



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

École de Sages-Femmes de Poitiers

**Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes :
Santé sexuelle et suivi gynécologique**

Mémoire présenté par

Blandine GUILLOU-VERRON, née le 25 juillet 1998

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

Directrice de mémoire : Mme Charline Auzannet, sage-femme

Tutrice de mémoire : Mme Sonia Papin, sage-femme enseignante



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

École de Sages-Femmes de Poitiers

**Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes :
Santé sexuelle et suivi gynécologique**

Mémoire présenté le

Par Blandine GUILLOU-VERRON, née le 25 juillet 1998

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

Directrice de mémoire : Mme Charline Auzannet, sage-femme

Tutrice de mémoire : Mme Sonia Papin, sage-femme enseignante

Remerciements

A Madame Charline Auzannet, la directrice de ce mémoire, pour avoir dirigé ce projet et m'avoir accompagnée tout au long de sa réalisation. Merci pour ta gentillesse, tes conseils et ta disponibilité tout au long de ce travail.

A Madame Sonia Papin, sage-femme enseignante référente, merci pour votre soutien, et votre foi en ce mémoire dès le début. Merci de m'avoir épaulée et d'avoir cru en moi lorsque je n'arrivais pas à le faire.

A Madame Sylvie Guinot, sage-femme directrice de l'école de sages-femmes de Poitiers, et Mesdames Christine Louarn, Delphine Contal, Vanessa Poupard et Julia Deparis, sages-femmes enseignantes, pour votre investissement à nos côtés pendant ces 4 années d'études.

A Maman, Maud, Mamie et les familles Lleu et Verron, ma famille, pour vos encouragements et votre amour, qui m'ont permis d'avancer sur le chemin menant à ce métier dont j'ai rêvé.

A Laurence et Stéphane, merci d'avoir été là, en particulier pendant cette année qui vient de s'écouler.

A Emma, Julie, Pierre, Roxane, Thomas, pour toutes ces heures passées à refaire le monde, votre bonne humeur, et notre amitié si précieuse. A toutes les années qui nous attendent.

A Ellis, qui a partagé avec moi une grande partie de ce parcours, en étant une oreille attentive et précieuse. Ton humour et ton optimisme sans faille m'ont été d'une grande aide.

A Edna, Eloïse, Emma, et Romane pour votre présence précieuse et toujours bienveillante à mes côtés, dans les moments brillants comme dans les plus durs. Vous avez rendu mon quotidien léger et plein de gaieté. Nous nous sommes rencontrées pendant ces études, mais je sais que notre amitié dépasse et dépassera largement les portes de l'école.

A Madame Steyaert, professeure de mathématiques au lycée Merleau-Ponty à Rochefort, de m'avoir dit que je n'étais pas capable d'avoir le concours pour entrer à l'école de sages-femmes. Vous m'avez poussée à le faire.

Et enfin, à toi papa. Tu m'as appris la persévérance et le dépassement de soi. J'espère aujourd'hui te rendre fier de là où tu es. C'est à toi que je dédie ce travail.

Sommaire

Glossaire	4
I-Présentation du sujet et justification de l'étude	6
II-Méthodologie	9
1. Objectifs de l'étude	9
2. Schéma et lieu d'étude	9
3. Population de l'étude	9
4. Critères de jugement	10
III-Résultats	12
1. Présentation de la population	12
2. Description de la population	13
3. Le risque d'exposition aux IST	14
4. Le frottis cervical	16
5. Le suivi gynécologique	17
6. Relation aux professionnel·le·s de santé	19
7. Discrimination	20
8. Moyens d'information en santé sexuelle	21
IV-Discussion	23
1. Rappel des principaux résultats	23
2. Validité interne de l'étude	24
3. Validité externe de l'étude	25
V-Conclusion	32
VI-Summary and key-words	33
VII-Bibliographie	34
VIII-Annexes	37
IX-Résumé et mots-clés	47

Pour ce mémoire, nous avons choisi de désigner les répondantes à l'étude par les pronoms elle et elles, afin d'en alléger la lecture. En effet, les femmes de la population d'étude étaient toutes cisgenres. Le reste de ce travail est rédigé en écriture inclusive.

Glossaire

FSF : Femme ayant des rapports Sexuels avec des Femmes.

LGBT: lesbiennes, Gays, Bisexuelles, et Transgenres.

Définitions

Les définitions ci-dessous sont inspirées du Lexique LGBTQIA+ développé par le centre LGBT d'Ile de France en collaboration avec les fédérations étudiantes en santé, dont l'ANESF (Association Nationale des Etudiant·e·s Sages-Femmes) en 2019.

Asexuel·le : Personne ne ressentant pas ou peu d'attraction sexuelle.

Bisexuel·le : Personne émotionnellement et/ou physiquement attirée par des personnes de toute identité de genre. Cette définition peut varier d'une personne à l'autre.

Cisgenre : Personne dont l'identité de genre correspond à celui qui lui a été assigné à la naissance.

Coming out : Fait de divulguer son orientation sexuelle ou son identité de genre.

Digue dentaire : Carré de latex ou autre matière imperméable, utilisé comme protection contre les infections sexuellement transmissibles lors d'un rapport oro-génital.

Gay : Homme émotionnellement et/ou physiquement attiré par un autre homme.

Homophobie : Haine ou rejet des personnes homosexuelles.

Identité de genre : L'identité de genre d'une personne est le genre auquel cette personne s'identifie. Elle peut différer du genre assigné à la naissance.

Lesbienne : Femme émotionnellement et/ou physiquement attirée par une autre femme.

Orientation sexuelle : Attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des personnes du genre opposé, du même genre ou d'un autre genre.

Panromantique : Personne sentimentalement attirée par une autre personne, sans considération de genre.

Pansexuel·le : Se dit d'une personne attirée sexuellement par une autre personne, sans considération de genre.

Polyamour : Relation sentimentale avec plusieurs partenaires en même temps, chacun ayant connaissance des autres personnes impliquées dans la relation, et les acceptant.

Saphique : Attirance d'une femme envers d'autres femmes, de façon exclusive ou non. Peut donc regrouper entre autres les personnes lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles.

Queer : Terme utilisé pour désigner une personne dont l'identité de genre ou l'orientation sexuelle ne correspond pas à celle de la majorité.

Sapiosexuel·le : Se dit d'une personne attirée par des personnes intelligentes, charismatiques.

Transgenre : Personne dont l'identité de genre ne correspond pas au genre assigné à la naissance.

I-Présentation du sujet et justification de l'étude

Dans les 14 pays de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE) pour lesquels des estimations sont disponibles, les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles (de genre féminin ou masculin) représentent en moyenne 2.7 % de la population adulte (1). En 2017 était lancé l'Agenda 2017-2030 de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, comportant six axes, dont "Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables", parmi lesquelles figurent les Femmes ayant des rapports sexuels avec des Femmes (FSF). Ainsi, ce rapport mettait en exergue une plus grande exposition aux violences sexuelles et aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), entraînant un besoin important de renforcer la prévention, l'offre de dépistage et la prise en charge à leur égard (2). Ces femmes présentent en effet des facteurs de risque de contracter une IST : la fréquence d'IST au cours de la vie est plus élevée de manière significative chez les FSF (25 % contre 9 % pour les femmes ayant eu uniquement des rapports hétérosexuels) (3). La plupart des FSF ont également des rapports hétérosexuels ; parmi les répondantes à l'Enquête Presse Gays et lesbiennes de 2011, 56 % avaient eu des rapports sexuels avec des femmes et des hommes, et 31 % uniquement avec des femmes, au cours de leur vie (4). Pour un total, en moyenne, de 14,6 partenaires au cours de leur vie, de genre féminin et masculin (5).

Cependant, cette population est difficile à cibler pour plusieurs raisons. Avoir des relations sexuelles avec des femmes ne définit pas l'orientation sexuelle de quelqu'un. En conséquence, une personne peut ne pas se sentir visée par une campagne de santé publique concernant les femmes lesbiennes ou bisexuelles car elle a choisi de ne pas s'identifier comme telle. Une femme se considérant hétérosexuelle peut avoir des relations sexuelles avec des femmes. De plus, l'orientation sexuelle est une notion fluide, qui peut évoluer au cours de la vie. En France, les minorités sexuelles sont toujours cibles de discriminations dans différents domaines, y compris celui de la santé. Le rapport 2020 de l'association SOS Homophobie faisait état de 31 cas de LGBTIphobies rapportés concernant la santé, et 2 % de l'ensemble des témoignages de LGBTIphobies reçus étaient en rapport avec la santé (6). Les LGBTIphobies sont des manifestations de rejet à l'encontre des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, et intersexes, et de manière générale à l'encontre de toutes les minorités sexuelles. Elles peuvent être de natures diverses : agressions physiques ou verbales, discrimination, insultes...

Dans ce contexte, 48,7 % des FSF n'ont jamais parlé de leur homosexualité à leur médecin traitant, et 57,5 % d'entre elles ont peur d'être discriminées ou jugées en annonçant leur sexualité, ce qui ne facilite pas l'établissement d'une relation de confiance entre les professionnel·le·s de santé et la patiente, ni l'octroi d'informations loyales, claires et appropriées au sens des différents codes de déontologie, des sages-femmes, des médecins et des pharmaciens (7). Les professionnel·le·s de santé auront donc des difficultés à conseiller les moyens de prévention des IST adaptés, tels que les digues dentaires ou encore les gants. Ils sont par ailleurs assez peu connus du grand public de manière générale, entre autres parce qu'ils ne sont pas, ou du moins insuffisamment abordés, notamment au cours des séances d'éducation à la sexualité lors du cursus scolaire, comme mis en avant lors d'une étude aux États-Unis en 2017. La sexualité entre femmes y est rarement abordée. Cette étude, réalisée auprès de 160 femmes âgées de 14 à 18 ans, montrait un manque d'information autour du risque d'IST, et donc du potentiel bénéfique à utiliser des moyens barrière pour se protéger. Les relations sexuelles entre femmes leur semblaient moins risquées, de par l'absence du risque de grossesse. Parmi les personnes interrogées, minoritaires, qui connaissaient l'existence des digues dentaires par exemple, la plupart d'entre elles confiaient ne pas savoir où se les procurer. De plus, à l'heure où certaines marques de préservatifs externes sont remboursées par la sécurité sociale en France, ces dispositifs ne sont pas remboursés, et sont plutôt onéreux, impliquant ainsi un problème d'accès pour les plus jeunes ou les populations les plus précaires (8). En 2020, le gouvernement français a lancé le Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 (9), dont un axe vise à travailler sur la prise en compte de la spécificité et la diversité des personnes LGBT+ dans le domaine de la santé. Les mesures à engager comprennent le fait de permettre une prise en charge médicale, en particulier gynécologique des lesbiennes et femmes bisexuelles. En effet, celles-ci peinent parfois à s'inscrire dans un parcours de prévention et de dépistage. On peut prendre pour exemple le dépistage du papillomavirus. Dans une étude réalisée en 2015 en Australie (10), les raisons évoquées par les FSF pour expliquer leur moindre recours à ce dépistage étaient d'une part un dépistage opportuniste moins important que leurs homologues hétérosexuelles (le frottis est en effet plus facilement proposé lors d'une consultation gynécologique de routine, de renouvellement de contraception ou encore à la fin d'une relation), la peur d'avoir mal lors de l'examen au spéculum nécessaire pour réaliser le frottis, ou encore l'attitude des professionnel·le·s. Au décours de la consultation, certaines FSF avaient dévoilé leur orientation sexuelle, et avaient ressenti un malaise de la part du·de la professionnel·le. Certain·e·s d'entre eux doutent alors de l'intérêt du dépistage du HPV chez une FSF n'ayant jamais eu de rapport sexuel avec un homme.

Dans une étude réalisée outre-Atlantique en 2001, les raisons pour lesquelles les FSF ne se faisaient pas dépister étaient qu'elles ne le pensaient pas nécessaire à 22 %, et qu'un professionnel de santé leur avait dit que ce n'était pas nécessaire à 9 % (11).

Ainsi, et devant la faible quantité de littérature française existante, nous avons choisi de mener une étude permettant de répondre à la question suivante : « Quelles sont les connaissances des FSF sur les IST, les moyens de prévention existants en France, et de manière plus générale, leur vécu du suivi gynécologique ? » A terme, cette étude pourrait sensibiliser les professionnel·le·s à la diversité des sexualités de leurs patient·e·s, et ainsi permettre d'adapter les informations et conseils délivrés lors des consultations.

Par cette étude, nous voulons nous intéresser au vécu global du suivi gynécologique des FSF, en tentant de mieux comprendre les freins et barrières qui les empêchent de consulter ou d'utiliser des moyens de prévention, de quels moyens d'information elles se saisissent, mais aussi dans quelle mesure elles peuvent subir des discriminations liées à leur orientation sexuelle au sein de notre système de santé.

II-Méthodologie

1. Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** était de faire un état des lieux des connaissances des FSF sur leur exposition aux IST et les moyens de prévention existants.

Les objectifs secondaires étaient :

- Estimer leur recours aux soins en gynécologie et identifier les freins au suivi gynécologique
- Évaluer les pratiques de prévention des FSF lors des rapports entre femmes
- Identifier leurs sources d'informations en santé sexuelle
- Déterminer les facteurs qui poussent les FSF à se confier à leurs professionnel·le·s de santé au sujet de leur orientation ou pratiques sexuelles

2. Schéma et lieu d'étude

Cette étude était observationnelle, descriptive, quantitative et transversale. La période de recueil des données s'est étendue du 17 janvier 2021 au 9 avril 2021 sur les réseaux sociaux et par le biais d'affiches comportant un code à scanner.

3. Population de l'étude

3.2 Critères d'inclusion

Pour cette étude, nous avons choisi de nous concentrer sur les femmes cisgenres (personnes dont l'identité de genre correspond au genre qui leur a été assigné à la naissance) ayant déjà eu une pratique sexuelle avec une femme au cours de leur vie, avec ou sans pénétration, ayant répondu librement au questionnaire.

3.2 Critères de non-inclusion

Nous avons choisi de ne pas inclure les femmes transgenres dans notre étude, car elles nécessitent à notre sens, une étude dédiée. Nous souhaitons néanmoins attester de notre volonté de soutenir toutes les déclinaisons d'identités de genre, et toutes les orientations sexuelles.

3.3 Critères d'exclusion

Ont été exclus les questionnaires incomplets comprenant moins de 10 réponses sur les 48 questions et/ou ceux qui ont été complétés par des personnes présentant des critères de non inclusion.

4. Critères de jugement

- Connaissances des IST et des moyens de prévention :
 - Conscience du risque d'IST
 - Connaissance des différentes IST concernant les FSF
 - Connaissance des moyens de prévention
 - Motifs d'utilisation des moyens de prévention
 - Sources d'informations en santé sexuelle
- Parcours de suivi gynécologique des FSF
 - Motifs de suivi gynécologique ou d'absence de suivi
 - Présence d'une expérience de discrimination et influence sur le suivi
 - Relation avec les professionnel·le·s et coming-out

5. Mode de collecte des données et déroulement de l'étude

Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne à partir de la Lime Survey et diffusé sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram). Des affiches comprenant un code à flasher ont également été placées dans différents lieux, à l'instar du Centre Gratuit de Dépistage et de Diagnostic des IST (CeGIDD) d'un centre de niveau 3, des lieux de passages et des salles d'attentes de cabinets médicaux.

6. Analyse des données

Les données ont été analysées via un tableur Excel et les statistiques réalisées grâce au logiciel Epi info. Les caractéristiques de la population d'étude sont décrites par leurs effectifs et leurs pourcentages pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives sont présentées par leurs moyennes, leurs écarts types et leurs valeurs extrêmes.

7. Les aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sous la responsabilité de la structure de formation.

Seuls les sujets désirant participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- L'identité du responsable du traitement des données,
- L'objectif de la collecte d'informations,
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude
- Les destinataires des informations

Le retour du questionnaire complété par le sujet dans les délais impartis faisait office de consentement pour participer à l'étude.

Par ailleurs, le questionnaire a fait l'objet d'une relecture par le délégué à la protection des données du CHU de Poitiers et du GHT 86, afin de s'assurer du caractère anonyme de l'ensemble des données recueillies.

III-Résultats

1. Présentation de la population

625 questionnaires ont été remplis, dont 175 inexploitable. Des 450 questionnaires restants ont été exclus ceux contenant des facteurs de non-inclusion : 8 d'entre eux concernaient des femmes transgenres, et 97 des femmes n'ayant jamais eu de relations sexuelles avec des femmes.

Au total, la population d'étude porte sur 345 questionnaires :

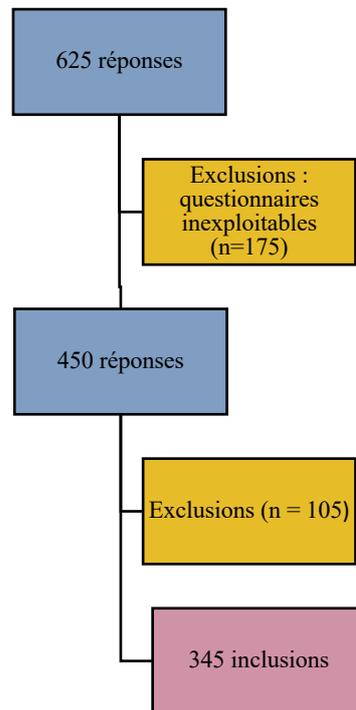


Figure 1 : Diagramme de flux de la population

2. Description de la population

Les caractéristiques de la population sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude

		%	N=345	
<i>Age</i>	<18	6,4	22	
	[18-25[55,4	192	
	[25-35[21,7	75	
	[35-45[10,1	35	
	[45-55[4,6	16	
	>55	1,5	5	
	<i>Milieu d'habitation</i>	Urbain	58,6	202
Entre urbain et rural		26,1	90	
Rural		15,4	53	
<i>Catégories socio-professionnelles</i>	Etudiantes	54,2	187	
	Employées	16,5	57	
	Cadres, Professions intellectuelles supérieures	11,6	40	
	Professions intermédiaires	9,3	32	
	Ouvrières	3,8	13	
	Chômeuses	2,6	9	
	Artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprises	1,5	5	
	Retraitées	0,3	1	
	Agricultrices	0,3	1	
	<i>Statut marital</i>	En couple	44,1	152
		Célibataires	34,8	120
Mariées		10,4	36	
Pacsées		5,5	19	
En couple libre		3,5	12	
Polyamoureuses		1,7	6	

Concernant l'orientation sexuelle et les rapports sexuels des répondantes, nous retrouvons leurs présentations dans les deux figures ci-dessous :

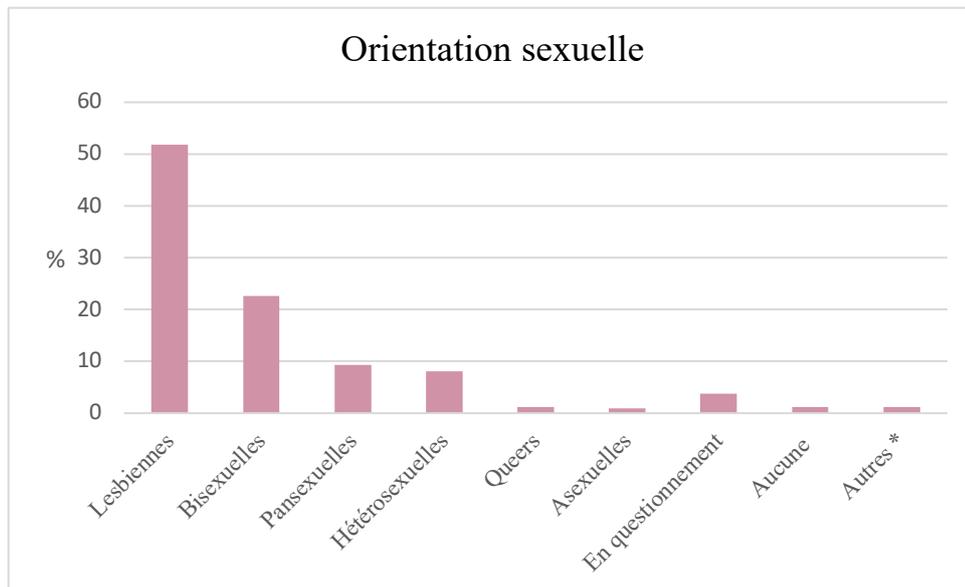


Figure 2 : Orientation sexuelle des répondantes

*il y avait ici des femmes se décrivant comme sapiosexuelles, panromantiques et saphiques.

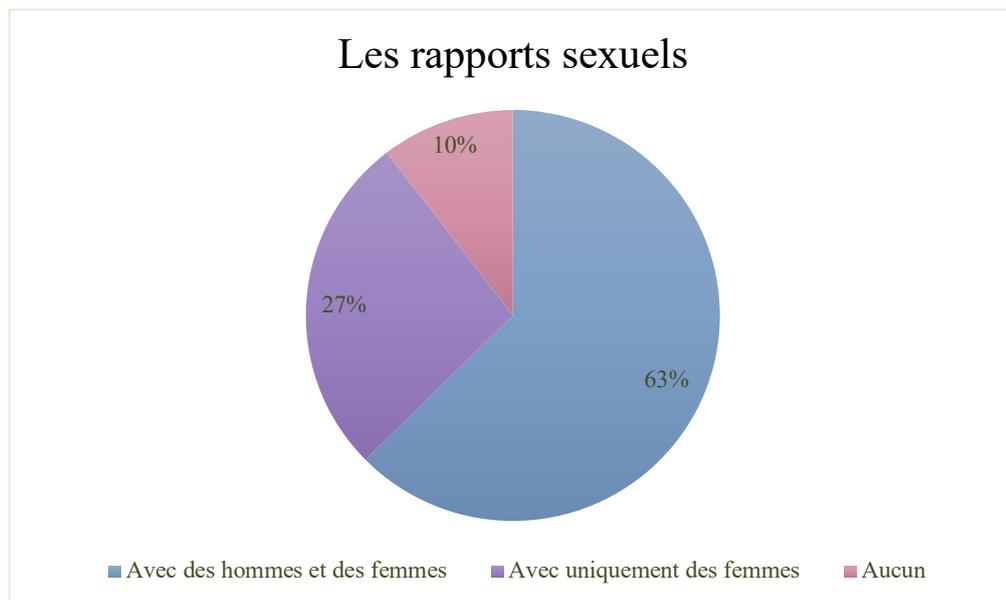


Figure 3 : Genre des partenaires

3. Le risque d'exposition aux IST

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des FSF sur leur exposition aux IST et les moyens de prévention existants.

Parmi les 345 répondantes à cette question, 23,8 % (n=82) n'avaient pas conscience du risque d'IST lors des rapports avec une autre femme.

Les répondantes ont ensuite été interrogées sur les IST auxquelles elles pensent s'exposer lors d'un rapport non protégé avec une autre femme. Sur les 332 répondantes, 11.5 % (n=38) ont donné l'ensemble des réponses correctes parmi les réponses proposées. Le détail de leurs réponses est représenté dans le tableau II :

Tableau II : IST auxquelles les FSF pensent s'exposer

Réponses attendues	Répondantes n=332	
	%	(n)
Chlamydia	70,2	(233)
Gonocoques	33,4	(111)
Papillomavirus humain	53,3	(177)
Herpès Simplex Virus	84,0	(279)
Mycoplasmes	40,7	(135)
Syphilis	50,3	(167)
Trichomonas	22,9	(76)
Hépatite A	23,2	(77)
Hépatite B	38,6	(128)
Hépatite C	31,3	(104)
VIH	71,1	(236)

Sur la guérison des IST, 330 personnes ont répondu à la question, et parmi elles, 95,2 % (n=314) pensent qu'une IST ne se guérit pas sans traitement. Pour les moyens de prévention des IST lors d'un rapport sexuel avec une autre femme, 328 personnes ont répondu à la question et parmi elles, 71,7 % (n=235) disaient en connaître un ou plusieurs.

Le questionnaire interrogeait ensuite les femmes sur leur utilisation de ces moyens : sur 316 réponses, 81,7 % (n=258) des FSF n'en avaient jamais utilisé.

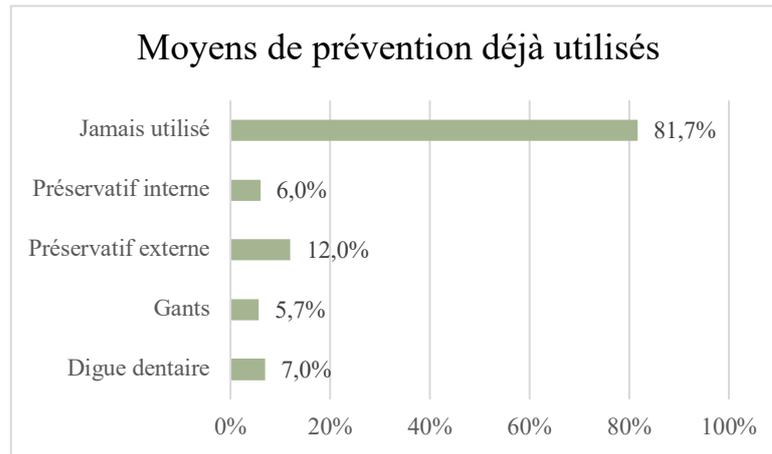


Figure 4 : Utilisation des moyens de prévention des IST par les répondantes

Les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas été utilisés étaient les suivantes :

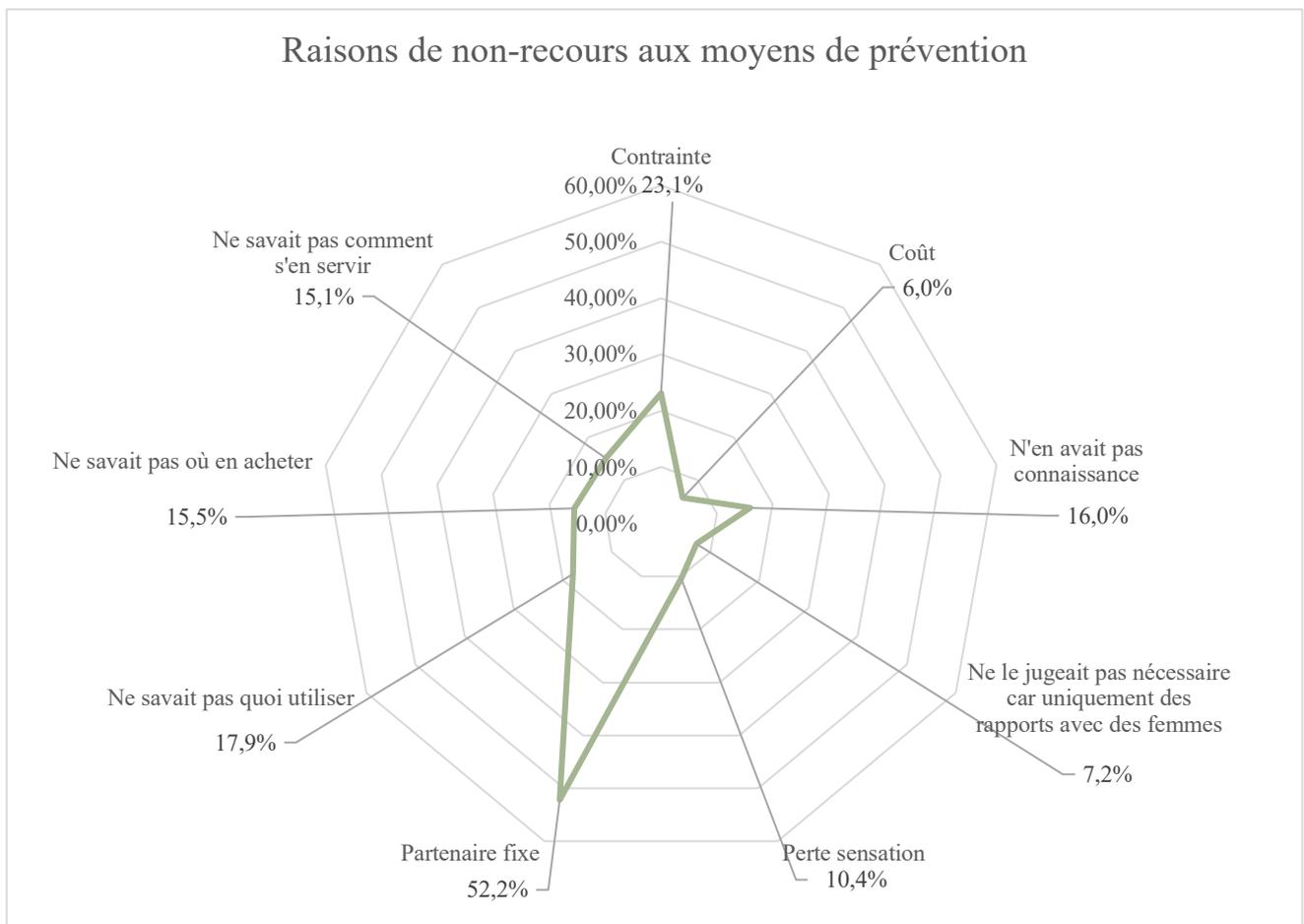


Figure 5 : Raison de non-recours aux moyens de prévention

4. Le frottis cervical

Concernant le papillomavirus, le questionnaire s'intéressait à la connaissance et à la perception du frottis de dépistage par les FSF. 307 femmes ont répondu à cette question, parmi elles : 77,9 % (n=239) en avaient connaissance. En tant que FSF, 84,0 % (n=257) se sentaient concernées par ce dépistage.

Dans l'échantillon de notre population concerné par ce dépistage et ayant répondu à cette question, soit les femmes de plus de 25 ans (n=114), 86,8 % (n=99) en avaient déjà fait au moins un au cours de leur vie.

5. Le suivi gynécologique

5.1 Professionnel·le·s consulté·e·s

Parmi 307 répondantes, 60,9 % (n=187) déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier. Nous avons établi la répartition de la consultation des professionnel·le·s en fonction de l'âge des répondantes, représentée dans le graphique ci-dessous. Pour cette question, elles pouvaient donner plusieurs réponses à la fois.

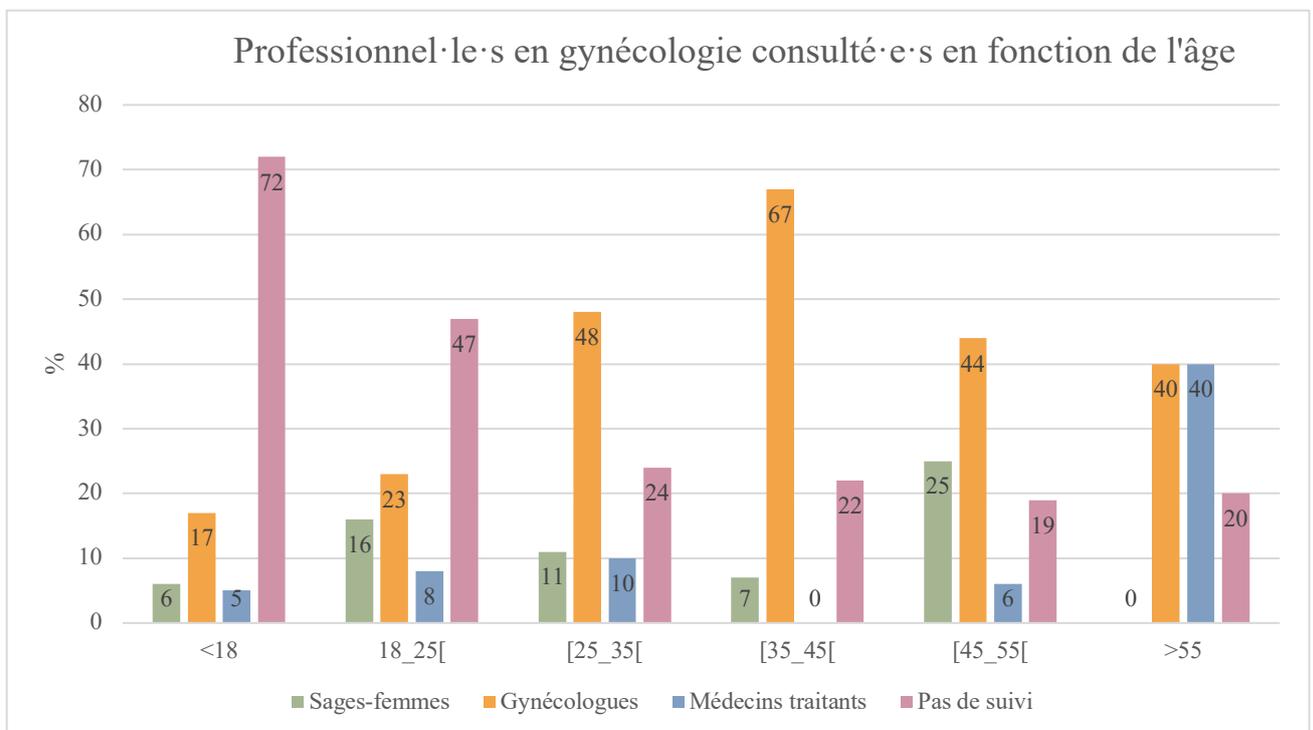


Figure 6 : Professionnel·le·s en gynécologie consulté·e·s en fonction de l'âge

Certaines femmes avaient un suivi mixte. Dans la catégorie des 18-25 ans, 2 % d'entre elles avaient un suivi par un·e sage-femme et leur médecin traitant, 2 % par un·e sage-femme et un·e gynécologue, et 2 % par leur médecin traitant et un·e gynécologue.

Pour les 25-35 ans, 3 % des femmes étaient suivies par un·e sage-femme et un·e gynécologue, et 4 % par leur médecin traitant et un·e gynécologue.

Pour les 35-45 ans, 4 % étaient suivies par leur médecin traitant et un·e gynécologue.

Ce pourcentage était amené à 6 % chez les 45-55 ans.

5.2 Fréquence

Le questionnaire invitait ensuite les femmes à évoquer la fréquence de leur suivi gynécologique. 287 personnes ont répondu à cette question.

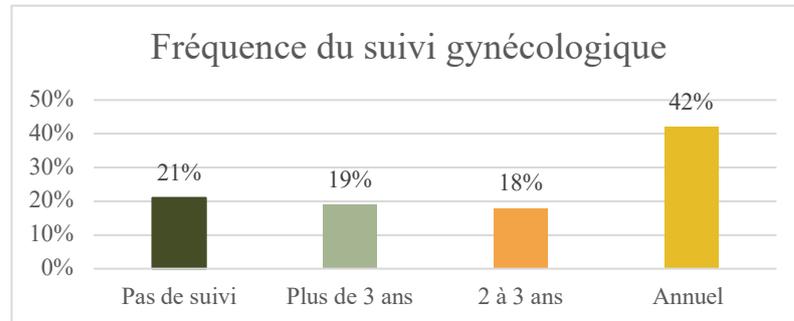


Figure 7 : Fréquence du suivi gynécologique dans la population

5.3 Satisfaction

Les personnes ayant un suivi gynécologique régulier (n=187) étaient ensuite interrogées sur leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi. 43,3 % (n=81) des femmes étaient plutôt satisfaites, 43,3 % (n=81) très satisfaites, 11,8 % (n=22) se disaient peu satisfaites, et 1,6 % (n=3) n'étaient pas satisfaites.

Afin d'étayer leurs réponses, différents choix étaient proposés.

Les éléments étaient les suivants :

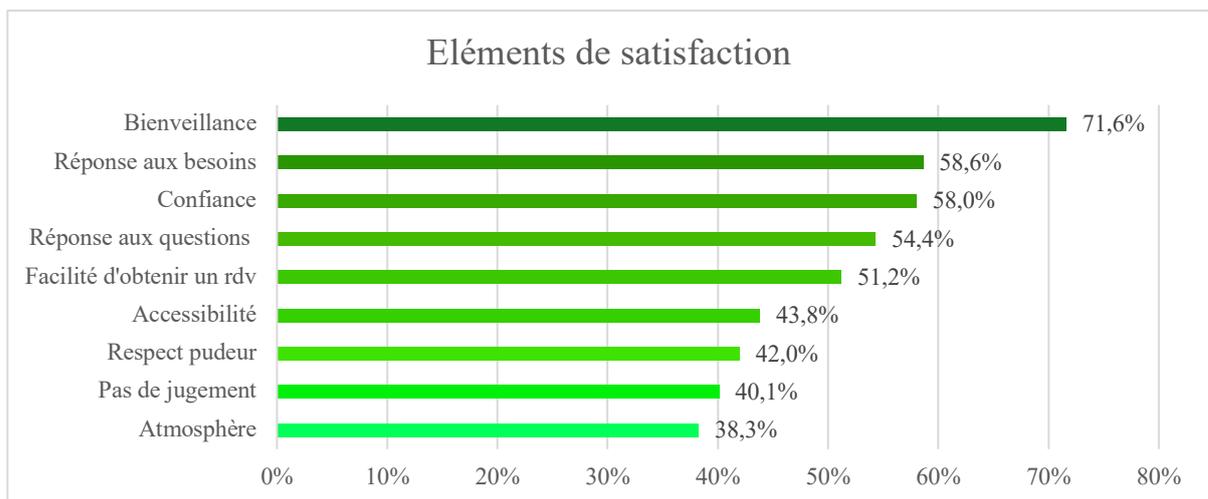


Figure 8 : Éléments de satisfaction

Les éléments de non-satisfaction les plus fréquents étaient l'absence de confiance envers les professionnel·le·s de santé (68,0 %, n=17), le prix de la consultation (20,0 %, n=5), la distance avec le lieu de consultation du·de la professionnel·le ainsi que le délai entre la prise de rendez-vous et la consultation (12,0 %, n=3)

6. Relation aux professionnel·le·s de santé

Parmi 281 personnes ayant répondu, 36 % (n=102) déclaraient avoir déjà échangé avec un·e professionnel·le de santé au sujet de leur orientation sexuelle. Parmi elles, 68 % (n=69) auprès d'un·e gynécologue, 32 % (n=33) auprès d'un·e sage-femme, et 25 % (n=26) auprès d'un·e médecin.

Le questionnaire s'intéressait alors aux facteurs ayant favorisé ou défavorisé le fait de se confier aux professionnel·le·s.

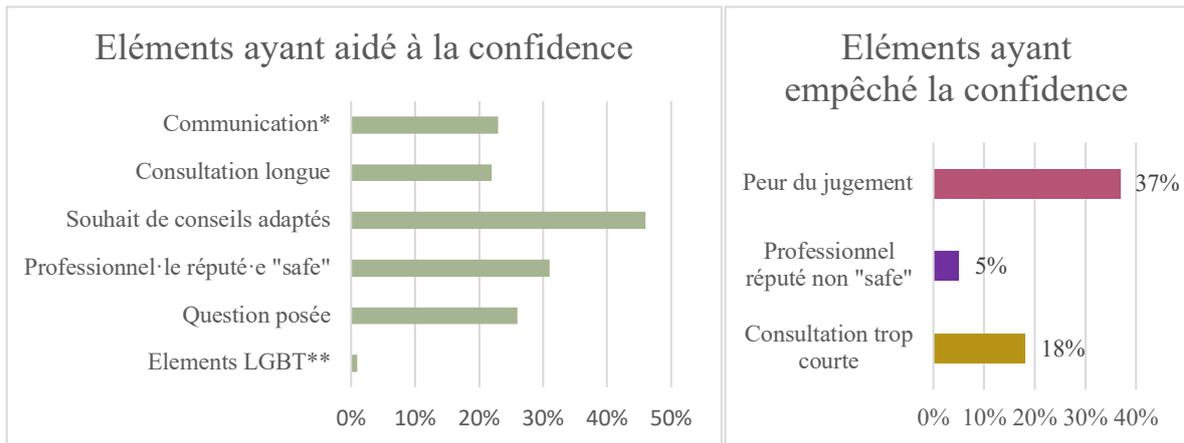


Figure 9 : Eléments ayant aidé le coming-out des répondantes aux professionnel·le·s de santé, ou leur confiance

Figure 10 : Eléments ayant empêché le coming-out des répondantes aux professionnel·le·s de santé, ou leur confiance

*Communication : étaient précisées les notions de communication verbale et non verbale.

**Eléments LGBT : était ici proposé en exemple la présence d'un drapeau arc-en-ciel dans le cabinet.

Pour les personnes s'étant confiées, soit 101 femmes, 50 % (n=51) d'entre elles considéraient qu'elles avaient reçu des conseils adaptés à leurs pratiques et à leurs besoins.

Sur une échelle de confiance (où 0 correspond à ne pas faire confiance du tout, et 10 une confiance totale), 278 FSF ont coté la confiance conférée aux professionnel·le·s de santé.

La moyenne était de 5/10. La note minimale était de 0/10, et la note maximale de 10/10. La répartition autour de la moyenne était homogène.

7. Discrimination

Les FSF ont ensuite déclaré à quelle fréquence elles estimaient avoir été victimes de discrimination auprès de professionnel·le·s de santé en gynécologie, ou tout autre professionnel·le de santé.

278 femmes ont répondu à cette question. 47 % (n=131) d'entre elles ont signalé avoir été victimes de discrimination au moins une fois dans leur vie.

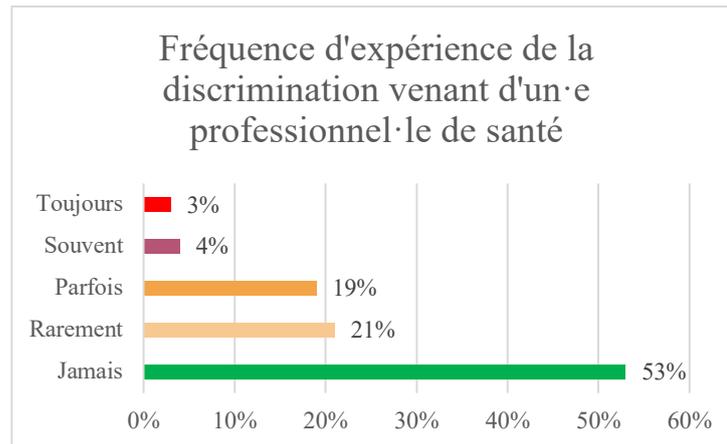


Figure 11 : Fréquence d'expérience de la discrimination de la part d'un·e professionnel·le de santé

Un champ d'expression libre était réservé à celles qui souhaitaient en dire plus sur le thème de la discrimination. Les idées les plus fréquemment évoquées sont rassemblées ci-dessous.



Figure 12 : Thèmes des témoignages recueillis concernant le vécu de discrimination dans le système de santé

8. Moyens d'information en santé sexuelle

345 répondantes ont cité leurs sources d'informations en santé sexuelle.

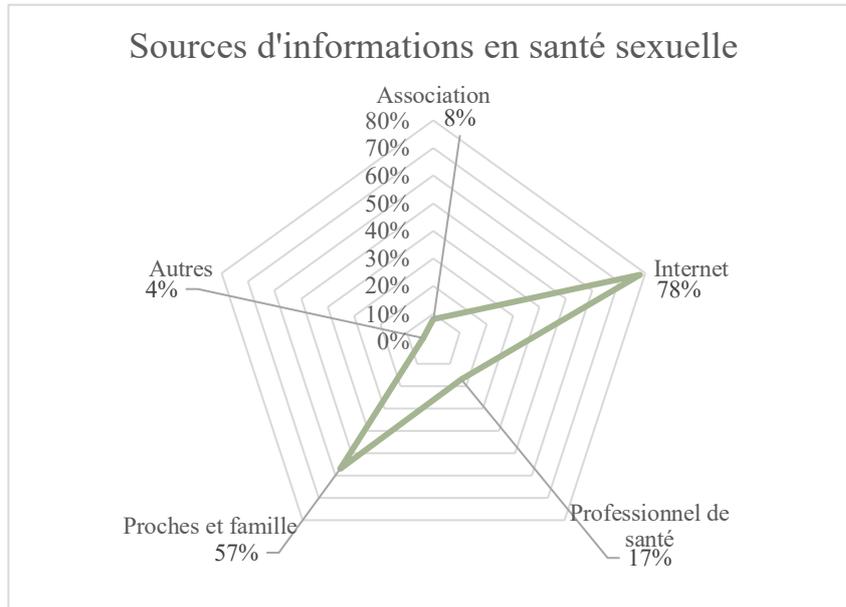


Figure 13 : Sources d'information en santé sexuelle

Dans la réponse « Autres » étaient cités des livres, brochures, associations.

Les femmes ont été questionnées sur le nombre de séances d'« Éducation à la sexualité » qu'elles ont pu suivre au cours de leur cursus scolaire.

Parmi les 282 répondantes à cette question, 82 % (n=231) avaient déjà suivi au moins une séance d'Education à la sexualité au cours de leur cursus scolaire. Parmi celles qui en avaient déjà suivi, 51 % (n=118) avaient bénéficié d'une séance, 29 % (n=68) de deux séances, et 20 % (n=45) de trois séances ou plus.

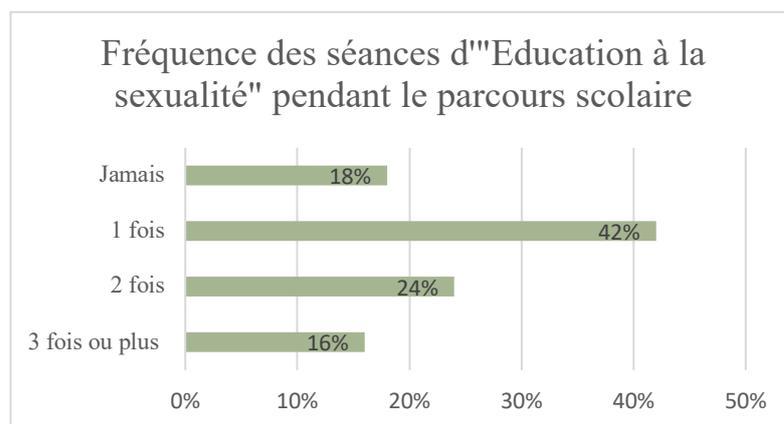


Figure 14 : Fréquence des séances d' « Education à la sexualité » au cours de la scolarité

Parmi les personnes ayant bénéficié d'au moins une séance au cours de la scolarité, 7,0 % (n=16) ont rapporté avoir reçu des informations concernant la sexualité entre femmes au cours de ces séances.

Parmi les personnes n'ayant jamais bénéficié de telles séances (18 % (n=51) de notre population), 86 % (n=44) d'entre elles déclaraient être intéressées par une intervention traitant de la sexualité entre femmes.

D'autre part, nous nous interrogeons sur la place que prenaient les campagnes de santé publique dans l'information des FSF.

Parmi les 282 répondantes, 7,1 % (n=20) disaient avoir déjà vu au cours de leur vie au moins une campagne de santé publique ayant pour cible la sexualité entre femmes.

IV- Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Dans notre population, 23,8 % des femmes n'avaient pas conscience du risque d'IST lors d'un rapport sexuel avec une autre femme. 11,5 % ont cité l'ensemble des IST auxquelles les FSF peuvent s'exposer, 71,7 % disaient connaître un ou plusieurs moyens de prévention de ces IST, mais 81,7 % des FSF n'en avaient jamais utilisé.

77,9 % de la population connaissait l'existence du frottis cervical. En tant que FSF, 84,0 % se sentaient concernées par ce dépistage. Dans l'échantillon de notre population concerné par ce dépistage et ayant répondu à cette question, soit les femmes de plus de 25 ans, 86,8 % en avaient déjà fait au moins un au cours de leur vie. 42 % de la population avait un suivi gynécologique annuel, 18 % tous les 2 à 3 ans, 19 % moins souvent que tous les 3 ans, et 21 % n'avait pas de suivi. 43,3 % des femmes étaient plutôt satisfaites, 43,3 % étaient très satisfaites, 11,8 % se disaient peu satisfaites, et 1,6 % n'étaient pas satisfaites de leur suivi.

A propos de leur relation aux professionnel·le·s de santé et leur éventuel coming-out, 36 % déclaraient avoir déjà échangé avec un·e professionnel·le de santé au sujet de leur orientation sexuelle dont 46 % car elles souhaitaient des conseils adaptés, 31 % car la·le professionnel·le consulté·e était réputé·e « safe », et 23 % car la question avait été posée. Les personnes ne s'étant pas confiées à ce sujet ont évoqué la peur du jugement à 37 %, la durée de la consultation, considérée trop courte à 18%, et la réputation du·de la professionnel·le (non « safe ») à 5%. Concernant la confiance conférée aux professionnel·le·s de santé en général, la note moyenne était de 5/10, la note minimale étant 0, et la note maximale à 10/10.

47 % des femmes se sont dit victimes de discrimination au sein du système de santé en raison de leur orientation sexuelle au moins une fois au cours de leur vie.

Les sources majeures d'information en santé sexuelle, « utilisées » par la population d'étude, étaient internet pour 78 %, les proches et familles pour 57 % et seules 17 % des FSF se rapprochaient des professionnel·le·s de santé. 82 % de la population d'étude a suivi au moins une séance d'Education à la sexualité au cours de leur cursus scolaire et 18 % des femmes n'en ont jamais bénéficié, 86 % d'entre elles déclaraient être intéressées par une intervention traitant de la sexualité entre femmes. Seulement 7,1 % de la population d'étude disait avoir déjà vu au cours de sa vie au moins une campagne de santé publique ayant pour cible la sexualité entre femmes.

2. Validité interne de l'étude

Le questionnaire sur lequel se base cette étude a été relayé sur les réseaux sociaux Facebook et Instagram, de janvier à mars 2021, par le biais des comptes de l'investigatrice. Ainsi il existe un biais de sélection, un accès à internet étant nécessaire afin d'y répondre. De plus, le questionnaire a en premier lieu et surtout été partagé auprès de personnes jeunes et étudiantes, expliquant que cette catégorie de personnes soit majoritaire au sein de la base de données. Nous avons également contacté des associations ainsi que des influenceur·euse·s LGBTQIA+ sur les réseaux sociaux, qui ont relayé le questionnaire. Ainsi, une partie des répondantes de la base de données faisait partie du réseau militant ou associatif, et était d'ores et déjà sensibilisée à certaines problématiques abordées dans le questionnaire, créant de nouveau un biais de sélection. Des affiches comportant un code à flasher ont été disposées dans différents points de passage du campus universitaire, à l'instar de résidences étudiantes, centre social de l'université, couloirs des facultés, instituts de formation, salle d'attente d'une clinique, et au sein du Cegidd rattaché au CHU. Peu de réponses ont été collectées par leur biais. En effet, le recueil de données étant intervenu au cœur de la pandémie de COVID-19, une majorité des étudiant·e·s ne se déplaçait pas dans les facultés ou instituts de formation afin de suivre son cursus avec la mise en place de cours à distance. En parallèle, l'attente avant les rendez-vous médicaux était réduite, car il était demandé aux personnes de ne pas arriver en avance, pour limiter leur stagnation dans un même endroit.

Au total, 625 questionnaires ont été recueillis, constituant une base de données importante. Une partie des questionnaires présentait des facteurs d'exclusion, et d'autres questionnaires étaient incomplets. En effet, 105 personnes ont répondu alors qu'elles n'avaient jamais eu de rapports sexuels avec d'autres femmes. Ainsi, on peut penser qu'il y a eu une incompréhension de l'objet de l'étude, ou encore, que ces femmes avaient pour intention d'avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes à l'avenir, et que répondre à ce questionnaire constituait pour elles une demande de plus amples informations à ce sujet. Le questionnaire abordait une palette diverse de notions concernant la santé sexuelle et les discriminations, et était donc assez long, avec 48 questions. On peut penser que c'est la longueur du questionnaire qui a occasionné une partie des questionnaires incomplets, ou encore le fait de s'exprimer sur des thématiques si personnelles. Afin de garantir l'anonymat de ces données sensibles, l'avis de la déléguée à la protection des données de l'Université de Poitiers a été sollicité, permettant par la suite l'accès à la plateforme sécurisée LimeSurvey et la diffusion du questionnaire par ce canal.

Nous avons donc au total pu inclure 345 personnes de manière sécuritaire, ce qui est non négligeable et a permis de répondre aux objectifs d'étude

3. Validité externe de l'étude

Cette étude intervient à une époque où, malgré la visibilité de plus en plus importante de la communauté LGBTQIA+ dans la société, il existe peu de littérature, en particulier française, concernant les FSF et leur santé sexuelle.

Nos résultats concernant le frottis sont rejoints par la littérature. En effet, 86,8 % de notre population avait déjà réalisé un frottis, résultats similaires à l'étude de Pitts et al. de 2006 (12) qui montrait que 79,3 % des femmes interrogées avaient déjà eu un frottis. Ces résultats ont été confirmés par Power et al en 2009 en Australie (13), avec 83 % des femmes non hétérosexuelles de leur étude ayant bénéficié d'un frottis. Cependant, dans leur étude, seulement 6 % d'entre elles pensaient que le HPV pouvait se transmettre lors de pratiques sexuelles entre femmes, ce qui est très inférieur aux résultats de notre étude avec un résultat de 53,3 % de femmes pensant être à risque. Cette différence peut peut-être s'expliquer par la mise en place de la vaccination contre le HPV, encore récente lors de l'étude de Power et al., car lancée en 2007 en Australie et en France. La mise en place de la vaccination a permis l'ouverture du dialogue à ce sujet, et des prises de conscience du risque de transmission.

Il est néanmoins nécessaire de continuer à informer et cibler les FSF, car il existe un sentiment ambivalent de vulnérabilité aux IST chez elles. Dans notre étude, 23,8 % des FSF n'ont pas conscience du risque d'IST lors de rapports sexuels entre femmes. Plus de 76 % des FSF se sentent donc à risque, mais en parallèle, 81,7 % des femmes n'avaient jamais utilisé de moyens de prévention des IST lors de rapports sexuels entre femmes, alors que 71,7 % disaient en connaître un ou plusieurs. Ces données recourent celles de Béziat et al. (2019) en Suisse (14) où 69 % des répondant·e·s estimaient qu'il existait un risque de transmission d'IST entre femmes. En parallèle, 61% déclaraient ne jamais se protéger lors de relations sexuelles avec des partenaires sexuels occasionnel·le·s. Notre étude ne faisait pas préciser le caractère occasionnel de la relation, qui peut encourager à plus ou moins de protection en fonction de la nature de celle-ci.

Dans notre étude, le moyen de prévention le plus utilisé était le préservatif externe par 12 % des répondantes. L'étude de Béziat et al. en 2019 (14) aboutissait au même résultat.

Power et al. en 2009 (13) mettaient en avant que les rapports pénétratifs étaient les plus protégés. Le préservatif externe est en effet le plus médiatisé, et symbole de la protection contre les IST.

Au cours des entretiens de Power et al., les participantes ont estimé que le sexe entre femmes était considéré comme plus sécurisé par la population générale. Pour elles, il est plus aisé de comprendre comment les infections peuvent se transmettre lors d'un rapport pénétratif avec un pénis, plutôt qu'entre femmes, où les pratiques sexuelles sont souvent considérées comme des « préliminaires » par le reste de la population. Elles ont exprimé un manque de représentation de la sexualité entre femmes : elles ont estimé qu'elles étaient à la fois absentes des campagnes de santé publique destinées à la population générale, souvent centrées sur les rapports pénétratifs, et également de celles destinées aux HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Des idées reçues circulent donc sur la sexualité entre femmes : l'échange moindre de fluides corporels laisse penser que cette sexualité est plus sûre. Dès lors, il nous semble important de préciser lors des échanges avec les patient·e·s au sujet des IST, que toute pratique sexuelle même non pénétrative peut présenter des risques, constituant un rapport sexuel au même titre qu'une pratique pénétrative. On pourra ainsi évoquer des moyens de prévention moins connus du grand public et donc moins utilisés, à l'instar des gants pour les rapports avec pénétration digitale, et de la digue dentaire pour les rapports oraux ; dans notre étude, ils étaient utilisés par respectivement 5,7 % et 7 % des répondantes. Béziane et al. (14) mettaient en avant que seules 25 % des répondant·e·s avaient des pratiques visant à réduire le risque d'IST, avec une utilisation sporadique de la digue dentaire et des gants. Ces informations permettront de replacer les FSF dans une dynamique de prévention, au même titre que les HSH. Cette différence provient probablement de l'épidémie de SIDA des années 1980-1990, qui a placé les HSH au cœur des représentations à propos de la prévention des IST, tout en considérant les FSF comme une population à bas risque. En conséquence, 7,2 % des femmes de notre étude n'utilisaient jamais de moyen de prévention des IST car elles ne le jugeaient pas utile en n'ayant que des rapports sexuels avec des femmes. La méconnaissance des moyens de prévention et leur utilisation était citée dans notre étude par les FSF, respectivement à hauteur de 16 % et 15,1 %, et dans l'étude de Béziane et al. (14) à hauteur de 23 %. Les professionnel·le·s de santé ont donc un rôle majeur à jouer dans l'information de cette population, en leur présentant d'une part quels moyens sont à leur portée et pour quels types de pratiques, et d'autre part en leur montrant comment s'en servir.

Pour nous, rendre un tel dialogue possible demande premièrement une ouverture des professionnel·le·s aux sexualités minoritaires, en posant un cadre de consultation ouvert au dialogue et à la confiance.

Dans notre étude, les FSF ont ressenti que le besoin d'avoir des conseils adaptés les avait aidées à se confier aux professionnel·le·s de santé au sujet de leur orientation sexuelle à 46 %. Dès lors, il est nécessaire que les professionnel·le·s puissent répondre à leurs questions et éventuellement les rassurer si besoin. A ce jour, la formation initiale en maïeutique ne comporte pas de module ou de cours sur la prise en charge de patient·e·s de minorités sexuelles, ni sur les questions de genre. Notre culture et nos connaissances à ce sujet s'appuient sur des supports élaborés par le réseau associatif. Nous estimons qu'il serait intéressant de faire intervenir des bénévoles de ces associations, qui jouent un rôle majeur de sensibilisation auprès des FSF, au sein des écoles de sages-femmes. Il nous paraît essentiel d'apprendre dès notre formation à ne pas considérer que tous·tes les patient·e·s ont des sexualités linéaires et hétéronormées, afin de nous permettre d'adopter une attitude inclusive lors de nos échanges avec les patient·e·s, à commencer par notre manière de nous exprimer. Les répondantes à notre étude, pour 23 % d'entre elles, ont estimé que le fait que les professionnel·le·s de santé adopte un discours inclusif (par exemple, l'utilisation du terme « partenaire » au lieu de « compagnon » ou « conjoint ») les avaient aidées à se confier. Pour d'autres, à 26 %, c'était le fait qu'on leur pose la question. Au Royaume-Uni, des recommandations ont été émises à ce sujet en 2018 dans le plan national d'action LGBT (15) : elles visent à ce que chaque professionnel·le demande aux personnes consultant en entretien de définir leur orientation sexuelle, en s'appuyant sur une liste. Elle·il·s ont la possibilité de ne pas répondre. Dans tous les cas, la·le professionnel·le qui interroge ses patient·e·s à ce sujet doit être en mesure d'accueillir la réponse avec bienveillance et respect, et si nécessaire, d'adapter ses conseils et conduites à tenir à la lumière de cette nouvelle information. Cette démarche peut permettre d'instaurer une relation de confiance de qualité avec les patient·e·s, améliorer leur recours aux soins, et par conséquent leur état de santé.

Le réseau associatif participe à l'information des professionnel·le·s au travers de la rédaction de brochures, comme le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida et pour la santé des jeunes d'Ile de France, avec son « Guide LGBTQIA+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel·le·s de santé » (16), réalisé par un groupe de futur·e·s professionnel·le·s de santé. Il a été réalisé après une enquête permettant de cerner les besoins de cette population et d'identifier les pistes d'amélioration des pratiques en santé. Son objectif est de former et informer les professionnel·le·s de santé pour assurer un parcours de soins inclusif et bienveillant à la population LGBTQIA+. Ce guide propose, pour chaque minorité, un état des lieux avec des données issues d'études, et des recommandations pour les prendre en charge, accompagnées de ressources.

D'autres associations visent à informer directement les FSF, comme la brochure « Tomber la culotte » (17), portée par l'ENIPSE (Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé). Des thématiques diverses y sont abordées, de l'anatomie, aux notions de désir, de consentement, en passant par la prévention des IST.

Cela nous semble nécessaire, à l'heure où 47 % des répondantes de notre étude se sont senties discriminées au moins une fois dans leur vie au sein du système de santé. Le rapport réalisé par l'association SOS Homophobie en 2021 faisait état de 35 cas de LGBTIphobies rapportés dans le domaine de la santé, dont 17 % de femmes cisgenres (18). On peut penser que beaucoup de situations discriminantes ne sont pas signalées, car elles peuvent prendre des formes très différentes, parfois latentes. La plupart des professionnel·le·s construisant leur anamnèse sur un modèle hétérocentré, les FSF peuvent se sentir exclues, ou penser que leur sexualité ne représente pas une information pertinente. Certaines se sont exprimées ainsi, dans un champ libre dédié à la discrimination, au sein de notre questionnaire :

« Le plus souvent il s'agit de discriminations qui prennent une forme très passive, par exemple un médecin va vous considérer hétérosexuelle sans se poser de questions, rappelant ainsi que c'est la norme établie et nous obligeant une fois de plus à expliquer notre situation, ce qui en plus d'être fatigant peut se trouver être dangereux »

« Lorsque la question de ma sexualité implique un homme, l'investigation s'arrête là et on ne suppose jamais qu'elle ait pu impliquer des femmes. »

« Mes deux premiers gynécos étaient des hommes. Pour eux, ce n'était qu'une passade. Et je ne pouvais pas avoir de relations sexuelles avec une femme ni de plaisir. C'était juste pour passer le temps. Ils ne connaissaient absolument pas la sexualité homosexuelle. »

D'autres FSF n'ont jamais évoqué leur orientation sexuelle auprès de professionnel·le·s de santé, par peur d'être discriminées. Elles ne peuvent donc pas avoir accès à des informations adaptées à leurs besoins auprès de professionnel·le·s.

« j'évite au maximum certains rdvs de peur de devoir le révéler et que cela se passe mal. Par ce biais on peut dire que je subis la discrimination homophobe car mon accès aux soins est limité »

Plusieurs répondantes à notre étude ont évoqué leur désir de grossesse, et l'impossibilité pour les couples de femmes en France d'avoir un projet de grossesse par Assistance Médicale à la Procréation au moment de la diffusion du questionnaire :

« Les couples de femmes en France souhaiteraient pouvoir être mieux accompagnés et conseillés quant aux possibilités d'avoir un enfant. Pour que certaines n'aient pas recours à une personne inconnue qui va donner son sperme sans avoir de test au préalable. »

« Je suis en pleine PMA donc forcément je me sens extrêmement discriminée »

Jusqu'à récemment, les couples de femmes étaient obligés de se rendre à l'étranger, le plus souvent en Espagne ou en Belgique, moyennant des dépenses importantes, et créant des inégalités, puisque seules les femmes bénéficiant de moyens financiers suffisamment importants pouvaient s'inscrire dans un tel parcours. La loi 2021-1017 du 2 août 2021 a permis l'ouverture de la PMA aux couples de femmes, permettant ainsi son remboursement par la sécurité sociale et de fait, une réduction des inégalités (19).

Se constituer un réseau de professionnel·le·s formé·e·s ou à minima sensibilisé·e·s aux particularités des personnes LGBTQIA+, nous semble être un moyen clé afin de pouvoir, si besoin, réorienter les personnes pour qu'elles obtiennent des réponses adaptées à leurs besoins tout en se sentant en sécurité pour le faire. Des listes de professionnel·le·s jugés « safe » par les patient·e·s, à savoir ouvert·e·s et bienveillant·e·s, sont facilement retrouvées sur internet, à l'instar du site « Gynandco » (20), répertoriant des professionnel·le·s en gynécologie recommandé·e·s par des utilisatrices. De nouvelles plateformes ont vu le jour récemment, et permettent de faciliter l'accès aux soins aux FSF qui souhaiteraient rester anonymes. Les Pipelettes est une initiative lancée par l'association Prévention Sage-Femme en 2021 (21), mettant à disposition un tchat avec des sages-femmes, disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7, complètement anonyme. Un simple message sur ce tchat pourrait permettre à de nombreuses FSF de poser leurs questions ou leurs inquiétudes, et d'être réorientées si besoin vers une consultation gynécologique classique. Cet outil nous semble être un moyen intéressant pour encourager les femmes à venir consulter, dans la mesure où 21 % des répondantes de notre étude n'avaient pas de suivi gynécologique. L'idéal à terme étant surtout d'avoir une formation initiale pour toutes les futures sages-femmes comprenant des modules de formation à l'accueil et la prise en charge des FSF.

L'étude de Béziane et al. montrait que les motifs principaux de dissuasion face au contrôle gynécologique étaient le fait de se sentir jugé·e sur son orientation sexuelle et/ou son identité de genre à 38 %, puis la crainte liée à l'examen gynécologique en lui-même à 33 %, et le prix de la consultation à 26 % (donnée à replacer dans son contexte, en Suisse la tarification des actes médicaux est très différente de celle de la France). 20 % des répondant·e·s ne se sentaient pas concerné·e·s par le suivi gynécologique, constituant un motif de dissuasion majeur.

Une réflexion à ce sujet pourrait être lancée par les instances de santé publique, permettant de mettre en place des actions visant les FSF de manière plus spécifique. A ce jour, d'après notre étude, internet est la source d'information principale, utilisée par 78 % des répondantes. Viennent ensuite les proches et la famille à 57 %, les professionnel·le·s de santé à 17 % et les associations à 8 %. On pourrait par exemple penser à l'élaboration d'un site internet équivalent à onsexprime.fr (site d'information en santé sexuelle géré par Santé Publique France), dédié aux FSF. Cela leur permettrait d'accéder à des réponses fiables sur des questions pratiques qu'elles se posent, et de se sentir plus concernées et visibles auprès des instances publiques. La visibilité est en effet un élément qui tient particulièrement à cœur aux FSF ; 61 % des répondant·e·s de l'étude de Béziane et al. ont même estimé qu'il s'agissait de leur besoin majeur en santé sexuelle (14). Cela s'explique en partie par l'hétéronormativité qui régit notre société. En santé sexuelle, cela commence à l'âge scolaire par les séances d'« Education à la sexualité ». Notre étude revenait sur ces séances suivies par 82 % des répondantes au moins une fois au cours de leur cursus scolaire. Et parmi elles, seules 7,0 % ont rapporté avoir reçu des informations concernant la sexualité entre femmes à cette occasion. Ces séances sont définies dans le Code de l'éducation (articles L. 121-1 et L. 312-16) depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001. L'article L. 312-16 stipule « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain [...] (22).* Dès leur définition, on trouve donc une absence d'inclusivité. Nous constatons qu'il existe un écart entre la loi et le nombre de séances effectivement proposées par les établissements par an, et que quand bien même les FSF avaient pu en bénéficier, 93 % d'entre elles n'ont pas pu avoir accès à des informations sur la sexualité entre femmes. Ainsi, dès l'âge scolaire, elles ont pu se sentir invisibilisées, et quelque part à l'abri de tout risque d'IST car ce risque n'a pas été évoqué. Les FSF restent cependant très intéressées et volontaires, et ont le souhait d'en savoir plus.

Parmi les 18 % de notre population d'étude n'ayant pas bénéficié de telles séances, 86 % d'entre elles se déclaraient intéressées par une intervention traitant de la sexualité entre femmes, montrant qu'elles sont prêtes à se saisir des questions de santé les concernant.

V-Conclusion

Cette étude nous a permis de mettre en avant un niveau relativement élevé de conscience du risque d'IST lors de rapports entre femmes, mais manquant de précision, la plupart des femmes ne sachant pas à quelles IST elles s'exposaient. Nombre d'entre elles connaissaient des moyens de prévention, sans pour autant en utiliser. Il serait souhaitable de s'attacher à donner aux FSF les informations les concernant, soit par le biais de professionnel·le·s formé·e·s ou à minima sensibilisé·e·s, et/ou via des supports créés par le milieu associatif, afin qu'elles puissent se saisir des enjeux autour de leur sexualité. On peut citer le « Guide du safer sex entre femmes », réalisé par l'association suisse Les Klamydia's, disponible sur leur site internet (23).

Leur offrir un espace de dialogue inclusif, ouvert, permettrait d'améliorer leur recours au soin, tel que précisé dans le 3^{ème} axe du plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti LGBT+ 2020-2023 (9). Dès lors, cela permettra d'augmenter leur confiance envers les professionnel·le·s de santé, et parallèlement, espérer diminuer le vécu de discriminations dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas forcément de transformer en profondeur nos pratiques, mais simplement de les élargir, en ayant à l'idée que certaines personnes ne vivent pas dans un modèle hétéronormé ou encore cisnormé. L'utilisation de termes plus neutres lors de nos interrogatoires, par exemple, ne laissant pas présager d'*a priori* de notre part sur la vie de nos patient·e·s, être une mesure simple qui pourrait permettre de les inclure davantage. Lors d'échanges avec des FSF, il nous semble capital de savoir que certaines personnes s'identifiant comme LGBTQIA+ connaissent des retentissements sur leur santé mentale. Une étude réalisée par l'IFOP en 2019 montrait que 23 % des répondant·e·s avaient déjà pensé à se suicider contre 5 % en population française générale, et 24 % avaient signalé avoir déjà fait une tentative de suicide, contre 7% en population française générale (24).

Par ailleurs, notre étude ne visait pas les personnes transgenres, car nous pensons qu'elle·il·s devraient faire l'objet d'un mémoire à part entière, tant les problématiques et questionnements qui leur sont propres sont mal connus des professionnel·le·s de santé. Pour autant, leur connaissance est essentielle à une prise en charge optimale de cette population, en particulier à propos de leur suivi gynécologique.

VI-Summary and key-words

Introduction : Women who have sex with women (WSW) show risk factors for sexually transmitted infections. The aim of this study was to delineate the knowledge of WSW about their sexual health and their experience of gynaecological follow-up.

Method : This study was observational, descriptive, quantitative and cross-sectional, carried out by means of a questionnaire shared on social networks, among 345 cisgender WSW.

Results : In our study, nearly one in four WSW were not aware of the risk of STIs during sexual intercourse with another woman. The WSW interviewed did not know in detail which STIs they were exposed to : only 11.5% of them could name all of them. Although 71.7% of WSW declared they knew one or more means of preventing STIs, more than 80% of them had never used any.

Regarding gynaecological follow-up, 42% of our population had an annual follow-up, and nearly 78% of WSW knew about the existence of the cervical smear. More than 86% of WSW were satisfied with their follow-up.

Regarding their relationship with health professionals, more than one in three WSWs had already spoken to one of them about their sexual orientation. On average, they rated their trust in health professionals as 5 out of 10. At the same time, almost one in two women felt that they had already been discriminated against in the health system because of their sexual orientation. Only 7.1% of the WSWs in our study said that they had ever seen at least one public health campaign targeting sexuality between women in their lifetime.

Conclusion : WSWs lack information about their sexual health, which makes it difficult for them to adopt a preventive attitude when having sex with other women. Thus, this study underlines the importance of training health professionals in gynaecology to better support this population.

Key words : WSW - sexually transmitted infection - prevention - discrimination - gynaecology

VII-Bibliographie

1. EU LGBT survey - European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey - Main results [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights. 2014 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/eu-lgbt-survey-european-union-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-survey-main>
2. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle : Agenda 2017-2030. 2017 [cité 23 nov 2020]; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
3. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2005;33(10):776-82.
4. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Semaille C. Enquête Presse Gays et Lesbiennes [Internet]. 2011 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: http://www.corevihlvdr.com/newsletter/n12/epgl2011_femmes_reuassoc_def.pdf
5. Delebarre C. Enquête SexoFSF : Quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes? 2015 [cité 22 nov 2020]; Disponible sur: <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/pdf/2018mars/delebarre2.pdf>
6. SOS Homophobie. Rapport sur les LGBTIphobies 2020 [Internet]. Paris. 2020 [cité 16 nov 2020]. 180 p. Disponible sur: https://www.soshomophobie.org/sites/default/files/rapport_homophobie_2020_interactif.pdf_/rapport_homophobie_2020_interactif.pdf
7. Jedrzejewski, T. «EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France». Univ. Paris Diderot – Paris 7. [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf
8. Doull M, Wolowic J, Saewyc E, Rosario M, Prescott T, Ybarra ML. Why Girls Choose Not to Use Barriers to Prevent Sexually Transmitted Infection During Female-to-Female Sex.

J Adolesc Health. 1 avr 2018;62(4):411-6.

9. Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances. Plan national d'action pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 [Internet]. 2020 [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/10/dilcrah_plan-lgbt_2020-2023_vf.pdf

10. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: a qualitative study. J Clin Nurs. déc 2016;25(23-24):3643-51.

11. Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: A review. Am J Obstet Gynecol. 1 sept 2000;183(3):770-4.

12. Pitts, M., A. Smith, A. Mitchell, and S. Patel. 2006. Private lives. A report on the health and wellbeing of GLBTI Australians. Melbourne, Australia: Gay and Lesbian Health Victoria and the Australian Research Centre in Health and Society, La Trobe University.

13. Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. Culture, Health & Sexuality. janv 2009;11(1):67-81.

14. Béziane C. Enquête sur la santé des femmes* qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) 2019 [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.profa.ch/wp-content/uploads/2020/11/Rapport-preliminaire-enquete-info-fouffe.pdf>

15. Government equalities office. LGBT action plan : improving the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender people [Internet]. 2018. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/721367/GEO-LGBT-Action-Plan.pdf

16. CRIPS Ile-de-France. Guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel·le·s de santé [Internet]. 2021 [cité 10 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lecrisp-idf.net/guide-sante-personnes-lgbtqi>

17. Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé. Tomber la Culotte [Internet]. 2020. Disponible sur :
https://ressource.sos-homophobie.org/Ressources/Tomber_la_culotte_2.pdf
18. SOS Homophobie. Rapport sur les LGBTIphobies 2021 [Internet]. Paris. 2021 [cité 29 août 2020]. 174 p. Disponible sur:
https://ressource.sos-homophobie.org/Rapport_LGBTIphobies_2021_interactif.pdf
19. Legifrance. Loi 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884384>
20. Collectif Gyn&Co. Gynandco [Internet]. Disponible sur:
<https://gynandco.wordpress.com/>
21. Association Prévention sage-femme. Les Pipelettes [Internet]. 2021. Disponible sur:
<https://lespipelettes.org/login>
22. Legifrance. Article L312-16 du code de l'éducation. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349/
23. Les Klamydia's. Guide du safer sex entre femmes [Internet]. Disponible sur:
<https://www.klamydias.ch/safer-sex-et-ist>
24. Institut Français d'Opinion Publique. Observatoire des LGBTIphobies - État des lieux 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur:
https://www.ifop.com/wpcontent/uploads/2019/05/116079_Ifop_FJR_Observatoire_2019.05.16.pdf

VIII – Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Par quel biais avez-vous eu accès à ce questionnaire ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Lien en ligne
- Affiches

2 Quel est votre milieu d'habitation ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urbain
- Rural
- Entre les deux

3 Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Agriculteur·ices exploitant·e·s
- Artisan·e·s, Commerçant·e·s, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employé·e·s
- Ouvrier·ère
- Retraité·e
- Etudiant·e
- Chômeur·euse

4 Quel âge avez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 25 ans
- Entre 25 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Entre 45 et 55 ans
- Plus de 55 ans

5 Quel est le genre qui vous a été assigné à la naissance ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Femme
- Homme

6 Vous identifiez-vous à ce genre ? (c'est à dire, si vous êtes née femme, vous considérez-vous comme femme aujourd'hui) *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

7 Quel est votre statut marital ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
- En couple
- Pacsée
- Mariée
- Couple libre
- Polyamour

8 A quelle orientation sexuelle vous identifiez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Lesbienne
- Bisexuelle
- Pansexuelle
- Hétérosexuelle
- Asexuelle
- En questionnement
- Aucune
- Autre

9 Au cours de votre vie, vous avez eu : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Uniquement des rapports sexuels avec des hommes
- Des rapports sexuels avec des hommes ou des femmes
- Uniquement des rapports sexuels avec des femmes
- Je n'ai pas eu de rapports sexuels

(par rapports sexuels, nous entendons des pratiques sexuelles avec ou sans pénétration, pratiques orales, anales, avec des objets...)

10 Lorsque vous avez une question concernant votre sexualité, par quels moyens trouvez-vous une réponse à votre question ?*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Sur Internet
- Auprès de vos proches ou amis
- Auprès d'un professionnel de santé
- Auprès d'une association
- Autre: (champ libre)

11 Considérez-vous que vous êtes à risque d'IST lors d'un rapport non protégé avec une autre femme ? *

- Oui
- Non

12 Avez-vous déjà eu un dépistage d'IST ? *

- Oui
- Non

Ce questionnaire est entièrement anonyme.

13 Si oui, à quelle occasion avez-vous été dépistée ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Après un rapport à risque
- Car un professionnel vous a conseillé de le faire
- Car un ami ou proche vous a conseillé de le faire
- Un de vos partenaires vous a demandé de le faire
- Vous avez eu des symptômes qui vous ont fait penser à une IST
- Vous en faites régulièrement
- Autre: (champ libre)

14 Avez-vous déjà contracté une IST ? *

- Oui
- Non

15 Pour vous, quelles sont les IST que l'on peut contracter suite à un rapport avec une autre femme ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Chlamydia
- VIH/SIDA
- Herpès génital
- Gonorrhée
- Papillomavirus humain (HPV)
- Mycoplasmes génitaux
- Trichomonase
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- Hépatite D
- Hépatite E
- Syphilis
- Mycose

16 Pour vous, la plupart des IST se guérissent sans traitement. *

- Oui
- Non

17 Connaissez-vous des moyens de prévention des IST que vous pouvez utiliser lors d'un rapport avec une autre femme ?*

- Oui
- Non

18 Si vous connaissez des moyens de prévention, par quel moyen en avez-vous eu connaissance ?*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Amis ou proches
- Internet
- Campagnes de santé publique
- Professionnel·le·s de santé
- Autre: (champ libre)

19 Parmi ces moyens de prévention, lesquels avez-vous déjà utilisé lors de vos rapports sexuels ou pratiques sexuelles entre femmes ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Digue dentaire
- Gants (en latex ou autre)
- Préservatifs internes (parfois appelés féminins)
- Préservatifs externes lors d'utilisation de jouets
- Vous prenez la PrEP (prophylaxie pré-exposition)
- Vous n'en avez jamais utilisé lors de rapports entre femmes

20 Pourquoi avez-vous utilisé ces moyens de prévention ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Afin de me protéger des IST sur lesquelles j'ai reçu des informations
- Ma partenaire me l'a demandé
- Un professionnel de santé me l'a conseillé
- Autre: (champ libre)

20 Pourquoi n'en avez-vous pas utilisé ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ils sont trop chers
- ils sont contraignants
- il y a une perte de sensation
- Je n'en ai pas besoin car je n'ai des rapports qu'avec des femmes
- J'ai une partenaire fixe, je n'ai pas besoin d'en utiliser
- Je ne sais pas où m'en procurer
- Je ne sais pas ce qu'il faut utiliser

- Je ne sais pas comment les utiliser
- Jusqu'à maintenant, je ne connaissais pas leur existence
- Autre: (champ libre)

21 Avez-vous déjà entendu parler des frottis cervicaux qu'il est recommandé de faire entre 25 et 65 ans tous les 3 ans ? *

- Oui
- Non

22 En tant que femme ayant des relations avec des femmes, pensez-vous être concernée par le frottis, dont le but est de dépister le HPV ? (papillomavirus humain) *

- Oui
- Non

23 Avez-vous déjà eu un frottis ? *

- Oui
- Non

24 Lorsque vous entendez des conseils de prévention en santé sexuelle destinés à des femmes ayant des rapports avec des hommes, vous sentez-vous concernée ? *

- Je me sens concernée
- Je ne me sens pas concernée

25 Pourquoi vous sentez-vous concernée ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

26 Pourquoi ne vous sentez-vous pas concernée ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

27 Avez-vous déjà vu une campagne de santé publique concernant les femmes ayant des rapports avec des femmes ? *

- Oui
- Non

28 Avez-vous bénéficié de cours d'éducation à la sexualité à l'école, collège ou lycée ? *

- Oui, 1 fois
- Oui, 2 fois
- Oui, 3 fois ou plus
- Non

30 Si oui, avez-vous pu obtenir des informations concernant les relations sexuelles entre femmes en général ? *

- Oui
- Non

31 Si non, auriez-vous souhaité bénéficier d'un cours ou d'une intervention à ce sujet ? *

- Oui
- Non

32 Avez-vous pu échanger avec un professionnel de santé en gynécologie à propos de votre orientation sexuelle ?*

- Oui
- Non

33 Quel professionnel était-ce ? *

- Sage-femme
- Médecin
- Gynécologue

34 Quels sont les éléments qui vous ont aidée à vous confier à ce sujet ? *

- Il vous a posé la question Il y a des éléments dans son cabinet qui vous ont fait penser que cette personne était ouverte à une discussion à ce sujet (drapeau arc-en-ciel...)
- Des éléments dans sa communication verbale (ce qu'il ou elle vous a dit) ou non verbale (sa manière d'être) vous ont laissé penser que cette personne était ouverte à une discussion à ce sujet
- Le temps de la consultation était suffisant pour vous permettre de le faire
- Il a communiqué avec vous de manière inclusive (par exemple : utilisation du terme partenaire au lieu de conjoint, copain, ...)
- Vous savez que cette personne est informée à ce sujet ou ouverte d'esprit
- Vous souhaitiez avoir des conseils adaptés à votre situation
- Autre:

35 Quels sont les éléments qui vous ont poussée à ne pas vous confier à ce sujet ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La durée de la consultation était trop courte
- Vous avez eu peur d'être jugée
- Des personnes vous ont dit qu'il n'était pas prudent d'aborder le sujet avec cette personne
- Autre:

36 Vous a-t-il alors donné des conseils adaptés à votre orientation sexuelle ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

- Oui
- Non

37 Vous a-t-il parlé des moyens de prévention qui vous concernent ?*

- Oui
- Non

38 De manière générale, vous sentez-vous en confiance pour échanger à propos de vos pratiques sexuelles ou de votre orientation sexuelle avec un professionnel (ou une professionnelle) de santé ?

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Notez votre niveau de confiance envers le professionnel de santé, jamais = 0 et toujours = 10.

39 Pensez-vous avoir déjà été victime de discrimination au sein du système de santé en raison de votre orientation sexuelle ? Vous pouvez en dire plus si vous le souhaitez. Attention cependant à ne pas citer de noms (de professionnels de santé, d'associations, de villes) afin de garantir votre anonymat et celui des autres personnes.*

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Faites le commentaire de votre choix ici :

40 Si oui, est-ce que cela a pu avoir un impact sur votre suivi gynécologique par la suite ?*

- Oui
- Non
- Je n'ai pas été victime de discrimination au sein du système de santé

41 Bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique ? Si oui, par quel professionnel ?*

- Oui, par une sage-femme
- Oui, par mon médecin traitant
- Oui, par un médecin généraliste qui n'est pas mon médecin traitant
- Oui, par un gynécologue
- Non

42 Etes-vous satisfaite de ce suivi ? *

- Je suis très satisfaite
- Je suis plutôt satisfaite
- Je suis plutôt peu satisfaite
- Je ne suis pas satisfaite

43 Pourquoi en êtes-vous satisfaite, ou plutôt satisfaite ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je me sens en confiance et libre d'échanger sur ma vie privée
- Je peux avoir rendez-vous facilement
- Le professionnel est bienveillant
- Le professionnel parle de manière inclusive, et ne juge pas votre situation ou vos préférences
- Le professionnel répond à mes questions sans jugement
- Le professionnel répond à mes besoins
- L'atmosphère du cabinet ou du lieu de consultation me met en confiance
- Le lieu de consultation est facilement accessible
- Le professionnel respecte ma pudeur

44 Vous pouvez préciser ici pourquoi vous êtes satisfaite de votre suivi gynécologique.

Veillez écrire votre réponse ici : (champ libre)

45 Pourquoi n'en êtes-vous pas satisfaite ou peu satisfaite ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Vous ne vous sentez pas en confiance
- Le délai de consultation est trop long
- Le montant de la consultation ne rentre pas dans votre budget
- Le lieu de consultation est trop éloigné de votre domicile
- Autre : préciser dans la question suivante

46 Vous pouvez préciser ici pourquoi vous n'en êtes pas satisfaite.

Veillez écrire votre réponse ici (champ libre)

47 A quelle fréquence sont vos rendez-vous de suivi gynécologique ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- 1 fois par an
- Plusieurs fois par an
- 1 fois tous les 2 ou 3 ans
- Plus rarement
- Je n'ai jamais eu de consultation de suivi gynécologique

48 Dans l'ensemble de ce questionnaire, y a-t-il des éléments que vous auriez souhaité nous communiquer, mais qui n'avaient pas de question dédiée ?

Si c'est le cas, vous pouvez en parler ici.

Merci beaucoup d'avoir participé à cette étude.

Je vous souhaite une bonne continuation ainsi qu'une belle journée !



QUESTIONNAIRE ANONYME

Vous êtes une femme, et vous avez des relations avec une femme ?

AIDEZ-MOI A RÉALISER MON MÉMOIRE EN RÉPONDANT A CE QUESTIONNAIRE ANONYME !
MERCİ BEAUCOUP POUR VOTRE AIDE.

BLANDINE GUILLOU, ETUDIANTE SAGE-FEMME EN 4ÈME ANNÉE À POITIERS

POUR REpondre, FLASHEZ-MOI !



IX – Résumé et mots-clés

Introduction : Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) présentent des facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles. Ce travail vise à délimiter les connaissances des FSF sur leur santé sexuelle et leur vécu du suivi gynécologique.

Méthode : Cette étude était observationnelle, descriptive, quantitative et transversale, réalisée par questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux, auprès de 345 FSF cisgenres.

Résultats : Dans notre étude, près d'une FSF sur 4 n'avait pas conscience du risque d'IST lors d'un rapport sexuel avec une autre femme. Les FSF interrogées ne savaient pas en détail à quelles IST elles s'exposent : seules 11,5% d'entre elles ont su citer l'ensemble de ces IST. Si 71,7% des FSF disaient connaître un ou plusieurs moyens de prévention des IST, plus de 80% d'entre elles n'en avaient jamais utilisé.

A propos du suivi gynécologique, 42% de notre population avait un suivi annuel, et près de 78% des FSF connaissaient l'existence du frottis cervical. Plus de 86% des FSF se disaient satisfaites de leur suivi.

Concernant leur relation avec les professionnel·le·s de santé, plus d'une FSF sur 3 avait déjà échangé avec l'un·e d'entre eux·elles au sujet de son orientation sexuelle. En moyenne, elles notaient à 5 sur 10 leur confiance aux professionnel·le·s de santé. En parallèle, près d'une femme sur 2 estimait avoir déjà été victime de discrimination au sein du système de santé en raison de son orientation sexuelle.

Seules 7,1% des FSF de notre étude disaient avoir déjà vu au cours de leur vie au moins une campagne de santé publique ayant pour cible la sexualité entre femmes.

Conclusion : Les FSF manquent d'informations en ce qui concerne leur santé sexuelle, ce qui ne leur permet que trop peu d'adopter une attitude préventive au cours de leurs rapports sexuels avec d'autres femmes. Ainsi, cette étude souligne l'importance de la formation des professionnel·le·s de santé en gynécologie pour un meilleur accompagnement de cette population.

Mots-clés : FSF – Infection sexuellement transmissible – prévention – discrimination – gynécologie