

# Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

## DÉTERMINANTS, ENJEUX, PERSPECTIVES

ENTRETIEN AVEC **CÉCILIA GILES**, SAGE-FEMME

*Cet entretien a été réalisé dans le prolongement du mémoire de fin d'études de Cécilia Giles, Université Paris Descartes, École de sages-femmes Baudelocque, Juin 2018.*

### ▀ Quel a été le point de départ de l'étude ?

Il est reconnu que les femmes sont généralement mieux suivies que les hommes sur le plan de la santé, notamment par le biais de leur expérience reproductive. C'est le phénomène inverse qui semble s'opérer pour les femmes ayant des rapports homosexuels. Alors que les hommes gays font largement l'objet de campagnes de prévention et de dispositifs spécifiques de santé depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes sont absentes des discours de prévention. La conception de la vie sexuelle des femmes reste largement ancrée dans la vie reproductive et les combats historiques menés pour garantir la maîtrise de la fertilité (contraception, avortement) ont renforcé la médicalisation du corps féminin et l'assignation à la fonction de procréation. À travers cette recherche, j'ai souhaité comprendre l'expérience du suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et la façon dont elles négocient la normativité associée à la consultation. L'objectif était également d'analyser les effets des politiques de santé sexuelle et reproductive sur une autre catégorie de femmes que celles appartenant à la catégorie dominante.

### ▀ Pourquoi un travail sur le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ?

Très peu d'études ont été publiées en France en ce qui concerne leur santé, notamment leur santé sexuelle et reproductive. Pourtant, les recherches internationales révèlent que le fait d'être une femme ayant des rapports homosexuels, que l'on soit identifiée comme telle ou supposée hétérosexuelle, est associé à des disparités en termes de suivi gynécologique.

Il apparaît dans les études relatives au suivi gynécologique et à la réalisation du frottis cervico-utérin que les femmes qui n'ont jamais eu de rapports avec des hommes sont moins susceptibles d'avoir déjà reçu un examen pelvien, ont eu leur premier frottis à un âge plus avancé et ont été suivies de façon moins régulière que celles qui ont eu des rapports avec des hommes, après ajustement de différents facteurs sociaux économiques <sup>(1)</sup>. Dans l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011, les femmes n'ayant eu des rapports qu'avec

### **Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus.**

des femmes dans les douze derniers mois étaient 50 % à avoir eu un frottis de dépistage dans les trois dernières années <sup>(2)</sup>. Celles ayant eu des rapports avec des femmes et des hommes étaient 60 % et celles n'ayant eu que des partenaires hommes étaient 65 %.

Le fait que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes 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 susceptibilité de contracter une infection sexuellement transmissible (IST). Ainsi, les données de l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) révèlent que la fréquence d'IST au cours de la vie était significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels (25 % versus 9 % pour les femmes exclusivement hétérosexuelles) <sup>(3)</sup>. De même, dans l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), les femmes déclarant des pratiques homosexuelles étaient 12 % versus 3 % pour les femmes hétérosexuelles à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années <sup>(4)</sup>.

En ce qui concerne le papillomavirus humain (HPV), qui se transmet sexuellement entre hommes et femmes, celui-ci reste le plus souvent à l'état latent dans l'organisme avant de se répliquer et d'entraîner des dysplasies du col de l'utérus <sup>(5)</sup>. Or, on sait que la majorité des femmes lesbiennes (53-99 %) ont eu au moins un partenaire masculin au cours de leur vie, le plus souvent au début de leur vie sexuelle, et qu'un certain nombre (6-30 %) continue à en avoir, occasionnellement ou de façon régulière <sup>(3, 4, 6-8)</sup>.

De plus, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus : elles ont en moyenne leur premier rapport sexuel à un âge plus précoce que les femmes hétérosexuelles – 17,3 ans versus 18,6 ans <sup>(4)</sup>, un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie – en moyenne 14 partenaires masculins versus 4 pour les femmes hétérosexuelles <sup>(4)</sup> et une pratique tabagique plus fréquente <sup>(9-11)</sup>.

Par ailleurs, le papillomavirus humain peut se transmettre sexuellement entre femmes. Une étude a ainsi montré la

présence de HPV chez 6 % de femmes qui n'avaient eu que des partenaires féminines <sup>(12)</sup>. D'autres auteurs ont également montré la présence de lésions précancéreuses du col de l'utérus dans cette population <sup>(13, 14)</sup>. Il est donc essentiel de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le biais d'un frottis chez toutes les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle.

► **Comment avez-vous appréhendé les frontières entre attirance, comportement et identité sexuels ?**

Attirances, comportements et identité s'entremêlent et dessinent un paysage plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, la majorité des femmes s'identifiant comme lesbiennes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et un certain nombre continue d'en avoir. Parallèlement, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes peuvent ne pas s'identifier comme lesbiennes mais comme hétérosexuelles ou bisexuelles, voire ne se reconnaître dans aucune de ces catégories. Le critère d'auto-identification est fondamental pour appréhender l'expérience subjective des personnes concernées ; il peut également avoir une importance décisive sur la santé (dans l'expérience des discriminations ou le degré d'auto-acceptation de l'orientation sexuelle par exemple) <sup>(1)</sup>. Afin d'appréhender la richesse de cette complexité, j'ai choisi de retenir comme critère d'inclusion le fait d'avoir (eu) des rapports sexuels avec une ou plusieurs femme(s), indépendamment de l'identité. Mon étude concerne les femmes cisgenres, c'est-à-dire celles qui ont été assignées au sexe féminin à la naissance.

► **Quels sont les profils des femmes ayant participé à l'étude ?**

J'ai réalisé 26 entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure, entre les mois d'octobre 2017 et janvier 2018.

Le profil des enquêtées est semblable à celui des femmes ayant déclaré des rapports homosexuels dans l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) et dans les enquêtes menées dans d'autres pays sur les comportements sexuels ou la santé. Elles vivent très majoritairement dans les grandes agglomérations et notamment la région parisienne. Elles ont un niveau d'études élevé et sont en emploi. Elles sont majoritairement en union non officialisée par un mariage ou un PACS et plus souvent en couple non-cohabitant que les femmes hétérosexuelles.

Cette surreprésentation des femmes qui ont eu des rapports homosexuels dans la catégorie des urbaines les plus diplômées, moins inscrites dans les institutions sociales de l'hétérosexualité (mariage et maternité), est expliquée par Brigitte Lhomond comme un effet d'un environnement moins contraignant qui autoriserait plus facilement les relations homosexuelles. Les pratiques homosexuelles entraîneraient des choix de vie où les pressions sociales et normatives sont moins fortes. Elle émet l'hypothèse que les pratiques minoritaires sont plus dicibles quand la position est plus élevée dans l'échelle sociale <sup>(3)</sup>.

► **Comment se définissent les enquêtées ?**

Les enquêtées s'identifient majoritairement en tant que femmes. Deux d'entre elles ont déclaré s'identifier comme

---

**La majorité des femmes s'identifiant comme lesbiennes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et un certain nombre continue d'en avoir.**

---

non binaires, dans un genre neutre. Quatre femmes ont évoqué la figure de l'androgynie, qui s'éloigne des normes dominantes de la féminité.

Le travail sociologique mené par Natacha Chetcuti lui a permis d'identifier trois grands types de parcours chez les lesbiennes.

- **Les parcours exclusifs** caractérisés par le fait que les lesbiennes n'ont jamais eu de relations sexuelles avec des hommes. Ces parcours sont les moins répandus compte tenu des effets de la contrainte sociale à l'hétérosexualité.
- **Les parcours simultanés** sont plus fréquents que les précédents. Ils concernent des femmes qui alternent ou ont alterné des relations avec des femmes et avec des hommes.
- **Les parcours progressifs** sont majoritaires et sont marqués par le fait que les femmes ont eu des relations engagées affectivement avec des hommes. Dans certains cas, la période hétérosexuelle précède la période homosexuelle ; dans d'autres cas, les périodes hétérosexuelles sont entrecoupées de périodes homosexuelles <sup>(15)</sup>.

Les femmes de mon étude relèvent pour six d'entre elles d'un parcours exclusif, pour huit d'un parcours simultané et pour douze d'un parcours progressif.

Les identifications énoncées par les participantes sont les suivantes : onze femmes s'identifient en tant que lesbiennes ; une femme s'identifie en tant qu'homosexuelle ; deux femmes s'identifient en tant que bisexuelles ; une femme s'identifie en tant qu'hétérosexuelle ; deux femmes s'identifient en tant que pansexuelles. Neuf femmes ne se reconnaissent dans aucune de ces dénominations et préfèrent dire qu'elles sont « en couple avec une femme », « en amour avec une femme », « amoureuse de cette personne » ou qu'elles ont « des relations avec des femmes ».

► **Quels sont les freins à l'accès aux soins gynécologiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?**

L'analyse des parcours gynécologiques des enquêtées a permis d'identifier des facteurs de risque de discontinuité, voire de rupture du parcours gynécologique, ainsi que des facteurs protecteurs.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve une absence de « modèle social à consulter » chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Elles échangent peu sur ce sujet avec leurs partenaires et leurs amies qui elles-mêmes ne consultent pas ou peu. Les mauvaises expériences en consultation, telles que les marques d'incompréhension, de malaise voire de jugement de la part du/de la professionnelLe de santé suite au dévoilement de l'orientation sexuelle sont également à risque. Pourtant, les femmes considèrent généralement pertinent de dire leur orientation sexuelle au/à la

professionnelLE pour être correctement prises en charge. Le changement d'orientation sexuelle est un événement susceptible d'impacter négativement la régularité du suivi gynécologique. La majorité des enquêtées dont le parcours sexuel est progressif ont rapporté une discontinuité voire une rupture dans leur suivi. Certaines sont convaincues qu'il n'y a plus d'intérêt à consulter tandis que d'autres s'interrogent sur la nécessité de continuer à consulter ou non, et à quelle fréquence. Enfin, la moindre estime de soi ou les troubles dépressifs rapportés par plusieurs femmes peuvent influencer sur la démarche de soin et de prévention.

La sensibilisation par la famille, lorsqu'il y a par exemple des cas de cancer du sein dans la famille, est apparue comme un facteur protecteur de la régularité du suivi, y compris lorsqu'il y avait eu des mauvaises expériences de consultation. Par ailleurs, le fait de trouver « le/la bonNE praticienNE » a semblé déterminant dans la continuité du parcours gynécologique de plusieurs enquêtées. Les femmes ont décrit un phénomène de recommandation de praticienNEs « safe », dans le milieu lesbien ou par le biais de listes de soignantEs référencEs par les patientes elles-mêmes.

► **Quel est l'impact de l'absence de discours relatif à la santé gynécologique sur le parcours des femmes ayant des rapports homosexuels ?**

Un sentiment d'immunité sexuelle a été décrit par une grande majorité des femmes enquêtées. Leurs rapports sexuels entre femmes ne sont pas protégés et elles ont très peu recours au dépistage des IST. Elles associent la consultation gynécologique à la contraception et aux risques hétérosexuels. Cette perception d'une absence de risque se trouve renforcée par une absence d'information et de guidance des professionnelLEs de santé et des politiques publiques, qui ne portent pas de discours sur le parcours de santé gynécologique d'une femme ayant des rapports homosexuels. Les professionnelLEs de santé n'informent pas sur l'importance de conserver un suivi gynécologique régulier, probablement par manque de formation et de réflexion sur le sujet. Cet état de fait expose les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes aux inégalités sociales de santé, puisque le savoir concernant la prévention et la santé gynécologique reste confiné aux espaces militants et donc accessible aux femmes les plus insérées dans le milieu lesbien. Les enquêtées issues du recrutement par le biais des associations sont apparues les mieux informées des risques et des moyens de prévention des IST (digue dentaire, gants, préservatifs pour les objets sexuels).

► **Qu'est-ce qui amène finalement ces femmes à consulter ?**

Mon analyse montre que ce sont des expériences individuelles telles que l'hétérosexualité, l'apparition d'une symptomatologie gynécologique ou encore la maternité, qui déterminent l'initiation et la précocité du suivi gynécologique.

L'hétérosexualité influence souvent la précocité de la première consultation. C'est une expérience largement partagée, comme le montre la prédominance des parcours sexuels simultanés et progressifs parmi les enquêtées. Elle est souvent reliée au poids des normes familiales et sociétales.

**Il est établi que le bien-être et l'estime de soi sont déterminants dans la capacité d'un individu à se projeter dans une démarche de soin et de prévention.**

La maternité est apparue comme un événement fondateur pour plusieurs femmes qui n'avaient jamais ou quasiment jamais consulté (parcours sexuels exclusifs). Ce fut l'occasion pour elles de créer un lien avec le milieu médical et un effet « collatéral » sur la compagne a été rapporté. Les enquêtées ont exprimé un « apaisement » voire un soulagement dans leur rapport au suivi gynécologique.

Les plaintes somatiques, essentiellement les dysménorrhées et les mycoses, sont apparues comme un élément déterminant de la démarche de consultation, notamment chez les femmes ayant un parcours sexuel exclusif. Le médecin généraliste a été cité à plusieurs reprises comme un interlocuteur privilégié sur ces sujets.

► **Existe-t-il des spécificités dans le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?**

Les femmes qui ont des relations homosexuelles ne constituent pas un groupe homogène. Cependant, dans leur diversité, elles semblent avoir des vulnérabilités accrues.

Tout d'abord, la stigmatisation ou les discriminations, qu'elles soient institutionnelles ou individuelles, entraînent fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires. Cela est particulièrement retrouvé chez la population adolescente, qui doit faire face au trouble et à la recherche identitaire propre à cette période de la vie, en même temps qu'affronter les premiers questionnements sur l'orientation sexuelle et gérer l'annonce de l'homo/bisexualité à l'entourage <sup>(16)</sup>. L'enquête CSF rapporte ainsi que, parmi les 18-24 ans, 89,2 % des femmes homo/bisexuelles déclarent avoir été déprimées au cours des douze derniers mois, versus 33,1 % chez les jeunes hétérosexuelles <sup>(4)</sup>. Le malaise psychologique serait également un peu plus fréquent chez les femmes dont l'homosexualité n'est pas agie, c'est-à-dire qui sont attirées par des femmes mais non engagées dans des pratiques homosexuelles <sup>(17)</sup>. Il est établi que le bien-être et l'estime de soi sont déterminants dans la capacité d'un individu à se projeter dans une démarche de soin et de prévention.

Le sujet des violences doit être abordé, car il n'est pas exempt des relations entre femmes. De plus, des études ont montré l'incidence élevée des violences chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en raison de leur parcours biographique, marqué par une entrée plus précoce dans la sexualité et un plus grand nombre de partenaires, y compris masculins.

J'ai également relevé des problématiques spécifiques dans le rapport au corps et à la consultation gynécologique. Des enquêtées ont ainsi exprimé leur difficulté à appréhender des parties du corps symboliques de la féminité, telles que les seins, ou la pénibilité d'un examen gynécologique vécu comme une mise en scène sexualisée du corps.

► **Comment les sages-femmes pourraient-elles s'impliquer pour améliorer le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes? Quelles sont les bonnes pratiques qui pourraient être développées?**

La méconnaissance ou l'absence de considération pour la sexualité entre femmes conduit une grande partie des femmes ayant des rapports homosexuels à ne pas considérer la consultation gynécologique comme un espace ressource pour leur santé. Elles hésitent à dévoiler leur orientation sexuelle, ce qui renforce la présomption d'hétérosexualité largement répandue chez les professionnel·LEs et peut résulter en une offre de santé inadaptée.

Plusieurs études internationales sur l'interaction soignant·E/soignée pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ont montré que, lorsque le médecin est informé de l'orientation sexuelle de sa patiente, cela peut avoir des impacts positifs sur le recours aux soins. Une étude canadienne a ainsi montré que le fait d'interroger l'orientation sexuelle de la patiente et d'adopter une attitude positive vis-à-vis de celle-ci 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<sup>(18)</sup>. Tracy a montré que les lesbiennes américaines dont le/la gynécologue est au courant de l'orientation sexuelle sont plus de deux fois plus nombreuses à faire régulièrement des frottis que celles dont le/la gynécologue ignore l'orientation<sup>(19)</sup>.

Il n'est pas question de préconiser une approche particulière pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais plutôt une approche centrée sur la personne prenant en compte les différences individuelles. Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant et d'aborder sans *a priori* et de manière non jugeante les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Le dialogue 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.

Devant des pratiques inconnues que la patiente peut révéler, le questionnement de la part du/de la professionnel·LE peut être pris comme une marque d'intérêt s'il est empathique. Le fait de prendre conscience de ses propres préjugés et de la manière dont les spécificités des patientes peuvent conduire à des inégalités de santé me paraît essentiel. Il est important de proposer l'examen gynécologique (à adapter à chacune), les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein et la prescription de la pilule à d'autres fins que la contraception (notamment pour améliorer des dysménorrhées).

Les sages-femmes sont directement concernées par le sujet. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention en font des praticiennes de premiers recours pour la majorité des femmes. De la même façon, ce n'est pas parce que l'aide médicale à la procréation n'est pas autorisée en France pour les couples de femmes que celles-ci renoncent à leur projet de fonder une famille. L'expérience de la maternité s'est révélée structurante pour les femmes que nous avons interrogées et représente une occasion privilégiée pour les professionnel·LEs de créer du lien, autant avec la patiente qu'avec sa partenaire. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions*. Genre Sex Société [Internet]. Juin 2009 [consulté le 12 mai 2018]; (1). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/gss/951>
2. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N. *Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL)* 2011. InVS, ANRS ; 2011.
3. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. *Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005; Vol. 33 (10) : 776-82.
4. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. La Découverte. Paris; 2008. 612 p. (Hors Collection Social).
5. INCa. *Module de formation e-learning sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus* [Internet]. [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation>
6. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. *Lesbians' Sexual History With Men : Implications for Taking a Sexual History*. Arch Intern Med. Déc 1999; 159 (22) : 2730-6.
7. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. *Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women*. Sex Transm Infect. Oct 2000; 76 (5) : 345-9.
8. Bauer GR, Welles SL. *Beyond Assumptions of Negligible Risk : Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women*. Am J Public Health. Août 2001; 91 (8) : 1282-6.
9. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. *Cigarette Smoking Among Lesbians, Gays, and Bisexuals : How Serious a Problem ? (United States)*. Cancer Causes Control. Oct 2004; 15 (8) : 797-803.
10. Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. *Adult health behaviors over the life course by sexual orientation*. Am J Public Health. Févr 2012; 102 (2) : 292-300.
11. Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK, King BA, Alexander T, Zhao X. *Tobacco product use among sexual minority adults : findings from the 2012-2013 national adult tobacco survey*. Am J Prev Med. Avr 2016; 50 (4) : e91-100.
12. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. *Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women*. Am J Public Health. Juin 2001; 91 (6) : 947-52.
13. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. *Lesbians and cervical screening*. Br J Gen Pr. Juin 2000; 50 (455) : 481-2.
14. Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, 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. Janv 2014; 18 (1) : 50-6.
15. Chetcuti N. *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Payot. 2010. 300 p.
16. Bozon M. *Sociologie de la sexualité*. Nathan. Paris; 2002. 128 p.
17. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. *Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. In : Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires [Internet]. Agence nationale de recherche sur le sida. Paris; 2003 [consulté le 12 mai 2018]. (Collection Sciences sociales et sida). Disponible sur : [http://semgai.free.fr/doc\\_et\\_pdf/homo\\_anrs\\_crips2004.pdf](http://semgai.free.fr/doc_et_pdf/homo_anrs_crips2004.pdf)
18. Steele LS, Timmouth JM, Lu A. *Regular health care use by lesbians : a path analysis of predictive factors*. Fam Pract. Déc 2006; 23 (6) : 631-6.
19. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. *Understanding cervical cancer screening among lesbians : a national survey*. BMC Public Health. Mai 2013; 13 : 442. l'encadrement médico-psychosocial et juridique des grossesses GPA et/ou PPA