

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Hélène OKO PRÉVOST

Présentée et soutenue publiquement le *20/10/2020*

**Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par frottis cervico-utérin
des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes**

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Maud POIRIER

Membres du jury : Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Madame le Docteur Rosalie ROUSSEAU

SERMENT MÉDICAL

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

À mon Jury :

À Monsieur le **Professeur Norbert WINER**, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, y apportant ainsi votre savoir et votre expérience. Je vous remercie pour votre engagement dans l'enseignement et la recherche. Recevez ici l'expression de ma très respectueuse considération.

À Madame le **Docteur Maud POIRIER**, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je souhaite t'adresser toute ma reconnaissance pour ton accompagnement et ton soutien sur ce chemin. Tes qualités humaines et ta rigueur m'ont beaucoup apporté que ce soit durant ce travail, lors de mon internat et dans notre collaboration actuelle à l'UGOMPS.

À Madame le **Docteur Maud JOURDAIN**, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre implication dans l'enseignement de la médecine générale. Soyez assurée de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

À Madame le **Docteur Rosalie ROUSSEAU**, merci d'avoir accepté avec bienveillance de juger mon travail. Votre engagement au sein du département de médecine générale vous honore. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Camille Poupon, merci d'avoir partagé, avec moi, ton idée et d'avoir permis ce travail de thèse passionnant.

Aux médecins généralistes ayant participé à ce travail de recherche. Je vous remercie infiniment de votre implication. Sans vous, cette thèse n'existerait pas.

À Marie-Anne Vibet, un grand merci d'avoir réalisé l'analyse statistique des données de ce travail.

À Annie et Jul', mes relecteurs pour l'orthographe.

À tous les médecins croisés lors de mon parcours, pour votre enseignement riche d'expériences.

Aux infirmier.e.s, aides soignant.e.s, secrétaires, et tout le personnel hospitalier avec qui j'ai partagé le quotidien lors de mon internat, merci de votre accueil, votre soutien et votre bonne humeur.

À Ellen, Marie et François avec qui l'aventure médicale continue.

À toutes l'équipe de l'UGOMPS, mesdames quel plaisir de travailler à vos côtés !

Et enfin, aux patients, car c'est vous qui m'avez le plus appris.

À mes amis,

À Elise, Olivia, Arthur, Julie, Jérémy, Paulo, merci d'avoir partagé avec moi bien plus que des études et d'avoir gravé une amitié infaillible.

À Gautier, Cécile et Thomas, pour faire partie de cette joyeuse bande.

Une mention spéciale à Elise, pour ce nombre d'heures incalculable au téléphone durant l'internat et encore aujourd'hui, pour ces RCP à deux qui me sont si chères. Merci d'être toi.

À Sara, merci pour ta présence à mes côtés depuis toutes ces années. À Thomas, que je compte désormais parmi mes proches. Au mini-vous qu'il me tarde de rencontrer. Merci d'être des amis précieux.

À Marie, ma brebis. Merci d'avoir été une co-interne de choc et d'être maintenant mon amie. À Rémi, infirmier doudou, pour tous ces moments partagés et surtout ces soirées cubaines inoubliables.

À Victoire, pour compléter notre « team bergerie ».

À « la team A », Jeanne, Marion et Manon, parce que ce premier semestre d'internat haut en couleurs, je ne l'oublierai jamais.

À Morgane, pour ces fous rires aux UP, ce power point de folie et cette amitié qui est restée.

À mes autres co-interne, avec qui on a tant partagé.

À Marie-Andrée et Gérard, pour être toujours là.

À ma famille,

À mon frère, Julien, pour être affreusement toi. Même si tu es souvent loin, tu es toujours avec moi, tu es ma famille. À Aryeong, ma belle-sœur et tellement plus. Merci d'avoir partagé ces deux dernières années de bonheur avec nous.

À mes parents. Une pensée particulière pour mon père qui aurait tant aimé voir ce jour.

À ma grand-mère, mes oncles et tantes. Et surtout à mes cousins pour la complicité de l'enfance.

À mes beaux-parents. Annie merci pour tous les instants de partage, pour ta bienveillance et ton amour. Laurent, pas d'étude des effets de paroi sur le vapocraquage d'un hydrocarbure léger pour moi ! Mais, tu es tout de même un modèle en matière de thèse. Merci de m'avoir entourée toutes ces années.

À mon beau-frère, Jul', pour être toi, d'être si entier et de me faire rire. À ma belle-soeur, Laure, pour toute la complicité et les mojitos-bitchage au bord de la piscine ! Merci à vous deux pour le soutien que vous m'apportez.

À mon neveu Paul et ma filleule Anna, vous voir grandir est un de mes plus grands bonheurs.

À Chloé, ma bien plus que sœur, pour ce lien si unique que nous avons créé. Merci de toujours croire en moi.

À Clémence, ma moitié. Merci d'être une amie en béton depuis toutes ces années, de me faire toujours autant rire avec tes lubies et d'être là tout simplement. Tu m'es indispensable. À Cédric, pour ta fidèle amitié et tous ces instants partagés.

À mon filleul, Jules, et à Louis, pour toujours me mettre un sourire sur le visage.

À mon fils, Charlie, pour rendre ma vie chaque jour plus belle et me rappeler l'essentiel. Tu es ma plus grande fierté.

Enfin et surtout, à mon mari François, pour avoir vécu ces études avec moi et pour en avoir partagé tous les hauts et les bas. Ce que je construis avec toi depuis 15 ans est ma plus belle réussite. Tu es mon tout, celui qui maintient les étoiles éparses.

Listes des abréviations

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CJP : Critère de Jugement Principal

CJS : Critère de Jugement Secondaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention Sida

DU : Diplôme Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FSF : Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

FSH : Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

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

HPV : Human Papillomavirus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin Généraliste

PNDO : Programme National de Dépistage Organisé

Table des matières

I. Introduction	8
1. Intérêt du frottis cervico-utérin	8
1.1.Épidémiologie	8
1.2.Prévention et dépistage	9
1.3.Les évolutions	10
2. Les Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	11
2.1.De qui parle-t-on ?	11
2.2.Une population particulière	11
2.3.Les causes d'un suivi gynécologique sous-optimal	12
3. Le rôle des médecins généralistes	13
II. Matériel et Méthode	15
1. Type d'étude	15
2. Construction du questionnaire	15
3. Constitution de l'échantillon	16
4. Diffusion du questionnaire	16
5. Calcul du nombre de sujets nécessaires et puissance du test	16
6. Critères de jugement	17
7. Analyse des réponses	17
8. Ethique et transparence	18
III.Résultats	19
1. Population de l'étude	19
2. Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu	20
2.1.Genre	20
2.2.Âge	20
2.3.Fréquence des actes gynécologiques	21
2.4.Formation spécifique en gynécologie	22
2.5.Pratique	22
2.6.Milieu d'exercice	23
2.7.Région d'exercice	24
3. Visibilité des FSF	24

4. Questions pratiques	28
4.1.Cas clinique 1	28
4.1.1.Réalisation FCU	28
4.1.2.Prévention et dépistage des IST	29
4.2.Cas clinique 2	32
4.2.1.Réalisation FCU	32
4.2.2.Prévention et dépistage des IST	33
4.3.Cas clinique 3	36
4.3.1.Réalisation FCU	36
4.3.2.Prévention et dépistage des IST	37
4.4.Comparaison des 3 cas cliniques	40
4.4.1.Réalisation FCU	40
4.4.2.Prévention et dépistage IST	40
4.5.Lien entre pratique du FCU et genre	41
4.6.Lien entre pratique du FCU et âge	43
IV.Discussion	44
1. Comparaison à la littérature	44
1.1.Objectif principal	44
1.2.Objectifs secondaires	47
1.2.1.Visibilité des FSF	47
1.2.2.Prévention et dépistage des IST	48
2. Forces de l'étude et Biais	49
2.1.Forces	49
2.1.1.Validité interne	49
2.1.2.Validité externe	49
2.2.Biais	50
3. Perspectives	51
V. Conclusion	52
VI. Bibliographie	53
VII.Annexes	57
Annexe 1- Questionnaire	57
Annexe 2-Test d'hypothèses	64
Annexe 3- Moyens de protection IST	65

I. Introduction

1. Intérêt du frottis cervico-utérin

1.1. Épidémiologie

Actuellement, on recense près de 570 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (CCU) par an, ainsi qu'environ 311 000 décès, le plaçant en 4ème position des causes de décès par cancer dans le monde (1). En France, le CCU est le 12ème cancer féminin du point de vue de la fréquence (3000 cas/an) et de la mortalité (1100 décès/an).

Les deux principaux types histologiques de CCU sont les carcinomes épidermoïdes, qui représentent 75 à 90% des CCU dans les pays industrialisés, et les adénocarcinomes (2).

Les facteurs de risque de développement d'un CCU sont multiples : le tabagisme, les rapports sexuels à un âge précoce, la multiplicité des partenaires sexuels, la multiparité, l'immunodépression, une contraception hormonale prolongée, l'infection à Human Papillomavirus et la co-infection d'autre infection sexuellement transmissible (chlamydia trachomatis et le virus de l'herpès simplex de type 2), mais aussi l'exposition in utero au diethylstilbestrol (3).

Mais, la cause principale des CCU est l'infection persistante au Human Papillomavirus (HPV). L'infection est habituellement transitoire, le virus étant le plus souvent supprimé par le système immunitaire en quelques mois ou années. Lorsque l'HPV n'est pas éliminé, l'infection persistante se traduit par des lésions histologiques dont les plus graves sont les lésions précancéreuses qui peuvent régresser spontanément, persister ou évoluer vers un cancer du col de l'utérus dans un délai de 10 à 15 ans. Parmi environ 200 génotypes viraux différents d'HPV, il en existe 13 à haut risque dont les génotypes 16 et 18 qui sont les plus oncogènes et donc associés au CCU dans la majorité des cas (3).

L'infection à HPV est l'infection sexuellement transmissible (IST) la plus fréquente dans la population générale. On estime qu'environ 8 femmes sur 10 seront exposées au cours de leur vie à ce virus et dans 60% des cas au début de la vie sexuelle (4). L'HPV se transmet principalement par voies cutanéomuqueuse, il résiste dans l'environnement et se transmet donc même lors des rapports protégés.

1.2. Prévention et dépistage

Dans l'optique de diminuer la prévalence des infections à HPV et donc celle des CCU mais également d'autres localisations cancéreuses (anus, pénis, vulve, vagin, cavité orale, larynx et oropharynx), il existe depuis 2000, des vaccins contre le virus HPV: Gardasil®, Gardasil 9® et Cervavix® (5).

La vaccination s'adresse aux jeunes filles entre 11 et 14 ans avec une possibilité de rattrapage entre 15 et 19 ans. Une évolution majeure, prochainement mise en place en France (janvier 2021), est la vaccination des garçons selon les mêmes modalités d'âges. La vaccination de tous les adolescents, filles et garçons, est déjà d'usage dans de nombreux pays.

Malheureusement, la couverture actuelle est très insuffisante, inférieure à 25%, l'une des plus faibles d'Europe (2).

Du fait de l'évolution lente des lésions, le CCU peut être dépisté à un stade précoce grâce au frottis cervico-utérin. Il s'agit d'un test cytologique de dépistage dont le but est une analyse morphologique des cellules du col de l'utérus afin de détecter précocement la présence de cellules anormales et de cellules précancéreuses qui pourraient évoluer en lésions malignes (6).

Depuis les années 1960 en France, on réalise un dépistage par FCU individuel, non organisé, pour toutes les femmes de 25 à 65 ans. Une fois l'obtention d'un prélèvement normal à un an d'intervalle, il est réalisé tous les 3 ans.

Ce dépistage est effectué lors d'un examen gynécologique avec un spéculum, instrument permettant d'atteindre le col de l'utérus pour effectuer le prélèvement.

Il existe deux techniques de prélèvements :

- la technique « conventionnelle » aussi appelée technique de Papanicolaou (« Test de Pap ») qui est la plus utilisée.
- la méthode dite en milieu liquide ou en « couche mince » qui est la plus récente.

Il présente des limites : faible sensibilité (70% en général et seulement 51 à 53% pour les lésions précancéreuses CIN 2+), peu reproductible et interprétation subjective (3).

1.3. Les évolutions

Le FCU a été organisé en dépistage individuel en France jusqu'en 2018. Il a permis, depuis les années 60, une nette baisse de l'incidence et de la mortalité des CCU.

Malheureusement ce système est imparfait et une grande inégalité de dépistage existe à l'heure actuelle. En effet, le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) de 2019 (7) relate que seulement 58,7% des françaises réalisent un frottis tous les 3 ans alors que l'objectif de couverture est de 80%. Plus d'une femme sur trois ne participe pas à ce dépistage et après 50 ans, l'effectif s'amenuise encore avec environ une femme sur deux réalisant un FCU, alors même que l'âge moyen de diagnostic du CCU est de 56 ans.

Les femmes du milieu carcéral, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), les femmes en situation de prostitution, celles souffrant d'addictions, les migrantes et les femmes homosexuelles sont celles qui réalisent le moins de FCU de dépistage (8).

On remarque également un recours inégal au FCU sur le territoire français, avec un taux de 56,1% en Hauts-de-France, ce qui en fait le moins bon élève, alors qu'en Auvergne-Rhône Alpes, on trouve la meilleure couverture avec 64,4% de réalisation de FCU (7).

La diminution de l'incidence et de la mortalité des CCU observée depuis plusieurs décennies se poursuit, mais à un rythme décroissant depuis 2005. Cela s'explique probablement par la modification des pratiques sexuelles : les femmes sont davantage exposées à l'HPV et à un âge plus précoce (2).

Le Plan cancer 2014-2019, partant de ces constats, a pour objectif de créer un dépistage organisé national, afin d'augmenter la couverture et réduire l'inégalité d'accès au dépistage (8).

Depuis mai 2018, le dépistage du CCU s'appuie sur un programme national de dépistage organisé (PNDO). Il s'adresse à toutes les femmes entre 25 et 65 ans. Les femmes non dépistées selon le rythme recommandé reçoivent, du centre régional de coordination des dépistages des cancers, un courrier les invitant à réaliser un dépistage, remboursé à 100 %.

Autre nouveauté, les modalités de dépistage varient désormais selon l'âge des femmes. Pour les femmes entre 25 et 29 ans, la procédure est toujours la même mais pour celles de 30 à 65 ans, un test HPV qui recherche la présence d'ADN du virus (HPV à haut risque), remplace l'examen cytologique. Le test HPV, plus efficace, est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal, puis tous les 5 ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.

2. Les Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

2.1. De qui parle-t-on ?

L'expression « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » (FSF) semble faire consensus dans la littérature scientifique internationale pour nommer les femmes ayant des rapports homosexuels, occasionnels ou exclusifs. Il permet de prendre en considération les divergences entre autodétermination et comportement sexuel des individus. Les termes de « lesbiennes » ou « femmes homosexuelles », employés dans le langage courant, ne sont pas adéquats car ils relèvent avant tout d'une autodétermination et reflètent des comportements sexuels hétérogènes, ainsi toutes les FSF ne se qualifient pas de cette manière (9).

Le pourcentage de FSF varie de 4 à 10% dans la littérature avec un taux de FSF exclusive estimé à 0,5-1% (10)(11).

Nous attirons votre attention sur le fait que cette étude exclut délibérément les patient.e.s transgenres, intersexes, ou non binaires, qui constituent un sujet d'étude à part entière, avec leurs propres spécificités. Il est donc sous-entendu que le genre de la patiente et de ses partenaires correspond, à chaque fois, à celui assigné à la naissance.

2.2. Une population particulière

Ce travail est parti d'un constat : les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) ont un suivi gynécologique moins important que les femmes présumées hétérosexuelles.

En effet, elles réalisent moins de FCU, alors même, que la transmission du HPV entre femmes a été démontrée (8). Elles ont un risque plus élevé de cancers : CCU mais également cancer du sein (12).

Il en va de même pour le dépistage des IST alors que la transmission entre femmes a été mise en évidence notamment pour l'HPV, Herpès Simplex Virus, Trichomonas et Chlamydia, que des cas de transmission de syphilis, VIH, hépatite B, gonocoque ont été décrits et qu'une transmission d'hépatite A ou C lors de certaines pratiques est possible (13).

Selon une étude américaine de 1997 interrogeant les FSF, seulement 14% d'entre elles déclarent utiliser des méthodes barrières (préservatif, gant et digue dentaire) lors des rapports sexuels entre femmes (14).

Le type de protection le plus utilisé est le préservatif interne ou externe (15). Il peut être utilisé comme une digue dentaire si on le découpe, ou comme une protection sur les objets sexuels et plus rarement comme protection digitale. Son taux d'efficacité varie de 59 à 80% en fonction de l'IST concernée (16)(17).

La digue dentaire va être utilisée lors des pratiques de cunnilingus ou d'anulingus. Ce dispositif d'abord développé pour les chirurgiens dentistes, est encore largement méconnu. Dans une étude australienne de 2004, seuls 9.7% des femmes utilisent une digue dentaire pour le sexe oral et 2.1% de manière régulière (15). Il s'agit d'une feuille de latex initialement destinée à isoler une dent de la salive du patient lors de certaines interventions dentaires. Elle a commencé à être utilisée, dans les années 80, comme protection lors des rapports oraux, en l'appliquant sur la vulve ou l'anus (18). Elle sert dès lors de barrière entre la bouche et les organes génitaux. Bien utilisée, la digue dentaire est aussi efficace que le préservatif pour la protection contre les IST (15). Il est possible de fabriquer une digue « maison » avec un préservatif ou un gant médical mais aussi avec du film alimentaire non micro-ondable (donc non poreux). Cependant, il n'existe aucune évaluation scientifique de l'efficacité de ce dernier.

Le gant ou la protection digitale ont leur utilité lors de la masturbation et plus généralement, lors de tous les contacts entre doigts et organes génitaux. L'efficacité est similaire au préservatif (15).

Et les FSF ne sont pas uniquement plus exposées aux IST, il s'agit globalement d'une population « plus à risque » selon la littérature : Elles ont une prévalence augmentée d'obésité, de troubles psychiatriques (anxiété, dépression, tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire) et un taux plus élevé de grossesses non désirées (19)(20)(21). Elles ont dans leur vie un plus grand nombre de partenaires sexuels dont masculins et se prostituent de manière plus fréquente (22). Elles consomment, également, davantage d'alcool, de tabac, et de drogue (20)(22).

2.3. Les causes d'un suivi gynécologique sous-optimal

Premièrement, il existe un réel manque de visibilité de cette population, avec une présomption d'hétérosexualité qui domine. Les FSF sont très peu présentes dans les médias, la politique et invisibles dans l'espace public.

D'après une enquête de SOS homophobie, le nombre d'actes haineux à l'encontre des « lesbiennes » a augmenté de 42% entre 2017 et 2018 (23). Cela engendre un comportement d'évitement par peur des réactions hostiles : 18 % des FSF ne manifestent jamais d'affection à leur partenaire en

public, 63% se refrènent et contrôlent leurs gestes afin de ne pas dévoiler leur orientation sexuelle. Les FSF s'appliquent donc à se rendre elles-mêmes invisibles par peur du jugement et des comportements des autres individus (24).

Deuxièmement, les études réalisées sur ce sujet rapportent un vécu plus négatif du suivi gynécologique chez les FSF que chez les autres femmes car elles ne se sentent pas représentées, ni considérées (25)(26). 51% des FSF se sentent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin alors que 91% estiment cette révélation importante (27). La peur d'une réaction homophobe de la part du médecin et d'une baisse de la qualité des soins prédomine (28). Les professionnels peu informés contribuent également à ce sentiment. Il en résulte un nomadisme médical et un échappement aux soins (29).

Troisièmement, les fausses informations circulent toujours : dépistage du cancer du col utérin et suivi gynécologique non nécessaires, aucun risque de transmission d'IST pour les FSF (26).

Ces différents constats ont abouti, notamment, à une thèse, réalisée en parallèle de ce travail, concernant la place accordée par les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes au frottis cervico-utérin dans leur suivi gynécologique, réalisée par Camille Poupon (30).

3. Le rôle des médecins généralistes

Le médecin généraliste (MG), pivot central du système de soins et de prévention, est souvent l'initiateur des dépistages, car il est au cœur du suivi des patients avec son rôle de coordination.

Malheureusement, on ne retrouve aucune recommandation spécifique sur la prise en charge des FSF et peu de littérature scientifique à propos d'elles. Lors de nos études médicales, les programmes n'abordent pas les spécificités de ces femmes. Les connaissances et les pratiques des médecins généralistes sur ces questions sont donc limitées, hétérogènes et ne font pas l'objet de consensus.

De ce fait, comme du côté des FSF, les idées reçues circulent chez les médecins également (dépistage du cancer du col utérin et suivi gynécologique non nécessaires, aucun risque de transmission d'IST pour les FSF), comme mentionné plus haut (26).

Le sujet de l'orientation sexuelle semble être difficilement abordé avec son médecin traitant, générant une invisibilité des FSF, dans leur patientèle. Questionner la sexualité de leurs patientes, n'est pas la norme chez les MG, qui considèrent, par défaut, qu'elles sont hétérosexuelles (31).

Une thèse réalisée en 2019 par Ottavioli P, rapporte des différences significatives dans la prise en charge du suivi gynécologique des femmes FSF par les médecins généralistes rhônalpins (32) : moins d'évaluation du besoin contraceptif, moins de prévention et de dépistage des IST. Mais il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant la pratique du dépistage par FCU. Ce dernier point paraît étonnant puisqu'on sait que les FSF réalisent moins de FCU et qu'il existe une méconnaissance du côté médical.

Mis à part la thèse citée ci-dessus, il n'existe pas d'autres travaux réalisés concernant la pratique des médecins généralistes vis à vis du suivi gynécologique des femmes FSF, population très peu visible dans leur cabinet. Il n'y a pas de recommandation de pratique spécifique alors que le besoin est palpable. Il apparaît donc urgent de s'intéresser à cette population afin d'harmoniser les pratiques des MG et de remettre les patientes au centre de leur prise en charge, en fonction de leurs besoins spécifiques.

II. Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, observationnelle et transversale. Il s'agit d'une enquête de pratique auprès des médecins généralistes en France.

Le questionnaire a été diffusé sous un format numérique (Annexe 1). Il était anonyme et auto-administré.

2. Construction du questionnaire

Le questionnaire invitait tout d'abord les éventuels participants à prendre connaissance d'une lettre d'information sur les buts de l'étude.

Il était ensuite construit en trois parties regroupant au total 22 questions, majoritairement fermées, dont certaines à choix multiples. Les réponses n'étaient pas obligatoires afin que les participants ne se sentent pas contraints.

Les premières questions traitaient des caractéristiques de la population étudiée d'un point de vue démographique et sur la pratique des répondants en terme de gynécologie.

Ensuite, la deuxième partie, cherchait à questionner la visibilité des FSF auprès des médecins généralistes interrogés.

Pour finir, des cas pratiques, sous forme de mini-cas cliniques, ont été réalisés cherchant à comparer le comportement des médecins face à trois types de femmes :

- une femme jeune débutant sa vie sexuelle, hétérosexuelle exclusive (femme ayant des rapports sexuels avec des hommes : FSH)
- une femme ayant uniquement des rapports avec des femmes, FSF exclusive
- une FSF ayant des rapports avec des hommes, FSH mixte

Ce format « cas clinique » permet au mieux de questionner les pratiques et de sortir du théorique. Les quatre mêmes questions ont été posées pour chaque cas, afin de mettre en évidence des différences dans les pratiques, en fonction de la sexualité de ces femmes.

Il existait une dernière partie de commentaires libres afin que les participants puissent nous communiquer leurs impressions ou questionnements.

Le questionnaire a été hébergé sur googleform pour une diffusion numérique plus importante et rapide. Cela a permis également un recueil plus fluide des données.

3. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste et être thésé. Le choix de ce dernier point a été basé sur la volonté d'interroger les pratiques réelles et non uniquement les connaissances théoriques. Le but était donc d'exclure les plus jeunes, notamment les internes qui ont moins d'expérience.

Un seul critère d'exclusion a été souhaité dans notre étude. Il s'agissait d'exercer hors France métropolitaine ou outre-mer.

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé sous format numérique via les réseaux sociaux, notamment sur différents groupes Facebook dédiés aux médecins et particulièrement ceux s'adressant aux médecins généralistes, via le site du conseil de l'ordre des médecins de Loire Atlantique et également diffusé par mail à des réseaux de MG, comptant sur un effet « boule de neige ». Ce mode de diffusion, profitant de transmission de médecin à médecin, a permis une propagation du questionnaire relativement importante.

5. Calcul du nombre de sujets nécessaires et puissance du test

Pour calculer le nombre de sujets nécessaires (NSN) nous sommes partis du postulat suivant : la proportion de médecins qui ne proposent pas de FCU aux FSF est supposée être inférieure à 10%. (Ce chiffre est une hypothèse, notamment basée sur les chiffres obtenus par Ottavioli P. dans sa thèse traitant du même sujet (32)). Afin de montrer que cette proportion est significative, avec une puissance de 80% et un risque α de se tromper de 5% :

- si la proportion est de 10%, le NSN est de 76 répondants.
- si la proportion est de 5%, le NSN est de 162 répondants
- si la proportion est de 3%, le NSN est de 324 répondants

Finalement, le questionnaire répondu par 324 médecins généralistes conduit à une proportion de 7%. La puissance du test est donc de 99.8%.

6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal (CJP) était la différence de prise en charge par les médecins généralistes du dépistage par frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes par rapport aux FSH.

Les critères de jugement secondaires (CJS) étaient :

- La visibilité des FSF : proportion de médecins généralistes n'identifiant pas les FSF.
- La différence de prise en charge, par les MG, vis à vis de la prévention et du dépistage des IST entre les FSF et les FSH.

7. Analyse des réponses

Les questionnaires collectés via googleform ont été automatiquement entrés dans une base de données Excel.

L'analyse des données a ensuite été réalisée par Marie-Anne Vibet, ingénieur en statistique du CHU de Nantes.

Pour répondre au CJP, et à un des CJS, il a été effectué un test statistique de comparaison d'une proportion à une valeur théorique : test d'hypothèses.

Un test statistique est une procédure de décision entre deux hypothèses concernant un ou plusieurs échantillons. Ce test oppose deux hypothèses :

- L'hypothèse nulle H_0 est celle que l'on considère vraie, a priori.
- L'hypothèse alternative notée H_1 est l'hypothèse complémentaire de H_0 . L'hypothèse H_1 n'est pas toujours explicitée, elle est souvent choisie par défaut ou suivant le test désiré.

Le but du test est de décider si a priori H_0 est crédible.

Pour comparer les réponses des médecins aux trois cas pratiques, nous avons utilisé le test de Cochran. Il vérifie si plusieurs échantillons appariés présentent les mêmes configurations de probabilités

de succès ou d'échec. Comme c'est un test non paramétrique, il peut s'appliquer à des échantillons qui ne présentent pas de distribution normale ou qui sont relativement petits.

L'hypothèse nulle (H_0) qu'on cherche à valider (ou à invalider) est celle de l'égalité des distributions.

L'hypothèse alternative est qu'un échantillon au moins présente une différence.

Enfin, le test du Chi 2 ou Pearson's Chi-squared test a été utilisé pour savoir s'il existait un lien significatif entre le genre ou l'âge des répondants et le fait de proposer un FCU à la patiente.

Pour des effectifs suffisants (au-moins 5 individus par groupe et par catégorie), le test du Chi2 va tester l'indépendance des deux groupes vis-à-vis de la variable étudiée. Si le test est non significatif, la p-value est grande (supérieure à 0.05), alors on n'a pas montré que les variables étaient dépendantes. On conclut souvent ici qu'il n'y a pas de différence de cette variable suivant les groupes. Si le test est significatif, la p-value inférieure à 0.05, alors on aura montré l'existence d'une dépendance entre ces variables. On conclut que cette variable prend des valeurs différentes suivant les groupes.

8. Ethique et transparence

Le questionnaire était précédé d'une lettre d'information pour les médecins participants, leur expliquant le but de l'étude, les critères d'inclusion, le caractère totalement anonyme des réponses, et la possibilité de refuser de participer.

L'étude est conforme au règlement général européen sur la protection des données du 25 mai 2018 et à la méthodologie de référence MR-004 de la Commission nationale informatique et libertés.

Nous avons demandé en janvier 2020, un avis éthique auprès du Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) qui a validé le protocole.

III. Résultats

1. Population de l'étude

Le questionnaire a circulé entre novembre 2019 et avril 2020. La première réponse a été enregistrée le 15 novembre 2019 et la dernière le 29 avril 2020. On remarque que 50% des réponses ont été reçues le 14 avril 2020.

Ainsi, nous pouvons constater trois grandes périodes de collecte : en novembre, en février puis en avril 2020, ce qui correspond au lancement de l'étude puis aux principales relances.

On a noté un arrêt complet des réponses au questionnaire durant le mois de mars jusqu'à mi-avril 2020, correspondant au début du confinement généralisé du fait de la pandémie de COVID 19. Nous avons préféré attendre durant cette période avant d'effectuer une relance au vu du caractère exceptionnel de la situation.

Nous avons reçu 325 réponses dont une seule a été exclue car il s'agissait d'un médecin exerçant en Suisse.

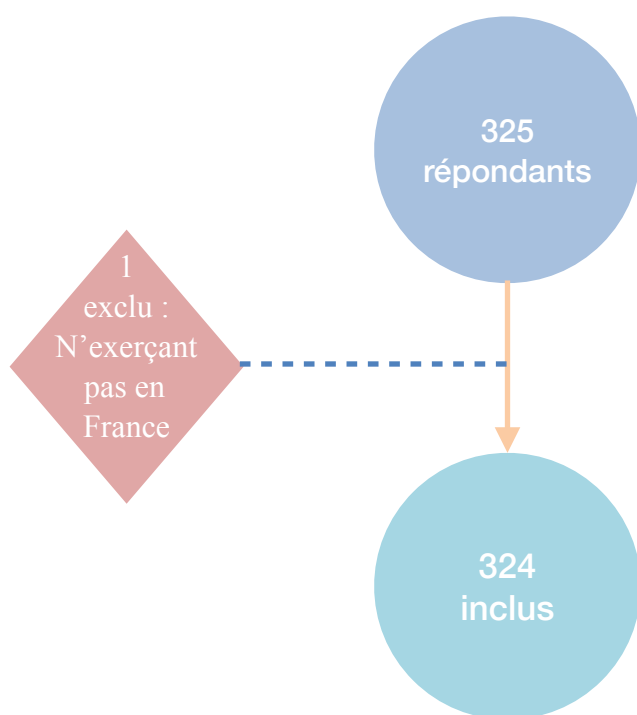


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu

2.1. Genre

Nous avons eu une écrasante majorité de femmes répondantes. Il y a, en effet, 90% de femmes dans notre échantillon alors qu'on comptabilise 48% de femmes médecins généralistes en France (33). Il existe, certes, une féminisation de la profession croissante avec 59 % de femmes parmi les médecins de moins de 35 ans en 2004 (34), qui explique en partie ce chiffre.

On note qu'aucun des participants ne s'identifie comme ayant un genre indéterminé.

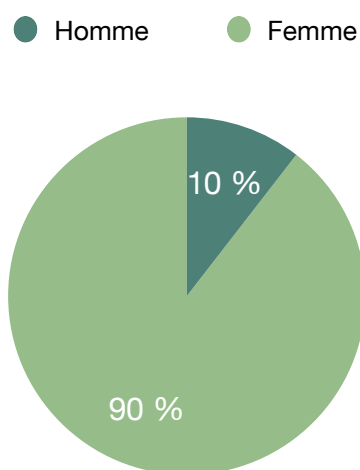


Figure 2 : Répartition par genre

2.2. Âge

Notre échantillon est jeune avec 76% des médecins âgés de 25 et 35 ans, une population plus jeune que la population générale des MG. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes en France est de 51 ans et, en 2018, ceux âgés de plus de 60 ans représentent 45% de l'effectif contre 17% de moins de 40 ans (35).

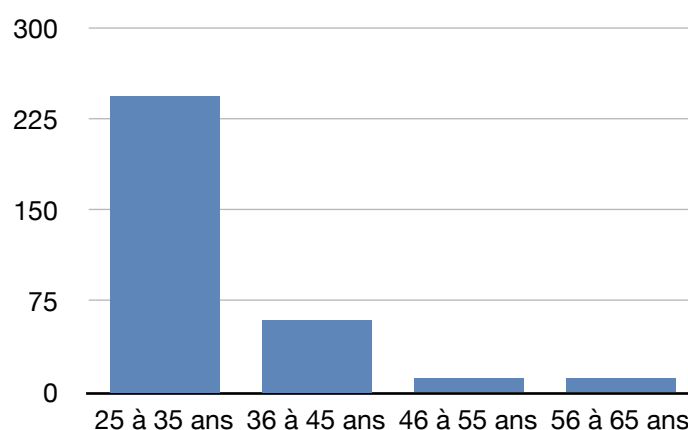


Figure 3 : Répartition par classe d'âge

2.3. Fréquence des actes gynécologiques

Seulement 3% des répondants ne réalisaient aucun acte gynécologique et un participant n'a pas répondu à la question. Les médecins ayant répondu sont donc en majorité des personnes ayant une pratique réelle de ces actes et non uniquement une notion théorique.

On remarque qu'une majorité de répondants pratiquent « souvent », donc entre 3 à 9 fois par mois, des actes gynécologiques (54%).

À noter que la notion d'actes gynécologiques n'a pas été explicitée, dans le but d'être inclusif. Cela concernait possiblement toutes les consultations en lien avec le domaine de la gynécologie (FCU, prévention/dépistage des IST, grossesse, contraception, pose d'implant contraceptif ou dispositif intra utérin, etc.).

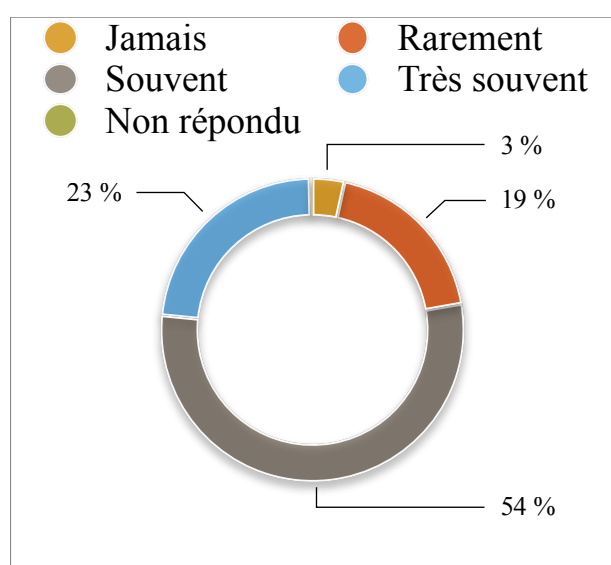


Figure 4 : Répartition suivant la fréquence des actes gynécologiques

2.4. Formation spécifique en gynécologie

Pour cette question, nous avons eu beaucoup de réponses « autres » mais après analyse, il s'est avéré qu'elles étaient facilement regroupables dans les catégories déjà proposées, ce que nous avons fait. Il a tout de même semblé nécessaire de faire apparaître d'autres diplômes universitaires (D.U.) où les questions de gynécologie sont abordées (sexologie, contraception, régulation des naissances) et l'expérience professionnelle acquise dans des lieux tel que les centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et le Planning familial.

Une très nette majorité des MG tirait son expérience de stages durant l'internat puisque c'était le cas pour 48 % des médecins interrogés. On note également que quasiment un tiers de l'effectif n'a pas eu de formation spécifique. Un médecin généraliste n'a pas répondu à cette question.

	Fréquence	Pourcentage
Stage de gynécologie durant l'internat	157	48
D.U. de gynécologie	66	20
Autres D.U. : sexologie, contraception, régulation des naissances	3	< 1
Expérience professionnelle	4	1
Aucune formation spécifique	93	29
NR*	1	< 1
Total	324	100

*NR : non renseigné

Tableau 1: Répartition suivant la formation spécifique en gynécologie

2.5. Pratique

Les médecins libéraux constituent l'essentiel de l'effectif. La répartition est quasiment équivalente dans cette catégorie entre remplaçants et installés ce qui est assez logique étant donné la jeunesse de l'échantillon. On note ici, seulement 2% de salariés, alors que la répartition parmi les médecins généralistes français en 2018 est de 34% de salariés, 8% d'activité mixte et 58% de libéraux (27).

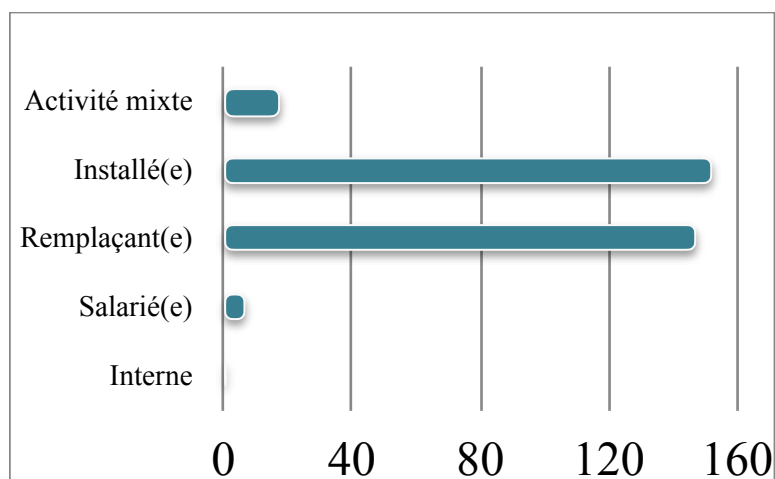


Figure 5 : Répartition suivant la pratique

2.6. Milieu d'exercice

Le mode d'exercice est majoritairement urbain puisqu'il représente 46% des médecins interrogés. Le milieu semi rural est également bien représenté avec 43% des répondants. Seulement 11% de médecins ruraux ont répondu à l'étude.

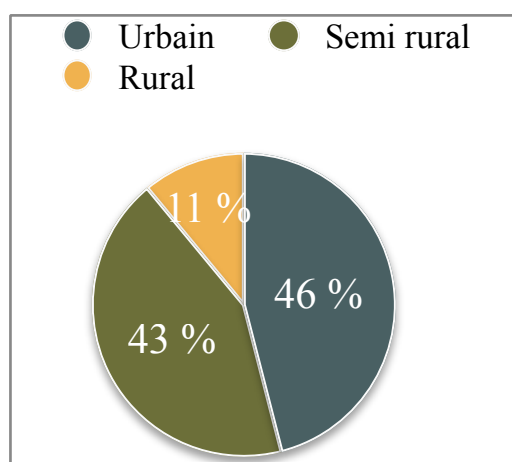


Figure 6 : Répartition suivant le milieu d'exercice

2.7. Région d'exercice

Nous avons choisi de regrouper les réponses par région pour avoir une meilleure visualisation de l'origine des MG interrogés.

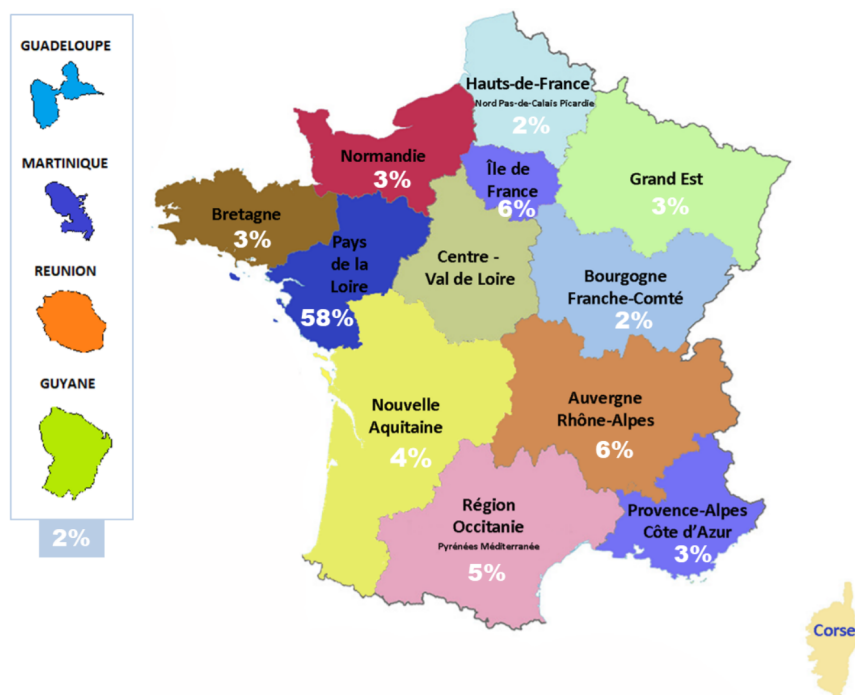


Figure 7 : Répartition suivant la région d'exercice

La grande majorité d'entre eux exerçait en Pays de la Loire, région d'où a été lancée l'étude. Cette répartition est assez logique puisque le déploiement s'est d'abord fait de manière locale avant d'être diffusé plus largement.

3. Visibilité des FSF

Cette section analyse la partie questions générales du questionnaire qui a pour but de déterminer si les médecins identifient la population FSF dans leur patientèle et par quel moyen. Il s'agit d'un des CJS.

À la question, « Pensez-vous avoir dans votre patientèle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes? », 8% des médecins ont déclaré ne pas savoir, contre 92% affirmant avoir des FSF parmi leurs patientes. Aucun médecin n'a répondu non à cette question (tableau 2).

On sait qu'il y a environ 10% de femmes FSF dans la population (11). Il est donc vraisemblable que tous les médecins en compte dans leurs patientes. Le fait que 8% des MG interrogés ne soient pas capables de répondre à cette question est révélateur du manque de visibilité de ces femmes.

Un test d'hypothèses a été réalisé démontrant que la proportion de praticiens n'identifiant pas ces femmes est significative ($p = 0.0001$).

	Fréquence	Pourcentage
Je ne sais pas	26	8
Oui	298	92
Non	0	0
Total	324	100

Tableau 2 : Visibilité FSF

À la question, « Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle ? », on constate qu'il s'agit d'un sujet difficilement évoqué par les médecins généralistes puisque 12% d'entre eux n'abordent jamais la question et 69% ne l'abordent que rarement. Pour 19% de praticiens, tout de même, la question est toujours posée (tableau 3).

	Fréquence	Pourcentage
Jamais	42	13
Rarement	222	69
Toujours	60	19
Total	324	100

Tableau 3 : Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle ?

Pour les médecins abordant le sujet, nous avons souhaité savoir dans quelles circonstances cela se produit. Nous avons alors constaté que peu d'entre eux choisissent une approche systématique du sujet (12%), préférant plutôt le faire lors de consultations dédiées à des « sujets gynécologiques » (tableaux 4 à 7). En effet, une majorité de médecin choisit d'aborder la question lors d'une consultation pour un dépistage d'IST, puisque 75% des interrogés décident de le faire à cette occasion. Les consultations de suivi gynécologique (69%) ou dédiées à la contraception (56%) sont également des opportunités saisies par les praticiens pour aborder le sujet.

	Fréquence	Pourcentage
Non	247	88
Oui	35	12
Total	282	100

Tableau 4 : Abordez-vous la question de manière systématique ?

	Fréquence	Pourcentage
Non	71	25
Oui	211	75
Total	282	100

Tableau 5 : Abordez-vous la question lors d'une consultation dédiée au dépistage/prise en charge d'IST ?

	Fréquence	Pourcentage
Non	88	31
Oui	194	69
Total	282	100

Tableau 6 : Abordez-vous la question lors d'une consultation de « gynécologie » ?

	Fréquence	Pourcentage
Non	123	44
Oui	159	56
Total	282	100

Tableau 7 : Abordez-vous la question lors d'une consultation dédiée à la contraception?

La grossesse, par ailleurs, n'est pas un moment prisé pour parler de l'orientation sexuelle puisque seulement 22% des médecins affirment aborder le sujet dans le cadre d'un suivi de grossesse (Tableau 8).

	Fréquence	Pourcentage
Non	220	78
Oui	62	22
Total	282	100

Tableau 8 : Abordez-vous la question lors d'une consultation dédiée à la grossesse ?

Parmi les réponses autres, on note que 10 médecins (3%) déclarent aborder la question lorsque l'occasion s'y prête, 5 médecins si c'est la femme elle-même qui l'évoque, 6 optent pour des consultations de « suivi global » pour identifier l'orientation des femmes et 2 médecins disent le savoir de manière indirecte, la patiente faisant référence à « elle » en parlant de sa compagne, par exemple.

On constate donc aisément que c'est un sujet qui est difficile à aborder pour les médecins généralistes et qu'une « opportunité » est souvent nécessaire. En dehors de ces situations, la présomption d'hétérosexualité domine.

4. Questions pratiques

4.1. Cas clinique 1

4.1.1. Réalisation FCU

Pour Mme F., 20 ans, en couple, ayant démarré sa vie sexuelle récemment avec un partenaire masculin (donc FSH exclusive), tous les médecins interrogés réalisent un FCU avec pour 93% un dépistage prévu dans 5 ans ce qui correspond aux recommandations actuelles (tableau 9).

Il est intéressant de noter que 7% des sujets ne réalisent pas le FCU suivant le schéma recommandé.

	Fréquence	Pourcentage
Aujourd'hui	7	2
Dans 1 an	5	2
Dans 3 ans	12	4
Dans 5 ans	300	93
Total	324	100

Tableau 9 : Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ? Cas 1

Pour ce qui est de la fréquence de réalisation le constat est le même, comme attendu, puisque la proportion de réponse « jamais » est similaire. Une importante majorité (80%) effectue ce dépistage selon les règles en vigueur (à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans) (tableau 10).

	Fréquence	Pourcentage
À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans	259	80
Jamais	1	0
Tous les 3 ans	64	20
Total	324	100

Tableau 10 : À quelle fréquence ? Cas 1

À noter qu'un médecin a répondu « jamais » à cette question alors qu'il effectuait un frottis pour cette patiente à la question précédente. Cette réponse n'étant pas cohérente avec la première, il s'agit probablement d'une erreur lors du remplissage du questionnaire.

4.1.2. Prévention et dépistage des IST

Concernant les moyens de préventions des IST, une majorité écrasante (98%) de répondants va proposer un moyen de protection, notamment le préservatif externe ou interne pour 98% (tableaux 11,12). Par contre les autres méthodes barrières sont abordées de manière anecdotique : 5% pour la protection digitale, 4% pour la digue dentaire et 2% pour le film alimentaire (tableaux 13,14,15). Ces moyens de protection moins connus vous sont présentés en Annexe 3.

	Fréquence	Pourcentage
Non	319	98
Oui	5	2
Total	324	100

Tableau 11 : Aucun de ces moyens de protection ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	8	2
Oui	316	98
Total	324	100

Tableau 12 : L'informez-vous sur le préservatif ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	307	95
Oui	17	5
Total	324	100

Tableau 13 : L'informez-vous sur la protection digitale ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	310	96
Oui	14	4
Total	324	100

Tableau 14 : L'informez-vous sur la digue dentaire ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	319	98
Oui	5	2
Total	324	100

Tableau 15 : L'informez-vous sur le film alimentaire ? Cas 1

Pour ce qui est des dépistages des IST, de manière attendue, 98% des MG réalisent un dépistage quel qu'il soit (tableau 16). Pour la quasi-totalité de ces médecins, il s'agit d'un dépistage sanguin regroupant sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis et dans une moindre mesure (83%) une recherche gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal (tableaux 17,18). Ils ne sont pas majoritaires à rechercher des lésions d'herpès (35%) ou des condylomes (40%) à l'examen (tableaux 19,20). Et aucun ne recherche de vaginite à trichomonas (tableau 21).

	Fréquence	Pourcentage
Non	319	98
Oui	5	2
Total	324	100

Tableau 16 : Aucun dépistage ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	6	2
Oui	318	98
Total	324	100

Tableau 17 : Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	56	17
Oui	268	83
Total	324	100

Tableau 18 : Gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	210	65
Oui	114	35
Total	324	100

Tableau 19 : Lésion d'herpès génital à l'examen ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	193	60
Oui	131	40
Total	324	100

Tableau 20 : Condylome à l'examen ? Cas 1

	Fréquence	Pourcentage
Non	324	100
Oui	0	0
Total	324	100

Tableau 21 : Vaginite à trichomonas à l'examen ? Cas 1

4.2. Cas clinique 2

4.2.1. Réalisation FCU

Pour Mme C., 33 ans, FSF exclusive, dans une relation stable, on note un changement de comportement, puisque 24 répondants ne jugent pas nécessaire de réaliser un FCU à cette patiente. La proportion de médecins généralistes qui ne réalisent « jamais » de FCU chez une FSF (cas 2) est donc de 7% alors qu'elle est nulle chez les FSH (cas 1 et 3) (tableau 22). Le test d'hypothèses confirme que ce résultat est significatif ($p=0,0001$) (Annexe 2).

	Fréquence	Pourcentage
Aujourd'hui	298	92
Dans 5 ans	2	1
Jamais	24	7
Total	324	100

Tableau 22 : Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ? Cas 2

Pour la question de la fréquence, on fait le même constat car les réponses à cette question suivent évidemment la même répartition que celles de la question précédente. La majorité des praticiens effectuant un FCU de dépistage va suivre les recommandations en effectuant un frottis à 3 ans ou à 1 puis à 3 ans (tableau 23). Il existe une répartition assez équitable entre ces deux options (47% pour 1 puis 3 ans et 43% pour 3 ans) venant du fait qu'il n'y avait pas d'information sur un possible précédent FCU, ayant créé une confusion chez les répondants. Il s'agissait d'un choix de notre part pour ne pas influencer les participants pour la réalisation ou non d'un FCU.

	Fréquence	Pourcentage
À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans	153	47
Jamais	24	7
Tous les 3 ans	139	43
Tous les 5 ans	7	2
NR*	1	0
Total	324	100

*NR : non renseigné

Tableau 23 : À quelle fréquence ? Cas 2

4.2.2. Prévention et dépistage des IST

Lorsqu'on aborde la question des moyens de protection des IST, un constat flagrant est formulé : les médecins en parlent beaucoup moins puisque seulement 54% des interrogés mentionnent des moyens de prévention contre 98% pour la femme du cas 1 (tableau 24). Le préservatif, externe ou interne, est quasiment deux fois moins proposé (50%) que dans le cas 1 (tableau 25). Les digues dentaires et les protections digitales sont un peu plus abordées même si cela reste vraiment marginal ; respectivement 8 et 9 %. Le film alimentaire n'est décidément pas un moyen de protection privilégié (3%) (tableaux 26, 27, 28).

	Fréquence	Pourcentage
Non	175	54
Oui	149	46
Total	324	100

Tableau 24 : Aucun de ces moyens de protection ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	163	50
Oui	161	50
Total	324	100

Tableau 25 : L'informez-vous sur le préservatif ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	294	91
Oui	30	9
Total	324	100

Tableau 26 : L'informez-vous sur le gant / la protection digitale ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	298	92
Oui	26	8
Total	324	100

Tableau 27 : L'informez-vous sur la digue dentaire ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	315	97
Oui	9	3
Total	324	100

Tableau 28 : L'informez-vous sur le film alimentaire ? Cas 2

Pour le dépistage des IST, on remarque que 8% des médecins ne vont pas proposer de dépistage contre seulement 2% pour le cas 1 (tableau 29).

	Fréquence	Pourcentage
Non	298	92
Oui	26	8
Total	324	100

Tableau 29 : Aucun dépistage ? Cas 2

Les sérologies VIH, hépatite B et C, syphilis sont toujours prescrites de manière majoritaire mais dans une plus faible proportion (87%). Puis vient la recherche de gonocoque, chlamydia et mycoplasme par prélèvement vaginal qui semble être moins prescrite dans ce cas (73%) (tableaux 30, 31).

	Fréquence	Pourcentage
Non	43	13
Oui	281	87
Total	324	100

Tableau 30 : Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	86	27
Oui	238	73
Total	324	100

Tableau 31 : Gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal ? Cas 2

Les médecins prescripteurs de dépistage semblent être ici, plus enclins à rechercher des lésions d'herpès (44%) ou des condylomes (51%) à l'examen mais comme dans le cas 1, aucun ne recherche de vaginite à trichomonas (tableaux 32, 33, 34).

	Fréquence	Pourcentage
Non	182	56
Oui	142	44
Total	324	100

Tableau 32 : Lésion d'herpès génital à l'examen ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	158	49
Oui	166	51
Total	324	100

Tableau 33 : Condylome à l'examen ? Cas 2

	Fréquence	Pourcentage
Non	324	100
Oui	0	0
Total	324	100

Tableau 34 : Vaginite à trichomonas à l'examen ? Cas 2

4.3. Cas clinique 3

4.3.1. Réalisation FCU

Lorsque Mme C., patiente du cas 2, évoque avoir désormais occasionnellement des partenaires masculins, la pratique des médecins varie de nouveau pour revenir se caler sur le cas 1 avec 100% de réalisation de FCU pour les MG ayant répondu (tableau 35). La fréquence est adaptée avec la réalisation d'un FCU tous les 3 ans pour 92% des MG (tableau 36).

	Fréquence	Pourcentage
Aujourd'hui	42	13
Dans 1 an	273	84
Dans 3 ans	7	2
NR*	2	1
Total	324	100

*NR : non renseigné

Tableau 35 : Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans	18	6
Tous les 1 an	1	0
Tous les 3 ans	299	92
Tous les 5 ans	4	1
NR*	2	1
Total	324	100

*NR : non renseigné

Tableau 36 : À quelle fréquence ? Cas 3

4.3.2. Prévention et dépistage des IST

Il en va de même pour les moyens de protection des IST, avec des résultats assez similaires au cas 1 (tableaux 37 à 41). Pour les dépistages, on atteint 99% de réalisation avec des taux similaires au cas 2 pour chaque dépistage (tableaux 42 à 47).

	Fréquence	Pourcentage
Non	314	97
Oui	10	3
Total	324	100

Tableau 37 : Aucun de ces moyens de protection ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	13	4
Oui	311	96
Total	324	100

Tableau 38 : L'informez-vous sur le préservatif ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	301	93
Oui	23	7
Total	324	100

Tableau 39 : L'informez-vous sur la protection digitale ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	305	94
Oui	19	6
Total	324	100

Tableau 40: L'informez-vous sur la digue dentaire ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	317	98
Oui	7	2
Total	324	100

Tableau 41 : L'informez-vous sur le film alimentaire ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	321	99
Oui	3	1
Total	324	100

Tableau 42 : Aucun dépistage ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	4	1
Oui	320	99
Total	324	100

Tableau 43 : Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	38	12
Oui	286	88
Total	324	100

Tableau 44 : Gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	173	53
Oui	151	47
Total	324	100

Tableau 45 : Lésion d'herpès génital à l'examen ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	145	45
Oui	179	55
Total	324	100

Tableau 46 : Condylome à l'examen ? Cas 3

	Fréquence	Pourcentage
Non	324	100
Oui	0	0
Total	324	100

Tableau 47 : Vaginite à trichomonas à l'examen ? Cas 3

4.4. Comparaison des 3 cas cliniques

Nous avons réalisé un test de Cochran pour comparer les réponses des 3 cas cliniques.

4.4.1. Réalisation FCU

Pour rappel, le critère de jugement principal était la différence de prise en charge par les MG concernant le dépistage par frottis cervico-utérin chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

Il s'agit de comparer la réponse « jamais », entre les 3 cas cliniques, à la question « Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ? ». Le test de Cochran montre qu'il y a une différence significative de comportement. En effet la p-value est inférieure à 0.0001.

Nous n'avons pas refait ce test pour la question sur la fréquence car le pourcentage de réponse « jamais » était logiquement identique, le résultat est donc le même.

4.4.2. Prévention et dépistage IST

Un des critères de jugement secondaire consistait à savoir si la prévention et la pratique du dépistage des IST étaient différentes entre FSF et FSH. C'est le cas, puisque le test de Cochran montre qu'il y a une différence de comportement significative ($p < 0,0001$) vis-à-vis de la réponse "Aucun de ces moyens" à la question "L'informez-vous sur les moyens suivants de protection contre les IST ?". Et il en

va de même pour la réponse “Aucun” à la question “Lui proposez-vous un ou plusieurs des moyens suivants de dépistage des IST ?” ($p < 0,0001$).

Les médecins généralistes interrogés réalisent donc significativement moins de FCU, moins de prévention et moins de dépistages des IST chez les FSF par rapport au FSH.

4.5. Lien entre pratique du FCU et genre

Un test du Chi2 a été réalisé pour savoir s’il existait un lien significatif entre le genre des répondants et le fait de proposer un FCU à la patiente.

Dans le cas numéro 1, on retrouve un résultat significatif ($p = 0.043$) mais il est évidemment à relativiser, du fait de la très faible proportion d’hommes répondants (10%) (tableau 48). Les médecins généralistes ayant tous indiqué réaliser un FCU à cette question, la différence hommes/femmes se fait sur le moment de la réalisation du FCU. Etant donné le faible pourcentage d’hommes, nous ne pensons pas pouvoir exploiter ce résultat.

Pour les cas 2 et 3, aucune différence significative n’a pu être démontrée entre hommes et femmes ($p > 0,05$) (tableaux 49, 50).

Il n’existe donc pas dans notre étude de lien entre genre des médecins généralistes et différence de pratique concernant la réalisation des FCU chez les FSF par rapport au FSH.

	Femme (N=290)	Homme (N=34)	Total (N=324)	P value
Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?				0.043
- Aujourd’hui	7 (2.4%)	0 (0.0%)	7 (2.2%)	
- Dans 1 an	5 (1.7%)	0 (0.0%)	5 (1.5%)	
- Dans 3 ans	8 (2.8%)	4 (11.8%)	12 (3.7%)	
- Dans 5 ans	270 (93.1%)	30 (88.2%)	300. (92.6%)	
- Jamais	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

Tableau 48 : FCU et genre - Cas 1

	Femme (N=290)	Homme (N=34)	Total (N=324)	P value
Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?				0.531
- Aujourd'hui	268 (92.4%)	30 (88.2%)	298 (92.0%)	
- Dans 1 an	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Dans 3 ans	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Dans 5 ans	2 (0.7%)	0 (0.0%)	2 (0.6%)	
- Jamais	20 (6.9%)	4 (11.8%)	24 (7.4%)	

Tableau 49 : FCU et genre - Cas 2

	Femme (N=290)	Homme (N=34)	Total (N=324)	P value
Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?				0.177
- NR	1	0	1	
- Aujourd'hui	41 (14.2%)	1 (2.9%)	42 (13.0%)	
- Dans 1 an	241 (83.7%)	32 (94.1%)	273 (84.8%)	
- Dans 3 ans	6 (2.1%)	1 (2.9%)	7 (2.2%)	
- Dans 5 ans	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Jamais	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

Tableau 50 : FCU et genre - Cas 3

4.6. Lien entre pratique du FCU et âge

Nous avons souhaité savoir s'il existait une différence de pratique du FCU chez une FSF exclusive (cas 2) en fonction de l'âge des médecins.

Un test du Chi2 a été réalisé et il ne retrouve pas de différence significative ($p = 0,250$) (tableau 51). Ici, le test a été réalisé uniquement pour le cas 2, qui est le cœur de notre étude. Etant donnée l'homogénéité de l'échantillon en ce qui concerne les répartitions d'âge, ce résultat est à pondérer.

	Moins de 35 ans (N=243)	Plus de 35 ans (N=81)	Total (N=324)	P value
Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?				0.250
- Aujourd'hui	227 (93.4%)	71 (87.7%)	298 (92.0%)	
- Dans 1 an	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Dans 3 ans	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Dans 5 ans	1 (0.4%)	1 (1.2%)	2 (0.6%)	
- Jamais	15 (6.2%)	9 (11.1%)	24 (7.4%)	

Tableau 51 : FCU et âge

IV. Discussion

1. Comparaison à la littérature

1.1. Objectif principal

La proportion des médecins généralistes de notre étude ne réalisant jamais de FCU chez une FSF exclusive est de 7% alors qu'elle est nulle chez une FSH. Les différents tests statistiques réalisés ont permis de démontrer qu'il s'agissait d'un résultat significatif ($p \leq 0,0001$).

Ce constat diffère de celui du travail de thèse de Ottavioli P. (32), qui ne retrouvait pas de différence significative entre FSF et FSH, pour ce qui est de la pratique du FCU par les MG. Notre échantillon est deux fois plus important et nous confère une puissance statistique nettement supérieure. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'autre étude questionnant la pratique des MG sur le sujet. Toutefois, dans son enquête qualitative auprès de gynécologues, Eguavoen S., a montré que la moitié des praticiens ne réalise pas de frottis en l'absence d'antécédent de rapport hétérosexuel (36). On peut supposer que la pratique des MG est relativement similaire.

Notre résultat paraît cohérent avec la réalité de la pratique et le vécu des FSF qui rapportent les fausses conceptions de certains praticiens autour du FCU. Plusieurs travaux sur le sujet montrent qu'il est souvent perçu comme inutile et que cette croyance peut être renforcée par les professionnels de santé. En effet, Auguste G., dans son travail sur la perception de l'utilité du frottis cervico-utérin chez les FSF, rapporte l'ignorance de certains praticiens, avec des affirmations selon lesquelles le dépistage du cancer du col utérin ou le suivi gynécologique ne sont pas nécessaires ou encore qu'il n'existe aucun risque de transmission d'IST pour les FSF (37). De même, Rouanet M., dans son étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique chez les FSF, relate qu'un discours parfois erroné ou hétérocentré du professionnel de santé reste profondément ancré, mettant ces femmes en marge du suivi gynécologique. Une interrogée rapporte, par exemple : « Quand j'ai vu la gynéco à l'hôpital X, [...] elle m'avait dit que comme j'étais lesbienne, je n'avais pas besoin de suivi » (26).

Ces conceptions erronées des praticiens, pérennisées avec le temps, ont déjà été illustrées dans plusieurs travaux. Ainsi en 2001, on note dans l'étude de Marrazzo et al., que 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 (38).

Ces mauvaises préconisations sont probablement dues à une formation qui n'évoque pas les spécificités des minorités sexuelles, surtout celle des FSF, nous formatant sur un socle hétéronormé. Il n'existe pas de recommandation spécifique et en leur absence, les professionnels ont une pratique peu homogène concernant ces femmes.

Nous avons constaté qu'à partir du moment où une femme était considérée FSH, le dépistage par FCU était complètement intégré dans les pratiques. Malheureusement, les FSF sont considérées différemment. Les médecins généralistes doivent avoir une information claire et les jeunes générations une formation spécifique concernant la nécessité du FCU chez ces femmes, afin de lutter contre leur échappement au dépistage. C'est un point primordial, puisque 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'en bénéficier (39).

Plusieurs travaux ont montré que les FSF réalisaient moins de FCU que les autres femmes (8). En effet, une thèse récente, écrite par Mitrochine M., a mis en évidence que les FSF exclusives avaient 5,5 fois plus de risques, que les FSF ayant déjà eu des relations sexuelles avec des hommes, de n'avoir jamais réalisé de frottis (40).

Et, il en va de même chez nos voisins britanniques, où le National Health Service (NHS), a déclaré en 2019 que 20% des FSF n'avaient jamais réalisé de FCU (41). Aux Etats Unis, en 2017, Agénor et al. ont montré, sur un large échantillon de 11 300 femmes, une différence significative du taux de réalisation de FCU au cours des trois dernières années entre les femmes ayant eu des relations uniquement avec des hommes (90,5% de FCU) et celles uniquement avec des femmes (46,6% de FCU) (42).

Camille Poupon, quant à elle, a réalisé en parallèle de notre étude, un travail traitant de la place accordée, par les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes, au frottis cervico-utérin dans leur suivi gynécologique. Cette étude a permis de mettre en évidence, qu'en France, les FSF sont nettement moins à jour dans leur FCU que les femmes ayant uniquement des relations avec des hommes : environ 1 FSF exclusive sur 2 a réalisé un FCU au cours des trois dernières années contre 9 non FSF sur 10 (30). Nos travaux font l'objet d'un projet commun.

Il est intéressant de noter que 7% des médecins de notre échantillon ne réalisent pas le FCU suivant le schéma recommandé pour le cas 1 (femme de 20 ans, FSH exclusive). Cela amène à se poser la question de la bonne intégration des recommandations sur le FCU par les médecins généralistes. Une thèse réalisée auprès des médecins alsaciens, montre que 76% d'entre eux réalisent ou prescrivent des frottis hors recommandations, souvent de manière précoce ou à un intervalle trop rapproché (43).

À noter que dans notre étude, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre l'âge ou le genre des répondants et le fait de ne pas réaliser de frottis à une FSF (CJP). Il faut prendre ce résultat avec précaution car notre échantillon était majoritairement constitué de femmes (90%) jeunes, et donc peu représentatif de la population des MG.

De manière générale, il est vrai que nos résultats sont difficilement transposables à la population réelle des médecins généralistes étant donné la jeunesse et la majorité écrasante de femmes de l'échantillon. Néanmoins, on peut supposer que si dans cet échantillon la différence mise en évidence est de 7%, elle pourrait être plus importante dans un échantillon plus représentatif des MG français. En effet, il est probable que les femmes jeunes aient majoritairement répondu à notre étude car plus intéressées par le sujet et donc sûrement plus informées que le reste des MG sur ces problématiques.

Les difficultés de recrutement en soins primaires sont bien connues. En effet, le concept de recherche en médecine générale étant assez récent (années 80), les MG sont peu sensibilisés dans ce domaine. Et la France est en retard, notamment loin derrière d'autres pays européens comme la Grande Bretagne ou encore l'Allemagne (44). « La recherche en médecine de premier recours est un défi partout dans le monde » (45).

La revue EXERCER, en 2012, note que certaines caractéristiques d'une étude peuvent être des éléments prédictifs positifs de participation pour les médecins généralistes : un sujet qui concerne la médecine générale, un travail de thèse, une indemnisation, l'anonymat et une période de recueil de données en dehors de l'été (46). Les MG qui ont vu notre questionnaire ne se sont peut-être pas sentis concernés par ce sujet « gynécologique », notamment les hommes et les médecins plus âgés, du fait d'un glissement de cette activité vers les femmes jeunes (47). Les obstacles relevés dans ce même article (46), sont le manque de temps et la lourdeur administrative à laquelle sont confrontés les MG. Pour ces derniers, avec un exercice majoritairement libéral et son paiement à l'acte, la participation à une étude peut être considérée comme une perte de temps. En moyenne seulement un quart des médecins répond aux études réalisées avec des questionnaires sur support papier.

1.2. Objectifs secondaires

1.2.1. Visibilité des FSF

À la question, « Pensez-vous avoir dans votre patientèle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ? », bien qu'aucun MG n'ait répondu « non », 8% des médecins ont déclaré « ne pas savoir », contre 92% affirmant avoir des FSF parmi leurs patientes.

On sait qu'il y a environ 10% de FSF dans la population (11), il est donc vraisemblable que tous les médecins en compte dans leur patientèle et en reçoivent toutes les semaines dans leur cabinet. Le fait que 8% des MG interrogés ne soient pas capables de répondre à cette question, révèle de manière significative le manque de visibilité de ces femmes auprès de leur médecin traitant ($p = 0,0001$).

Cette invisibilité est un constat qui a déjà été fait par le passé, de manière plus frappante que dans notre enquête. Par exemple, une étude allemande estime que seulement 40 % des FSF seraient « out » (déclarées) auprès de leur médecin traitant (48). De même, en 2003, parmi les 145 généralistes interrogés dans l'étude de Göteborg (Suède), seuls 37 % des participants savaient qu'ils suivaient des patientes « lesbiennes » (31). Cette attitude hétéronormative est aussi présente dans le travail de Eguavoen S., en 2015, auprès de gynécologues parisiens (36).

Il est étonnant que 92% des MG de notre échantillon déclarent, tout de même, avoir des FSF dans leur patientèle alors même qu'ils sont peu à chercher à les identifier, comme nous le verrons ensuite. Les résultats des études citées dans le précédent paragraphe (48)(31) étaient plus tranchés sur le sujet et nous aurions pu nous attendre à un chiffre inférieur ici. Cela pourrait dénoter d'une présomption d'homosexualité des MG envers certaines patientes sans que la question soit réellement abordée. Il serait intéressant d'investiguer ce sujet de manière approfondie.

Par ailleurs, la question de l'orientation sexuelle est un thème difficile à aborder puisqu'ici seulement un MG sur cinq déclare toujours interroger les femmes sur ce point. Pour les médecins abordant le sujet, nous avons souhaité savoir dans quelles circonstances cela se produit. Peu d'entre eux choisissent une approche systématique (12%) préférant plutôt des consultations dédiées à des « sujets gynécologiques » : consultation pour un dépistage d'IST (75%), consultation de suivi gynécologique (69%) et consultation dédiées à la contraception (56%).

On retrouve, dans le travail de thèse de Ottavioli P, des résultats allant dans le même sens : moins d'un tiers des MG aborde « souvent » ou « toujours » la question de l'orientation sexuelle (32).

D'autre part, une étude de 2018, menée à Lille, auprès de médecins généralistes, montre que l'orientation sexuelle est un sujet jugé important mais difficile à aborder en consultation (49). Les freins évoqués sont le manque de temps, les craintes et représentations vis-à-vis des patients et de leurs attentes, et le manque d'expérience.

Ces constatations font écho au ressenti des patientes, qui a été étudié dans plusieurs travaux qualitatifs s'intéressant au vécu et aux représentations du suivi gynécologique des FSF. Au premier plan apparaît l'hétéronormativité des consultations gynécologiques, reflet de la société en général, et ensuite le désir que le sujet soit abordé par le médecin, les patientes déplorant qu'il ne le fasse pas lui-même (36).

1.2.2. Prévention et dépistage des IST

Comme démontré par le test de Cochrane, la prévention et la pratique du dépistage des IST par les MG diffèrent entre FSF et FSH. On note ainsi une divergence de comportement significative vis-à-vis de la réponse "Aucun de ces moyens" à la question "L'informez-vous sur les moyens suivants de protection contre les IST ?" ($p < 0,0001$). Il en va de même pour la réponse "Aucun" à la question "Lui proposez-vous un ou plusieurs des moyens suivants de dépistage des IST ?" ($p < 0,0001$).

Lorsqu'on aborde la question des moyens de protection des IST, un constat flagrant est réalisé : les médecins généralistes sont seulement 54% à mentionner un moyen de prévention à une FSF contre 98% pour une FSH. Ce résultat est concordant avec le travail de thèse réalisé en Rhône-Alpes en 2019 (32) où l'on note également que la recherche d'utilisation de moyens de protection était significativement moins fréquente pour les FSF que pour les patientes supposées hétérosexuelles.

Autres éléments marquants, la digue dentaire, le gant ou la protection digitale et le film alimentaire sont des moyens de protection très peu abordés par les praticiens chez toutes les femmes. Il existe une réelle méconnaissance, partagée par les femmes elles-mêmes et les praticiens, retrouvée dans un travail du Centre Régional d'Information et de Prévention Sida (CRIPS) en Rhône-Alpes, en 2011 (50). Ce même constat est observé dans les travaux précédemment cités de Ottavioli P. et Eguavoen S. (32)(36).

Plusieurs commentaires libres ont été effectués par les participants de l'étude à ce sujet, signalant leur découverte de certains moyens de protection et leur ignorance sur leur utilisation.

Pour le dépistage des IST, on remarque que 8% des médecins ne proposent pas de dépistage à une femme FSF exclusive contre seulement 1 à 2% pour une FSH ($p < 0,0001$).

Les sérologies VIH, syphilis, hépatite B et C sont toujours prescrites de manière majoritaire chez toutes les femmes puis vient la recherche de gonocoque, chlamydia et mycoplasme par prélèvement vaginal. Les médecins prescripteurs de dépistage semblent être plus enclins à rechercher des lésions d'herpès ou des condylomes à l'examen chez les FSF exclusives que chez les FSH. Ce résultat est étonnant sachant que le condylome est lié à l'infection à HPV (3), les praticiens devraient logiquement aussi se soucier du FCU. Ces résultats sont cohérents avec le travail de thèse d'Ottavioli P., antérieurement réalisé sur ce sujet (32).

2. Forces de l'étude et Biais

2.1. Forces

2.1.1. *Validité interne*

Le choix d'un critère de jugement principal unique a été fait dans le but d'augmenter la validité de l'étude. Dans ce travail, nous avons souhaité concentrer notre réflexion sur le FCU puisqu'il est l'élément central de dépistage chez la femme dès 25 ans.

À noter, que la construction de cette étude a été faite sans prendre en compte la nouveauté du dépistage du CCU : le test HPV. Il s'agit d'un élément assez récent pour lequel nous avons peu de recul sur la pratique. Nous avons donc préféré aborder uniquement le FCU car il est bien ancré dans la pratique des médecins généralistes.

Nous avons retrouvé des résultats significatifs pour le CJP et les CJS.

Le questionnaire construit pour l'étude s'appuie sur des éléments de méthodologie validés en sciences humaines. Il est reproductible et utilise une majorité de questions fermées. Aussi, il est court et facilement accessible (ordinateur, smartphone, tablette), ce qui permet d'augmenter l'adhésion à l'étude. La présentation sous forme de cas cliniques est tout à fait adaptée pour l'analyse des comportements.

2.1.2. *Validité externe*

Les résultats de notre étude sont globalement cohérents avec la littérature existante.

Le sujet a suscité chez les répondants un vif intérêt ; ceux-ci soulignant le manque d'information sur cette thématique.

Un nombre relativement important de MG a été recruté pour cette enquête de pratique de petite échelle, puisque nous avons eu 325 répondants dont 324 inclus sur toute la France. Ce chiffre est assez satisfaisant pour un travail de thèse en soins primaires.

Il existe seulement un autre travail récent, interrogeant la pratique des MG sur ce thème. Le manque de données est donc palpable.

2.2. Biais

Il existe un biais de recrutement, du fait du mode de diffusion principal via les réseaux sociaux qui donne un échantillon plus jeune que la population réelle. Aussi, on note un recrutement peu rural, peu de médecins salariés et une sous-représentation impressionnante des hommes. Pourtant de nombreux efforts ont été entrepris afin de recruter des hommes et des personnes de plus de 45 ans avec des relances incitatives et la diffusion du questionnaire par d'autres biais (mails, site internet du conseil de l'ordre des médecins).

Nos résultats sont donc difficilement transposables à la totalité des MG en France. Il serait intéressant d'effectuer une étude de plus grande ampleur et de plus grande puissance pour avoir un recrutement plus fidèle de la démographie réelle des MG.

Un biais de volontariat a pu intervenir, recrutant des MG s'intéressant au sujet et donc plus informés, limitant la différence de réponse. Le recrutement très féminin est sûrement en lien avec cette notion.

Un biais de désirabilité sociale est présent puisqu'il s'agit, dans cette enquête de pratique, d'un sujet délicat. Le répondant peut moduler ses réponses par crainte du jugement, avec un risque de sous-estimation de la différence réelle. Pour limiter ce biais, nous avons mis en place un format de questionnaire auto-administré, une présentation et des questions similaires pour les cas cliniques et un anonymat des réponses.

Enfin, il existe également un biais d'ancrage du fait de questions similaires. Il a été fortement limité par la séparation distincte des situations cliniques.

3. Perspectives

Dans certains pays anglo-saxons, ces constatations ont également été faites et les travaux de l'American association of family physicians en 2017 (51) et du Royal college of general practitioners en Irlande du Nord en 2015 (52) recommandent le même suivi pour toutes les femmes quels que soient l'orientation et le comportement sexuels : dépistage du cancer du col utérin, prévention/dépistage des IST et contraception. De même en France, en 2015, un mémo à l'intention des gynécologues a été publié afin d'harmoniser les pratiques pour toutes les femmes (53). Cela ne sera possible qu'en rendant les consultations ouvertes et inclusives ; où la question de l'orientation et des pratiques sexuelles ne serait pas taboue. Il faut ramener les FSF au cœur du suivi, en leur donnant une visibilité et en écoutant leurs attentes.

Le PNDO a mis en place, depuis 2018, un dépistage organisé du CCU dans le but d'obtenir une couverture de 80%, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer ainsi, de 30% l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans (4). Ce but ne sera pas atteint si des campagnes d'informations larges et inclusives auprès de toutes les femmes ne sont pas organisées et une éducation ciblée des professionnels de santé entreprise.

La formation des MG et l'émission de recommandations spécifiques concernant les FSF sont donc essentielles pour évoluer vers une pratique harmonisée du suivi gynécologique des femmes et donc du FCU. Nous avons remarqué via les commentaires autour de l'étude, que les praticiens ressentent ce manque dans la formation. Ils ne disposent pas des outils adéquats pour l'identification et le suivi des patientes FSF. Il est grand temps de faire évoluer nos connaissances et nos pratiques sur le sujet.

Enfin, il se pose aussi la question de la prise en compte des personnes trans-identitaires qui nécessite également une mise à jour des connaissances car probablement peu de professionnels sont au fait de ces sujets. Il serait intéressant qu'une étude soit réalisée afin d'analyser les connaissances des MG sur cette population et ses besoins spécifiques.

V. Conclusion

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude réalisent significativement moins de FCU chez les FSF par rapport aux FSH. Il en va de même pour la prévention et le dépistage des IST, puisqu'il y a une différence de prise en charge notable si la femme n'a jamais eu de rapport sexuel avec un homme. Une partie des médecins généralistes semble donc envisager qu'il n'y a pas de risque de CCU ou d'IST chez les FSF. Cette méconnaissance est soutenue par le manque de visibilité de ces femmes par les omnipraticiens puisqu'une proportion significative d'entre eux n'identifie pas cette population parmi leur patientèle.

Les disparités de prise en charge sur le plan gynécologique en fonction de l'orientation et des pratiques sexuelles sont donc bien réelles, comme le suggérait la littérature. Il existe une perte de chance pour les FSF, les exposant à un sur-risque médical alors que c'est une population déjà fragilisée. De plus, les FSF ne se sentent pas prises en compte et sont invisibles auprès de leur médecin, ce qui conduit à un suivi non optimal. Il paraît urgent d'alerter sur ces constatations et de former les professionnels afin d'harmoniser les pratiques, d'exclure enfin les fausses conceptions et de donner les mêmes chances de suivi à toutes les femmes. Cette évolution dans la pratique des médecins doit s'accompagner de changements structuraux dans notre société, afin de mettre en lumière cette minorité oubliée.

VI. 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. 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.
3. 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
4. Santé Public France, Cancer du col de l'utérus [Internet], 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
5. Rousseau S, Gaillot de Saintignon J, Barret AS, Vaccination contre les HPV : un enjeu de prévention des cancers, la revue du praticien ; 2019; 69(5); 529-34.
6. Comité éditorial pédagogique UVMaF, Les examens para cliniques en gynécologie, Université Médicale Virtuelle Francophone [Internet], 2011-2012. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_paraclinique/site/html/4.html
7. 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.
8. 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.
9. Diamond LM. Sexual Fluidity : Understanding Women's Love and Desire, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 2009, 352 p.
10. Bajos N, Bozon M, Godelier M., Enquête sur la sexualité en France, Paris, La Découverte, 2008, 612 p.
11. L'Institut français d'opinion publique (IFOP), To Bi or not to Bi ? Enquête sur l'attraction sexuelle entre femmes, 2017, 34p.
12. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual and queer/questioning (LGBTQ) populations, CA, A Cancer Journal for Clinicians, 2015, 65(5) : 384-400.
13. Bauer GR, Welles SJ., Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women, Am J Public Health, 2001; 91(8) :1282-6.

14. Stevens PE, Hall JM., Emotional and social contingencies affecting HIV risk reduction among lesbians and bisexual women, *J Gay Lesbian Med Assoc* 1997, 1, 5–14.
15. Richters J., Prestage G., Schneider K., Clayto S., Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women, *Sex Health*, 2010, 7(2) : 165-9
16. Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé : Eden, Haute Autorité de Santé, [Internet], 2018. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_\(5519\)_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CEPP-5519_EDEN_12_juin_2018_(5519)_avis.pdf)
17. Deniaud F. et al., Pose et utilisation du préservatif féminin : résultats d'une étude menée entre 1999 et 2001 en centres MST et en CDAG à Paris, *Bull. Epidémiologique Hebd.*, n° 11, 2004.
18. Stacey D., What Is a Dental Dam? [Internet], 2020. Disponible sur : <https://www.verywellhealth.com/what-are-dental-dams-906812>
19. 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*, 2011, 101(7) : 1284–90.
20. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al., Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women, *Am J Public Health*, 2001, 91(4), 591–7.
21. Gonzales G, Henning-Smith C., Health disparities by sexual orientation : results and implications from the behavioral risk factor surveillance system., *J Community Health.*, 2017, 42(6), 1163–72.
22. Marrazzo JM, Koutsky LA, Handsfield HH., Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour, *Int J STD AIDS*, 2001, 12(1), 41–6.
23. 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
24. SOS Homophobie, Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet], 2015 [cité 6 mars 2017], Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf
25. 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.
26. 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.
27. Roberts SJ., Lesbian health research : a review and recommendations for future research, *Health Care for Women International*, 2001, 537–52.

28. Bjorkman M, Malterud K., Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*, 2007, 25(1) : 58–62.
29. Curmi C, Peters K, Salamonson Y., Lesbian's attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study, *BMC Womens Health* [Internet], 2014 [cité 26 nov 2019], 14p. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276097/>
30. Poupon C., Quelle place les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes accordent-elles au frottis cervical utérin dans leur suivi gynécologique ? Enquête quantitative comparative [Thèse d'exercice], [UFR de médecine] : Nantes, 2020.
31. Westerståhl A, Björkelund C., Challenging heteronormativity in the consultation: a focus group study among general practitioners, *Scand J Prim Health Care*, 2003, 21(4) : 205–8.
32. Ottavioli P, Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins [Thèse d'exercice], [UFR de médecine]: Grenoble Alpes, 2019.
33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge , [Internet], 2019. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>
34. Bessière S, La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), [Internet], 2005. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art03.pdf>
35. Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, CDOM, [Internet], 2018. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
36. Éguavoën S., Femme et lesbienne : quels enjeux ? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique, [Thèse d'exercice], [UFR de Maïeutique]: Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998>
37. Auguste G., Perception de l'utilité du frottis cervico-utérin: étude qualitative auprès de femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes [Thèse d'exercice]. [UFR Droit et Santé], Université Lille 2 - Faculté de médecine Henri Warembourg, 2016.
38. 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.*, 2001, 91(6), 947–52.
39. Brown A, Hassard J, Fernbach M, Szabo E, Wakefield M., Lesbian's experiences of cervical screening, *Health Promot J Austr.*, 2003, 14(2) : 128–32.
40. 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.

41. NHS England, Fake news putting 50,000 lesbian, gay and bisexual women at risk of cancer, NHS England, [Internet], 2019. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/2019/06/fake-news-putting-50000-lesbian-gay-and-bisexual-women-at-risk-of-cancer/>
42. Agénor M, Muzny CA, Schick V, Austin EL, Potter J., Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States, *Prev Med*, 2017, 95 : 74-81.
43. Adriansen H., État des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie, [Thèse d'exercice], Amiens, 2017.
44. Mendis K, Solangaarachchi I., Perspective of family medicine research: where does it stand? *Fam Pract.*, 2005, 22(5) : 570-5.
45. Isler M., Recherche en médecine de premier recours - un défi partout dans le monde, *PrimaryCare*, 2003, 472-78.
46. Morice E, Leroyer E., Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale? *EXERCER*, 2012, 23(100), 32.
47. Dias S., État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice], faculté de médecine Paris Diderot-Paris 7, 2010.
48. Hirsch O, Löltgen K, Becker A., Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care, *BMC Family Practice*, 2016, 17(1) : 162.
49. Tarragon J., Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France, [Thèse d'exercice]. [UFR Droit et Santé], Université Lille 2- Faculté de médecine Henri Warembourg, 2018.
50. Devillard S., Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST, Université de Toulouse - Le Mirail, Centre Régional d'Information et de Prévention Sida Rhône-Alpes (CRIPS), [Internet], 2011, [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/les-femmes-ayant-des-relations-sexuelles-avec-des-femmes-face-au-vih-et-aux-ist/>
51. Knight DA, Jarrett D., Preventive health care for women who have sex with women, *AFP.*, 2017, 95(5) : 314-21.
52. Royal College of General Practitioners Northern Ireland, Guidelines for the care of lesbian, gay and bisexual patients in primary care, Belfast RCGPNI, [Internet], 2015. Disponible sur: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/lgbt.aspx>
53. Les Klamydia's., Mémo à l'attention des gynécologues sur la santé des femmes qui aiment les femmes, [Internet], 2015 , [cité 17 sept 2018]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/75991f_2f37114fa5404efcbf16c5951c616888.pdf

VII. Annexes

Annexe 1- Questionnaire

Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par FCU des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Bonjour,

Je m'appelle Hélène Oko Prévost. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse, sous la direction du Dr Maud Poirier, spécialiste en médecine générale.

Je souhaite interroger les médecins généralistes à propos de leurs pratiques concernant le Frottis Cervico-Utérin (FCU) pour les femmes ayant occasionnellement ou exclusivement des rapports sexuels avec d'autres femmes. J'ai besoin de votre contribution pour cette étude. Vous êtes concernés si :

- vous êtes médecin généraliste thésé.
- vous pratiquez couramment ou non des suivis gynécologiques.

Il vous suffit de remplir ce questionnaire, ce qui vous prendra 5 à 10 minutes. Merci de cocher la ou les réponses représentant le mieux votre opinion et votre pratique habituelle. N'hésitez pas à me faire part de vos commentaires concernant les questions de votre choix, si cela vous semble pertinent.

Le questionnaire est bien sûr anonyme et ne permet en rien de vous identifier.

Cette étude exclut délibérément les patient.e.s transgenres, intersexes, ou non binaires, qui constituent un sujet d'étude à part entière. Dans le questionnaire, il est donc sous-entendu que le genre de la patiente et de ses partenaires correspond à chaque fois à celui assigné à la naissance.

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.

Si vous changez d'avis sur votre participation, vous pouvez arrêter le questionnaire à tout moment. Par contre, une fois le questionnaire validé vous ne pouvez plus vous opposer à l'utilisation de vos données car celles-ci sont anonymes.

Je vous remercie par avance, du temps que vous accepterez de consacrer à cette étude.

Cordialement.

Hélène Oko Prévost

Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par FCU des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Partie I : Vos caractéristiques

1- Quel est votre genre ?

- ☐ Femme
- ☐ Homme
- ☐ Genre non déterminé

2- Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

- ☐ 25 à 35 ans
- ☐ 36 à 45
- ☐ 46 à 55
- ☐ 56 à 65
- ☐ > 65

3- À quelle fréquence pratiquez-vous des actes de suivi gynécologique ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement (moins de 2 fois mois)
- ☐ Souvent (entre 3 à 9 fois par mois)
- ☐ Très souvent (plus de 10 fois par mois)

4- Avez-vous une formation spécifique en gynécologie ?

- ☐ Stage de gynécologie durant l'internat
- ☐ DU de gynécologie
- ☐ Aucune formation spécifique
- ☐ Autres :

5- Quelle est votre pratique ?

- ☐ Installé(e) en cabinet
- ☐ Remplaçant(e) fixe ou ponctuel(le)
- ☐ Salarié(e)
- ☐ Activité mixte (salarié(e) et libéral(e))
- ☐ Autres :

6- Dans quel milieu exercez-vous?

- ☐ Rural
- ☐ Semi rural
- ☐ Urbain

7- Quel est votre département d'exercice ?

Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par FCU des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Partie II : Questions générales

8- Pensez-vous avoir dans votre patientèle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes « occasionnellement ou exclusivement » ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9- Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle avec les femmes ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Toujours

10- Si oui (rarement ou toujours), de quelle manière ?

- ☐ Lors d'une consultation de « gynécologie » (examen gynécologique de suivi, réalisation FCU, symptomatologie gynécologique, etc.)
- ☐ Lors d'une consultation dédiée à la contraception
- ☐ Lors d'une consultation dédiée à la grossesse
- ☐ Lors d'une consultation dédiée au dépistage/prise en charge d'infection sexuellement transmissible
- ☐ De manière systématique, lors de l'ouverture d'un dossier par exemple
- ☐ Autres :

Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par FCU des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Partie III : Questions Pratiques

Cas 1 : Mme F., 20 ans, est en couple et a eu ses premières relations sexuelles avec un partenaire masculin.

11- Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage

- ☐ Aujourd'hui
- ☐ Dans 1 an
- ☐ Dans 3 ans
- ☐ Dans 5 ans - Jamais

12- À quelle fréquence ?

- ☐ Tous les 1 an
- ☐ À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans - Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans
- ☐ Jamais

13- L'informez-vous sur les moyens suivants de protection contre les IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Préservatif interne ou externe
- ☐ Protection digitale et gant
- ☐ Digue dentaire
- ☐ Film alimentaire (non micro-ondable)
- ☐ Autres :

14- Lui proposez-vous un ou plusieurs des moyens suivants de dépistage des IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis
- ☐ Recherche gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal
- ☐ Recherche de lésion d'herpès génital à l'examen
- ☐ Recherche de condylome à l'examen
- ☐ Recherche de symptôme de vaginite à trichomonas à l'examen
- ☐ Aucun

Cas 2 : Mme C., 33 ans, a eu des rapports exclusivement avec des femmes, actuellement mariée, avec une relation exclusive. Vous n'avez pas d'information sur la réalisation de FCU

15- Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage

- ☐ Aujourd'hui
- ☐ Dans 1 an
- ☐ Dans 3 ans
- ☐ Dans 5 ans - Jamais

16- À quelle fréquence ?

- ☐ Tous les 1 an
- ☐ À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans - Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans
- ☐ Jamais

17- L'informez-vous sur les moyens suivants de protection contre les IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Préservatif interne ou externe
- ☐ Protection digitale et gant
- ☐ Digue dentaire
- ☐ Film alimentaire (non micro-ondable)
- ☐ Autres :

18- Lui proposez-vous un ou plusieurs des moyens suivants de dépistage des IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis
- ☐ Recherche gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal
- ☐ Recherche de lésion d'herpès génital à l'examen
- ☐ Recherche de condylome à l'examen
- ☐ Recherche de symptôme de vaginite à trichomonas à l'examen
- ☐ Aucun

Cas 3 : Quelques années plus tard Mme C. revient vous voir, elle est divorcée et a désormais occasionnellement des partenaires masculins. Elle a eu un FCU il y a 2 ans.

19- Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage

- ☐ Aujourd'hui
- ☐ Dans 1 an
- ☐ Dans 3 ans
- ☐ Dans 5 ans - Jamais

20- À quelle fréquence ?

- ☐ Tous les 1 an
- ☐ À 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans - Tous les 3 ans
- ☐ Tous les 5 ans
- ☐ Jamais

21- L'informez-vous sur les moyens suivants de protection contre les IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Préservatif interne ou externe
- ☐ Protection digitale et gant
- ☐ Digue dentaire
- ☐ Film alimentaire (non micro-ondable)
- ☐ Autres :

22- Lui proposez-vous un ou plusieurs des moyens suivants de dépistage des IST ? (vous pouvez choisir plusieurs réponses)

- ☐ Sérologie VIH, hépatite B et C, syphilis
- ☐ Recherche gonocoque, chlamydia, mycoplasme par prélèvement vaginal
- ☐ Recherche de lésion d'herpès génital à l'examen
- ☐ Recherche de condylome à l'examen
- ☐ Recherche de symptôme de vaginite à trichomonas à l'examen
- ☐ Aucun

Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par FCU des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Commentaires Libres :

Annexe 2-Test d'hypothèses

Posons p , la vraie proportion de médecins généralistes qui ne proposeront jamais un FCU dans le cas 2, “Mme C., 33 ans, a eu des rapports exclusivement avec des femmes, actuellement mariée, avec une relation exclusive. Vous n’avez pas d’information sur la réalisation de FCU. Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?”.

Posons

- $H_0 : p = 0.0001$
- $H_1 : p \neq 0$

On va collecter un échantillon et observer la réalisation de p sur cet échantillon. Ensuite, nous aurons à bâtir un intervalle de pari I_α tel que p appartienne à cet intervalle.

À partir de notre échantillon, nous observons une réalisation de p , P_n , de 7%. On va calculer une statistique de test adaptée à notre test :

$$Z_n = \frac{(p - P_n)}{\sqrt{\left(\frac{p(1-p)}{n}\right)}}$$

Par théorème Z_n suit une loi normale centrée réduite. Ainsi, l’intervalle de pari de Z_n est $[-1.96; 1.96]$.
Pourcentage de réponse “jamais” parmi les médecins généralistes :

7 % de médecins généralistes ont répondu “Jamais” à la question : “Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage?” Pour le cas 2. Ces 7% de 324 médecins sont-ils significativement différents de 0 ?

Ici, la statistique de test Z_n vaut 5 (avec p très petit $p=0.0001$), ce qui est nettement en dehors de l’intervalle de pari. On va donc rejeter l’hypothèse H_0 au profit de l’hypothèse H_1 .

On peut conclure que le taux de médecins qui répondent “jamais” à la question suivante : “Mme C., 33 ans, a eu des rapports exclusivement avec des femmes, actuellement mariée, avec une relation exclusive. Vous n’avez pas d’information sur la réalisation de FCU. Quand lui proposez-vous un FCU de dépistage ?” est significativement différent de 0.

Annexe 3- Moyens de protection IST



Préservatif
externe



Préservatif
interne

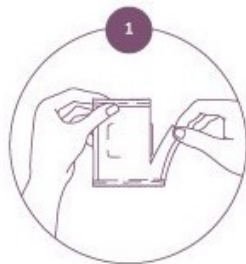


Digue dentaire / film
alimentaire (non micro-
ondable)



Protection digital
/ Gant

Utilisation d'une digue dentaire



1
Ouvrir l'emballage à la main,
sortir le tissu de son enveloppe
et dépliez le.



2
Humectez la zone du vagin ou la
zone anale avec un gel lubrifiant
à base d'eau.



3
Placez le sur l'entrée du vagin et
le clitoris ou sur la zone anale
Maintenez le tissu bien place
durant l'acte.



4
Le tissu utilisé doit être
jeté avec les ordures ménagères.
Ne jamais le jeter dans les WC.

Vu, le Président du Jury,

**Pr WINER Norbert , Praticien hospitalo -
universitaire, Chef de service Gynécologie
Obstétrique du CHU de Nantes**

Vu, le Directeur de Thèse,

**Dr POIRIER Maud, Médecin coordinatrice
de l'UGOMPS au CHU de Nantes**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par frottis cervico-utérin des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

RÉSUMÉ

Introduction : Il existe, à l'heure actuelle, un manque de connaissances chez les professionnels de santé des spécificités en terme de suivi gynécologique des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF). Ceci est en partie lié à l'invisibilité de cette population mais aussi à la persistance de fausses conceptions parmi les médecins. Ainsi, on constate dans la littérature qu'il existe une différence de prise en charge entre FSF et les autres femmes, notamment par les médecins généralistes. On sait que les FSF réalisent moins de frottis cervico-utérins (FCU) par rapport aux femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes (FSH). Pourtant, il a été démontré que le Human Papillomavirus (HPV), responsable de la majorité des cancers cervico-utérins (CCU), peut se transmettre lors d'une relation sexuelle entre deux femmes. Quelle est alors l'implication des médecins généralistes (MG) dans ce manque de dépistage ?

Matériels et Méthode : Une étude observationnelle, transversale et descriptive à type d'enquête de pratique est réalisée. Le questionnaire, construit pour les besoins de l'étude, a été diffusé par voie numérique aux médecins généralistes thésés en France. Le critère de jugement principal est la différence de pratique par les MG du FCU chez les FSF par rapport aux autres femmes.

Résultats : 325 MG ont répondu à notre étude et 324 ont été inclus. Ils réalisent significativement moins de FCU chez les FSF par rapport au FSH. En effet, 7% des médecins interrogés ne réalisent pas de frottis pour une FSF exclusive alors qu'ils en réalisent tous pour une FSH. Il en va de même pour la prévention et le dépistage des IST, avec une différence de prise en charge systématique si la femme n'a jamais eu de rapport sexuel avec un homme. La visibilité des FSF par les MG est également mise en cause puisqu'une proportion significative d'entre eux (8%) n'identifie pas cette population parmi leur patientèle. Les résultats sont significatifs.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une réelle différence de pratique, chez les MG en France, du FCU entre FSF et FSH. Le manque de connaissance est palpable. Il est donc urgent de former les professionnels de santé à la prise en charge des FSF, afin notamment d'optimiser la couverture du FCU et de faire encore baisser l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus.

MOTS-CLÉS :

homosexualité féminine, FSF, frottis cervico-utérin, cancer du col de l'utérus, HPV, infections sexuellement transmissibles, médecin généraliste, soins primaires, gynécologie