

# Suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Cécilia Giles

Sage-femme hospitalière

c/o Sages-femmes,  
Elsevier Masson SAS,  
65 rue Camille-Desmoulins,  
92130 Issy-les-Moulineaux,  
France

**Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sont exposées à des risques accrus d'atteinte à leur santé : infections sexuellement transmissibles, violences, troubles dépressifs, addictions, etc. Elles retardent souvent l'accès aux soins et rapportent l'expérience de discriminations ou de prises en charge inadaptées. La consultation gynécologique est un espace pertinent pour dépister et accompagner d'éventuelles vulnérabilités. La verbalisation de la nécessité de revenir en consultation est essentielle pour inscrire ces patientes dans un parcours de santé qui n'est actuellement pas explicite.**

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** - consultation gynécologique ; facteur de risque ; femme ayant des rapports sexuels avec des femmes ; inégalité de santé ; parcours de santé

**Gynecological support for women who have sex with women. Women who have sex with women are exposed to increased risks of damage to their health: sexually transmitted infections, violence, depression disorders, addictions, etc. They often delay access to care and report experiences of discrimination or inadequate care. The gynecological consultation is a suitable space to identify and support any vulnerabilities. Debriefing on the need to consult again is essential to enroll these patients on a health journey which is not currently explained.**

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** - gynecological consultation; women who have sex with women; health inequality; health journey; risk factor

40

**T**rès peu d'études ont été publiées en France au sujet de la santé des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF). La littérature disponible, issue des pays anglo-saxons et de la Suisse, met pourtant en exergue certaines caractéristiques : des risques accrus d'atteinte à la santé globale (troubles dépressifs, addictions, surpoids, violences, etc.); un faible recours aux soins, en particulier à la consultation gynécologique ; un moindre dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), pourtant plus fréquemment retrouvées dans cette population que chez les femmes hétérosexuelles ; une difficulté à dévoiler son orientation sexuelle aux professionnels<sup>1</sup> de santé ; l'expérience de discriminations ou de prises en charge inadaptées.

## Des facteurs de risque particuliers

Dans l'enquête presse gays et lesbiennes de 2011 réalisée par l'Institut de veille sanitaire, les femmes n'ayant eu des rapports qu'avec des femmes dans les douze derniers mois étaient 50 % à avoir bénéficié d'un frottis de dépistage dans les trois dernières années contre 60 % pour celles ayant eu des rapports avec des femmes et des hommes, et 65 % pour celles n'ayant eu que des partenaires masculins [1].

## IST

Le fait que les FSF entrent généralement plus tôt dans la vie sexuelle et qu'elles aient plus de partenaires sexuels (y compris masculins) que les autres femmes accroît leur risque de contracter une IST. Ainsi, les données de l'enquête

nationale sur les violences faites aux femmes révèlent que la fréquence d'IST au cours de la vie était significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels (25 % vs 9 % pour les femmes exclusivement hétérosexuelles) [2]. De même, dans l'enquête Contexte de la sexualité en France, les femmes déclarant des pratiques homosexuelles étaient 12 % vs 3 % pour les femmes hétérosexuelles à rapporter avoir eu une IST dans les cinq dernières années [3].

## Infection à HPV

Les FSF présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus humain (HPV) : elles ont en moyenne leur premier rapport sexuel à un âge

Adresse e-mail :  
giles\_cecilia@yahoo.fr  
(C. Giles).

plus précoce que les femmes hétérosexuelles – 17,3 ans vs 18,6 ans [3] –, un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie – en moyenne 14 partenaires masculins vs 4 pour les femmes hétérosexuelles [3] – et une pratique tabagique plus fréquente [4-6]. Par ailleurs, le papillomavirus humain peut se transmettre sexuellement entre femmes. Une étude a ainsi relevé la présence de HPV chez 6 % de femmes qui n'avaient eu que des partenaires féminines [7]. D'autres auteurs ont montré la présence de lésions précancéreuses du col de l'utérus dans cette population [8,9].

### Rendre possible le dévoilement en consultation

Le dévoilement de l'orientation sexuelle guide indéniablement le praticien<sup>2</sup>. Pour le rendre possible, il convient d'abord de comprendre quelles sont les motivations des femmes à s'y résoudre ou à ne pas le faire.

### Motivations des femmes

◆ **L'invisibilité des lesbiennes pour le corps médical** est liée, pour Catherine Fohet et Irène Borten-Krivine, d'une part, au fait que le praticien n'y pense pas et, d'autre part, à l'attitude d'un certain nombre de ces femmes elles-mêmes, comme le décrit Christiane Jouve : « Nous nous sommes nourries d'invisibilité vers laquelle nous poussent tous nos instincts de survie, la peur de l'affrontement verbal, la peur des quolibets, des graffitis, de l'hostilité des voisins ou des collègues, la peur d'être licenciées, la peur de perdre nos enfants lors d'un divorce. » [10]

◆ **Plusieurs raisons motivant la décision du coming out médical**

ont été évoquées par les femmes rencontrées dans le cadre de notre étude [11]. Certaines ont mis en avant la volonté d'obtenir des informations de la part du gynécologue<sup>3</sup> après le dévoilement de leur orientation sexuelle. Les propos d'autres personnes ayant participé à l'enquête ont fait apparaître leur souhait que le professionnel les considère dans leur individualité : « – Vous pensez que c'est une information importante à donner ? – Je pense qu'on ne peut pas faire abstraction, quand on consulte un gynécologue, de dire ça. Parce qu'en plus, comme c'est un présumé qu'on est hétéro, à ce moment-là il faudrait ne pas avoir de présumé du tout si on voulait ne pas parler de son orientation sexuelle... Mais comme le présumé est qu'on est hétérosexuelle, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas le contrer. »

En parler au praticien en gynécologie paraît pour certaines femmes essentiel, compte tenu du domaine de compétence de ce professionnel de santé : « Je pense en fait qu'au bout d'un moment, dans le suivi gynécologique, ça devient une obligation. Les risques peuvent être différents, ce n'est pas forcément les mêmes, donc oui, il faudra [...] en parler. Je pense que c'est aussi le rôle du personnel de santé de poser la question. Pas forcément de manière frontale, mais à un moment donné, je pense que c'est quand même utile » ; « Pour moi, c'est indispensable, on se base sur ça. La sage-femme va s'adapter, ne va pas dire la même chose à une personne qui a un copain qu'à une personne qui a une copine. » Le dévoilement de l'orientation sexuelle est parfois guidé par le sentiment qu'il existe « un espace pour en parler », parce que le médecin est lui-même identifié comme homosexuel par exemple.

Un certain nombre de femmes souhaitent évoquer leur homosexualité mais ne savent pas comment s'y prendre. De leur point de vue, l'attitude du professionnel peut avoir une importance capitale pour faciliter le dévoilement [12].

◆ **Des femmes ont choisi de ne pas dévoiler leur homosexualité** et cela, pour différentes raisons [11]. Certaines ont mis en exergue la peur d'être jugées ou de susciter un malaise. Une autre a évoqué la difficulté de le faire après un parcours hétérosexuel, marqué par deux maternités, auprès d'une gynécologue connue depuis quinze ans : « En termes de prévention santé, j'imagine que quand ils consultent des femmes assez jeunes, [les gynécologues] se sentent eux aussi à l'aise pour poser des questions, faire de la prévention. Quand ils voient dans leur cabinet des femmes qui ont une quarantaine d'années, [ils ne font] plus de prévention. [...] – Comment peut-on aborder son homosexualité dans un cabinet de gynécologie ? [...] – Alors, quand le gynécologue qui ne nous connaît pas propose une contraception et qu'on lui dit : "Bah non, je suis lesbienne", oui y a qu'à ce moment-là mais... Moi dans le parcours que j'avais ça me paraissait... Enfin qu'est-ce que j'allais déclarer ? »



Certaines femmes souhaitent évoquer leur homosexualité en consultation, mais ne savent pas comment s'y prendre. L'attitude du professionnel peut avoir une importance capitale pour faciliter le dévoilement.

### Notes

<sup>1</sup> Lire le ou la professionnel(le) pour chaque occurrence.

<sup>2</sup> Lire le ou la praticien(ne) pour chaque occurrence.

<sup>3</sup> Lire le ou la gynécologue pour chaque occurrence.

<sup>4</sup> La méthode Bercer (bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la santé pour le déroulement de la consultation et du suivi de contraception.

## Références

- [1] Velter A, Bouyssou A, Saboni L et al. Enquête presse Gays et lesbiennes 2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire (InVS), Paris; Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS); 2011.
- [2] Saurel-Cubizolles MJ, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005;33(10):776-82.
- [3] Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008.
- [4] Tang H, Greenwood GL, Cowling DW et al. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? (United States). *Cancer Causes Control*. 2004;15(8):797-803.
- [5] Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. Adult health behaviors over the life course by sexual orientation. *Am J Public Health*. 2012;102(2):292-300.
- [6] Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK et al. Tobacco Product Use Among Sexual Minority Adults: Findings From the 2012-2013 National Adult Tobacco Survey. *Am J Prev Med*. 2016;50(4):e91-100.
- [7] Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB et al. 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.
- [8] Bailey JV, Kavanagh J, Owen C et al. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract*. 2000;50(455):481-2.
- [9] Massad LS, Xie X, Minkoff H et al. Abnormal pap tests and human papillomavirus infections among HIV-infected and uninfected women who have sex with women. *J Low Genit Tract Dis*. 2014;18(1):50-6.
- [10] Fohet C, Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004;32(3):228-32.

D'autres femmes ont dit considérer ou avoir constaté que cela n'avait pas d'utilité dans le cadre d'une consultation gynécologique : « *Un moment donné, j'ai pensé lui dire. Quand on a retiré le stérilet, j'ai commencé à avoir des relations avec Isabelle. Je voyais [la gynécologue] une fois par an pour le suivi, frottis et puis suivre les mammographies... Je me suis dit : "Je crois que je vais lui en parler si l'occasion se présente." Mais l'occasion ne se présentait pas. Et il est vrai [...] Enfin, je ne sais pas, c'est peut-être un préjugé, mais je ne pense pas qu'elle puisse répondre à mes questions [...]. De toute façon, si je me dépiste pour des IST hétéro, je fais celles pour les lesbiennes. Donc, voilà, pas besoin de se prendre la tête à expliquer les trucs : "Je viens mettre un stérilet mais je couche avec une fille..."* ».

La crainte d'être jugée après une longue période sans consultation a également été évoquée. Les FSF recourent généralement moins aux soins, notamment gynécologiques, que les autres femmes. La première consultation peut être tardive et le suivi peut être irrégulier, voire interrompu après une mauvaise expérience ou le changement de sexe des partenaires. Ces situations peuvent engendrer un sentiment de culpabilité ou de honte et une peur d'être jugée négativement par le professionnel [13].

## Intérêt pour le praticien

Plusieurs études internationales ont conclu que le fait que le médecin soit informé de l'orientation sexuelle de sa patiente pouvait avoir des impacts positifs sur le recours aux soins.

Selon une étude canadienne, le fait d'interroger l'orientation sexuelle de la patiente et d'adopter une attitude positive est associé à un *coming out* plus important. Le dévoilement de l'orientation sexuelle est lui-même

associé à une utilisation plus fréquente des services de santé [14]. Dans l'étude de Katie E. Mosack, les femmes lesbiennes, bisexuelles ou *queer* américaines rapportant que leur médecin était informé de leur orientation sexuelle étaient plus satisfaites et plus à l'aise pour parler de santé sexuelle avec lui, comparativement à celles dont le médecin l'ignorait [15].

Pour sa part, J. Kathleen Tracy a montré que les lesbiennes américaines dont le gynécologue est au courant de l'orientation sexuelle sont plus de deux fois plus nombreuses à réaliser régulièrement des frottis que celles dont le médecin ignore l'orientation [16].

## Développer une anamnèse pertinente

Il n'est pas question de préconiser que les professionnels développent une démarche particulière vis-à-vis des FSF, mais plutôt une approche centrée sur la personne prenant en compte les spécificités individuelles. En effet, les FSF ne constituent pas un groupe homogène. Pour autant, dans leur diversité, leur orientation sexuelle semble accroître les risques concernant certains aspects de la santé gynécologique ainsi que sur le plan des violences et de la santé mentale.

## Environnement adapté

◆ **Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant**, et d'aborder sans *a priori* et sans jugement les questions liées à la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Il est souhaitable, lors de cet échange, de reprendre les termes que la personne utilise pour parler d'elle.

◆ **Utiliser un langage neutre et inclusif** est essentiel pour favoriser le dialogue autour de l'orientation et des pratiques sexuelles. Il est préférable de demander « *Vivez-vous en couple ?* » ou « *Avez-vous*

*un ou une partenaire ?* » plutôt que « *Avez-vous un petit ami/un conjoint ?* ».

◆ **L'échange permet d'adapter les conseils de prévention, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles**, puisque celles-ci ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée. La neutralité face aux déclarations les concernant est l'un des éléments fondamentaux de la mise en confiance. Rappeler, lorsque cela paraît nécessaire, que l'entretien est confidentiel peut rassurer la femme et l'amener à se livrer. Devant des pratiques inconnues évoquées par la patiente, le questionnement de la part du professionnel peut être interprété comme une marque d'intérêt s'il est empathique. Poser des questions ouvertement permet de mieux orienter les consultations à venir et d'optimiser la prise en charge. Cela permet aussi de ne pas sous-estimer le rôle de la ou des partenaires de la patiente, qui a un impact sur sa vie et son état de santé [17]. Enfin, être lesbienne ne veut pas forcément dire ne pas avoir ou ne pas désirer avoir d'enfant.

## Accompagnement des vulnérabilités

Il ne s'agit pas de focaliser le suivi médical uniquement sur la question de l'orientation sexuelle. À partir de l'anamnèse sexuelle, qui devrait être normalisée au cours du suivi gynécologique, plusieurs éléments doivent être explorés afin de dépister et d'accompagner d'éventuelles vulnérabilités [18] :

- proposer les examens de dépistage des IST et des cancers, notamment en fonction de l'anamnèse ;
- aborder la gestion des risques de transmission des IST dans le cadre d'un entretien de type "motivationnel" ;

- explorer l'ambivalence et les barrières éventuelles à l'usage de méthodes de protection des rapports entre femmes ;
  - évaluer la consommation d'alcool, encourager le sevrage tabagique et l'arrêt de l'usage de drogues s'il y a lieu ;
  - être attentif aux symptômes de mal-être, de dépression, aux tendances suicidaires et aux signes de violences (y compris au sein du couple lesbien) ;
  - ne pas banaliser la souffrance chez les adolescentes en questionnement par rapport à leur orientation sexuelle ou identité de genre – elles présentent un risque accru vis-à-vis de la dépression et du harcèlement ;
  - évaluer le soutien offert par l'entourage et informer de l'existence d'associations lesbiennes, gays, bi, trans (LGBT) ;
  - identifier les situations à risque de discrimination (lieu de travail, école, famille, etc.) et évoquer les ressources disponibles auprès des associations LGBT et du Défenseur des droits pour dénoncer ces situations ;
  - soutenir l'estime et l'affirmation de soi, renforcer la confiance dans la capacité à faire face aux difficultés.
- Ce type d'anamnèse démontre une approche sensible et holistique de la santé.

### Inscrire la patiente dans un parcours de santé

À l'instar de ce qui doit être proposé aux patientes qui viennent consulter dans le cadre d'une demande de contraception, il semble important de mettre en œuvre le "retour" de la méthode de Bercer<sup>4</sup> (méthode de *counseling*) auprès des FSF. En effet, si elles n'ont pas besoin de renouveler annuellement la prescription d'une méthode de contraception, il est nécessaire de les informer sur

les recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus. *A minima*, le rythme des consultations gynécologiques d'une FSF devrait respecter la temporalité recommandée dans le cadre du dépistage, en l'absence bien sûr de toute symptomatologie ou de tout autre motif de consultation spécifique.

### Prise en compte de la santé des FSF

♦ **Cette démarche inscrit les femmes lesbiennes dans un parcours de santé gynécologique qui n'est actuellement pas explicité** par les instances publiques comme par les professionnels de santé [11]. Les campagnes de prévention et de santé publique (affiches, spots radiophoniques ou télévisés, brochures, etc.) s'adressent en effet aux femmes hétérosexuelles et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; la santé sexuelle des FSF ne fait pas l'objet d'un discours spécifique de la part des praticiens.

♦ **La perception d'une absence de risques liés à la sexualité entre femmes**, largement partagée chez les FSF, se trouve ainsi renforcée. Pourtant, comme l'affirme la stratégie nationale de santé sexuelle élaborée en 2016, « *les services et professionnels de santé, notamment de premier recours, ont un rôle essentiel à jouer dans la structuration des parcours de santé des usagers* » [19].

♦ **Dans certains États membres de l'Union européenne**, toutes les campagnes contre le cancer et les IST prennent en compte les femmes lesbiennes et bisexuelles. Les professionnels de santé sont tenus d'avoir une connaissance pointue des problèmes de santé de ces femmes, mais aussi de faire preuve d'une attitude objective vis-à-vis de leur orientation sexuelle [20].

### Prévention des inégalités sociales de santé

♦ **Le fait de pouvoir proposer des brochures, des ateliers et des supports de prévention multiples et diversifiés** (dans leur forme, leur style et leur contenu) devrait permettre de toucher tous les publics, « *les femmes se définissant comme lesbiennes comme celles ayant simplement des attirances et/ou des pratiques homosexuelles ; les militantes comme les non-militantes, celles fréquentant assidûment le milieu lesbien comme celles situées "hors milieu"* » [21].

♦ **L'absence de discours institutionnel et professionnel concernant la sexualité entre femmes contribue à la production d'inégalités sociales de santé** ; l'information et la prévention restent alors confinées dans un "entre-soi" associatif et militant [11]. Alors que la stratégie nationale de santé sexuelle formule l'objectif d'identifier et d'analyser les mécanismes producteurs d'inégalités sociales de genre dans ce domaine [19], le fait que les institutions et les professionnels ne s'emparent pas suffisamment du sujet de la santé sexuelle des FSF semble bien constituer un mécanisme producteur d'inégalité en santé [11].

### Conclusion

Les sages-femmes sont directement concernées par la santé des FSF. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention en font des praticiennes de premier recours pour la majorité des femmes. Les évolutions législatives attendues dans le domaine de l'aide médicale à la procréation pour les couples de femmes pourraient venir renforcer encore davantage leur place auprès de cette population. •

### Références

- [11] Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives [Mémoire de master]. Paris: École de sages-femmes de Baudelocque, Paris-Descartes; 2018. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925322/document>
- [12] McNair RP, Hegarty K, Taft A. From silence to sensitivity: a new Identity Disclosure model to facilitate disclosure for same-sex attracted women in general practice consultations. *Soc Sci Med*. 2012;75(1):208-16.
- [13] Berrut S. Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande [Mémoire de maîtrise]. Université de Genève;2016. <http://doc.rero.ch/record/259101>
- [14] Steele LS, Timmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract*. 2006;23(6):631-6.
- [15] Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Women's Health Issues*. 2013;23(6):e341-6.
- [16] Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. 2013;13:442.
- [17] Association des médecins gays (AMG), AIDES. Homosexuels. Des patients comme les autres ? Guide pratique. Paris: AMG, AIDES.
- [18] Bize R, Volkmar E, Berrut S et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Med Suisse*. 2011;7:1712-7.
- [19] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. 2017. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
- [20] Conseil de l'Europe. La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe. Décembre 2011. [www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011\\_fr.pdf](http://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_fr.pdf)
- [21] Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre Sex Société*. Juin 2009. <http://journals.openedition.org/gss/951>

### Pour en savoir plus

- <https://defenseurdesdroits.fr>

Déclaration de liens d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.