

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Camille POUPON

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2020

**Quelle place les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes
accordent-elles au frottis cervical utérin dans leur suivi gynécologique ?**

Enquête quantitative comparative

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Maud POIRIER

Membre du jury : Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Norbert WINER,

Professeur Universitaire et Praticien Hospitaliser, chef de service de gynécologie du CHU de Nantes,

Président du jury de thèse

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

Au Docteur Maud POIRIER,

Docteur en médecine générale, chef de service des UGOMPS,

Directrice de thèse

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse qui me tenait à cœur. Merci pour ton aide, ta grande disponibilité et ta bienveillance.

Au Docteur Maud JOURDAIN,

Docteur en médecine générale, maître de conférences associée du département de médecine générale de Nantes,

Membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Docteur Rosalie ROUSSEAU,

Docteur en médecine générale, maître de conférences associée du département de médecine générale de Nantes,

Membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame Marie-Anne VIBET,

Biostaticienne au CHU de Nantes

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce travail, pour votre gentillesse. Votre aide m'a été très précieuse.

Merci à toutes les femmes qui ont participé à cette enquête.

Merci à toutes les personnes qui ont diffusé le questionnaire et qui ont ainsi participé à la visibilité de ce sujet.

Merci à mes parents, Martine et Christophe, de m'avoir toujours soutenue, d'avoir toujours été présents à mes côtés. Je vous aime.

Merci à ma sœur Morgane et à Joris de m'avoir supportée pendant l'externat.

Merci à toute ma famille pour son soutien au cours de ces années.

Merci à ma belle-famille, je suis heureuse de vous avoir dans ma vie.

Merci à tous mes ami.es et en particulier :

Benjamin et Mariõne. Vous êtes si importants pour moi.

Audrey pour m'avoir inspiré cette thèse.

Marine et Raphaëlle pour ce soutien durant tout cet externat sur Caen.

MC et Simon pour votre regard sur la vie. J'ai de la chance de vous avoir rencontrés.

Merci à mes premiers co-internes de Châteaubriant (Antonin, Nicolas, Lauriane, Louise Samuel et Romain), mais aussi Lucile, Philo, Élise et tous les autres.

Merci aux belles rencontres que j'ai pu faire durant mes stages, autant les médecins que les paramédicaux.

Merci à tous ceux qui ont contribué durant ces 3 années d'internat à ce que je devienne le médecin d'aujourd'hui.

Un merci particulier à Sandy et Yuna pour leur regard expert sur cette thèse. Merci d'avoir pris le temps de m'aider. Merci aussi à Véro et Laure qui m'ont aidée à améliorer mon questionnaire et qui sont si chères à mon cœur.

Merci à Cécile pour ta douceur, ton attention et ta bienveillance dans la vie de tous les jours. Merci pour ton soutien et ton aide si précieuse pour cette thèse. Je t'aime

Listes des abréviations

APV : Auto-prélèvement vaginal

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CCU : Cancer du col de l'utérus

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

DL : Décubitus Latéral

DRC : Département de Recherche Clinique

GNEDS : Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

FCU : Frottis Cervical Utérin

FSF : Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

IST : Infection sexuellement transmissible

LGBT : lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres

MG : Médecin Généraliste

NHS : National Health Service

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

Table des matières

1	INTRODUCTION	7
1.1	LE CANCER DU COL DE L'UTERUS	7
1.1.1	Épidémiologie.....	7
1.1.2	Moyen de dépistage : Le frottis cervical utérin	8
1.1.3	Les limites.....	9
1.2	LES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES	10
1.2.1	Définition.....	10
1.2.2	Les FSF dans la société	11
1.2.3	Les FSF dans la santé.....	12
1.3	GENESE DE L'ENQUETE.....	13
2	MATERIEL ET METHODES.....	14
2.1	TYPE DE L'ETUDE.....	14
2.2	REALISATION DU QUESTIONNAIRE.....	14
2.3	DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET RECUEIL DES DONNEES	14
2.4	POPULATION DE L'ETUDE.....	15
2.5	CONSTITUTION DE SOUS-GROUPES POUR L'ANALYSE	16
2.6	ANALYSE STATISTIQUE.....	17
2.7	ASPECT ETHIQUE.....	17
3	RESULTATS	18
3.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	18
3.1.1	Population de l'étude.....	18
3.1.2	Catégories socio-professionnelles (CSP).....	21
3.1.3	Comparaison des 3 groupes	22
3.1.3.1	Catégories sociodémographiques.....	22
3.1.3.2	Grossesse	24
3.1.3.3	Vaccination HPV.....	25
3.1.3.4	Suivi médical	26
3.2	CONNAISSANCES SUR LE FROTTIS.....	28
3.2.1	Intérêt du FCU	28
3.2.2	Facteurs de risque du CCU.....	29
3.2.3	Recommandations	30
3.3	REALISATION DU FROTTIS.....	33
3.3.1	Date de réalisation du dernier frottis.....	33
3.3.2	Professionnels impliqués	35
3.3.3	Utilité du FCU chez une FSF.....	39

3.3.4	<i>Réticences</i>	40
3.3.5	<i>Autres facteurs influençant la réalisation du FCU</i>	44
4	DISCUSSION	45
4.1	RESULTATS PRINCIPAUX	45
4.2	OBJECTIF SECONDAIRE	48
4.2.1	<i>Les réticences</i>	48
4.2.2	<i>Connaissances et croyances</i>	49
4.2.3	<i>Le rôle des professionnels de santé</i>	50
4.3	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	52
4.4	VERS UN DEPISTAGE ORGANISE	54
5	CONCLUSION	56
6	BIBLIOGRAPHIE	57
7	ANNEXES	62
7.1	QUESTIONNAIRE	62
7.2	COMPLEMENTS DE RESULTATS	68

1 Introduction

1.1 Le cancer du col de l'utérus

1.1.1 Épidémiologie

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est la quatrième cause de décès par cancer dans le monde. En France, il est le douzième cancer féminin en terme de fréquence et le dixième pour ce qui est de la mortalité (1). En 2018, on a recensé 2 920 nouveaux cas ainsi que 1 117 décès (2). La principale histologie retrouvée est un carcinome dont 80% à 90% sont des carcinomes épidermoïdes et 10% à 20% sont des adénocarcinomes.

Le CCU est, dans la majorité des cas, le résultat d'une infection persistante au Human PapillomaVirus (HPV). Il met environ 10 à 15 ans pour se développer à partir de lésions pré cancéreuses provoquées par le virus. L'HPV est un virus nu à ADN qui est résistant dans l'environnement. Il se transmet principalement par le contact cutanéomuqueux. C'est grâce aux travaux d'Harald Zur Hausen, médecin allemand, que nous avons pu faire le lien entre ce cancer et le virus HPV. Cela lui a valu le prix Nobel de médecine en 2008. Il existe une centaine de génotypes différents d'HPV dont les génotypes 16 et 18 qui sont les plus oncogènes et donc fréquemment associés au CCU.

L'infection à HPV est une des trois infections sexuelles transmissibles (IST) les plus fréquentes dans la population générale. On estime qu'environ 8 femmes sur 10 seront exposées au cours de leur vie à ce virus et dans la majorité des cas au début de leur vie sexuelle (1).

Il existe plusieurs facteurs de risque au développement du cancer du col de l'utérus : les rapports sexuels à un âge précoce, l'immunodépression, la multiplicité des partenaires sexuels, la multiparité, le tabagisme, l'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux, la co-infection avec une autre IST (Chlamydia Trachomatis, virus de l'herpès simplex de type 2).

Depuis la fin des années 2000, il existe un moyen de prévention de ce cancer avec la vaccination contre le virus HPV. En effet, le Gardasil 9® (et antérieurement le Gardasil® ou le Cervarix®) doit être proposé aux jeunes filles de 11 à 14 ans avec une possibilité de rattrapage entre 15 et 19 ans. A partir de janvier 2021, ce vaccin sera recommandé également aux jeunes garçons (3).

Du fait de l'évolution lente des lésions, le CCU peut être dépisté à un stage précoce grâce au frottis cervical utérin.

1.1.2 Moyen de dépistage : Le frottis cervical utérin

Le frottis cervical utérin est un test cytologique. Il permet de faire une analyse morphologique des cellules du col de l'utérus pour détecter précocement la présence de cellules anormales et de cellules pré-cancéreuses qui pourraient évoluer en lésions cancéreuses. C'est aux États-Unis, dans les années 1920, que le frottis a vu le jour. Le Docteur Papanicolaou, un médecin grec émigré aux États-Unis, mit au point une technique de coloration de cellules qu'il publia dans son livre « The Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear » en 1943. Mais, dans un contexte de guerre, ses recherches sont oubliées. C'est en 1948, à Lyon, que le professeur Martial Dumont rapporta le premier cancer génital diagnostiqué grâce à cet examen cytologique de frottis vaginal (4). Ce n'est que dans les années 60, que le dépistage individuel commença en France.

Le frottis est réalisé à l'aide d'un spéculum, instrument qui permet d'atteindre le col de l'utérus pour effectuer le prélèvement. Le spéculum, tel qu'on le connaît aujourd'hui, est un instrument inventé par un gynécologue américain, James Marion Sims, dans les années 1840. Il a perfectionné cette technique au détriment de femmes esclaves. Depuis, le spéculum n'a que peu changé.

Il existe deux techniques de prélèvements :

- La méthode « classique » ou « conventionnelle » : c'est la technique de Papanicolaou (« Test de Pap ») ; elle reste à ce jour la plus utilisée.
- La méthode dite en milieu liquide ou en « couche mince ».

Le dépistage par le frottis cervico-utérin (FCU) doit être proposé tous les trois ans, à toutes les femmes de 25 à 65 ans après l'obtention d'un prélèvement normal à un an d'intervalle.

1.1.3 Les limites

Ce moyen de dépistage semble avoir quelques limites.

Le frottis était, jusqu'en 2019, un dépistage individuel. Cela a créé une grande inégalité de dépistage en France. Le taux de couverture est très hétérogène sur le territoire français, avec par exemple, un taux de 56,1% dans les Hauts-de-France alors qu'il est de 64,4% en Auvergne-Rhône-Alpes (1).

D'après un récent état des lieux par le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2019 (5), seulement 58,7% des françaises réalisent un frottis tous les 3 ans alors qu'il était attendu une couverture de 80%. Plus d'une femme sur trois ne participe pas à ce dépistage et près d'une femme sur deux après 50 ans, alors même que l'âge moyen de diagnostic du CCU est de 51 ans. Parmi ces femmes, certaines étaient moins enclin à avoir recours au dépistage par le FCU ; comme par exemple les femmes dans le milieu carcéral, les femmes ayant la CMU, les femmes ayant des addictions, les femmes migrantes et les femmes homosexuelles (6).

Depuis le début de la mise en place du dépistage contre le CCU, nous avons pu remarquer une réelle amélioration sur l'incidence et sur la mortalité. Cependant, depuis 2005, nous notons un ralentissement de cette amélioration qui peut s'expliquer par la modification des pratiques sexuelles. Ainsi, les femmes sont davantage exposées à l'HPV et à un âge plus précoce (7).

De plus, cet examen est peu reproductible et son interprétation est subjective et variable selon les observateurs. La faible sensibilité du frottis (entre 51 et 53% pour les lésions précancéreuses CIN 2+) implique donc une fréquence relativement élevée du dépistage (tous les 3 ans).

Le dépistage individuel tel qu'il existait en France jusqu'en 2019 n'était plus optimal. Pour remédier à ce problème, les mesures issues du Plan cancer 2014-2019 ont pour objectif de créer un dépistage organisé national. On espère ainsi pouvoir augmenter la couverture et réduire l'inégalité d'accès au dépistage.

Cependant, si une campagne de dépistage n'est pas mise en place pour informer, mobiliser les femmes qui ne se sentent pas concernées, comme les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF), la disparité entre les femmes risque de persister.

1.2 Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes

1.2.1 Définition

L'orientation sexuelle regroupe trois dimensions différentes qui sont importants à distinguer :

- L'attirance sexuelle : lorsqu'une femme est attirée par une femme, un homme ou les deux sexes.
- L'auto-définition : lorsqu'une personne se définit elle-même comme lesbienne, homosexuelle, bisexuelle, hétérosexuelle ou autres.
- Le comportement sexuel : lorsqu'une personne a des relations sexuelles avec des femmes, des hommes ou les deux.

Ces trois dimensions, si elles sont fortement corrélées, ne se recoupent pourtant pas entièrement. Par exemple, une femme peut avoir une attirance sexuelle pour une autre femme, avoir eu des relations sexuelles avec les deux sexes et pourtant se considérer hétérosexuelle.

Pour nommer ce groupe de femmes, nous utiliserons dans tout le document l'expression « Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » (FSF) qui semble faire consensus dans la littérature scientifique internationale. Elle permet de prendre en considération les divergences entre auto-définition et comportement sexuel des individus. En effet, certaines femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes ne se considèrent pas nécessairement comme lesbiennes (8). C'est pour cela que nous utiliserons le terme FSF dans notre étude et que nous nous baserons sur l'auto-définition combinée au comportement sexuel pour déterminer l'appartenance des femmes enquêtées aux différents groupes.

1.2.2 Les FSF dans la société

Connaître le nombre de femmes se considérant FSF en France est très difficile. En effet, les sondages sur l'orientation sexuelle sont compliqués à mettre en place en France. De plus, et comme nous l'avons vu, il existe plusieurs définitions pour caractériser cette orientation sexuelle. D'après un sondage de l'IFOP en 2017, 10% des femmes auraient déjà eu des relations sexuelles avec des femmes dont 1% uniquement avec des femmes. La proportion de femmes se considérant comme lesbiennes ou bisexuelles était de 4% (9). Une enquête de Bajos et Bazon en 2008, estime que 0,5% de la population sont des femmes homosexuelles et que 4% des femmes auraient eu des rapports avec d'autres femmes (10).

L'invisibilité des FSF est encore prégnante dans notre société au XXI^e siècle. Elles sont peu visibles dans les journaux, à la télévision, peu représentées dans l'espace public.

Les FSF sont touchées par une double discrimination : le sexisme et l'homophobie. D'après une récente enquête de SOS homophobie, le nombre d'actes haineux à l'encontre des lesbiennes a augmenté de 42% entre 2017 et 2018 (11). Les FSF se rendent parfois elles-mêmes invisibles comme le souligne SOS homophobie (12) : 18 % des FSF ne manifestent jamais d'affection à leur partenaire en public, 59% d'entre elles ont vécu de la lesbophobie au cours des deux dernières années, 63% expliquent que si elles se refrèment dans certains cas, c'est par peur des réactions hostiles. Contrôler ses gestes afin de ne pas dévoiler son orientation sexuelle dans l'espace public représente le quotidien de nombreuses lesbiennes.

1.2.3 Les FSF dans la santé

L'invisibilité des FSF se retrouve également dans la santé. Les FSF sont absentes des campagnes gouvernementales liées à la santé sexuelle, absentes des programmes pour les étudiants en médecine comme le rappelle Baptiste Beaulieu, médecin généraliste et chroniqueur à France inter (13). On ne retrouve aucune recommandation spécifique sur leur prise en charge, peu de littérature scientifique à propos d'elles. A la différence de l'homosexualité masculine qui a été rendue plus visible suite à la crise sanitaire liée au VIH par exemple, l'homosexualité féminine est toujours restée très discrète médiatiquement parlant.

Les FSF sont également invisibles dans la patientèle des médecins généralistes (MG). En effet, peu d'entre eux questionnent leurs patientes sur leur sexualité, considérant qu'elles sont, par défaut, hétérosexuelles (14). Aussi, certaines femmes préfèrent ne pas divulguer leur orientation sexuelle par peur d'une réaction homophobe de la part de leur médecin ou par peur d'une baisse de la qualité des soins (15). 51% des FSF se sentent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin alors que 91% estiment cette révélation importante (16).

D'autre part, l'absence de pénétration par un sexe masculin dans les relations sexuelles entre femmes, peut à tort, les faire considérer comme sans risque par certains professionnels.

Les médecins généralistes sont formés pour avoir une prise en charge centrée sur la personne et l'orientation sexuelle semble être un déterminant de santé important à prendre en compte (17)(18)(19)(20). Plusieurs études ont montré que les FSF consomment plus d'alcool, plus de tabac, plus de cannabis. Elles ont des facteurs de risque cardiovasculaire plus élevés que les autres femmes. Elles présentent plus de vaginoses. Le premier rapport sexuel est plus précoce que pour les autres femmes (21). Elles ont plus de pratiques sexuelles à risque et subissent plus de violences conjugales. Elles sont plus à risque de tentatives de suicide (22)(23)(24). Tous ces éléments confirment l'importance de connaître l'orientation sexuelle de ces femmes pour une meilleure prise en charge.

1.3 Genèse de l'enquête

La NHS (National Health Service) a récemment mis en évidence le fait qu'une FSF sur cinq n'a jamais réalisé de frottis cervical utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. L'auteur de cet article l'explique par le fait que les FSF se pensent, à tort, moins à risque (25). Or pour plusieurs raisons ce dépistage est primordial.

Premièrement, 80% des FSF déclarent avoir déjà eu des rapports avec des hommes. Logiquement, ces femmes nécessitent donc le même suivi gynécologique que les femmes hétérosexuelles.

Deuxièmement, plusieurs études (26) ont montré, dès la fin des années 90, que la transmission d'HPV entre femmes était possible. Ainsi, l'ADN de l'HPV a été retrouvé chez 6,3% de FSF n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes (27).

Troisièmement, les FSF présentent de multiples facteurs de risque de développer un CCU. En effet, comparativement aux femmes hétérosexuelles, elles consomment plus de tabac, ont des rapports sexuels plus précoces (28), ont plus de partenaires différents, présentent plus d'IST comme par exemple les chlamydias (29).

Pour toutes ces raisons, il est donc évident que les recommandations du dépistage contre le cancer du col de l'utérus doivent être identiques pour toutes les femmes. Malheureusement, des préconisations erronées sont parfois encore données aux FSF sur ce sujet : il leur est parfois dit que leur orientation sexuelle ne nécessite pas de dépistage du cancer du col de l'utérus (30)(31)(32). Mais comme le rappelle Dr Michael Brady, médecin et conseiller en santé LGBT+ au NHS, « le cancer ne discrimine pas ».

En France, à notre connaissance, aucune enquête ne compare la fréquence de réalisation du frottis entre les FSF et les autres femmes. Dans cette étude, nous avons donc pour objectif principal de déterminer si les FSF réalisent moins de frottis que les autres femmes. L'objectif secondaire sera d'en comprendre les raisons. Nous espérons grâce à ce travail, participer à promouvoir la visibilité des FSF en médecine.

2 Matériel et Méthodes

2.1 Type de l'étude

L'enquête est une étude quantitative, observationnelle, transversale, comparative et déclarative. Elle se base sur un questionnaire adressé à des femmes issues de la population générale, quelle que soit leur orientation sexuelle. Ce questionnaire a été envoyé par internet, espérant toucher plusieurs centaines de femmes et ainsi avoir un échantillon représentatif des FSF et des autres femmes.

2.2 Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé après avoir fait une revue de la littérature. Il a été testé par une dizaine de femmes puis a été amélioré grâce à leurs remarques.

Le questionnaire comporte 26 questions dont certaines à choix multiples (annexe 1). Il était disponible uniquement en ligne. Au début du questionnaire, il était notifié aux participantes la population cible, l'objectif et le caractère anonyme de notre étude ainsi que des mentions légales. La dernière partie du questionnaire était une note informative exposant des données à but pédagogique sur le CCU et le FCU. Elle était disponible uniquement si la participante avait fini le questionnaire.

L'hébergement du questionnaire, s'est fait sur le logiciel Le Sphinx grâce à l'aide du Département de Recherche Clinique (DRC) du CHU de Nantes. Ainsi, les données étaient sécurisées et stockées sur le serveur du CHU de Nantes. Cette étude a été enregistrée au registre RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) du CHU de Nantes.

2.3 Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été mis en ligne à partir du 3 février 2020. Pour recruter le maximum de femmes, nous avons fait appel à plusieurs modes de diffusion : les réseaux sociaux (Facebook et Instagram), certaines associations LGBT (SOS Homophobie) et le réseau de connaissances de l'enquêtrice. Nous avons pu obtenir un grand nombre de réponses grâce à cette méthode qui a créé un effet boule de neige.

Ainsi, nous avons obtenu rapidement le nombre de sujets nécessaires (NSN) et pu clore le questionnaire le 18 février 2020, soit 15 jours après la mise en ligne du questionnaire.

Le questionnaire était anonyme et aucun moyen ne permettait d'identifier les femmes répondantes. Les données étaient enregistrées uniquement si les participantes avaient répondu à toutes les questions et si elles avaient coché « enregistrer » à la fin du questionnaire. Nous avons pu récupérer les données grâce à un fichier Excel. Les données ont été communiquées uniquement à l'enquêtrice, à la directrice de thèse, docteur Maud POIRIER, et à la méthodologiste madame Marie-Anne VIBET.

2.4 Population de l'étude

Le critère d'inclusion de cette étude était d'être une femme cis-genre.

« Cis genre » signifie que le genre ressenti d'une personne correspond à son sexe biologique, assigné à sa naissance. La santé des personnes trans genres est un sujet majeur. Ces dernières ayant des parcours de soins qui leur sont spécifiques, il ne nous semblait pas pertinent de les intégrer à cette étude.

Les critères d'exclusion étaient d'avoir moins de 25 ans et plus de 65 ans. Le choix de l'âge s'est basé sur les recommandations de dépistage par le frottis cervical utérin. Les femmes ayant eu une ablation d'utérus ont été également exclues car quand elles ne rentraient plus dans le même schéma de dépistage que la population générale. Nous avons aussi exclu les femmes n'ayant jamais eu de relations sexuelles que ce soit avec un homme ou avec une femme. En effet, il n'est pas recommandé de poser de speculum à une femme vierge.

Au total, 3 074 femmes ont répondu à notre questionnaire et 2 190 femmes répondaient à nos critères d'exclusion et d'inclusion.

Le nombre de sujets nécessaires (NSN) a été calculé à l'aide de l'estimation du nombre de FSF en France. On estime qu'il y a entre 5% et 10% de femmes se considérant comme FSF dans notre pays. Un groupe de 50 individus, nous permettrait de faire les tests statistiques classiques. Ainsi, pour espérer obtenir les réponses d'au moins 50 FSF, il nous fallait au moins 1 000 femmes répondantes. $NSN = (100 \times 50) / 5 = 1000$.

2.5 Constitution de sous-groupes pour l'analyse

Pour pouvoir répondre à l'objectif principal, nous avons formé 3 sous-groupes en fonction des réponses aux questions 6 et 7 du questionnaire (voir ci-dessous et annexe 1).

La question 6 demandait aux femmes si elles se considéraient comme FSF. La question 7 demandait aux femmes si elles avaient eu des relations sexuelles soit uniquement avec des femmes, soit uniquement avec des hommes, soit avec plus de femmes que d'hommes, soit avec plus d'hommes que de femmes.

Le premier groupe sera nommé : **FSF exclusives**. Il regroupe les femmes ayant répondu « Oui » à la question 6 et « uniquement avec des femmes » à la question 7. En d'autres termes, ce sont des FSF qui ont eu des relations uniquement avec des femmes.

Le deuxième groupe sera nommé **FSF mixtes**. Il regroupe les femmes ayant répondu « Oui » à la question 6 et « avec plus de femmes que d'hommes » ou « avec plus d'hommes que de femmes » à la question 7. Ce sont des FSF qui ont déjà eu des relations avec des hommes et avec des femmes.

Le troisième groupe sera nommé **Non FSF**. Il regroupe les femmes ayant répondu « Non » à la question 6 et « uniquement avec des hommes » à la question 7. Ce sont des femmes qui ont eu des relations uniquement hétérosexuelles.

2.6 Analyse statistique

L'analyse des données a été effectuée par une ingénieure en statistique du CHU de Nantes, madame Marie-Anne VIBET.

Le critère de jugement principal de cette étude était le taux de réalisation de frottis cervical utérin chez les FSF et chez les autres femmes.

Pour mettre en évidence une différence entre les 3 populations d'intérêt, nous avons utilisé le test du Chi2. Ce test permet de comparer des groupes pour des variables qualitatives, plus précisément il permet de comparer entre groupes les effectifs de la variable d'intérêt. Ainsi, on cherche à savoir s'il existe une dépendance entre les groupes étudiés, autrement dit si les effectifs de la variable d'intérêt dans chaque groupe sont significativement différents des effectifs attendus selon le hasard, les effectifs attendus selon le hasard marquant l'indépendance. Lorsque l'effectif est insuffisant (<5), nous utiliserons le test de Fisher, qui est basé sur le même principe que le test du Chi2 mais adapté à la comparaison de petits effectifs. Si le test est non significatif, c'est-à-dire que la p-value est > 0.05 , alors on dit que les variables sont indépendantes. On conclut qu'il n'y a pas de différence d'effectif de cette variable selon les groupes.

Si le test est significatif, c'est à dire que la p-value < 0.05 , alors on aura montré l'existence d'une dépendance entre les effectifs de la variable d'intérêt. On conclut que cette variable prend des valeurs différentes selon les groupes.

2.7 Aspect éthique

Nous avons demandé un avis éthique auprès du Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) fin janvier 2020.

3 Résultats

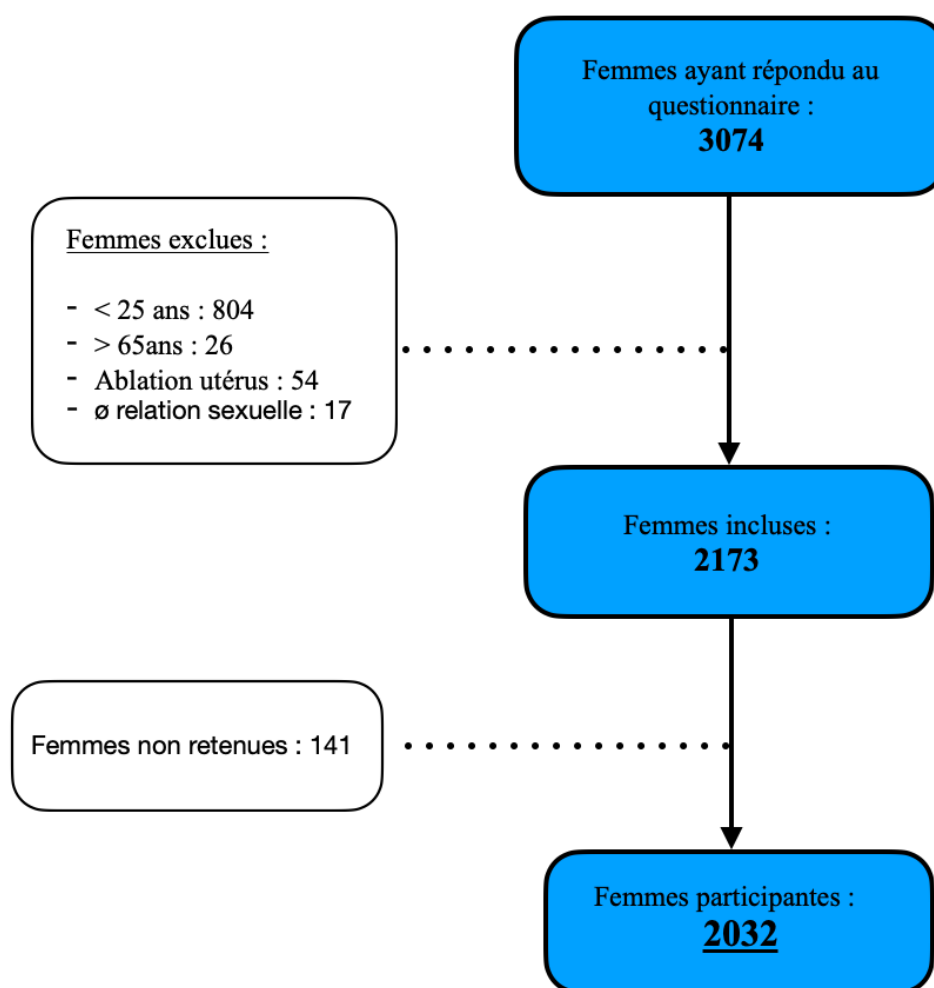
3.1 Caractéristiques de la population

3.1.1 Population de l'étude

Du 3 février 2020 et jusqu'au 18 février 2020, 3074 femmes ont répondu à notre questionnaire. Nous avons exclu 804 femmes ayant moins de 25 ans, 26 femmes ayant plus de 65 ans ainsi que 54 femmes ayant subi une ablation du col de l'utérus. Nous n'avons pas comptabilisé les 17 femmes n'ayant jamais eu de relations sexuelles.

Au total, 2032 femmes ont répondu aux critères de notre enquête.

Figure 1 : Diagramme de flux



Pour créer nos trois groupes de femmes, nous nous sommes basés sur leurs réponses aux questions 6 et 7 qui portaient respectivement sur la définition de leur identité sexuelle et sur leur comportement sexuel (Table 1). Ainsi, nous avons pu établir trois groupes de femmes.

Le groupe **FSF exclusives** est composé de 166 femmes qui se considèrent comme FSF et n'ayant eu des relations sexuelles qu'avec des femmes.

Le groupe **FSF mixtes** est composé de 444 femmes qui se considèrent FSF et ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.

Le groupe **Non FSF** est composé de 1422 femmes qui ne se considèrent pas comme FSF et ayant eu des relations sexuelles uniquement avec des hommes (Table 2).

Un groupe de femmes non retenues a dû être créé. Il est constitué de 141 femmes ayant des réponses qui ne correspondaient pas à nos trois groupes explicités auparavant. Par exemple, des femmes se considérant FSF mais n'ayant eu des relations sexuelles qu'avec des hommes ne peuvent être intégrées à aucun des 3 groupes sus décrits. Bien que ces réponses reflètent des situations bien réelles, elles ne répondaient pas à nos critères pour réaliser les trois groupes.

Table 1 : Répartition des répondantes en fonction de la question 7 (relation au cours de la vie) et la question 6 (FSF oui ou non)

	FSF Non	FSF Oui
Relation avec plus d'hommes que de femmes	129	220
Relation avec plus de femmes que d'hommes	3	224
Relation exclusivement avec des femmes	4	166
Relation exclusivement avec des hommes	1422	5
Je n'ai jamais eu de relation sexuelle	13	4

Table 2: Les groupes de femmes

	Fréquence	Pourcentage
FSF exclusives	166	8
FSF mixtes	444	20
Non FSF	1422	65
Non retenues	141	7
Total	2173	100
Total final	2173 - 141 = 2032	

3.1.2 Catégories socio-professionnelles (CSP)

Pour savoir si notre population était comparable à la population générale en terme de représentation des catégories socio-professionnelles, nous avons comparé les CSP de notre population aux chiffres de l'INSEE 2019 (33).

Dans notre questionnaire, aucune réponse ne correspondait à « profession intermédiaire » (Annexe 7.2 Questionnaire, question 2). D'après l'INSEE, le groupe « profession intermédiaire » correspond à des femmes ayant une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ouvriers ou employés. C'est le cas, par exemple, des infirmières libérales. Il était difficile de l'inclure sous cette dénomination dans notre questionnaire. Ce groupe peut se rapprocher de la catégorie « Cadre et profession libérale » de notre étude. La catégorie « Non déterminé » créée par INSEE n'a pas été clairement explicitée par ce dernier.

Les résultats reportés en table 3 montrent des pourcentages similaires entre l'INSEE et notre étude pour les différentes catégories renseignées excepté pour la catégorie des femmes ouvrières. Notre échantillon est donc représentatif de la population générale en termes de CSP excepté pour les femmes ouvrières qui sont sous représentées (1% versus 8%).

Table 3 : Comparaison des répartitions des CSP des répondantes par rapport à la population générale

	Échantillon de notre étude		INSEE 2019
	Nombre	%	%
Agricultrice exploitante	4	0,2	0.8
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	69	3,4	3.9
Cadre et profession libérale + Profession intermédiaire**	777 + <i>nr</i>	38,2 + <i>nr</i>	16.8 + 28.3
Employée	869	42,8	41.7
Ouvrière	20	1	8.1
Non déterminé **	<i>nr</i>	<i>nr</i>	0.4
Retraitée *	28	1	<i>nr</i>
Étudiante *	167	8	<i>nr</i>
Sans profession *	98	5	<i>nr</i>

*Catégorie spécifique notre étude ; **Catégorie spécifique à l'INSEE ; *nr* = non renseigné

3.1.3 Comparaison des 3 groupes

3.1.3.1 Catégories sociodémographiques

Nous avons comparé nos trois groupes selon quatre facteurs : âge, CSP, lieu d'habitation et l'appartenance au milieu médical. Nous avons appliqué le test du Chi-2 pour comparer les effectifs des trois groupes pour chaque facteur. (Table 4)

Nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de différence significative entre nos 3 groupes pour l'âge et les CSP mais qu'il en existe une pour l'appartenance ou non au milieu médical. En effet, nous avons plus de femmes dans le milieu médical dans le groupe des Non FSF (45,8%) qu'au sein du groupe des FSF exclusives (27,1%) et FSF mixtes (29,5%).

De ce fait, nous avons créé des sous-échantillons pour certaines questions en prenant en compte uniquement les femmes ne faisant pas partie du milieu médical puis celles qui en font partie. Nous les avons également comparées en fonction de leur âge, des CSP et de leur lieu d'habitation (Annexe 7.2, Table 1 et Table 2).

Les trois groupes de femmes ne faisant pas partie du milieu médical sont comparables sur leur âge mais elles ne sont pas comparables sur leur CSP et sur leur lieu d'habitation. On retrouve plus d'ouvrières chez les FSF exclusives. De plus, on retrouve davantage de FSF mixtes qui habitent en ville (Annexe 7.2 Table 1).

Les trois groupes de femmes faisant partie du milieu médical sont, elles, comparables uniquement sur leur lieu d'habitation. On remarque qu'il y a plus de FSF exclusives ayant entre 45-65 ans que chez les Non FSF. On remarque également qu'il y a plus d'employées chez les FSF exclusives que chez les Non FSF (Annexe 7.2 Table 2).

Table 4 : Comparaison des 3 groupes en fonction des caractéristiques sociodémographiques

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Age					0.062 ¹
Entre 25 ans et 45 ans	135 (81.3%)	373 (84.0%)	1237 (87.0%)	1745 (85.9%)	
Entre 46 ans et 65 ans	31 (18.7%)	71 (16.0%)	185 (13.0%)	287 (14.1%)	
CSP					0.250 ¹
Agricultrice exploitante	0 (0.0%)	2 (0.5%)	2 (0.1%)	4 (0.2%)	
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	7 (4.2%)	16 (3.6%)	46 (3.2%)	69 (3.4%)	
Cadre et profession libérale	54 (32.5%)	171 (38.5%)	552 (38.8%)	777 (38.2%)	
Employée	74 (44.6%)	193 (43.5%)	602 (42.3%)	869 (42.8%)	
Ouvrière	5 (3.0%)	3 (0.7%)	12 (0.8%)	20 (1.0%)	
Non déterminé	26 (15.7%)	59 (13.3%)	208 (14.6%)	293 (14.4%)	
Travail dans le milieu médical					< 0.001 ¹
Non	121 (72.9%)	313 (70.5%)	771 (54.2%)	1205 (59.3%)	
Oui	45 (27.1%)	131 (29.5%)	651 (45.8%)	827 (40.7%)	
Zone d'habitation					< 0.001 ¹
Dans une ville	112 (67.5%)	318 (71.6%)	853 (60.0%)	1283 (63.1%)	
Dans une zone rurale	19 (11.4%)	39 (8.8%)	211 (14.8%)	269 (13.2%)	
Dans une zone suburbaine	35 (21.1%)	87 (19.6%)	358 (5.2%)	480 (3.6%)	

¹ Test Chi 2

3.1.3.2 Grossesse

Nous notons que les femmes du groupe Non FSF ont significativement plus été enceintes ou souhaiteraient plus l'être que les femmes des autres groupes (Table 5).

Table 5 : Comparaisons des groupes en fonction des grossesses

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Grossesses (passées ou envisagées)					< 0.001 ¹
- Non	111 (66.9%)	212 (47.7%)	362 (25.5%)	685 (33.7%)	
- Oui	55 (33.1%)	232 (52.3%)	1060 (74.5%)	1347 (66.3%)	

¹ Test Chi 2

3.1.3.3 Vaccination HPV

Le groupe FSF exclusives semble être moins vacciné par rapport au groupe des Non FSF mais ce résultat est non significatif même si la p value (6,7%) est proche du seuil de signification (5%) (Table 6).

Table 6 : Vaccination contre l'HPV

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Êtes-vous vaccinée contre HPV ?					0.068 ¹
- Je ne sais pas	11 (6.6%)	27 (6.1%)	66 (4.6%)	104 (5.1%)	
- Non	118 (71.1%)	285 (64.2%)	897 (63.1%)	1300 (64.0%)	
- Oui	37 (22.3%)	132 (29.7%)	459 (32.3%)	628 (30.9%)	

¹ Test Chi 2

3.1.3.4 Suivi médical

Les médecins généralistes (MG) des groupes FSF mixtes connaissent significativement moins l'orientation sexuelle de celles-ci comparativement aux autres groupes. En effet, les médecins généralistes ne connaissent que dans 55% des cas l'orientation sexuelle des femmes du groupe FSF mixtes, alors qu'ils la connaissent chez 69,3% des FSF exclusives et chez 70,4% des Non FSF (Table 7).

83,1% des Non FSF consulte un gynécologue ou une sage-femme pour leur suivi gynécologique contre seulement 52,4% des FSF exclusives (Table 7).

Nous pouvons remarquer que le groupe des FSF exclusives accorde significativement moins d'importance à leur suivi gynécologique (21,7% chez les FSF exclusives contre 5% chez les Non FSF). Environ 4 fois plus de FSF exclusives que de Non FSF pensent que leur suivi gynécologique est sans importance (Table 7).

Table 7 : Comparaison des suivis médicaux

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Votre médecin traitant connaît-il votre orientation sexuelle ?					< 0.001 ¹
Non	51 (30.7%)	200(45.0%)	421 (29.6%)	672 (33.1%)	
Oui	115 (69.3%)	244 (55.0%)	1001(70.4%)	1360(66.9%)	
Fréquence de consultations du médecin traitant					< 0.001 ¹
Moins d'une fois par an	39 (23.5%)	96 (21.6%)	496 (34.9%)	631 (31.1%)	
Une à deux fois par an	67 (40.4%)	164 (36.9%)	556 (39.1%)	787 (38.7%)	
Trois à quatre fois par an	40 (24.1%)	124 (27.9%)	257 (18.1%)	421 (20.7%)	
Cinq fois par an ou plus	20 (12.0%)	60 (13.5%)	113 (7.9%)	193 (9.5%)	
Avez-vous un suivi gynécologique par un gynécologue ou par une sage-femme ?					< 0.001 ¹
Non	79 (47.6%)	123 (27.7%)	240 (16.9%)	442 (21.8%)	
Oui	87 (52.4%)	321 (72.3%)	1182 (83.1%)	1590 (78.2%)	
Le suivi gynécologique vous semble-t-il ?					< 0.001 ¹
Aussi important que le reste	116 (69.9%)	334 (75.2%)	1125 (79.1%)	1575 (77.5%)	
Le plus important	3 (1.8%)	43 (9.7%)	205 (14.4%)	251 (12.4%)	
Moins important que le reste	36 (21.7%)	53 (11.9%)	71 (5.0%)	160 (7.9%)	
Sans importance	<u>11 (6.6%)</u>	14 (3.2%)	<u>21 (1.5%)</u>	46 (2.3%)	

¹ Test Chi 2

3.2 Connaissances sur le frottis

3.2.1 Intérêt du FCU

La question 14 du questionnaire interrogeait les femmes sur l'intérêt du frottis. Les deux bonnes réponses étaient : « dépister une infection du col de l'utérus » ainsi que « dépister une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus ». Nous avons créé un tableau comparant les 3 groupes de femmes en fonction de leur nombre de bonnes réponses à cette question (Table 8).

Le pourcentage de femmes ayant les 2 bonnes réponses est similaire dans les 3 groupes. En revanche, chez les FSF exclusives il y a davantage de femmes n'ayant aucune bonne réponse.

Les femmes consultant ≥ 3 fois par an leur MG avaient significativement plus de bonnes réponses sur l'intérêt du FCU que les autres femmes (Annexe 7.2 Table 3).

Table 8 : Intérêt du FCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Nombre de bonnes réponses à la question 14					< 0.001 ¹
- 0	16 (9.6%)	30 (6.8%)	41 (2.9%)	87 (4.3%)	
- 1	67 (40.4%)	187 (42.1%)	700 (49.2%)	954 (46.9%)	
- 2	83 (50.0%)	227 (51.1%)	681 (47.9%)	991 (48.8%)	

¹ Test Chi 2

3.2.2 Facteurs de risque du CCU

La question 18 interrogeait les femmes sur les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. Dans cette question, les deux bonnes réponses étaient « le tabac » et « avoir une infection HPV » (Table 9).

Les connaissances sur les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus ont tendance ($p = 0,055$) à être moins importantes dans les groupes FSF mixtes et FSF exclusives (32,4% à 33,1%) comparativement à celles du groupe des Non FSF (38,1%).

Table 9 : Facteurs de risque du CCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Nombre de bonnes réponses à la question 18					0.055 ¹
- 0	5 (3.0%)	12 (2.7%)	20 (1.4%)	37 (1.8%)	
- 1	106 (63.9%)	288 (64.9%)	860 (60.5%)	1254 (61.7%)	
- 2	55 (33.1%)	144 (32.4%)	542 (38.1%)	741 (36.5%)	

¹ Test Chi 2

3.2.3 Recommandations

Les questions 15, 16 et 17 interrogeaient les femmes sur leurs connaissances à propos des recommandations sur le frottis. Les réponses répertoriées en table 10 montrent des différences très significatives ($p < 0,001$) entre les groupes FSF exclusives, FSF mixtes et Non FSF, comme détaillé ci-dessous.

Les réponses à la question 15 sur la fréquence de réalisation du frottis montrent que les FSF exclusives ont une moins bonne connaissance sur ce point que les autres femmes. La réponse « je ne sais pas » a été cochée chez 14,5% des FSF exclusives et uniquement chez 1,6% des Non FSF (Table 10). La bonne réponse « tous les 3 ans » a été cochée par 32,1% des Non FSF, 20,7% des FSF mixtes et 18,1% des FSF exclusives (Table 10 bis).

Les réponses à la question 16 sur l'âge du premier frottis montrent qu'il y a plus de FSF exclusives qui ne connaissent pas la réponse par rapport aux Non FSF. La réponse « je ne sais pas » a été cochée par 10,8% des FSF exclusives contre 4,0% des Non FSF (Table 10). La bonne réponse « 25 ans » a été cochée par 37,6 % des Non FSF, 24,7% des FSF exclusives et 26,8% des FSF mixtes (Table 10 bis).

Les réponses à la question 17 sur l'âge de fin de réalisation du frottis montrent que 18,1% des Non FSF répondent « je ne sais pas » à cette question contre 28,9 % des FSF exclusives et 27,9% des FSF mixtes (Table 10). La bonne réponse « 65 ans » a été cochée par 22,5% des Non FSF, 15,7% des FSF exclusives et 12,6% des FSF mixtes (Table 10 bis).

Lorsque nous répétons ce test sur les femmes étant dans le milieu médical, nous remarquons qu'il existe toujours de meilleures connaissances dans le groupe des Non FSF que dans les autres groupes (Annexe 7.2 Table 5). Nous n'avons pas mis en évidence une différence significative lorsque nous établissons le test chez les femmes ne faisant pas partie du milieu médical (Annexe 7.2 Table 6).

Table 10 : Réponses aux questions 15, 16 et 17 sur les recommandations du FCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
A quelle fréquence doit on faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- Je ne sais pas	24 (14.5%)	22 (5.0%)	23 (1.6%)	69 (3.4%)	
- Tous les 2 ans	63 (38.0%)	214 (48.2%)	566 (39.8%)	843 (41.5%)	
- Tous les 3 ans	30 (18.1%)	92 (20.7%)	456 (32.1%)	578 (28.4%)	
- Tous les 5 ans	9 (5.4%)	19 (4.3%)	58 (4.1%)	86 (4.2%)	
- Tous les ans	40 (24.1%)	97 (21.8%)	319 (22.4%)	456 (22.4%)	
A partir de quel âge est-il recommandé de faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- Je ne sais pas	18 (10.8%)	39 (8.8%)	57 (4.0%)	114 (5.6%)	
- A partir de 20 ans	25 (15.1%)	51 (11.5%)	185 (13.0%)	261 (12.8%)	
- A partir de 25 ans	41 (24.7%)	119 (26.8%)	535 (37.6%)	695 (34.2%)	
- A partir de 30 ans	5 (3.0%)	8 (1.8%)	26 (1.8%)	39 (1.9%)	
- Dès qu'on a des relations sexuelles	77 (46.4%)	227 (51.1%)	619 (43.5%)	923 (45.4%)	
Jusqu'à quel de quel âge est-il recommandé de faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- Je ne sais pas	48 (28.9%)	124 (27.9%)	258 (18.1%)	430 (21.2%)	
- 65 ans	26 (15.7%)	56 (12.6%)	320 (22.5%)	402 (19.8%)	
- 70 ans	5 (3.0%)	13 (2.9%)	69 (4.9%)	87 (4.3%)	
- 75 ans	4 (2.4%)	11 (2.5%)	91 (6.4%)	106 (5.2%)	
- Jusqu'à la fin de notre vie	83 (50.0%)	240 (54.1%)	684 (48.1%)	1007 (49.6%)	

¹ Test Chi 2

Table 10 bis : Réponses aux questions 15, 16 et 17 sur les recommandations du FCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
A quelle fréquence doit on faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- Tous les 3 ans	30 (18.1%)	92 (20.7%)	456 (32.1%)	578 (28.4%)	
- Autres réponses	136 (81.9%)	352 (79.3%)	966 (67.9%)	1454 (71.6%)	
A partir de quel âge est-il recommandé de faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- A partir de 25 ans	41 (24.7%)	119 (26.8%)	535 (37.6%)	695 (34.2%)	
- Autres réponses	125 (75.3%)	325 (73.2%)	887 (62.4%)	1337 (65.8%)	
Jusqu'à quel de quel âge est-il recommandé de faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- 65 ans	26 (15.7%)	56 (12.6%)	320 (22.5%)	402 (19.8%)	
- Autres réponses	140 (84.3%)	388 (87.4%)	1102 (77.5%)	1630 (80.2%)	

¹ Test Chi 2

3.3 Réalisation du frottis

3.3.1 Date de réalisation du dernier frottis

Les FSF exclusives font significativement moins de FCU que les FSF mixtes et les Non FSF (Table 11). En effet, 28,9% des FSF exclusives ayant entre 25 et 65 ans, n'ont jamais fait de frottis dans leur vie, contre 9% des FSF mixtes et 3,1% des Non FSF. On remarque qu'il y a uniquement 55,4% des FSF exclusives qui déclarent être à jour dans leur FCU alors que 76,8% des FSF mixtes et 90% des Non FSF déclarent l'être (Table 12).

Nous remarquons que lorsque nous répétons le test avec uniquement les femmes ne faisant pas partie du milieu médical, nous retrouvons ce même gradient. Les FSF exclusives sont à jour de leur FCU dans 56,2% des cas, les FSF mixtes dans 76% des cas et les Non FSF dans 89,4% des cas (Table 13). La p value étant $< 0,001$, ces résultats sont significatifs.

Nous avons répété le test avec les femmes qui appartiennent au milieu médical. Les FSF exclusives appartenant au milieu médical sont moins à jour dans leur FCU de manière significative comparativement aux femmes des autres groupes. Les FSF exclusives sont à jour de leur frottis dans 53,3% des cas, les FSF mixtes dans 78,6% des cas et les Non FSF dans 90,8% des cas (Table 14).

Table 11 : Réalisation du frottis cervical utérin

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Votre dernier frottis date de :					$< 0.001^1$
Je n'en ai jamais fait	<u>48</u> <u>(28.9%)</u>	40 (9.0%)	<u>44</u> <u>(3.1%)</u>	132 (6.5%)	
3 ans ou moins	<u>92</u> <u>(55.4%)</u>	341 (76.8%)	<u>1280</u> <u>(90.0%)</u>	1713 (84.3%)	
4 à 6 ans	10 (6.0%)	42 (9.5%)	74 (5.2%)	126 (6.2%)	
Plus de 6 ans	16 (9.6%)	21 (4.7%)	24 (1.7%)	61 (3.0%)	

¹ Test Chi 2

Table 12 : Femmes à jour de leur FCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
A jour du dernier frottis (moins de 3 ans)					< 0.001 ¹
Non	74 (44.6%)	103 (23.2%)	142 (10.0%)	319 (15.7%)	
Oui	<u>92</u> <u>(55.4%)</u>	341 (76.8%)	<u>1280</u> <u>(90.0%)</u>	1713 (84.3%)	

¹ Test Chi 2Table 13: Femmes à jour de leur FCU **ne faisant pas partie du milieu médical**

	FSF exclusives (N=121)	FSF mixtes (N=313)	Non FSF (N=771)	Total (N=1205)	p value
A jour du dernier frottis (moins de 3 ans)					< 0.001 ¹
Non	53 (43.8%)	75 (24.0%)	82 (10.6%)	210 (17.4%)	
Oui	<u>68</u> <u>(56.2%)</u>	238 (76.0%)	<u>689</u> <u>(89.4%)</u>	995 (82.6%)	

¹ Test Chi 2Table 14 : Femmes à jour de leur FCU **étant dans le milieu médical**

	FSF exclusives (N=45)	FSF mixtes (N=131)	Non FSF(N=651)	Total (N=827)	p value
A jour du dernier frottis (moins de 3 ans)					< 0.001 ¹
Non	21 (46.7%)	28 (21.4%)	60 (9.2%)	109 (13.2%)	
Oui	<u>24</u> <u>(53.3%)</u>	103 (78.6%)	<u>591</u> <u>(90.8%)</u>	718 (86.8%)	

¹ Test Chi 2

3.3.2 Professionnels impliqués

A la question 22 du questionnaire, nous demandions aux femmes de notre étude qui réalisait leurs FCU (Table 15). Cette question n'était pas posée aux femmes si elles avaient répondu qu'elles n'avaient jamais réalisé de FCU dans leur vie.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de réalisation du FCU par le médecin généraliste (MG) dans nos groupes. Globalement, les femmes font peu réaliser leur FCU par leur MG et il n'y avait pas de différence significative entre les 3 groupes.

Les FSF exclusives réalisent préférentiellement leur FCU chez un.e gynécologue.

Les Non FSF, quant à elles, consultent davantage un.e gynécologue et/ou une sage-femme et/ou un maïeuticien.

Table 15: Praticien ayant réalisé les FCU des femmes

	FSF exclusives (N=118)	FSF mixtes (N=404)	Non FSF (N=1378)	Total (N=1900)	p value
Un.e médecin traitant					0.910 ¹
Non	101 (85.6%)	339 (83.9%)	1154 (83.7%)	1594 (83.9%)	
Oui	17 (14.4%)	65 (16.1%)	224 (16.3%)	306 (16.1%)	
Un.e gynécologue					0.020 ¹
Non	17 (14.4%)	88 (21.8%)	343 (24.9%)	448 (23.6%)	
Oui	101 (85.6%)	316 (78.2%)	1035 (75.1%)	1452 (76.4%)	
Une sage-femme ou un maïeuticien					< 0.001 ¹
Non	108 (91.5%)	343 (84.9%)	1092 (79.2%)	1543 (81.2%)	
Oui	10 (8.5%)	61 (15.1%)	286 (20.8%)	357 (18.8%)	
Un.e laborantin.e					0.361 ¹
Non	114 (96.6%)	391 (96.8%)	1347 (97.8%)	1852 (97.5%)	
Oui	4 (3.4%)	13 (3.2%)	31 (2.2%)	48 (2.5%)	

¹ Test de Fisher

La Table 16 répertorie les réponses des femmes à la question 23, à savoir : qui leur avait conseillé de réaliser un FCU. Ainsi, nous pouvons remarquer que le groupe des Non FSF avait été davantage conseillé par les gynécologues, sages-femmes, maïeuticiens que le groupe des FSF exclusives. Ces dernières ont été conseillées par des proches ou par un média (différence significative avec les Non FSF).

Table 16 : Réponse à la question 23 : qui vous a conseillé de réaliser un FCU

	FSF exclusives (N=118)	FSF mixtes (N=404)	Non FSF (N=1378)	Total (N=1900)	p value
Un.e médecin généraliste					0.435 ¹
Non	94 (79.7%)	303 (75.0%)	1022 (74.2%)	1419 (74.7%)	
Oui	24 (20.3%)	101 (25.0%)	356 (25.8%)	481 (25.3%)	
Un.e gynécologue					< 0.001 ¹
Non	55 (46.6%)	167 (41.3%)	451 (32.7%)	673 (35.4%)	
Oui	63 (53.4%)	237 (58.7%)	927 (67.3%)	1227 (64.6%)	
Une sage-femme ou un maïeuticien					< 0.001 ¹
Non	116 (98.3%)	375 (92.8%)	1209 (87.7%)	1700 (89.5%)	
Oui	2 (1.7%)	29 (7.2%)	169 (12.3%)	200 (10.5%)	
Un proche					< 0.001 ¹
Non	83 (70.3%)	317 (78.5%)	1214 (88.1%)	1614 (84.9%)	
Oui	35 (29.7%)	87 (21.5%)	164 (11.9%)	286 (15.1%)	
Un media (émission, internet, magazines ..)					0.003 ¹
Non	108 (91.5%)	388 (96.0%)	1344 (97.5%)	1840 (96.8%)	
Oui	10 (8.5%)	16 (4.0%)	34 (2.5%)	60 (3.2%)	
Autres :					0.474 ¹
Non	108 (91.5%)	371 (91.8%)	1285 (93.3%)	1764 (92.8%)	
Oui	10 (8.5%)	33 (8.2%)	93 (6.7%)	136 (7.2%)	

¹ Test de Fisher

136 femmes ont précisé leur réponse en texte libre. Nous avons créé un nuage de mots avec les réponses de ces femmes (Figure 2). Le principe est de rendre plus lisible (taille des lettres plus importante) les mots les plus utilisés. Nous remarquons que les mots qui reviennent le plus souvent sont « moi », « étude », « formation » et « mère ».



Figure 2 : Nuage de mots réponses à la question 23

3.3.3 Utilité du FCU chez une FSF

La question 19 interrogeait les participantes sur l'utilité de réaliser un FCU chez une FSF comparativement aux autres femmes (Table 17). 16,9% des FSF exclusives pensent qu'il est moins utile d'en faire contre 2% des Non FSF.

La question 20 interrogeait les femmes sur le risque de CCU chez une FSF. On voit que 27,7 % des FSF exclusives pensent qu'elles ont moins de risque d'avoir un CCU que les autres femmes. C'est significativement plus que la réponse des Non FSF.

Table 17 : Utilité frottis et risque de CCU

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Pensez-vous qu'il est plus, moins ou autant utile de faire des FCU aux FSF qu'aux autres femmes ?					< 0.001 ¹
Autant utile	136 (81.9%)	411 (92.6%)	1390 (97.7%)	1937 (95.3%)	
Moins utile	<u>28 (16.9%)</u>	30 (6.8%)	<u>29 (2.0%)</u>	87 (4.3%)	
Plus utile	2 (1.2%)	3 (0.7%)	3 (0.2%)	8 (0.4%)	
Pensez vous qu'une FSF a plus, moins ou autant de risques qu'une autre femme d'avoir un CCU ?					< 0.001 ¹
Autant de risque	116 (69.9%)	379 (85.4%)	1300 (91.4%)	1795 (88.3%)	
Moins de risque	<u>46 (27.7%)</u>	57 (12.8%)	<u>111 (7.8%)</u>	214 (10.5%)	
Plus de risque	4 (2.4%)	8 (1.8%)	11 (0.8%)	23 (1.1%)	

¹ Test Chi 2

3.3.4 Réticences

Les FSF exclusives ont significativement plus de réticences à faire un FCU que les femmes des autres groupes. Nous pouvons voir que 58,2% des FSF exclusives ont des réticences alors que 37,4% des FSF mixtes et 19,9% des Non FSF en ont (Table 18). Le nombre de « N-Miss » correspond à des données perdues suite à un problème technique lors de la diffusion du questionnaire.

Table 18 : Réticences à réaliser un frottis

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Avez-vous des réticences à faire un frottis ?					< 0.001 ¹
N-Miss	1	0	2	3	
Non	69 (41.8%)	278 (62.6%)	1137 (80.1%)	1484 (73.1%)	
Oui	<u>96 (58.2%)</u>	166 (37.4%)	<u>283 (19.9%)</u>	545 (26.9%)	

¹ Test Chi 2

Ce résultat se retrouve chez toutes les FSF exclusives, qu'elles fassent partie ou non du milieu médical (Annexe 7.2 Table 7, Table 8).

Nous demandions aux femmes à la question 25 quelles étaient les raisons de cette réticence (Table 19). Seules les femmes ayant répondu positivement à la question 24 pouvaient répondre à cette question.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les différents groupes. Cependant, nous pouvons conclure que les femmes ayant des réticences à réaliser un FCU trouvent majoritairement que le geste est invasif (60%) et qu'elles ont peur d'avoir mal (53,8%)

Table 19 : Raison des réticences à réaliser un FCU

	FSF exclusives (N=96)	FSF mixtes (N=166)	Non FSF (N=283)	Total (N=545)	p value
C'est un geste invasif					0.700 ¹
Non	39 (40.6%)	62 (37.3%)	117 (41.3%)	218 (40.0%)	
Oui	57 (59.4%)	104 (62.7%)	166 (58.7%)	327 (60.0%)	
Par crainte d'avoir mal					0.461 ¹
Non	41 (42.7%)	73 (44.0%)	138 (48.8%)	252 (46.2%)	
Oui	55 (57.3%)	93 (56.0%)	145 (51.2%)	293 (53.8%)	
Par pudeur					0.749 ¹
Non	52 (54.2%)	86 (51.8%)	141 (49.8%)	279 (51.2%)	
Oui	44 (45.8%)	80 (48.2%)	142 (50.2%)	266 (48.8%)	
Je ne pense pas être concernée par ce dépistage					0.493 ²
Non	93 (96.9%)	164 (98.8%)	279 (98.6%)	536 (98.3%)	
Oui	3 (3.1%)	2 (1.2%)	4 (1.4%)	9 (1.7%)	
Autre					0.011 ¹
Non	79 (82.3%)	140 (84.3%)	260 (91.9%)	479 (87.9%)	
Oui	17 (17.7%)	26 (15.7%)	23 (8.1%)	66 (12.1%)	

¹Test Chi 2 ; ²Test de Fisher

66 femmes ont précisé leurs réponses en texte libre. En analysant leurs réponses, nous remarquons que 16 femmes ont répondu qu'elles avaient des réticences à réaliser un frottis car elles avaient peur des violences gynécologiques. Les femmes racontent qu'elles ne prennent pas de rendez-vous chez un gynécologue par procrastination ou par difficulté à avoir un rendez-vous avec un gynécologue. 5 femmes expliquent avoir subi des violences sexuelles et que cet examen est donc difficile pour elle.

La question 26 interrogeait les femmes sur les solutions qui les pousseraient à réaliser plus facilement un frottis.

Une technique de réalisation moins invasive a été la solution la plus plébiscitée par l'ensemble des femmes (n=1010).

Les FSF exclusives souhaiteraient davantage que les autres femmes (Table 20)

- Qu'il existe un moyen de dépistage du CCU moins invasif,
- Qu'il soit possible de réaliser un dépistage soi-même à domicile,
- Que le frottis ne soit pas réalisé en position gynécologique,
- Qu'elles puissent choisir le sexe du professionnel de santé qui réalise l'examen.

Table 20 : Vous réaliseriez plus facilement un frottis si :

	FSF exclusives (N=166)	FSF mixtes (N=444)	Non FSF (N=1422)	Total (N=2032)	p value
Il existait un moyen de dépistage moins invasif					< 0.001 ¹
Non	62 (37.3%)	208 (46.8%)	752 (52.9%)	1022 (50.3%)	
Oui	104 (62.7%)	236 (53.2%)	670 (47.1%)	1010 (49.7%)	
C'était possible de le faire soi-même à domicile					0.026 ¹
Non	89 (53.6%)	250 (56.3%)	879 (61.8%)	1218 (59.9%)	
Oui	77 (46.4%)	194 (43.7%)	543 (38.2%)	814 (40.1%)	
Vous étiez mieux informée de son intérêt					0.210 ¹
Non	119 (71.7%)	326 (73.4%)	1088 (76.5%)	1533 (75.4%)	
Oui	47 (28.3%)	118 (26.6%)	334 (23.5%)	499 (24.6%)	
Vous pouviez choisir le sexe du professionnel de santé qui réalise l'examen					< 0.001 ²
Non	125 (75.3%)	340 (76.6%)	1236 (86.9%)	1701 (83.7%)	
Oui	41 (24.7%)	104 (23.4%)	186 (13.1%)	331 (16.3%)	
L'examen ne se déroulait pas en position gynécologique					< 0.001 ²
Non	94 (56.6%)	270 (60.8%)	1034 (72.7%)	1398 (68.8%)	
Oui	72 (43.4%)	174 (39.2%)	388 (27.3%)	634 (31.2%)	

¹ Test Chi 2 ; ² Test de Fisher

Parmi les femmes qui ont répondu en texte libre à la question 26, trois FSF ont raconté que leur médecin leur avaient dit que ce n'était pas nécessaire de réaliser de frottis : « J'ai eu 3 rendez-vous à chaque fois on m'a dit que ce n'était pas la peine de faire un frottis », « Si ma gynécologue acceptait de me le faire. Selon elle il n'existe aucun risque pour les FSF donc le frottis n'a aucune utilité. J'ai dû insister pour qu'elle m'en fasse un ».

Une femme raconte qu'elle ferait plus facilement un frottis si elle ne devait pas avancer l'argent.

Une autre femme explique qu'elle aimerait recevoir un rappel de la Sécurité Sociale pour réaliser son FCU.

Cinq FSF confient qu'elles redoutent des réactions homophobes de la part des médecins.

Plusieurs femmes expliquent avoir eu des expériences de FCU douloureux. Elles aimeraient que les médecins expliquent mieux le déroulement de la réalisation d'un FCU.

3.3.5 Autres facteurs influençant la réalisation du FCU

Les femmes étant à jour de leur FCU ont significativement plus de bonnes réponses à la question 14 sur l'intérêt du frottis ainsi qu'à la question 17 à propos des facteurs de risques d'avoir un CCU (Annexe 7.2 Table 7 et 8). Cependant, nous n'avons pas mis en évidence une différence significative sur les questions 15, 16 et 17 à propos des recommandations du FCU (Annexe 7.2 Table 9).

Les femmes qui étaient à jour dans leur frottis étaient 70,3% à avoir été enceinte ou à envisager une grossesse (Annexe 7.2 Table 12)

Les FSF exclusives à jour dans leur frottis étaient 42,4% à avoir été enceinte ou à l'envisager (Annexe 7.2 Table 13).

Nous n'avons pas mis en évidence de différences entre les femmes à jour dans leur frottis et celles qui ne le sont pas en les comparant selon leurs CSP et leurs lieux de vie (Annexe 7.2 Table 14, 15, 16, 17).

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

Cette étude, menée auprès de 2032 femmes, a permis de mettre en évidence qu'en France les FSF sont significativement moins à jour dans leur FCU que les femmes ayant uniquement des relations avec des hommes. En effet, seulement 55,4% des FSF exclusives ont réalisé un FCU au cours des 3 dernières années contre 90,0% des Non FSF ($p < 0,001$). Ce constat est le même que les femmes fassent partie ou non du milieu médical. Cette large différence se retrouve dans une étude transversale menée à New-York par Kerker et al.: les FSF étaient à jour dans 66% des cas et les femmes ayant des relations exclusivement avec des hommes dans 88% des cas (34). A noter que les FSF de cette étude sont un peu plus à jour que dans notre étude. Une autre étude publiée en 2017 par Agénor et al. analysait un échantillon de 11 300 femmes américaines. Les auteurs ont montré une différence significative du taux de réalisation de FCU au cours des 3 années entre les femmes ayant eu des relations uniquement avec des hommes et celles uniquement avec des femmes (90,5% contre 46,6%).

Dans notre étude, les FSF qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels avec des hommes (FSF exclusives) déclaraient davantage n'avoir jamais eu de dépistage par FCU que celles qui avaient été sexuellement actives avec des hommes (FSF mixtes). Pour mémoire, 28,9% des FSF exclusives n'avaient jamais eu de FCU contre 9,0% des FSF mixtes ($p < 0,001$). Ces chiffres se retrouvent dans une étude menée en 2000 par Bailey et al., puisque 42% des femmes ayant uniquement des relations avec des femmes n'avaient jamais eu de FCU contre 12% des femmes ayant été sexuellement actives avec des hommes ($p < 0,001$). Une thèse récente, de Marianne Mitrochine (35), a mis en évidence que les femmes ayant eu des rapports uniquement avec des femmes avaient 5,5 fois plus de risque de n'avoir jamais réalisé de frottis par rapport aux FSF ayant déjà eu des relations sexuelles avec des hommes. Le fait qu'une femme ait eu des relations sexuelles avec un homme semble avoir une influence sur le dépistage par FCU.

En France, aucune étude n'avait encore comparé le taux de réalisation du FCU entre les FSF et les autres femmes. Mais deux thèses en particulier se sont intéressées à la réalisation du FCU chez les FSF. La première de Thibaut Jedrzejewski datant de 2016 (31), avait pour but de

réaliser un état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuelles face à leurs spécificités en santé en médecine générale en France. Sur un échantillon de 1350 femmes, il a montré que 60,8% des FSF avaient réalisé un frottis au cours des 3 dernières années et que 15,2% n'en n'avait jamais réalisé. Pour mémoire, dans notre étude, 55,4% des FSF étaient à jour de leur frottis et 28,9% n'en avaient jamais fait. La deuxième thèse est de Marianne Mitrochine en 2020 (35), basée sur une enquête appelée LESBICLEAR, avait pour but de rechercher des facteurs liés à la réalisation du FCU chez les FSF en France. Elle a pu mettre en évidence que 64,7% des 711 FSF participantes étaient à jour dans leur frottis et que 18,7% n'en avaient jamais fait.

A titre de comparaison, chez nos voisins britanniques, la NHS avait déclaré en 2019 que 20% des FSF n'avaient jamais réalisé de FCU.

Les résultats de notre étude semblent donc cohérents avec les chiffres publiés dans la littérature sur ce sujet.

Dans notre échantillon global à présent, parmi les 2032 femmes étudiées, 84,3% étaient à jour de leur FCU. Ce taux est plus important que le taux de couverture national qui était de 58,7% en 2017 d'après le BEH (36). Cette différence de pourcentage peut s'expliquer par le fait que dans notre étude ce taux est déclaratif, ce qui tend souvent à surestimer les données, alors que le BEH s'est basé sur des chiffres de l'Assurance Maladie. De plus, les FCU qui étaient réalisés dans les structures hospitalières ou dans les centres de planning familial n'étaient pas pris en compte dans l'étude du BEH, ce qui amène à sous-estimer leur taux.

Dans le Baromètre Santé de 2005 (37), 83,2% des femmes étaient à jour dans leur FCU. Le mode de recueil de données était identique au nôtre, à savoir déclaratif. Ce chiffre national est donc très proche du résultat de notre étude.

Les résultats de notre enquête que nous avons abordés précédemment semblent être généralisables à la population générale. En effet, lorsque nous comparons les CSP à celles des femmes de la population générale publiées par l'INSEE en 2019, notre population semble très proche excepté les ouvrières qui sont sous représentées dans notre étude et les étudiantes qui sont sur représentées.

Afin de conclure cette première partie, il faut insister sur le fait que les FSF doivent bénéficier du même dépistage par FCU que les autres femmes. Il est important de rappeler que

la transmission d'HPV entre femmes est établie depuis déjà plusieurs années (27)(38). En effet, ce virus peut être transmis par les doigts (39), par le contact des muqueuses mais aussi par des jouets sexuels (40). Des case-reports ont décrit des lésions cervicales d'HPV de haut grade chez des FSF n'ayant jamais eu de relations sexuelles avec des hommes (41). De plus, il ne faut pas oublier que les partenaires de ces femmes ont, elles, déjà pu avoir des relations avec des hommes auparavant.

A cela, se rajoute le fait que les FSF présentent plusieurs facteurs de risque de développer un CCU : l'âge du premier rapport est plus précoce que chez les femmes ayant des relations exclusivement avec des hommes (16,8 ans contre 18,5 ans) (28), les FSF mixtes ont plus de partenaires différents au cours de leur vie que les femmes ayant des relations exclusivement avec des hommes (42)(43), les FSF consomment plus de tabac (19) et elles sont plus à risque de présenter des IST tel que le Chlamydiae (24)(44)(29).

Face à ces constats, il est impératif de préconiser les mêmes recommandations en termes de dépistage du CCU chez les FSF que les chez les autres femmes.

4.2 Objectif secondaire

Cette différence de réalisation de frottis entre les FSF et les autres femmes peut s'expliquer par différentes raisons. Nous allons donc essayer d'en analyser certaines à la lueur de nos résultats.

4.2.1 Les réticences

La raison qui semble la plus évidente pour expliquer cette différence de réalisation du FCU est l'existence de plus de réticences exprimées par les FSF. En effet, environ 60% des FSF exclusives ont des réticences ainsi que 40% des FSF mixtes contre 20% des Non FSF ($p < 0,001$). Cet écart entre les 3 groupes en termes de réticences se retrouve de la même manière chez les femmes étant dans le milieu médical. Cependant, nous remarquons que, dès lors que les femmes ont des réticences à faire un FCU, les raisons semblent identiques quelle que soit leur orientation sexuelle. En effet, dans la Table 20 qui présente les raisons des réticences, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les trois groupes.

Une première réticence est due au fait que le geste du FCU peut être ressenti comme invasif et parfois même douloureux par les patientes. Dans notre étude, parmi les femmes qui avaient des réticences à faire un FCU, 57,3% des FSF exclusives, 56% des FSF mixtes et 51,2% des Non FSF avaient peur d'avoir mal durant l'examen. Dans la thèse de Marianne Mitrochine, 81,5% des femmes ont répondu « qu'elles avaient eu mal ou qu'elles avaient saigné » durant le FCU. Dans le questionnaire de cette thèse, il n'était pas possible de faire la distinction entre ces deux notions différentes que sont la douleur et les saignements (35).

De plus, comme nous l'avons vu dans nos résultats, la position gynécologique peut être un frein à la réalisation du FCU. Elle est parfois jugée comme inconfortable par certaines femmes.

D'après une étude qualitative menée à Rouen en 2015, une position en décubitus latéral (DL) pourrait être proposée à ces femmes (45). En effet, cette position en DL semblerait plus confortable, l'examen serait moins douloureux et pour certaines femmes, la pudeur serait davantage respectée par rapport à la position gynécologique classique. Dans notre étude, 48,8% des femmes ayant des réticences ne faisaient pas le FCU par pudeur. Le fait de laisser le choix de la position pour réaliser le frottis à la patiente permettrait aussi de montrer plus de considération sur ses ressentis face à cet examen. Néanmoins, cette position expose plus les

fesses des femmes et peut rendre la communication entre la patiente et le médecin plus difficile lors de l'examen. Pour le praticien, cette position en DL exposerait mieux le col de l'utérus. Cependant, les professionnels de santé ne sont pas formés à cette pratique. En effet, l'examen en position de DL nécessite un entraînement de la part du praticien pour pouvoir se sentir à l'aise lors de la réalisation. Au final, cette position en DL peut être une alternative intéressante à proposer aux femmes. Cela pourrait permettre d'augmenter l'adhésion au suivi gynécologique, en diminuant l'un des freins à ce suivi (46).

Le choix du professionnel de santé qui réalise le FCU semble être un élément important au regard des femmes. En effet, dans notre étude, parmi les femmes qui avaient des réticences, 24,7% des FSF exclusives et 23,4% des FSF mixtes aimeraient pouvoir choisir le sexe du professionnel de santé qui réalise l'examen. De plus, de nombreuses FSF ont peur des réactions homophobes de certains professionnels de santé. En réponse à cette crainte, certaines patientes se tournent vers des listes de médecins dénommés « LGBT friendly » et donc considérés comme bienveillants envers la communauté LGBT (47).

Une autre raison contribuant à la réticence de certaines femmes à réaliser un FCU est le manque d'explications données à ces dernières sur le déroulement de l'examen. Inclure la femme dans la réalisation du geste en lui laissant le choix de la position et lui expliquer les différentes étapes permettraient de rendre la femme plus participative. Ainsi nous pourrions espérer plus d'adhésion à ce geste de la part de la femme.

4.2.2 Connaissances et croyances

Les connaissances sur le frottis (qui regroupent les questions de notre enquête sur l'intérêt du frottis, les facteurs de risque du CCU et les recommandations à propos du FCU) sont globalement mal maîtrisées par les femmes.

Notre étude a montré que les FSF ont toujours de moins bonnes connaissances sur le FCU que les autres femmes. Ce défaut de connaissances se retrouve même chez les FSF issues du milieu médical. Cela peut s'expliquer en partie par un manque de considération des FSF pour leur suivi gynécologique. En effet, 28,3% des FSF exclusives et 15,1% des FSF mixtes trouvent que leur suivi gynécologique est moins important ou sans importance, alors que seulement 6,5% des Non FSF le pensent ($p < 0,001$). Les FSF consomment moins de contraception, ont moins de désir de grossesse que les autres femmes. Cela peut expliquer le fait qu'elles consultent moins souvent une gynécologue. Mais le suivi gynécologique ne se résume pas à un suivi obstétrical. En effet, le suivi gynécologique intègre également les infections gynécologiques,

les troubles menstruels, les pathologies cancéreuses, etc... Leur suivi gynécologique devrait donc être aussi important que le reste de leur suivi médical.

Néanmoins, l'impact des connaissances sur la réalisation du frottis semble ne pas être au premier plan. En effet, les femmes de notre étude étant à jour de leur frottis ne semblent pas avoir de meilleures connaissances sur les recommandations que les femmes non à jour. Par contre, les femmes à jour dans leur FCU avaient de meilleures connaissances sur l'intérêt du frottis et les facteurs de risque de CCU que les autres femmes. Dans l'enquête LESBICLEAR, aucun lien n'a été retrouvé entre le score des connaissances et la réalisation du FCU (35).

De plus, les FSF ont une perception erronée de leur risque de développer un CCU et de leur besoin de dépistage par FCU. En effet dans notre étude, 27,7% des FSF exclusives et 12,8% des FSF mixtes pensent qu'elles ont moins de risques d'avoir un CCU que les autres femmes. De la même manière, 16,9% des FSF exclusives et 6,8% des FSF mixtes pensent qu'elles ont moins besoin de réaliser de FCU. Dans sa thèse, Marianne Mitrochine montrait que les FSF qui pensaient avoir moins besoin d'un dépistage par FCU avaient 2,6 fois plus de risque de ne pas être à jour dans leur FCU que les femmes ayant des relations exclusivement avec des hommes. Ce résultat était également retrouvé dans l'étude de Bailey et al. où 22% des femmes qui se définissaient comme lesbiennes pensaient avoir moins besoin de réaliser de FCU par rapport aux autres femmes. Cette croyance était corrélée aux pratiques de dépistage de ces femmes (48).

4.2.3 Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé en général, et plus particulièrement les médecins, ont un rôle primordial dans la diffusion d'informations à propos du suivi gynécologique et de son importance. Or comme nous l'avons lu dans les témoignages de nos participantes, des médecins diffusent encore de mauvaises préconisations à propos des FCU chez les FSF. Ces recommandations erronées d'inutilité du FCU avaient déjà été décrites par plusieurs études (30)(49). En 2001, dans la publication de Marrazzo et al., 10% des femmes n'ayant pas eu de FCU récent déclaraient qu'un médecin leur avait dit que cela n'était pas nécessaire si elles n'étaient pas sexuellement actives avec des hommes (27). Ces conseils peuvent avoir de lourdes conséquences sur le comportement de ces femmes en matière de dépistage : les femmes à qui l'on a conseillé de ne pas se soumettre à un dépistage en raison de leur sexualité ont moins

de chances d'avoir bénéficié d'un dépistage que les femmes à qui l'on n'a pas donné de conseils similaires (50).

Ces mauvaises préconisations sont probablement dues, au moins en partie, à une formation qui parle peu des minorités sexuelles. En effet, presque aucun cours ou formations ne sont consacrés à la santé des FSF alors qu'elles peuvent représenter jusqu'à 10% des femmes françaises. Ce manque de sensibilisation des médecins à ce sujet peut entraîner un certain malaise à questionner les patientes sur leur orientation sexuelle et ainsi à leur expliquer les précautions à prendre pour leur santé. Comprendre que l'orientation sexuelle peut être un réel déterminant de santé, peut encourager le médecin à s'y intéresser. Une thèse menée par Hélène Oko Prévost en 2020, avait pour but d'étudier la pratique des MG concernant le dépistage par FCU des FSF en France (51). Elle a démontré que les MG réalisent significativement moins de FCU aux FSF qu'aux femmes ayant des relations exclusivement avec des hommes. Dans cette étude, elle a pu mettre en évidence qu'aborder l'orientation sexuelle des patientes pouvait être délicat pour les praticiens. En effet, seulement 1/5 des MG interrogeaient les femmes de manière systématique sur leur orientation sexuelle.

Dans notre étude, les médecins généralistes des FSF exclusives connaissent relativement bien l'orientation sexuelle de ces dernières puisqu'elles sont 69,3% à avoir un médecin généraliste qui connaît leur orientation sexuelle. La différence significative entre les FSF mixtes (55%) et FSF exclusives (69,3%) sur la connaissance de leur orientation sexuelle par leur MG est difficile à expliquer. Comme nous l'avons vu, l'orientation sexuelle peut être définie par trois dimensions : comportement sexuel, attirance et autodéfinition. Le groupe FSF mixte a été créé grâce à des critères que nous avons instaurés (autodéfinition et comportement sexuel). Il se peut que ces femmes ne s'appuient pas sur ces mêmes critères pour définir leur orientation auprès de leur médecin. Par exemple, une femme peut se définir FSF et avoir des relations sexuelles avec un homme. Ainsi quand il s'agit d'évoquer son orientation sexuelle avec son médecin, sa réponse sera différente selon si elle évoque son auto définition (FSF) ou son comportement sexuel. Dans notre étude il n'était malheureusement pas possible de connaître la définition de chacune des FSF mixtes sur leur orientation sexuelle. Dans notre questionnaire, il n'était pas demandé si c'était les femmes qui avaient exprimé d'elles-mêmes ce sujet ou si c'était leur MG qui leur avait demandé.

Un autre aspect de la problématique rentre dans le champ de la santé publique. En effet, les campagnes de dépistage contre le CCU ne représentent que rarement des FSF sur leurs affiches. Ce manque d'inclusion ne permet donc pas de sensibiliser ces femmes et ainsi de leur transmettre les connaissances nécessaires sur ce sujet. Cela participe en partie au problème de l'invisibilité des FSF dans la santé.

D'autres raisons peuvent expliquer le fait que les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, ne font pas de frottis : accès difficile à des médecins, la procrastination et le manque de moyens. Ces raisons ne sont pas spécifiques aux FSF, c'est pourquoi nous avons choisi de ne pas explorer davantage dans notre enquête ces points-là.

4.3 Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude est, à notre connaissance, la première étude quantitative en France qui compare le taux de réalisation de FCU entre les FSF et les autres femmes. L'utilisation des réseaux sociaux nous a permis d'obtenir un grand nombre de réponses à notre questionnaire (N= 3074) en 15 jours seulement grâce à la méthode boule de neige. Cette méthode est une alternative aux méthodes d'échantillonnages classiques. Elle est utile lorsque nous cherchons à inclure des individus avec des caractéristiques précises (comme ici les FSF). Elle consiste à sélectionner un individu ayant les caractéristiques que nous recherchons et de lui demander de diffuser le questionnaire aux individus de son entourage ayant les mêmes caractéristiques. Ainsi, l'échantillon grandit, s'étoffe au fur et à mesure des partages. Cette méthode est très utile lorsqu'il s'agit d'étudier les minorités sexuelles comme dans notre étude.

De plus, pour avoir le maximum de réponses, nous avons choisi de créer un questionnaire relativement court puisqu'il comportait seulement 26 questions. Les femmes répondaient en moyenne en 5 minutes. Le logiciel utilisé pour la diffusion, Le Sphinx, permettait aux femmes de répondre d'un ordinateur mais également facilement d'un téléphone portable ou d'une tablette.

Grâce à ce logiciel et à l'aide du DRC, nous avons pu héberger les données anonymes sur le serveur de CHU de Nantes pour plus de sécurité.

Ce grand nombre de participantes nous a permis de recruter des femmes faisant partie de catégories socioprofessionnelles différentes. Ainsi, lorsque nous comparons nos chiffres de

CSP à ceux de l'INSEE 2019, nous pouvons conclure que notre population est globalement représentative de la population générale. A noter que nous avons une sous-représentation des femmes ouvrières dans notre étude.

Différents biais sont à souligner dans notre étude.

Tout d'abord un biais de sélection. En effet, la diffusion d'un questionnaire informatisé sur les réseaux sociaux limitait l'inclusion aux femmes ayant accès à internet et étant sur les réseaux sociaux. Cela a participé à inclure une population globalement jeune car 85% des femmes avaient entre 25 et 45 ans et avec une proportion importante d'étudiantes. De plus, on peut supposer que les femmes ayant un intérêt sur le sujet répondaient davantage à notre questionnaire. Nous avons donc pu, malgré nous, sélectionner des femmes portant plus d'intérêt à leur santé. Cependant, ce moyen de diffusion nous a semblé indispensable pour pouvoir recruter le maximum de participantes.

De plus, des biais de confusion sont à prendre en compte. Le recueil des données sur la date du dernier frottis était obtenu de manière déclarative. Cette méthode tend à surestimer le taux réel de dépistage de FCU par ces femmes (52).

Dans nos résultats, 827 femmes faisaient partie du milieu médical sur les 2032 participantes, soit 40% de notre échantillon. Le fait d'appartenir à ce milieu peut nous faire supposer que ces femmes auraient de meilleures connaissances sur le frottis et seraient plus à jour dans la réalisation de leur frottis. Dans notre questionnaire le terme de « milieu médical » était utilisé. Or ce terme regroupe une population très hétérogène en termes de professions et de qualifications. Une précision de ce terme aurait été souhaitable. En conséquence, pour éviter tout biais de confusion, nous avons exclu ces femmes pour l'analyse de certaines questions. Pour rappel, les FSF faisant partie ou non du milieu médical étaient moins à jour que les autres femmes dans leur frottis.

La difficulté à créer une étude sur les FSF est, comme nous l'avons vu, la définition que nous pouvons avoir des FSF. En effet le groupe des FSF n'est pas un groupe homogène. Et chaque enquête peut avoir des critères différents pour définir un groupe de FSF rendant difficile la comparaison entre les différentes études.

Pour étudier le taux de réalisation de frottis et la perception du risque des FSF à avoir un CCU, la notion de chronologie semble également importante à prendre en compte mais difficile à mettre en place dans un questionnaire. Dans plusieurs études (35), le fait d'être en couple avec

une femme depuis longtemps semble être un facteur de retard de réalisation de FCU. De plus, certaines femmes expliquent qu'elles ne réalisent plus de frottis régulièrement à partir du moment où elles ont des relations sexuelles uniquement avec des femmes.

Ce lien de temporalité entre orientation sexuelle et parcours de soins semble être un élément important à prendre en compte pour éviter des biais de confusion. Or cette donnée était manquante dans notre questionnaire.

4.4 Vers un dépistage organisé

Les conclusions du plan cancer 2014-2019 montrent que le taux national de couverture du dépistage est insuffisant en France. De ce fait, un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est en cours de déploiement. La Haute Autorité de Santé (HAS) (53) préconise de nouvelles modalités de dépistage : les femmes de 25 à 30 ans bénéficieront d'un dépistage cytologique comme réalisé auparavant ; puis à partir de 30 ans un test HPV sera réalisé 3 ans après avoir eu un dépistage cytologique normal. Il sera alors répété tous les 5 ans si aucune anomalie n'est retrouvée et cela jusqu'à l'âge de 65 ans. Ce test moléculaire présente une meilleure sensibilité que le test cytologique classique. Il pourra ainsi être réalisé soit par un clinicien sur un prélèvement cervico-utérin soit par la patiente elle-même qui réalisera un auto-prélèvement vaginal (APV). L'APV permettra ainsi de faciliter le dépistage des femmes ne se faisant jamais dépister ou ayant des réticences quant à l'examen gynécologique. Les femmes n'étant pas à jour de leur dépistage de FCU recevront du centre régional de coordination des dépistages des cancers un courrier les invitant à consulter leur gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme pour réaliser ce dépistage. Dans ce cadre de dépistage organisé, l'examen sera remboursé à 100%. Cette nouvelle stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus permettra probablement une meilleure couverture nationale.

Cependant, ces nouvelles recommandations doivent être accompagnées de campagne de dépistage ciblées permettant de sensibiliser les FSF aux risques de développer un CCU. Comme nous l'avons vu les FSF ont une perception erronée de leur risque à développer ce cancer. Il semble donc crucial, en parallèle de ce dépistage organisé, d'informer les FSF sur leur risque, pour pouvoir améliorer le taux de couverture de cette population.

Parallèlement, les professionnels de santé impliqués dans ce dépistage doivent également être sensibilisés à cette problématique. Il nous semble important que les études de médecine

permettent aux médecins de demain d'appréhender la question de l'orientation sexuelle comme étant un réel déterminant de santé. De la même manière, il est primordial que les médecins actuellement en exercice soient éclairés sur l'impérieuse nécessité de réaliser des FCU chez les FSF.

5 Conclusion

Notre étude quantitative a pu démontrer que les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) réalisent significativement moins de frottis que les autres femmes en France. Cela est d'autant plus vrai quand les femmes n'ont jamais eu de relation sexuelle avec des hommes au cours de leur vie. En effet, parmi les 2032 femmes participantes, 55,4% des FSF exclusives déclaraient être à jour dans leur FCU, contre 76,8% des FSF mixtes et 90,0% des Non FSF ($p<0,001$). De plus, 28,9% des FSF exclusives déclaraient n'avoir jamais réalisé de FCU au cours de leur vie contre seulement 3,1% des Non FSF ($p<0,001$).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence. Tout d'abord les FSF ont plus de réticences à réaliser un frottis : soit par pudeur, par crainte d'avoir mal, par crainte de subir des propos homophobes ou du fait de la position gynécologique. Ensuite, les FSF semblent considérer à tort que leur suivi gynécologique est moins important que le reste de leur suivi médical. Certaines FSF ont une perception erronée de leur risque de développer un cancer du col de l'utérus et donc de la nécessité de bénéficier d'un dépistage par FCU. Or, il est bien établi que la transmission d'HPV entre femmes existe. De plus, les FSF semblent avoir plus de facteurs de risque surajoutés de développer un cancer du col de l'utérus (CCU) (tabac, partenaires multiples, co-infections IST). Malheureusement, il existe un défaut de communication et de connaissances des professionnels de santé sur ce sujet. Il arrive même que certains médecins véhiculent de mauvaises informations aux FSF sur leur nécessité de dépistage par FCU.

La mise en place du dépistage organisé du CCU peut faire espérer un meilleur taux de couverture national du dépistage par FCU en France dans les années à venir. Toutefois, pour mieux atteindre la population des FSF, il semble important d'associer à cela des approches ciblées à leur égard. Il nous semble également primordial de sensibiliser les médecins à la question spécifique de la santé des FSF et plus particulièrement à l'impérieuse nécessité de réaliser des FCU chez les FSF.

6 Bibliographie

1. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Organisation et mise en place d'un programme de dépistage organisé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-organisation-et-mise-en-place-du-programme-de-depistage-organise.pdf>
2. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. Santé Publique France. 2019. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus](https://maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus)
3. Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. Vaccination Info Service. 2020. Disponible sur: https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV?gclid=CjwKCAjwNf6BRAwEiwAkt6UQvUiPOrfLtxogPbARSS4ZoHcjRPej-xmyfMOzLuZfqjRNPrtgXW2wRoCZt4QAvD_BwE&xtor=SEC-19-GOO-%5BVaccin_HPv%5D--S-%5B%2Bhpv%20%2Bvaccin%5D
4. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervicaux-vaginaux. *Hist Sci Nat*. 1997;(3):255-60.
5. Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2019;(22-23):417-23.
6. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2016;(2-3):39-47.
7. Hamers FF. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018 (*). *Bull Épidémiologique Hebd*. 2020;7.
8. Wikipédia. Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes [Internet]. Wikipédia. 2019 [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Femmes_ayant_des_rapports_sexuels_avec_des_femmes&oldid=160556468
9. L'Institut français d'opinion publique (IFOP). To Bi or not to Bi ? Enquête sur l'attirance sexuelle entre femmes. 2017.
10. Bajos et Bozon N et M. Enquête sur la sexualité en France. 2008;612.
11. SOS Homophobie. Rapport sur l'homophobie en 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_homophobie_2019_interactif.pdf
12. SOS Homophobie. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et de la lesbophobie [Internet]. 2015 [cité 14 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.sos->

homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf

13. Beaulieu B. En médecine aussi, les lesbiennes sont invisibles - La chronique de Baptiste Beaulieu [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=dSNF6xII1dg>
14. Westerståhl A, Björkelund C. Challenging heteronormativity in the consultation: a focus group study among general practitioners. *Scand J Prim Health Care*. déc 2003;21(4):205-8.
15. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):58-62.
16. Roberts SJ. Lesbian health research: a review and recommendations for future research. *Health Care for Women International* 2001;22: Health Care Women Int. 2001;537-52.
17. Moran N. Lesbian health care needs. *Can Fam Physician*. mai 1996;42:879-84.
18. White JC, Levinson W. Lesbian health care. What a primary care physician needs to know. *West J Med*. mai 1995;162(5):463-6.
19. Genon C, Chartrain C, Delabarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre Sex Société* [Internet]. 2009; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/951>
20. Descuves A, Berrut S. La santé des femmes qui aiment les femmes. 2013.
21. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med*. janv 2004;38(1):105-13.
22. Gonzales G, Henning-Smith C. Health Disparities by Sexual Orientation: Results and Implications from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Community Health*. déc 2017;42(6):1163-72.
23. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. *Nouv Quest Féministes*. 2013;32:46-63.
24. Marrazzo J, Thomas K. Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women. *Am Sex Transm Dis Assoc*. mai 2010;335–339.
25. NHS England » Fake news putting 50,000 lesbian, gay and bisexual women at risk of cancer [Internet]. NHS England. 2019 [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/2019/06/fake-news-putting-50000-lesbian-gay-and-bisexual-women-at-risk-of-cancer/>
26. Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, et al.

Genital Human Papillomavirus Infection in Women Who Have Sex with Women. *J Infect Dis.* déc 1998;178(6):1604-9.

27. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* juin 2001;91(6):947-52.

28. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé. *Homosex Au Temps Sida.* 2003;107-30.

29. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health.* juill 2011;101(7):1284-90.

30. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 12 déc 2014 [cité 26 nov 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276097/>

31. Thibaut J. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. [UFR de médecine]: Paris Diderot; 2016.

32. ROUANET M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : Etude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [UFR de médecine]: Lyon Sud; 2018.

33. Insitut National Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Tableau de l'économie française. 2019.

34. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. *J Urban Health.* 25 août 2006;83(5):970-9.

35. Mitrochine M. Facteurs lié à la réalisation du frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes en France [Thèse d'exercice]. [UFR des sciences médicales]: Bordeaux; 2020.

36. Hamers FF, Jezewski-Serra D. Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2017. 2019;(22_23):417-23.

37. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Inpes. 2007;355-74.

38. O'Hanlan K, Crum C. Human papillomavirus associated cervical intraepithelial

neoplasia following lesbian sex. *Obstet Gynecol.* 1996;88(4):702-3.

39. Sonnex C, Strauss S, Gray J. Detection of human papillomavirus DNA on the fingers of patients with genital warts. *Sex Transm Inf.* 1999;75(5):317-9.
40. Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect.* nov 2014;90(7):529-31.
41. Ferris DG, Batish S, Wright TC, Cushing C, Scott EH. A Neglected Lesbian Health Concern: Cervical Neoplasia. *J Fam Pract.* 1996;43(6):581-4.
42. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *J Sex Res.* 1 août 2013;50(6):587-97.
43. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Inf.* 2000;5.
44. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sex Transm Infect.* 11 juill 2007;83(6):470-5.
45. Botalla-Piretta A-S. L'Examen Gynécologique en Décubitus Latéral. 2015.
46. Grange Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. [UFR des sciences médicales]: Université de Bordeaux; 2015.
47. Medecin Gay-friendly LGBT [Internet]. Medecin Gay-friendly LGBT. Disponible sur: <https://www.medecin-gay-friendly.fr/>
48. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract.* juin 2000;50:481-2.
49. Éguavoen S. Femme et lesbienne: quels enjeux? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR de Maïeutique]: VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998>
50. Brown A, Hassard J, Fernbach M, Szabo E, Wakefield M. Lesbians' experiences of cervical screening. *Health Promot J Austr.* 2003;14(2):128-32.
51. Oko Prévost H. Pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage par frottis cervico utérin des femmes ayant des relations sexuels avec des femmes [Thèse d'exercice]. [UFR de médecine]: Université de Nanterre; 2020.

52. Lofters A, Moineddin, Hwang, Glazier. Does social disadvantage affect the validity of self-report for cervical cancer screening? *Int J Womens Health*. janv 2013;29.
53. Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf

7 Annexes

7.1 Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Camille POUPON, je suis interne en médecine générale à Nantes. Je réalise une thèse sur le frottis cervical utérin. J'étudie plus particulièrement la place que les femmes donnent au frottis en fonction de leur orientation sexuelle.

Afin de réaliser cette thèse, j'ai besoin que vous remplissiez le questionnaire qui va suivre. Il comprend 26 questions, est **anonyme** et prendra moins de 10 mins à remplir.

Ce questionnaire s'adresse à toutes les femmes cis-genres (c'est à dire personne née de sexe féminin et de genre féminin) quel que soit leur orientation sexuelle. La santé des personnes trans est un sujet majeur mais nécessitant une thèse à part entière.

A noter, j'utiliserai l'expression « femme ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) » plutôt que « homosexuelle », « bisexuelle » ou autre terme. En effet, cette définition est plus médicale et sans connotation.

Cette recherche est conforme :

- à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles

- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD)

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS

Je vous remercie du temps que vous allez me consacrer.

Partie I – Sociodémographique

1. Quel est votre âge :

- ☐ Moins de 25ans
- ☐ Entre 25 ans - 45ans
- ☐ Entre 46 ans - 65ans
- ☐ 66 ans et plus

2. Quelle est votre profession ? (Questions à choix multiples)

- ☐ Agricultrice exploitante
- ☐ Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise
- ☐ Cadre
- ☐ Employée
- ☐ Profession libérale
- ☐ Salariée agricole, ouvrière,
- ☐ Étudiante
- ☐ Retraitée
- ☐ Sans profession

3. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé dans le domaine médical ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

4. Où habitez -vous ?

- ☐ Dans une ville (> 20 000 habitants)
- ☐ Dans une zone suburbaine (entre 2 000 et 20 000 habitants)
- ☐ Dans une zone rurale (< 2 000 habitants)

5. Avez-vous déjà été enceinte ou envisagez-vous d'être enceinte ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6. Considérez-vous comme une femme ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

7. Au cours de votre vie, vous avez eu des relations sexuelles :

- ☐ Exclusivement avec des femmes
- ☐ Avec plus de femmes que d'hommes
- ☐ Avec plus d'hommes que de femmes
- ☐ Exclusivement avec des hommes
- ☐ Je n'ai jamais eu de relations sexuelles

8. Avez-vous déjà eu une ablation (c'est-à-dire retrait chirurgical) du col de l'utérus ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie II – Connaissances et pratiques

9. Votre médecin traitant connaît-il votre orientation sexuelle :

- ☐ Oui
- ☐ Non

10. Êtes-vous vaccinées contre le papillomavirus (Gardasil®, Cervarix®) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

11. A quelle fréquence consultez-vous un médecin généraliste ?

- ☐ Moins d'un fois par an
- ☐ Une à deux fois par an
- ☐ Trois à quatre fois par an
- ☐ Cinq fois par an ou plus

12. Avez-vous un suivi gynécologique par une sage-femme, un maïeuticien ou un.e gynécologue ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Dans votre suivi médical, le suivi gynécologique vous semble :

- ☐ Le plus important
- ☐ Aussi important que le reste
- ☐ Moins important que le reste
- ☐ Sans importance

14. Quel est, selon vous, l'intérêt du frottis ? (Question à choix multiples)

- ☐ Dépister le VIH
- ☐ Dépister une infection du col de l'utérus
- ☐ Dépister une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Autres :

15. Selon vous à quelle fréquence doit-on faire des frottis ?

- ☐ Tous les ans
- ☐ Tous les 2 ans
- ☐ Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans

16. A partir de quand est-il recommandé de faire un frottis ?

- ☐ Dès qu'on a des relations sexuelles
- ☐ A partir de 20ans
- ☐ A partir de 25ans
- ☐ A partir de 30ans

17. Selon vous, jusqu'à quel âge est-il recommandé de faire des frottis ?

- ☐ 65ans
- ☐ 70ans
- ☐ 75ans
- ☐ Jusqu'à la fin de notre vie

18. Selon vous, quelles sont les facteurs de risques de cancer du col de l'utérus ?

- ☐ L'usage de la drogue
- ☐ Le tabac
- ☐ Avoir une infection au papillomavirus (HPV)
- ☐ L'utilisation de tampons hygiéniques
- ☐ Avoir une mauvaise hygiène intime

19. A votre avis, il est :

- ☐ Plus utile de faire des frottis aux FSF qu'aux autres femmes
- ☐ Moins utile de faire des frottis aux FSF qu'aux autres femmes
- ☐ Autant utile de faire des frottis aux FSF qu'aux autres femmes

20. Par rapport aux autres femmes, vous pensez que les FSF ont :

- ☐ Plus de risque d'avoir un cancer du col de l'utérus
- ☐ Moins de risque d'avoir un cancer du col de l'utérus
- ☐ Autant de risque d'avoir un cancer du col de l'utérus

21. Votre dernier frottis date de :

- ☐ 3 ans ou moins
- ☐ 4 à 6ans
- ☐ Plus de 6 ans
- ☐ Je n'en ai jamais fait

Si réponse « Je n'en ai jamais fait » => question 24

22. Qui réalise vos frottis (question à choix multiples)

- ☐ Un.e médecin traitant
- ☐ Un.e gynécologue
- ☐ Une sage-femme ou un maïeuticien
- ☐ Un.e laborantin.e

23. Qui vous a conseillé de faire des frottis ? (Question à choix multiples)

- ☐ Un.e médecin généraliste
- ☐ Un.e gynécologue
- ☐ Une sage-femme ou un maïeuticien
- ☐ Un proche
- ☐ Un média (émission, internet, magazines, ...)
- ☐ Autres :

24. Avez-vous des réticences à faire un frottis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si réponse « oui » => question 25

Si réponse « non » => question 26

25. Quelles sont vos réticences à aller faire un frottis ? (Question à choix multiples)

- C'est un geste invasif
- Je ne pense pas être concernée par ce dépistage
- Par pudeur
- Par crainte d'avoir mal
- Autres (précisez) (question ouverte)

26. Vous réaliseriez plus facilement un frottis si : (question choix multiples)

- Vous étiez mieux informée de son intérêt
- Vous pouviez choisir le sexe du professionnel de santé qui réalise l'examen
- Il y avait un moyen de dépistage moins invasif
- De le faire soi-même à domicile
- L'examen ne se déroulait pas en position gynécologique
- Autres (précisez) (question ouverte)

Merci de m'avoir consacré un peu de votre temps !

Pour celles que cela intéresse voici quelques informations sur le frottis et le cancer du col de l'utérus :

- ◇ Le cancer du col de l'utérus se développe à partir de lésions dites pré-cancéreuses induites par différents types de virus de la famille des papillomavirus humains (HPV)
- ◇ Il est possible de se faire vacciner contre certains de ces virus HPV (Gardasil®) chez les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à l'âge 19 ans
- ◇ En France, 3 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus sont détectés et 1 000 femmes en meurent tous les ans
- ◇ La seule possibilité de se faire dépister et de réaliser un frottis. Frottis qu'on réalise tous les 3 ans à partir de 25 ans jusqu'à l'âge de 65ans
- ◇ Le frottis ne dépiste pas les IST (infection sexuellement transmissible comme le VIH, chlamydia, syphilis, gonocoque) autre que les HPV.

7.2 Compléments de résultats

Table 1 : Comparaisons des groupes sur les variables sociodémographiques chez les femmes **n'étant pas dans le milieu médical**

	FSF exclusives (N=121)	FSF mixtes (N=313)	Non FSF (N=771)	Total (N=1205)	p value
Quel est votre age ?					0.773 ¹
Entre 25 ans et 45 ans	100 (82.6%)	259 (82.7%)	650 (84.3%)	1009 (83.7%)	
Entre 46 ans et 65 ans	21 (17.4%)	54 (17.3%)	121 (15.7%)	196 (16.3%)	
CSP					0.015 ¹
Agricultrice exploitante	0 (0.0%)	1 (0.3%)	2 (0.3%)	3 (0.2%)	
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	7 (5.8%)	14 (4.5%)	40 (5.2%)	61 (5.1%)	
Cadre et profession libérale	38 (31.4%)	131 (41.9%)	272 (35.3%)	441 (36.6%)	
Employée	53 (43.8%)	121 (38.7%)	361 (46.8%)	535 (44.4%)	
Ouvrière	5 (4.1%)	1 (0.3%)	7 (0.9%)	13 (1.1%)	
Non déterminé	18 (14.9%)	45 (14.4%)	89 (11.5%)	152 (12.6%)	
Où habitez-vous ?					< 0.001 ¹
- Dans une ville (> 20 000 habitants)	75 (62.0%)	233 (74.4%)	449 (58.2%)	757 (62.8%)	
- Dans une zone rurale (< 2 000 habitants)	17 (14.0%)	25 (8.0%)	125 (16.2%)	167 (13.9%)	
- Dans une zone suburbaine (entre 2 000 et 20 000 habitants)	29 (24.0%)	55 (17.6%)	197 (25.6%)	281 (23.3%)	

¹ Test Chi 2

Table 2 : Comparaisons des groupes sur les variables sociodémographiques uniquement avec les femmes **dans le milieu médical**

	FSF exclusives (N=45)	FSF mixtes (N=131)	Non FSF (N=651)	Total (N=827)	p value
Quel est votre age ?					0.027 ¹
Entre 25 ans et 45 ans	35 (77.8%)	114 (87.0%)	587 (90.2%)	736 (89.0%)	
Entre 46 ans et 65 ans	10 (22.2%)	17 (13.0%)	64 (9.8%)	91 (11.0%)	
CSP					0.006 ¹
Agricultrice exploitante	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	0 (0.0%)	2 (1.5%)	6 (0.9%)	8 (1.0%)	
Cadre et profession libérale	16 (35.6%)	40 (30.5%)	280 (43.0%)	336 (40.6%)	
Employée	21 (46.7%)	72 (55.0%)	241 (37.0%)	334 (40.4%)	
Ouvrière	0 (0.0%)	2 (1.5%)	5 (0.8%)	7 (0.8%)	
Non déterminé	8 (17.8%)	14 (10.7%)	119 (18.3%)	141 (17.0%)	
Où habitez-vous ?					0.092 ¹
Dans une ville (> 20 000 habitants)	37 (82.2%)	85 (64.9%)	404 (62.1%)	526 (63.6%)	
Dans une zone rurale (< 2 000 habitants)	2 (4.4%)	14 (10.7%)	86 (13.2%)	102 (12.3%)	
Dans une zone suburbaine (entre 2 000 et 20 000 habitants)	6 (13.3%)	32 (24.4%)	161 (24.7%)	199 (24.1%)	

¹ Test Chi 2

Table 3 : Connaissance intérêt du frottis et consultation chez le médecin généraliste

	Inférieure ou égale à 2 fois (N=1418)	Supérieure ou égale à 3 fois (N=614)	Total (N=2032)	p value
Nombre de bonnes réponses à la question 14				< 0.001 ¹
- 0	54 (3.8%)	33 (5.4%)	87 (4.3%)	
- 1	704 (49.6%)	250 (40.7%)	954 (46.9%)	
- 2	660 (46.5%)	331 (53.9%)	991 (48.8%)	

¹ Test Chi 2

Table 4 : Fréquence annuelle de consultations chez le médecin généraliste et connaissance des recommandations sur le FCU

	Inférieure ou égale à 2 fois (N=1418)	Supérieure ou égale à 3 fois (N=614)	Total (N=2032)	p value
Fréquence des frottis				< 0.001 ¹
- Autres réponses	963 (67.9%)	491 (80.0%)	1454 (71.6%)	
- Tous les 3 ans	455 (32.1%)	123 (20.0%)	578 (28.4%)	
Age du premier frottis				< 0.001 ¹
- A partir de 25 ans	554 (39.1%)	141 (23.0%)	695 (34.2%)	
- Autres réponses	864 (60.9%)	473 (77.0%)	1337 (65.8%)	
Age du dernier frottis				< 0.001 ¹
- 65 ans	340 (24.0%)	62 (10.1%)	402 (19.8%)	
- Autres réponses	1078 (76.0%)	552 (89.9%)	1630 (80.2%)	

¹ Test Chi 2

Table 5 : Connaissance sur les recommandations sur le frottis chez les femmens étant **dans le milieu médical**

	FSF exclusives (N=45)	FSF mixtes (N=131)	Non FSF (N=651)	Total (N=827)	p value
Fréquence des frottis					< 0.001 ¹
Tous les 3 ans	<u>10</u> <u>(22.2%)</u>	35 (26.7%)	<u>320</u> <u>(49.2%)</u>	365 (44.1%)	
Autres réponses	35 (77.8%)	96 (73.3%)	331 (50.8%)	462 (55.9%)	
Age du premier frottis					0.003 ¹
A partir de 25 ans	<u>19</u> <u>(42.2%)</u>	54 (41.2%)	<u>363</u> <u>(55.8%)</u>	436 (52.7%)	
Autres réponses	26 (57.8%)	77 (58.8%)	288 (44.2%)	391 (47.3%)	
Age du dernier frottis					< 0.001 ¹
65 ans	<u>12</u> <u>(26.7%)</u>	30 (22.9%)	<u>261</u> <u>(40.1%)</u>	303 (36.6%)	
Autres réponses	33 (73.3%)	101 (77.1%)	390 (59.9%)	524 (63.4%)	

¹ Test Chi 2

Table 6 : Connaissance sur les recommandations sur le frottis chez les femmes **n'appartenant pas au milieu médical**

	FSF exclusives (N=121)	FSF mixtes (N=313)	Non FSF (N=771)	Total (N=1205)	p value
Fréquence des frottis					0.918 ¹
Tous les 3 ans	20 (16.5%)	57 (18.2%)	136 (17.6%)	213 (17.7%)	
Autres réponses	101 (83.5%)	256 (81.8%)	635 (82.4%)	992 (82.3%)	
Age du premier frottis					0.552 ¹
A partir de 25 ans	22 (18.2%)	65 (20.8%)	172 (22.3%)	259 (21.5%)	
Autres réponses	99 (81.8%)	248 (79.2%)	599 (77.7%)	946 (78.5%)	
Age du dernier frottis					0.344 ¹
65 ans	14 (11.6%)	26 (8.3%)	59 (7.7%)	99 (8.2%)	
Autres réponses	107 (88.4%)	287 (91.7%)	712 (92.3%)	1106 (91.8%)	

¹ Test Chi 2

Table 7 : Réticences à faire un FCU chez les femmes **n'appartenant pas au milieu médical**

	FSF exclusives (N=121)	FSF mixtes (N=313)	Non FSF (N=771)	Total (N=1205)	p value
Avez-vous des réticences à faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- N-Miss	1	0	1	2	
- Non	51 (42.5%)	193 (61.7%)	582 (75.6%)	826 (68.7%)	
- Oui	<u>69 (57.5%)</u>	120 (38.3%)	<u>188 (24.4%)</u>	377 (31.3%)	

¹ Test Chi 2

Table 8 : Réticences à faire un FCU chez les femmes **étant dans le milieu médical**

	FSF exclusives (N=45)	FSF mixtes (N=131)	Non FSF (N=651)	Total (N=827)	p value
Avez-vous des réticences à faire un frottis ?					< 0.001 ¹
- N-Miss	0	0	1	1	
- Non	18 (40.0%)	85 (64.9%)	555 (85.4%)	658 (79.7%)	
- Oui	<u>27 (60.0%)</u>	46 (35.1%)	<u>95 (14.6%)</u>	168 (20.3%)	

¹ Test Chi 2

Table 9 : Connaissance des deux principaux facteurs de risque de CCU et dernier frottis

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Nombre de bonnes réponses à la question 17				0.005 ¹
- 0	10 (3.1%)	27 (1.6%)	37 (1.8%)	
- 1	215 (67.4%)	1039 (60.7%)	1254 (61.7%)	
- 2	<u>94 (29.5%)</u>	<u>647 (37.8%)</u>	741 (36.5%)	

¹ Test Chi 2

Table 10 : Connaissance de l'interêt du frottis en fonction de la date dernier frottis

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Nombre de bonnes réponses de la question 14				< 0.001 ¹
- 0	<u>44 (13.8%)</u>	<u>43 (2.5%)</u>	87 (4.3%)	
- 1	141 (44.2%)	813 (47.5%)	954 (46.9%)	
- 2	134 (42.0%)	857 (50.0%)	991 (48.8%)	

¹ Test Chi 2

Table 11 : Frottis à jour et connaissances sur les recommandations du frottis

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Fréquence des frottis				0.063 ¹
- Tous les 3 ans	77 (24.1%)	501 (29.2%)	578 (28.4%)	
- Autres réponses	242 (75.9%)	1212 (70.8%)	1454 (71.6%)	
Age du premier frottis				0.808 ¹
- A partir de 25 ans	111 (34.8%)	584 (34.1%)	695 (34.2%)	
- Autres réponses	208 (65.2%)	1129 (65.9%)	1337 (65.8%)	
Age du dernier frottis				0.130 ¹
- 65 ans	73 (22.9%)	329 (19.2%)	402 (19.8%)	
- Autres réponses	246 (77.1%)	1384 (80.8%)	1630 (80.2%)	

¹ Test Chi 2

Table 12 : Frottis à jour et grossesse

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Grossesses (passées ou envisagées)				< 0.001 ¹
- Non	176 (55.2%)	509 (29.7%)	685 (33.7%)	
- Oui	<u>143 (44.8%)</u>	<u>1204 (70.3%)</u>	1347 (66.3%)	

¹ Test Chi 2

Table 13 : Frottis à jour et grossesse chez les FSF exclusives

	Dernier frottis - pas à jour (N=74)	Dernier frottis - à jour (N=92)	Total (N=166)	p value
Grossesses (passées ou envisagées)				0.005 ¹
- Non	58 (78.4%)	53 (57.6%)	111 (66.9%)	
- Oui	16 (21.6%)	39 (42.4%)	55 (33.1%)	

¹ Test Chi 2

Table 14 : CSP et Frottis à jour

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Agricultrice exploitante	0 (0.0%)	4 (0.2%)	4 (0.2%)	0.337 ¹
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	8 (2.5%)	61 (3.6%)	69 (3.4%)	
Cadre et profession libérale	106 (33.2%)	671 (39.2%)	777 (38.2%)	
Employée	148 (46.4%)	721 (42.1%)	869 (42.8%)	
Ouvrière	5 (1.6%)	15 (0.9%)	20 (1.0%)	
Retraitée	6 (1.9%)	22 (1.3%)	28 (1.4%)	
Etudiante	28 (8.8%)	139 (8.1%)	167 (8.2%)	
Sans profession	18 (5.6%)	80 (4.7%)	98 (4.8%)	

¹ Test Chi 2

Table 15 : CSP et frottis à jour chez les FSF exclusives

	Dernier frottis - pas à jour (N=74)	Dernier frottis - à jour (N=92)	Total (N=166)	p value
Agricultrice exploitante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0,1254 ¹
Artisane, commerçante, cheffe d'entreprise	1 (1.4%)	6 (6.5%)	7 (4.2%)	
Cadre et profession libérale	21 (28.4%)	33 (35.9%)	54 (32.5%)	
Employée	32 (43.2%)	42 (45.7%)	74 (44.6%)	
Ouvrière	3 (4.1%)	2 (2.2%)	5 (3.0%)	
Retraitée	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	
Etudiante	9 (12.2%)	7 (7.6%)	16 (9.6%)	
Sans profession	7 (9.5%)	2 (2.2%)	9 (5.4%)	

¹ Test Chi 2

Table 16 : CSP et frottis à jour

	Dernier frottis - pas à jour (N=319)	Dernier frottis - à jour (N=1713)	Total (N=2032)	p value
Où habitez-vous ?				0.628 ¹
- Dans une ville (> 20 000 habitants)	209 (65.5%)	1074 (62.7%)	1283 (63.1%)	
- Dans une zone rurale (< 2 000 habitants)	39 (12.2%)	230 (13.4%)	269 (13.2%)	
- Dans une zone suburbaine (entre 2 000 et 20 000 habitants)	71 (22.3%)	409 (23.9%)	480 (23.6%)	

¹ Test Chi 2

Table 17 : Lieu de vie et frottis à jour chez FSF exclusives

	Dernier frottis - pas à jour (N=74)	Dernier frottis - à jour (N=92)	Total (N=166)	p value
Où habitez-vous ?				0.340 ¹
- Dans une ville	52 (70.3%)	60 (65.2%)	112 (67.5%)	
- Dans une zone rurale	10 (13.5%)	9 (9.8%)	19 (11.4%)	
- Dans une zone	12 (16.2%)	23 (25.0%)	35 (21.1%)	

¹ Test Chi 2

Vu, le Président du Jury,

Professeur Nobert WINER

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur Maud POIRIER

Vu, le Doyen de la Faculté,

Quelle place les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes accordent-elles au frottis cervical utérin dans leur suivi gynécologique ? Enquête quantitative comparative.

RESUME

Introduction : Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) souffrent d'une invisibilité dans la société et également dans la santé. Quelques études étrangères ont montré qu'il existait une différence de taux de réalisation de frottis cervico-utérins (FCU) entre les FSF et les autres femmes. Or ces femmes doivent bénéficier des mêmes recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) que les autres femmes. En effet, le virus Human PapillomaVirus (HPV) peut se transmettre lors d'une relation sexuelle entre deux femmes. En France, peu d'articles scientifiques s'intéressent à la santé des FSF. Dans cette enquête nous avons pour objectif principal de comparer le taux de réalisation de frottis entre les FSF et les autres femmes en France. Notre objectif secondaire était d'en comprendre les déterminants.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, comparative, transversale et déclarative. Nous avons diffusé un questionnaire de 26 questions via internet. 3074 femmes ont répondu au questionnaire. Nous avons exclu les femmes ayant moins de 25 ans, ayant plus de 65 ans, n'ayant jamais eu de relation sexuelle et celles ayant subi une ablation du col de l'utérus. Au final, notre échantillon était constitué de 2032 femmes. En fonction de leurs réponses au questionnaire à propos de l'auto-définition de leur sexualité et de leur comportement sexuel, nous avons créé trois groupes de femmes : FSF exclusives, FSF mixtes et Non FSF. Nous avons utilisé le test du Chi 2 ou le test de Fisher pour réaliser les tests statistiques. Les résultats étaient significatifs si $p < 0,05$.

Résultats : Les FSF exclusives font significativement moins de FCU que les FSF mixtes et les Non FSF. En effet, 28,9% des FSF exclusives n'ont jamais fait de frottis dans leur vie, contre 9% des FSF mixtes et 3,1% des Non FSF ($p < 0,001$). Les FSF exclusives sont significativement moins à jour dans leur frottis (55,4%) que les FSF mixtes (76,8%) et que les Non FSF (90,0%) ($p < 0,001$). Les FSF exclusives ont plus de réticences à réaliser un frottis (58,2%) que les Non FSF (19,9%) ($p < 0,001$). 16,9% des FSF exclusives pensent qu'elles ont moins besoin de réaliser de FCU que les autres femmes contre 2,0% des Non FSF ($p < 0,001$).

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence qu'il existe une réelle différence de taux de réalisation de FCU entre les FSF et les autres femmes en France. Il est primordial que les campagnes de dépistage contre le CCU sensibilisent les FSF sur leur risque de développer ce cancer. En parallèle, il semble important de former les professionnels de santé sur la prise en charge des FSF, leur orientation sexuelle étant un réel déterminant de santé.

MOTS-CLES : FSF, Frottis cervico-utérin, cancer du col de l'utérus, HPV, gynécologie