (33) environ 61,5% des femmes entre 25 et 65 ans sont dans la vie active. Face à nos 83,3% nous pouvons déduire que notre population a un niveau d'activité plus important que dans la population générale féminine en France.

Dans notre étude nous n'avons pas montré de lien entre une situation socio-économique aisée et un meilleur suivi. Pourtant dans la population générale, les études montrent qu'il existe un lien entre ces deux variables ((34) (35)). En effet il semblerait que pour la population générale, avoir une situation socio-économique aisée et associée à un meilleur suivi du point de vue du dépistage du cancer du col de l'utérus. De là nous savons avec toutes ces informations que notre population d'étude a une situation socio-économique et un taux d'études supérieures plus élevés que la population générale. Cette

différence explique le taux de FCU plus élevé et donc le rejet de notre hypothèse.

Tout ceci reste assez logique, si dans la population générale le taux de dépistage est corrélé à la situation socio-économique et que notre échantillon a une meilleure situation socio-économique que la population générale, son taux de dépistage sera supérieur.

D/ Forces et limites de l'étude

D.1 Axes d'amélioration possibles pour améliorer les résultats

Tout d'abord sur toutes les questions du questionnaire nous n'avons pas exploré tous les axes. Il se pourrait qu'en analysant toutes les questions et en les croisant avec nos critères, nous obtenions plus de variables ayant un lien significatif. Si nous arrivions à trouver un nombre de variables assez importants, nous pourrions affiner les facteurs favorisant ou non le suivi et donc insister sur ces derniers pour améliorer le dépistage. Ajoutons que nous avons sélectionné les variables qui nous semblaient être les plus importantes pour notre étude et nos résultats.

En explorant d'autres hypothèses nous aurions également pu creuser plus loin dans notre réflexion. Comme vu dans la partie d'avant, en invalidant nos hypothèses, d'autres questions sont ressorties. Pour améliorer l'étude il serait intéressant de chercher à répondre à ces dernières afin d'aller plus loin dans la réflexion de la pratique du dépistage de l'HPV dans la population FSF.

En élargissant les critères pour avoir une population plus importante ou plus hétérogène, nous pourrions peut-être faire ressortir des variables avec un lien significatif que nous n'avons pas avec notre effectif de base. Dans le même sens, restreindre les critères pourrait aussi faire ressortir certaines variables qui seraient masquées avec nos critères actuelles.

Les croisements de plusieurs variables entre elles pourraient être aussi une manière d'améliorer et d'affiner les résultats. Toujours dans ce but de potentiellement trouver de

nouvelles variables ayant un lien significatif.

Dans le but de pouvoir extrapoler ces résultats à la population FSF en général ainsi que de pouvoir réaliser une comparaison statistiquement valide avec la population générale. Il aurait été intéressant de pouvoir traiter ces résultats afin de les standardiser sur l'âge et que la situation socio-économique. En l'absence de ce traitement nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses ayant pour vocation à être vérifiées.

D.2 Points forts

Pour notre étude, nous pouvons relever plusieurs points forts qui nous ont permis de pouvoir répondre aux hypothèses et à la question de recherche de manière la plus précise possible.

Le premier point important est le nombre important de sujet. Rappelons qu'au départ nous partions avec 3 662 questionnaires, après le tri de ces derniers en fonction de nos critères d'inclusions et exclusions, nous n'avions plus que 1 430 questionnaires à analyser. Ce nombre reste conséquent et nous a permis d'avoir une population la plus représentative possible à notre échelle. Comme le questionnaire a été diffusé par Santé Publique France, qui est un organisme national, cela a permis une plus large diffusion que si nous avions lancé nous même le questionnaire et donc dans la logique des choses, a permis d'obtenir ce nombre de questionnaire plus important.

Cette large diffusion par Santé Publique France a également permis d'obtenir des réponses provenant de profils variés. Que ce soit au niveau de la situation socio-économique, conditions de vie ou encore sur le département de naissance, nous avons divers profils permettant d'avoir un panel élargit pour notre population d'étude. Même si la majorité de notre population a un niveau d'études post bac, nous pouvons voir des différences sur les années d'études allant du niveau primaire au 3^{ème} cycle universitaire.

Rappelons que ce questionnaire, sans notre sélection des variables qui nous concernaient, possédait 13 pages et comportait 92 questions et donc un nombre encore

plus important de variables en fonction des réponses. Nous n'avons choisi de travailler que sur une vingtaine de variables qui nous ont déjà donné beaucoup d'informations et de réponses à nos questions, hypothèses. Ces multitudes de variables à analyser et croiser entre elles nous ont permises d'affiner nos recherches, de répondre aux hypothèses et ainsi d'aller plus loin dans notre réflexion.

D.3 Limites et biais de l'étude

Dans notre étude nous avons rencontré certaines limites et des biais que nous allons expliquer ci-dessous en les détaillant point par point.

Pour répondre à la question de recherche et hypothèses, nous avons comparé nos résultats à ceux publiés par la DREES qui concernait la population générale. Nos résultats montrent un taux supérieur de dépistage du FCU de moins de trois ans pour la population se définissant comme lesbienne comparé à la générale mais pourtant les deux taux n'ont pas les mêmes nombres de réponses ni même les mêmes critères. Nous avons choisi d'étudier un profil particulier alors que la DRESS n'a pas exclu les femmes de 25 ans comparé à nous, ce qui peut être considéré comme un biais pour la comparaison des résultats et des taux.

Une autre limite que nous avons rencontré pendant notre recueil de données et le fait de ne pas connaître le nombre de FCU eu pour chaque femme au cours de leurs vies. Connaître ce nombre nous aurait permis aussi de voir si le nombre de FCU eu par chacune correspondait au nombre qu'elle est supposée avoir selon les recommandations à l'âge auquel elle a répondu à l'enquête. Ici nous ne pouvons savoir que de quand date le dernier au moment de la réponse au questionnaire.

Pour les réponses fournies aux questions sur le frottis, nous pouvons savoir de quand date le dernier dépistage. Par contre il nous est impossible de savoir la qualité de leur suivi. C'est-à-dire que nous ne pouvons pas savoir si ces femmes ont un frottis tous les trois ans, si les résultats sont normaux, ou s'ils sont plus espacés, rapprochés. En bref, nous ne pouvons pas savoir si le suivi gynécologique au niveau du dépistage du cancer du col de

l'utérus suit vraiment les recommandations tout au long de la vie de ces patientes.

De plus nous ne connaissons pas les résultats des FCU réalisés. Si nous avions la réponse sur cela nous pourrions aussi savoir si les patientes ont besoin d'un suivi classique ou d'un suivi spécialisé avec des FCU plus rapprochés dans le temps. Même si cela n'impacte pas réellement notre étude, nous aurions pu savoir si notre population avait un suivi plus classique ou plus spécialisé que la population générale. Et donc savoir si elle était plus à risque de cancer du col de l'utérus ou non. Mais cela va plus loin que notre étude de base.

Enfin, le dernier point faible de notre étude est la date de réalisation de l'étude. Rappelons que l'étude menée par Santé Publique France date de 2011, soit d'il y a neuf ans. Les chiffres qui ont été obtenus peuvent ne plus être d'actualité. En allant plus loin, la visibilité de la communauté FSF ainsi que les connaissances sur les pratiques des sages-femmes ont peut être augmenté depuis cette année-là. Pour les compétences des sages-femmes, ces professionnels peuvent pratiquer des frottis depuis la loi HPST de 2009. Soit deux ans avant l'étude. Nous pouvons espérer que maintenant les compétences sont mieux connues et que les femmes ont un nouveau professionnel qu'elles peuvent aller voir en plus d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste pratiquant de la gynécologie. Nous pouvons espérer qu'une visibilité plus large de cette population ainsi qu'un choix plus large de professionnels de santé amplifient et améliorent le dépistage du cancer du col de l'utérus.

E/ De nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

E.1 Explications des nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus de 2019 (36)

En juillet 2019, la HAS a sorti des nouvelles recommandations quant au dépistage du cancer du col de l'utérus en actualisant les dernières datant de 2010. Ce dépistage concerne les femmes de plus de 30 ans et serait en première intention car plus efficace que l'examen

cytologique. En 2019, le taux de dépistage reste à environ 60% ce qui reste insuffisant. Le but de la HAS est de maintenir les anciennes recommandations visant les femmes de 25 à 65 ans mais fait évoluer les modalités pour les femmes de plus de 30 ans. Rappelons que le dépistage concerne toutes les femmes, qu'elles soient vaccinées ou non, de 25 à 65 ans, immunocompétentes et sans hystérectomie totale. Les nouvelles recommandations concernent un test dit test HPV, il se différencie de l'ancien test par le fait qu'il ne s'intéresse pas à la morphologie des cellules mais va rechercher la présence d'ADN du virus HPV à haut risque. Il est actuellement encore en phase de test.

Le principe du test reste le même dans le sens où il s'agit d'un prélèvement cervico-utérin mais il est possible de le réaliser en auto-prélèvement vaginal pour les femmes sans dépistage régulier ou encore éloignées des systèmes de soins.

A la différence des anciennes recommandations, si le résultat est négatif, l'intervalle entre deux dépistages passe de trois à cinq ans. S'il est positif, il faudra alors réaliser un examen cytologique réflexe. Si une lésion de grade ASC-US ou plus sévère est retrouvée, il faudra réaliser une colposcopie. Si le résultat est négatif, il faudra réaliser un nouveau test HPV un an après. Si ce dernier est négatif, le suivi redevient classique, s'il est positif à nouveau il faudra directement faire une colposcopie.

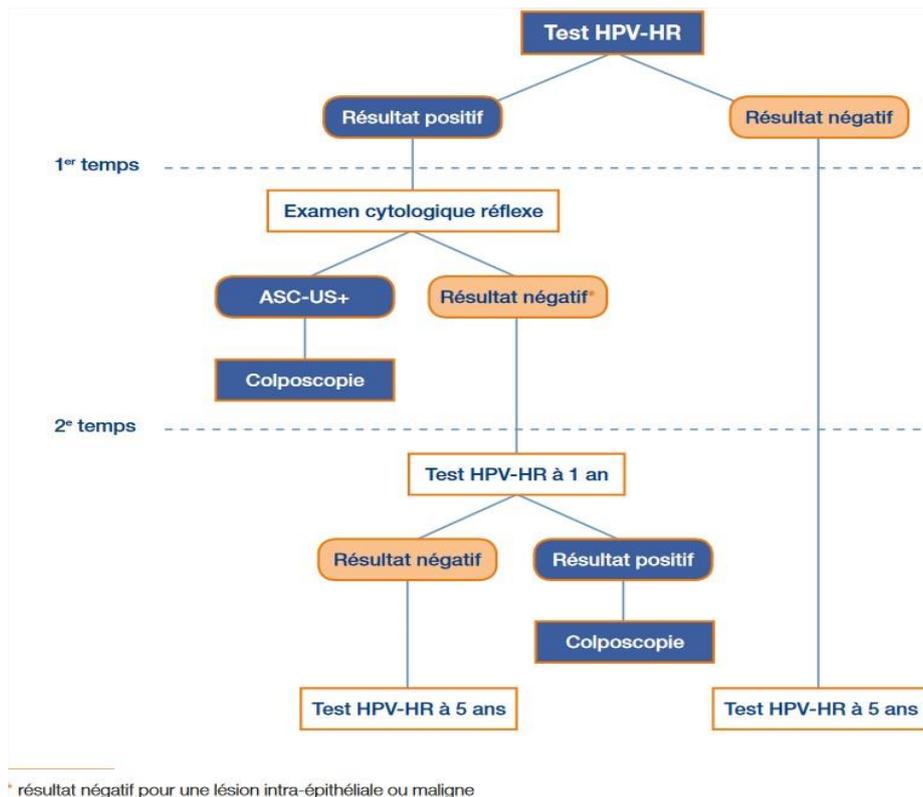


Figure 14 : Arbre décisionnel selon les nouvelles recommandations du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Pour les moins de 30 ans il n'est pas recommandé de réaliser ce test au vu du nombre important d'infections transitoires à HPV pouvant exposer à des traitements inadaptés et faire prendre des risques pour des grossesses ultérieures. L'examen cytologique en milieu liquide reste en première intention pour les femmes de 25 à 30 ans.

E.2 Hypothèses pour les résultats futurs selon ces recommandations

Avec ces nouvelles recommandations qui ont pour but d'améliorer ce dépistage, de nouvelles hypothèses, questions peuvent nous venir à l'esprit. Si les délais sont allongés à cinq ans et qu'il est possible de faire des autos prélèvements, nous pouvons espérer que la population FSF sera plus sensible à ce dernier. Ainsi que la population générale tout simplement.

D'autres interrogations peuvent être soulevées. Si les consultations pour le frottis ne se font que tous les cinq ans, nous pouvons nous questionner sur le fait que les patientes consultent moins régulièrement où se fassent moins dépister. Ce qui entrainerait une augmentation du taux d'IST par exemple par défaut de dépistage. Tout ceci n'est qu'hypothétique mais nous pousse à soulever ce genre de problématique qui pourrait survenir.

E.3 Place des sages-femmes dans tout cela

La sage-femme a un rôle essentiel de prévention et de dépistage. Elle fait partie, au même rang que les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens, des personnes en première ligne dans le cadre du dépistage national du cancer du col de l'utérus. Il est important d'insister sur ce dépistage chez les femmes dès leurs 25 ans afin d'améliorer les taux de suivi assez faible.

Nous avons vu de plus que le fait de mettre le professionnel de santé au courant de son orientation sexuelle influençait le suivi et le dépistage. Nous devons faire de cette question une question de routine pour enlever son côté tabou. Si certains professionnels pensent que les relations entre femmes ne sont pas des facteurs de risque du cancer du col de l'utérus, la littérature et les études nous montrent l'inverse. Notre rôle est de pratiquer les soins, dépistages et préventions sans discrimination, jugement ou à priori. Nous pouvons espérer que si l'orientation sexuelle devenait un sujet neutre aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients, le tabou serait levé et permettrait une meilleure prise en charge médicale.

Même si ce n'est pas le but de notre étude, nous pouvons quand même souligner le taux assez peu élevé de dépistage pour ce cancer quelle que soit la population. Le problème ne semble, à première vue donc pas lié à la sexualité de la patiente mais à un problème plus global : information ? pratique ? connaissances de la population sur ce dernier ?

Conclusion

Le cancer du col de l'utérus reste l'un des cancers qui touche le plus les femmes en France malgré des recommandations de dépistage universel, et ceci quel que soit l'identité sexuelle. En effet même avec les méthodes mises en place pour le limiter, nous ne retrouvons qu'un taux aux environs de 53% dans la population générale de dépistage correct.

Après rejet de nos deux hypothèses de départ, nous avons pu montrer un taux de dépistage légèrement supérieur dans notre population d'étude. Pourtant les taux ne devraient pas être différents, l'identité sexuelle ne devant pas être un frein, surtout à une prise en charge médicale adaptée, recommandée. Nous avons pu voir que la population d'étude était sujette à certaines pathologies la rendant plus vulnérable. Il est donc essentiel de lever le tabou sur l'orientation sexuelle pour que chacun puisse bénéficier d'un suivi adapté sans différence de taux d'atteintes de pathologies.

Nous avons également pu constater que le problème du suivi gynécologique semblait plus global. Manque de connaissance sur le suivi gynécologique ? Peur de la consultation ? Les hypothèses sont nombreuses et il serait intéressant de travailler dessus pour améliorer le dépistage de ce cancer ainsi que celui du cancer du sein. Il faudrait aussi trouver les freins à ce suivi pour toute la population générale. Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus allant de 53 à 63% selon les populations.

Nous avons pu voir aussi que des nouvelles recommandations allaient être mises en place pour le dépistage du cancer du col. Plus simple à faire, nous pouvons espérer que de cette façon le taux de dépistage sera en amélioration. Il serait intéressant d'étudier les différences de taux entre les anciennes et nouvelles recommandations quand ces dernières auront fait leurs preuves d'ici quelques années pour avoir le recul nécessaire pour la comparaison.

Nous avons également pu nous rendre compte que le dépistage était meilleur chez les femmes qui ont dit être homosexuelles à leurs soignants. Inviter les professionnels de santé ainsi que les patientes à discuter de l'orientation, identité sexuelle en consultation

semble essentielle à un meilleur suivi et permettrait de proposer un suivi en santé sexuelle adapté aux problématiques spécifiques.

Ce travail nous a permis de mettre en avant le suivi gynécologique et plus particulièrement de la pratique du FCU dans la population FSF. Nous avons pu identifier des facteurs favorisants et des freins à ce dernier mais il reste nécessaire d'approfondir le sujet et surtout de refaire une étude plus récente sur le sujet afin de voir l'évolution dans le temps de ce dernier.

Références bibliographiques

1. Lansac J. : Examen gynécologique. Wikinu Collège Gynécologie; 2007. 3. Membrado M. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouv Quest Féministes*. 2006;25(2):16-31.
2. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. mai 2011;40(3):279-82.
3. Plus d'une femme sur cinq n'est pas suivie régulièrement par un gynécologue [Internet]. La Parisienne. 2011 [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/plus-d-une-femme-sur-cinq-n-est-pas-suivie-regulierement-par-un-gynecologue-19-10-2011-1676500.php>
4. Mouco S, Delorme E. Élaboration et évaluation d'une brochure d'information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en médecine générale. 9 déc 2016;146.
5. AMELI, Dépistage gratuit du cancer du sein pour les femmes entre 50 et 74 ans [consulté le 07/08/2019]. Disponible à partir de : URL : <<https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans> >
6. Von Lennep F. L'Etat de santé de la population française. Rapport 2015. 206-288. Disponible à partir de : URL : < https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf >
7. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F. L'Etat de santé de la population française. Rapport 2017. 228-306.
8. Quelques chiffres | Prévention IST [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://preventionist.org/les-ist-qu-est-ce-que-c-est/quelques-chiffres>
9. Santé publique France - Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
10. Singh D, Fine DN, Marrasso JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997

- to 2005. Am J Public Health. juill 2011;101(7):1284-90.
11. Chlamydiae - Chlamydia trachomatis - Fiches santé et conseils médicaux [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/chlamydiae/quelles-atteintes-liees-chlamydia-trachomatis>
 12. Lhomond B .et al , Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé , Résultats de l'enquete nationale sur les violences envers les femmes e n France, 2003
 13. Larousse É. Définitions : lesbien, lesbienne - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lesbien_lesbienne/46751
 14. Sept milliards de Terrien-ne-s: combien de gays et de lesbiennes? [Internet]. Yagg. 2011 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://yagg.com/2011/10/31/sept-milliards-de-terrien-ne-s-combien-de-gays-et-de-lesbiennes/>
 15. Les Français, le sexe et la politique - IFOP [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-le-sexe-et-la-politique/>
 16. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to Be Done. Am J Public Health. 1 juin 2008;98(6):989-95.
 17. Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 7 septembre 2011 Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles? DavidGarcia Nuñeza , Matthias Jägerb , psychiatre et psychothérapeute à Zurich, Suisse. Forum Med Suisse, 2011
 18. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre Sex Société [Internet]. 29 juin 2009 [cité 29 déc 2018];(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/951>
 19. S48017.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S48017.pdf
 20. Thibaut J. THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. 2016;383.
 21. Koh AS, Ross LK. Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. J Homosex. 2006;51(1):33-57.

22. Mason TB, Lewis RJ. Minority stress and binge eating among lesbian and bisexual women. *J Homosex*. 2015;62(7):971-92.
23. Mravcak SA. Primary Care for Lesbians and Bisexual Women. 2006;74(2):8.
24. Le suivi gynécologique des lesbiennes [Internet]. [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.lecrips.net/l/L1bis/>
25. Zeidenstein L. Gynecological and childbearing needs of lesbians. *J Nurse Midwifery*. 1 janv 1990;35(1):10-8.
26. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. 4 mai 2013;13:442.
27. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
28. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pr*. 1 juin 2000;50(455):481-2.
29. Carroll N, Goldstein RS, Lo W, Mayer KH. Gynecological Infections and Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 1 mars 1997;1(1):15-23.
30. Devika Singh et al, Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005, *American Journal of Public Health* | July 2011, Vol 101, No. 7
31. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Rodrigues dos Santos R, Freitas I. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *J Sex Med*. 1 juill 2018;15(7):966-73.
32. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.mdedge.com/ccjm/article/95496/practice-management/ending-lgbt-invisibility-health-care-first-step-ensuring>
33. McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Aust Fam Physician*. juin 2009;38(6):388-93.
34. Les femmes sont plus scolarisées et diplômées que les hommes, mais davantage au chômage - Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur - 10 [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285500>

35. Activité selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489758#tableau-figure1_radio1
36. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique. 6 août 2013;Vol. 25(3):255-62.
37. 2c622650-b2fb-49be-8779-f354be25f176.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur:
<https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2c622650-b2fb-49be-8779-f354be25f176>
38. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 déc 2019]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

Annexes

Annexe 1 : questionnaire de l'EPGL 2011, questions utilisées pour notre étude.

https://mail.google.com/mail/u/0/#search/ceane+gaigoad+kanz/FilfcgpxzAlbnzNqmqmBVDVSGzWXRJM?projector=1&messageFartId=0.1

L'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 – version internet Femmes

46. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé une boisson contenant de l'alcool ?
 1 Jamais
 2 1 fois par mois ou moins souvent
 3 2 à 4 fois par mois
 4 2 à 3 fois par semaine
 5 4 fois ou plus par semaine

➔ Si vous n'avez jamais consommé de boisson contenant de l'alcool, passez à la question 47.

46.1 Combien de verres contenant de l'alcool, buvez-vous un jour typique où vous buvez ?
 1 1 ou 2
 2 3 ou 4
 3 5 ou 6
 4 Plus de 6

46.2 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 6 verres ou plus de boissons alcoolisées lors d'une même occasion ?
 1 Jamais
 2 Moins d'une fois par mois
 3 Une fois par mois
 4 Une fois par semaine
 5 Tous les jours ou presque

47. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
 1 Oui
 2 Non

47.1 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
 1 Oui
 2 Non

47.2 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
 1 Oui
 2 Non

47.3 Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?
 1 Oui
 2 Non

48. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé les produits suivants ?

Une réponse par ligne	Non	1 ou 2 fois	3 à 9 fois	10 fois et +
Cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ecstasy /MDMA	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Cocaine	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Amphétamines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :				

49. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des

Une réponse par ligne	Jamais	Occasionnellement	Régulièrement
Anxiolytiques (Lexomil®, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Antidépresseurs (Prozac®, ...)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Somnifères	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

50. Vous est-il arrivé d'avoir une dépression ?
 1 Oui, ces 12 derniers mois
 2 Oui, avant
 3 Non, jamais

51. Avez-vous déjà pensé au suicide ?
 1 Oui, ces 12 derniers mois
 2 Oui, avant
 3 Non, jamais

52. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?
 1 Oui, ces 12 derniers mois
 2 Oui, avant
 3 Non, jamais
 1 1 fois
 2 Plusieurs fois
 Si oui, quel âge avez-vous lors de votre (première) tentative de suicide ?
 _____ ans

53. Quand avez-vous eu votre dernière consultation pour un motif gynécologique ou de contraception, que ce soit avec un généraliste ou un spécialiste ?
 1 Au cours des 12 derniers mois
 2 Plus d'1 an et moins de 3 ans
 3 Plus de 3 ans et moins de 5 ans
 4 5 ans et plus
 5 Vous n'avez jamais eu de consultation
 6 Vous ne savez pas

54. Avez-vous déjà eu un frottis vaginal ?
 1 Oui
 2 Non
 3 Vous ne savez pas

55. Avez-vous déjà fait une mammographie ?
 1 Oui
 2 Non
 3 Vous ne savez pas

Version finale Page 8

12/08/2019

IMG_2229.JPG

L'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 – version internet Femmes

56. Avez-vous déjà été enceinte ?

1 Oui 2 Non

Filter Si oui, combien de fois dans votre vie avez-vous été enceinte sans l'avoir prévu ? [][]

Filter 2 Si différent de 0, en quelle année était-ce la dernière fois ? [][][][]

Si oui, combien avez-vous eu d'interruptions volontaires de grossesse ou d'avortements ? [][]

Filter 2 Si différent de 0, en quelle année était-ce la dernière fois ? [][][][]

57. Utilisez-vous une méthode de contraception actuellement ?

- 1 Oui
- 2 Non, je suis enceinte
- 3 Non, je n'ai pas de rapports avec des hommes
- 4 Non, je cherche à être enceinte
- 5 Non pour d'autres raisons

Filter-expand 57.1 Si oui, quelle-s méthode-s utilisez-vous ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 Pilule
- 2 Stérilet
- 3 Implants, anneaux, patchs
- 4 Préservatif masculin
- 5 Préservatif féminin
- 6 Autres

58. Avez-vous fait un test de dépistage de l'infection à Chlamydia ?

1 Oui, une fois 2 Oui, plusieurs fois 3 Non 4 Vous ne savez pas

59. Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible (IST) autre que le VIH ? Laquelle et quand ?

Une réponse par ligne

	Oui, ces 12 derniers mois	Oui, avant	Non, jamais
Gonococcie uro-génitale	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Syphilis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hépatite B	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Herpès génital	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Condylomes - papillomavirus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Chlamydia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Autre IST (sauf VIH), précisez : _____

60. Avez-vous déjà eu une hépatite A confirmée par votre médecin ?

1 Oui, ces 12 derniers mois 2 Oui, avant 3 Non, jamais

61. Etes-vous vaccinée ?

Une réponse par ligne
contre l'hépatite A
contre le papillomavirus
contre l'hépatite B

Oui	Non	Vous ne savez pas
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

62. Avez-vous déjà fait un test de dépistage de l'hépatite C ?

1 Oui, ces 12 derniers mois 2 Oui, avant 3 Non, jamais 4 Vous ne savez pas

Filter Si oui, quel était le résultat de ce dépistage ?

1 Positif 2 Négatif 3 Vous ne savez pas

VIH

63. Au cours de votre vie, avez-vous fait un test de dépistage du VIH ? OBLIGATOIRE

1 Oui, une fois 2 Oui, plusieurs fois 3 Non

➔ Si vous n'avez jamais fait de test du VIH, passez à la question 73

64. Combien de tests VIH avez-vous fait au cours des 12 derniers mois ? [][]

65. Quelle est la date de votre dernier test VIH négatif ? Mois [][] Année [][][][]

L'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 – version internet Femmes

66. Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre dernier test de dépistage du VIH ?

Plusieurs réponses possibles

- 1 A la suite d'un problème de santé
- 2 A la suite d'un incident ou d'une rupture de préservatif
- 3 A l'annonce de la séropositivité d'un partenaire sexuel
- 4 A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous aviez pris des risques
- 5 Parce que vous vérifiez régulièrement votre sérologie
- 6 A la suite d'un changement de partenaire
- 7 Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable
- 8 A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation
- 9 Parce qu'un médecin vous l'a proposé dans le cadre d'un bilan

67. Où avez-vous fait votre dernier test VIH ?

Une seule réponse possible

- 1 Dans un laboratoire d'analyses médicales avec une ordonnance
- 2 Dans un laboratoire d'analyses médicales sans ordonnance
- 3 Dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)
- 4 Dans une consultation hospitalière, aux urgences (hors CDAG)
- 5 Dans un centre communautaire
- 6 Chez moi avec un auto-test
- 7 Autre, précisez : _____

68. Avez-vous reçu des conseils, informations (counseling) lors de ce dernier test ?

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Avant le test | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas |
| A la remise du résultat | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> Non | 3 <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas |

69. Actuellement, vous êtes :

Une seule réponse possible

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Séronégative | 3 <input type="checkbox"/> Séropositive |
| 2 <input type="checkbox"/> Vous étiez séronégative lors du dernier test mais vous n'êtes plus certaine de l'être encore aujourd'hui | 4 <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas |

➔ Si vous êtes séronégative ou ne connaissez pas votre statut actuel, passez à la question 73

70. A quelle date avez-vous eu connaissance de votre séropositivité ?

Mois / Année / / / /

71. Avez-vous parlé de votre séropositivité ?

Une réponse par ligne

- | | Oui | Non | Non concernée |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A votre partenaire stable | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A d'autres partenaires sexuels | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A votre mère | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A votre père | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A un frère ou une sœur | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A des collègues de travail | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A vos amis | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| A des associations | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

72. Actuellement, recevez-vous un traitement pour votre infection à VIH ?

- 1 Oui 2 Non

En quelle année, avez-vous reçu votre premier traitement antirétroviral ?

Année / / /

Votre dernière charge virale était-elle ?

- 1 Détectable 2 Indétectable 3 Vous ne savez pas

Avez-vous réalisé le dernier contrôle de votre charge virale au cours des 12 derniers mois ?

- 1 Oui 2 Non

Vos derniers CD4 étaient :

- 1 Inférieurs à 200 2 De 200 à 349 3 De 350 à 500 4 Supérieurs à 500 5 Vous ne savez pas

Avez-vous réalisé le dernier contrôle de vos CD4 dans les 12 derniers mois ?

- 1 Oui 2 Non

73. Avez-vous entendu parler d'un traitement d'urgence qui, pris juste après un rapport sexuel non protégé, peut réduire le risque d'être contaminé par le VIH (traitement post-exposition) ?

- 1 Oui 2 Non

74. Avez-vous déjà consulté afin de recevoir ce traitement d'urgence ?

- 1 Oui 2 Non

L'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 – version internet Femmes

PROFIL

75. Où êtes-vous née ?

1 France métropolitaine

2 DOM/TOM

3 Autre, précisez le pays : _____

Filter Si vous êtes née dans les DOM/TOM / à l'étranger : à quel âge êtes-vous arrivée en métropole / en France ? __ ans

76. Quelle est votre nationalité ?

1 Française de naissance

2 Française par acquisition

3 Etrangère / Autre

77. Ou est né votre père ?

France métropolitaine

DOM/TOM

3 Autre, précisez le pays : _____

78. Ou est née votre mère ?

France métropolitaine

DOM/TOM

3 Autre, précisez le pays : _____

79. Quel est le numéro de votre département de résidence ? Pour l'étranger, inscrivez 999 | | | | |

Filter Pour les personnes résidant à l'étranger, précisez le pays : _____

80. Quel est votre lieu de résidence ?

1 En milieu rural

4 Ville de plus de 100 000 à 500 000 habitants (exemples : Grenoble, Toulouse, Lille, Strasbourg ...)

2 Commune de 20 000 habitants ou moins (exemples : Manosque, Verdun, Marmande, Douarnenez ...)

5 Ville de plus de 500 000 habitants (exemples : Lyon, Marseille, Paris ...)

3 Ville de plus de 20 000 à 100 000 habitants (exemples : Montreuil, Poitiers, Valence, Calais ...)

81. Actuellement, vous êtes ?

1 Célibataire

3 Pacsée

5 Séparée

2 Mariée

4 Divorcée

6 Veuve

➔ Si vous êtes mariée, passez à la question 83 - Si n'êtes pas pacsée, ni mariée, passez à la question 82.5

82. A quelle date vous êtes-vous pacsée ?

Mois | | | | | Année | | | | |

82.3 Avez-vous fêté votre Pacs

1 Avec la plupart de vos ami-e-s et des membres de votre famille

4 Juste avec quelques personnes (choisies)

2 Avec votre famille essentiellement

5 Seulement toutes les 2

3 Avec vos ami-e-s essentiellement

6 Vous ne l'avez pas particulièrement fêté

82.4 Quelles raisons ont été déterminantes dans la décision de vous pacser ?

(Plusieurs réponses possibles)

1 Par amour

5 Des raisons juridiques ou fiscales

2 Faire une fête

6 Des raisons idéologiques ou politiques

3 Marquer votre engagement à votre partenaire

7 Faire plaisir à votre partenaire

4 Marquer votre engagement vis-à-vis des autres

8 Autre

➔ Si vous êtes pacsée, passez à la question 83. Si vous n'êtes ni pacsée, ni mariée répondez à la question suivante

82.5 Par rapport au Pacs, vous diriez que :

1 Vous souhaitez vous pacser toutes les deux

4 Ni vous ni votre partenaire, ne souhaitez vous pacser

2 Vous souhaitez vous pacser, pas votre partenaire

5 Vous ne savez pas

3 Votre partenaire souhaite se pacser, pas vous

6 Non concernée, vous n'avez pas de partenaire stable

83. Vous habitez :

(Une seule réponse possible)

1 Seule

5 Avec des amies ou colocataires

2 Seule avec vos enfants

6 Avec votre père et/ou mère

3 En couple avec une femme

7 Avec un membre de la famille

4 En couple avec un homme

L'Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 – version internet Femmes

84. Avez-vous des enfants ? 1 Oui, mineur (s) 2 Oui, adulte (s) 3 Oui, mineur(s) et adulte(s) 4 Non

Filter Si vous avez des enfants

Une réponse par ligne

Ils vivent avec vous

Ils vous voient durant des week-ends et / ou les vacances scolaires

Vous avez peu de contacts

Oui	Non
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

85. Avez-vous l'intention d'avoir un enfant dans les années à venir ?

1 Oui, dans l'année à venir

2 Oui, plus tard

3 Non

4 Vous ne savez pas

86. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

1 Salariée

2 Indépendante

3 Chômage ou RSA

4 Retraitée

5 Etudiante

6 Autre inactive

87. Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ?

10 Agricultrice

20 Artisan, commerçante, chef d'entreprise

31 Profession libérale

33 Cadre de la fonction publique (catégorie A)

34 Professeur (collège, lycée, université), profession scientifique

35 Profession de l'information, des arts et des spectacles

37 Cadre administrative et commerciale d'entreprise

38 Ingénieur, cadre technique d'entreprise

42 Professeur des écoles, institutrice et assimilée

43 Profession intermédiaire de la santé et du travail social (infirmière, assistante sociale)

45 Profession intermédiaire administrative de la fonction publique (catégorie B)

46 Profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises

47 Technicienne

48 Contremaître, agent de maîtrise

52 Employée civile et agent de service de la fonction publique (catégorie C ou D)

53 Policier, militaire

54 Employée administrative d'entreprise

55 Employée de commerce

56 Personnel des services directs aux particuliers

60 Ouvrière (non qualifiée, qualifiée ou hautement qualifiée), chauffeur

84 Elève, étudiante

85 Sans activité professionnelle (n'a jamais travaillé)

99 Autre, précisez : _____

88. Quel est le montant approximatif de votre revenu mensuel net ?

1 Moins de 600 euros

2 De 600 à 999 euros

3 De 1 000 à 1 599 euros

4 De 1 600 à 2 299 euros

5 De 2 300 à 2 999 euros

6 Plus de 3 000 euros

89. Quelle est la (dernière) profession exercée par votre père :

10 Agriculteur

20 Artisan, commerçant, chef d'entreprise

31 Profession libérale

33 Cadre de la fonction publique (catégorie A)

34 Professeur (collège, lycée, université), profession scientifique

35 Profession de l'information, des arts et des spectacles

37 Cadre administratif et commercial d'entreprise

38 Ingénieur et cadre technique d'entreprise

42 Professeur des écoles, instituteur et assimilé

43 Profession intermédiaire de la santé et du travail social (infirmier, assistant social)

45 Profession intermédiaire administrative de la fonction publique (catégorie B)

46 Profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises

47 Technicien

48 Contremaître, agent de maîtrise

52 Employé civil et agent de service de la fonction publique (catégorie C ou D)

53 Policier, militaire

54 Employé administratif d'entreprise

55 Employé de commerce

56 Personnel des services directs aux particuliers

60 Ouvrier (non qualifié, qualifié ou hautement qualifié), chauffeur

85 Sans activité professionnelle (n'a jamais travaillé)

99 Autre, précisez : _____

Version finale

Page 12

Glossaire

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPGL : Enquête Press Gays et Lesbiennes

FCU : Frottis cervico-utérin

FSF : Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes

FSFH : Femme ayant des relations sexuelles avec des femmes et des hommes

HAS : Haute autorité de santé

HIV : Virus de l'immunodéficience humain

HPV : Papillomavirus humain

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LGBT+ : Lesbiennes gay bisexuelle transsexuels

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée

VHB : Virus de l'hépatite B

Résumé :

Le suivi gynécologique concerne toutes les femmes quel que soit l'âge ou l'orientation sexuelle. Ici nous nous intéressons au lien entre orientation sexuelle et dépistage du cancer du col de l'utérus selon les recommandations de l'HAS.

L'objectif de notre étude est de définir le taux de dépistage et les facteurs favorisant ou non la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) chez les FSF. Notre population d'étude est de 1 430 femmes de 26 à 65 ans se définissant comme lesbiennes. Pour cela nous avons exploité les données d'un questionnaire diffusé en 2011 par Santé Publique France.

Les résultats nous ont montré un taux de 63% des femmes ayant bénéficié un frottis de moins de 3 ans dans notre échantillon. Nous avons aussi pu constater que la révélation de l'orientation/identité sexuelle au professionnel.le de santé permettait un meilleur suivi gynécologique. De plus pour notre échantillon, la situation socio-économique n'influait pas ce dernier.

Abstract :

Gynecological monitoring concerns every women, regardless of their age or sexual identity. In this study we focused on screening cervical cancer according to HAS' recommendations.

Our objective was to define enabling or disabling factors about WSW's gynecological monitoring. Our study population included 1,430 women aged 26 to 65 who defined themselves as lesbians. For our study we collected data and made a crossover of these according to an online questionnaire distributed in 2011 by « Santé Publique France ».

We also noted that the revelation of the sexual orientation/identity to the healthcare professional allowed a better gynecological monitoring. In addition of our sample, the socio-economic situation did not influence the latter.

Mots-clés :

- FSF
- Lesbienne
- Frottis cervico utérin
- Gynécologie
- Dépistage

Nombre de pages : 40

Nombre d'annexes : 1

Nombre de références bibliographiques : 38