

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Jérémy LAURENT

Le 29 Février 2024

**PRATIQUE ET CONNAISSANCE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA SANTE SEXUELLE DES FEMMES
AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES**

Directeur de thèse : Dr Geneviève MOLINA

JURY

Madame le Professeur Julie DUPOUY	Président
Madame le Docteur Lisa OUANHNON	Assesseur
Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ	Assesseur
Madame le Docteur Geneviève MOLINA	Assesseur



**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical Tableau du
personnel hospitalo-universitaire de médecine 2022-2023**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E) Mme
ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAVAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

M. LAURENT Jérémy

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrit dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 30/04/2023

sous le numéro : **2023LJ46**

Fait à Toulouse, le 03/05/2023

Pr P. BOYER

Remerciements

A Madame le Professeur Julie DUPOUY, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A Madame le Docteur Geneviève MOLINA, je vous remercie et vous adresse ma reconnaissance pour votre accompagnement, votre aide, votre présence durant la direction de cette thèse.

A Madame le Docteur Lisa OUANHON, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ, je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Laëtitia je souhaiterais te remercier pour ta présence à mes côtés et ton soutien sans faille à chaque instant.

A mes parents et à mon frère, pour avoir toujours été là et de m'avoir permis d'être là où j'en suis aujourd'hui.

A Guillaume, Neil et Pedro pour avoir été présents dès le début de cette aventure, (et tout particulièrement Guillaume pour tes relectures précieuses).

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont accompagné dans ces longues études et en dehors.

Listes des abréviations

Adresse IP : Adresse internet protocole

CEGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme universitaire

DUMG : Département universitaire de médecine générale

EPU : Enseignement post universitaire

FAF : Fonds d'Assurance Formation

FCU : Frottis cervicaux utérins

FMC : Formation médicale continue,

FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

FSFH : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et des hommes

FSFs : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes seulement

FSH : Femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes

HAS : Haute autorité de santé

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

IST infection sexuellement transmissible

LGBTQI+ : Lesbienne Gay Bisexuel Transsexuel Intersexe

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MSU : Maître de stage universitaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

OS : Orientation sexuelle

PMA : Procréation médicalement assistée

URL : Uniform Resource Locator

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

I Introduction	3
I-1 Contexte	3
I-1-a Femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes	3
I-1-b « Invisibilisation »	3
I-1-c Santé sexuelle	4
I-2 Santé sexuelle des FSF	4
I-2-a Spécificité	4
I-2-b IST « moins » importantes ? Présentes et non négligeables	5
I-2-c Facteurs de risques et moyens de protections	6
I-2-d Cancers gynécologiques et dépistages	7
I-3 Les représentations de la santé sexuelle et de la relation soignant/soignée	7
I-3-a Point de vue des patientes FSF	7
I-3-b Point de vue des médecins généralistes	8
II Matériel et méthode	10
II-1 Type d'étude	10
II-2 Construction du questionnaire	10
II-3 Constitution de l'échantillon	11
II-4 Critères de jugement	11
II-5 Analyse statistique des données	11
II-6 Aspect réglementaire et éthique	12
III Résultats	13
III-1 Inclusion	13
III-2 Caractéristiques des participants	14
III-3 Orientation sexuelle et sexualité	16
III-4 Dépistage et prévention des infections sexuellement transmissibles	19
III-5 Procréation et suivi gynécologique	21
III-6 Aspects psychosociaux en santé sexuelle	23
III-7 Ressenti des participants	24
III-8 Analyse en sous-groupes	25
III-8-a Prise en charge globale	25
III-8-b Orientation sexuelle jamais abordée	26
III-8-c Prise en charge des FSF différente	27
III-8-d Plus de 5 patientes FSF dans la patientèle	28
III-8-e Participants ayant une formation en gynécologie	28
IV Discussion	30

IV-1 Population de l'enquête	30
IV-2 Concernant l'objectif principal	30
IV-2-a Complexité de l'abord de l'OS	30
IV-2-b IST : Dépistage adéquat et faible prévention spécifique	32
IV-2- c Paradoxe d'une procréation peu comprise et d'une prévention gynécologique adaptée	33
IV-2-d Aspect psychosocial de la sexualité : un sujet difficile à évoquer	34
IV-3 Objectif secondaire : un besoin de formation évident	34
IV-4 Limites de l'étude	36
V Conclusion	38
Sources Bibliographiques	39
Annexes	44

I Introduction

I-1 Contexte

I-1-a Femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes

L'identité sexuelle est subjective et peut évoluer avec le temps. Les façons dont se définissent les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes sont multiples. Certains termes : lesbiennes, homosexuelles ou bisexuelles sont communément acceptés. Le terme objectif de « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » (FSF) semble faire l'objet d'un consensus et est utilisé dans la littérature pour définir cette population.

Selon les études, parmi les patientes FSF, on peut distinguer les patientes ayant des rapports sexuels avec des Femmes seulement (FSFs) et les femmes ayant également des rapports avec des hommes (FSFH). En France, jusqu'à 4% des femmes se déclareraient FSF dont 0.5 à 1% FSFs et de 0.8 à 3% FSFH. Ces études rapportent que 10% des femmes auraient eu au moins un rapport avec une femme au cours de leur vie (1, 2).

I-1-b « Invisibilisation »

Une représentation initialement faible dans la recherche scientifique a longtemps amené à parler d'invisibilisation de cette population dans les études médicales. On peut observer un regain d'intérêt ces dernières années. La méta analyse d' Otero de 1998 à 2019, montre une majoration des publications à partir de 2014 (3). Sur le catalogue du système universitaire de documentation (SUDOC), une majoration du nombre de thèses concernant les FSF est perceptible dès 2016 puis surtout à partir de 2019.

Cette plus grande visibilité est corrélée à des avancées sociétales en France, en particulier avec le mariage pour tous en 2013, puis la Procréation Médicalement Assistée (PMA) pour toutes en 2021. Ceci associé à une médiatisation plus importante.

Sur le plan de la santé publique, la feuille de route Santé Sexuelle 2021-2024 tend elle aussi à l'égalité par la promotion et la formation à la santé sexuelle, la lutte contre les discriminations et les violences sexistes et sexuelles. Son objectif est en particulier de former et sensibiliser les professionnels de santé (4).

I-1-c Santé sexuelle

La santé sexuelle est une thématique fondamentale au niveau international. L'OMS la définit comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.* »(5)

En effet, la santé sexuelle n'est pas uniquement la prévention, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), de maladies systémiques, gynécologiques, urologiques ou des dysfonctions sexuelles. Elle est plus complexe, comprenant plusieurs champs d'intérêt indissociables, notamment psychologique et social. Les violences (sexuelles, physiques et psychologiques), les grossesses désirées ou non, les discriminations sont par ailleurs des éléments majeurs impactant la vie sexuelle.

Les IST sont malgré tout un enjeu essentiel de la santé sexuelle. Devant leur recrudescence, des recommandations récentes visent à accentuer leur dépistage en population générale : dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à chaque changement de partenaire (ou tous les ans en cas de partenaires multiples), au moins un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) au cours de la vie, un dépistage du virus de l'hépatite B (VHB) en l'absence de vaccination et un dépistage annuel du gonocoque et du chlamydia pour les femmes entre 15 et 25 ans en cas de de nouveaux partenaires (6).

I-2 Santé sexuelle des FSF

I-2-a Spécificité

La santé sexuelle des patientes FSF présente des enjeux spécifiques. Comme vu précédemment, l'orientation sexuelle (OS) est subjective, variable et évolutive. Plus de 90% des femmes disant être FSF ont déjà eu un rapport sexuel avec un homme (7), parfois non consenti.

La contraception est peu fréquemment utilisée et souvent liée au traitement des dysménorrhées. Parallèlement, certaines études mettent en avant des grossesses non désirées (7). Cela est particulièrement vrai à l'adolescence où le taux de grossesses est plus important

pour les patientes FSF que pour les patientes FSH (Femmes qui ont des rapports sexuels avec des Hommes) (8). L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est plus important pour les FSF (49%) que pour les patientes FSH (20%)(9).

Le sujet des dysfonctions sexuelles se retrouve fréquemment chez les patientes FSF, en particulier à cause d'incontinences urinaires d'effort ou de lésions génitales, parfois traumatiques. Ceci peut être mis en lien avec la notion de violence. En effet, les agressions sexuelles sont 2 à 3 fois plus fréquentes chez les patientes FSF, que ce soit dans l'enfance ou dans la vie de couple entre femmes (7).

Des difficultés sociales tels que l'hétéronormativité¹, des actes homophobes, l'intimidation scolaire, le rejet familial et social sont décrites (3). Une augmentation de 15% des actes de violences homophobes a été recensée entre 2017 et 2018 par SOS homophobie (10). Entre 2016 et 2017, il y a également eu une augmentation de 29% à 34% de femmes victimes de discrimination lesbophobes.

La fréquence de l'anxiété, de la dépression, et des idées suicidaires est augmentée par rapport à la population générale (11, 12, 13). Avec jusqu'à 14 fois plus de tentatives de suicides dans la population Lesbienne Gay Bisexuel(le) Transsexuel(le) Queer Intersexe (LGBTQI+).

I-2-b IST « moins » importantes ? Présentes et non négligeables

Initialement, les études réalisées semblaient appuyer le fait que les IST étaient autant présentes chez les patientes FSF et FSH (11, 14), avec une majoration du risque d'IST des FSFH vis à vis des FSH (7), une étude rapportant que 25% des FSF auraient présentées au moins une IST au cours de leur vie (FSFs + FSFH) contre 9% des FSH (9). Deux études plus récentes retrouvent une plus faible prévalence des IST chez les FSFs que chez les FSH sauf en cas de tabagisme actif où le risque global d'IST serait similaire. Les patientes FSFH auraient un risque au moins égal voir plus important de présenter des IST par rapport aux FSH (15, 16).

Une méta analyse récente de la prévalence des différentes IST chez les FSF a étudié 22 articles publiés entre 1998 et 2018 (17). La vaginite bactérienne apparaît comme la première affection présentée par les FSF. N'étant pas une IST, elle est favorisée par les rapports sexuels féminins par partage de flore vaginale et atteindrait de 31% à 42.8% des FSF. Le

¹ Hétéronormativité : Est le fait de supposer que l'hétérosexualité est la norme et que toute personne est donc hétérosexuelle, sauf mention contraire (<https://questionsexualite.fr>)

papillomavirus, qui serait la seconde affection sexuellement transmissible dans cette population, est présente chez 40% des FSF (affections asymptomatiques, lésions du col et condylomes). Selon les populations de FSF étudiées, la prévalence des autres infections serait de l'ordre de 1% à 26% pour les infections herpétiques, 0.5% à 13.5% pour Chlamydia, 0.3% à 2.7% pour Gonocoque, 1.3% à 17% pour Trichomonas, moins de 3.6% pour la Syphilis. Le VIH est très rarement retrouvé (<1.8% des FSF). A noter qu'aucune étude présentant des données vis-à-vis du VHB ni du VHC n'avait été analysée.

I-2-c Facteurs de risques et moyens de protections

Dans le cadre de rapports sexuels entre femmes, la transmission des IST est favorisée par le contact avec des lésions visibles, le sang et les sécrétions physiologiques.(17)

Il est cependant souvent précisé que les patientes FSF utilisent rarement des moyens de prévention. Seules 4% déclaraient les utiliser systématiquement dans une enquête de 2022 (18) et 72% à 95% ne les utiliseraient jamais (19, 20, 21). Une autre étude réalisée en Suisse en 2012 précisait que 88% n'utiliseraient jamais de protection lors de rapports digitaux, 85% n'utiliseraient jamais de méthode barrière dans les rapports oraux et 62% n'utiliseraient jamais de protection lors de l'utilisation de matériel insertif (22). Le risque de transmissions est amplifié par le faible taux de dépistage des IST : 1 à 2 FSF sur 3 n'en auraient jamais fait (19, 20) même si 72.5% des FSF aborderaient le sujet des IST avec leur partenaire.

Cela s'ajoute à des comportements à risques plus fréquents, en particulier au niveau des toxiques : tabac, alcool, et autres substances, y compris injectées (7). De plus, elles présenteraient un âge du premier rapport sexuel plus précoce avec des partenaires plus nombreux (moyenne de 14 partenaires pour les FSF contre 8 pour les FSH) (23).

Les protections contre les IST et le « SAFER SEX » correspondent à la mise en place de méthodes préventives (3). Cela passe notamment par le fait d'éviter le contact avec le sang pendant les rapports, d'éviter les objets tranchants, de garder les ongles courts, de prévenir le risque d'érosion cutanée favorisant les IST et l'absence de partage matériel insertif. Les préservatifs internes ou externes sont des moyens de protection efficaces tout autant que les gants ou les doigtiers. Les digues dentaires ou film alimentaire non microondé sont utilisables pour les rapports oraux génitaux. Cependant, comme évoqué précédemment, malgré l'existence de ces méthodes barrières, leur utilisation reste marginale

La réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs, l'information donnée sur les IST aux FSF et la nécessité de les inclure dans le dépistage des IST restent des éléments

incontournables qui, ajoutés aux autres, pourraient permettre d'améliorer leur santé sexuelle (15, 16).

I-2-d Cancers gynécologiques et dépistages

Certains articles tendent à montrer une majoration des cancers de l'ovaire, du sein et de l'endomètre. Il existe des facteurs de risques de néoplasies gynécologiques plus fréquents chez les patientes FSF : obésité, tabagisme, trouble de l'usage de l'alcool, nulliparité, absence d'allaitement ou utilisation moindre de contraception œstro-progestative (qui a un effet protecteur sur les cancers de l'ovaire et de l'endomètre) (21, 24, 25).

La particularité du cancer du sein chez les FSF et plus généralement des seinopathies est liée à un malaise et une anxiété vis-à-vis des pathologies mammaires, ce qui diminue la participation aux dépistages (26, 27).

Par rapport au cancer du col de l'utérus, les FSF ont un risque égal aux FSH, cependant la réalisation du frottis cervico-utérin (FCU) est beaucoup moins fréquente (7, 28). En effet les FSFs sont significativement moins à jour dans leur frottis (55,4%) par rapport aux FSFH (76,8%) et aux FSH (90,0%) (29). De plus elles sont 3 à 4 fois plus à ne jamais avoir eu de FCU(11) et sont moins nombreuses à être vaccinées contre le papillomavirus (7).

I-3 Les représentations de la santé sexuelle et de la relation soignant/soignée

I-3-a Point de vue des patientes FSF

On retrouve une croyance d'immunité concernant les IST, notamment augmentée par le faible risque du VIH, qui les conduit à sous utiliser les moyens de protection (quand ils sont connus) et à une absence de consultation pour le dépistage des IST ou de suivi gynécologique (26). En effet, certaines FSF ne se sentent pas concernées, exprimant même leur désintérêt. Cette attitude peut parfois être renforcée par des discours de non nécessité de suivi gynécologique apportés par certains professionnels de santé.

La maternité est fréquemment source de stress car elle implique une médicalisation souvent nécessaire ayant pu amener à l'illégalité par le passé. On note aussi la crainte du jugement, de discrimination, de maladresse pouvant amener à appréhender l'abord de l'OS (30). Effectivement, jusqu'à 19% des réactions à l'abord de l'OS étaient considérées comme négatives par les patientes (31). Cet aspect peut être modulé par le fait que l'abord de l'OS

leur semble tout de même important, parfois nécessaire, estimant qu'il est essentiel de se sentir reconnue dans son individualité (32). En effet, 89% des patientes n'ayant pas abordé leur OS avec leur médecin généraliste souhaiteraient en parler, 92% pensent que c'est important (31).

Il y a également un ressenti des FSF de la mauvaise connaissance des praticiens concernant leur santé. Souvent le discours est perçu comme inadapté, recommandant parfois une absence de protection des IST (26). Cela fait rechercher des informations dans les milieux associatifs, amicaux ou informels, avec le risque de recevoir des informations non adaptées ou erronées (3, 30). La relation médecin - patient est ressentie comme décevante voire inexistante (33), amenant à un faible suivi médical, une discontinuité des soins et la recherche de médecines alternatives (9). Cependant le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié et est en majorité consulté pour les questions de prévention (34).

I-3-b Point de vue des médecins généralistes

Des études internationales ont montré que la plupart des médecins généralistes ressentent un manque de préparation concernant la santé sexuelle des FSF, les amenant à ne pas aborder la santé sexuelle avec les patients perçus comme non hétérosexuels (35, 36).

Beaucoup s'interrogent sur la nécessité d'aborder l'OS de leurs patientes et ils ne posent généralement pas de question à ce sujet. Seulement 8% l'abordent spontanément (31), entraînant une importante présomption d'hétérosexualité souvent mal vécue par les patientes. La connaissance de leur OS est souvent indirecte au cours des différentes anamnèses, les patientes évoquant une partenaire féminine ou venant avec leur compagne. Ceux qui ont le plus de connaissances se basent sur leur expérience clinique et sur des discussions avec des experts. La nécessité d'apprentissage pendant les études universitaires des besoins de santé spécifiques des patientes FSF, soulignée par différents articles, portait en particulier sur les techniques d'entretien (35).

En France, des travaux récents de fin d'étude s'intéressant au suivi gynécologique des FSF ont mis en évidence un inconfort et une méconnaissance des spécificités des FSF avec un suivi moins régulier (37).

Les médecins généralistes n'ayant pas de formation spécifique préfèrent rediriger les patientes FSF ou demander un avis à des centres spécialisés : les centres gratuits

d'informations de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) et le planning familial. Pour ceux qui ont eu une formation en gynécologie, le suivi des FSF semble le même que pour les FSH (38). Ils expriment la nécessité de formation pratique, de visibilité de médecins spécialisés ainsi que des campagnes d'information (37).

À ce sentiment de manque de connaissances, s'ajoute une différence de prise en charge significative entre FSF et FSH notamment pour les soins gynécologiques. Une thèse sur le suivi gynécologique des FSF par des médecins généralistes rhônalpins, a mis en avant que 90% auraient une pratique différente avec les FSF par rapport aux FSH. Cela se retrouverait principalement dans l'abord des moyens de prévention et de dépistage des IST. Seuls 50% des médecins généralistes proposeraient une contraception à une patiente FSF. Les données sont contradictoires concernant la proposition du dépistage de cancer du col de l'utérus : aucune différence de pratique n'était retrouvée par Ottavioli (39) alors qu'une autre étude a montré que 7% des médecins généralistes ne proposaient jamais de FCU à une patiente FSF (28).

Les formations médicales sur la santé sexuelle de différents pays n'incluent généralement pas l'aspect de l'homosexualité, et jamais celui de la santé des FSF. L'introduction de formations spécifiques dans les cursus habituels a montré une plus grande inclusivité dans les prises en charges (40). Au Canada, des recommandations vis-à-vis de la formation des internes en médecine d'urgence ont récemment été faites afin d'améliorer la prise en charge des patientes et patients homosexuels ou bisexuels (41).

En France, quelques formations existent afin de mieux connaître la santé sexuelle des FSF mais en dehors de la formation initiale commune, souvent organisées par des associations. J'ai pu ainsi assister à la formation « Repenser ses pratiques de soins pour un public LBT (Lesbiennes Bisexuelles Transsexuelles) » présenté par B Ridard et organisée par l'association Pour une médecine engagée unie et féministe (Pour une M.E.U.F). Elle consistait à exprimer les enjeux d'une prise en charge non hétéronormée en connaissant les spécificités de la santé des patientes FSF(42).

Dans ce contexte, il paraît essentiel de compléter et actualiser les connaissances de la prise en charge des patientes FSF en médecine générale en France.

L'objectif principal de l'étude est l'évaluation de la pratique des médecins généralistes concernant la santé sexuelle des FSF. Les objectifs secondaires sont l'évaluation des besoins ressentis en formations sur ce sujet ainsi que des formations souhaitées par les médecins généralistes.

II Matériel et méthode

II-1 Type d'étude

L'étude a été réalisée via une méthode quantitative, observationnelle transversale, descriptive. Cette enquête de pratique concernait les médecins généralistes dans le territoire de l'ex-région Midi-Pyrénées, en Occitanie. Les départements ciblés étaient ceux de l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne.

La réalisation de l'étude s'est faite au travers d'un questionnaire anonyme, à questions majoritairement fermées utilisant principalement des variables qualitatives ordinales.

II-2 Construction du questionnaire

Le questionnaire a été construit autour de la définition de la santé sexuelle de l'OMS afin d'en aborder les différentes thématiques. Deux thèses précédentes recherchant des différences de prise en charge entre patientes FSF et FSH sur les soins gynécologiques et le dépistage du cancer du col de l'utérus ont permis d'orienter le questionnaire(39), (28).

Il comportait 38 questions fermées à choix multiples sans question obligatoire, réparties en 7 thèmes :

- A propos des participants à l'étude : 5 questions
- Orientation sexuelle et sexualités : 5 questions
- IST : Dépistage et prévention : 10 questions
- Procréation : 4 questions
- Santé Gynécologique : 4 questions
- Aspect psychosocial de la sexualité : 5 questions
- Ressenti des participants de l'étude : 5 questions

Deux questions ouvertes courtes ont permis aux participants d'exprimer le type de formation gynécologique réalisé et le type de formation souhaité.

Un espace dédié aux commentaires libres a permis aux répondants de s'exprimer sur ce sujet.

Un prétest a été réalisé auprès de cinq médecins généralistes et le temps de remplissage a été estimé à sept minutes. Nous avons ensuite décidé de rajouter la recherche de maîtres de stages universitaires (MSU) dans les caractéristiques professionnelles, 100% des répondants

au prétest étant MSU. Le logiciel d'enquête Lime Survey a été utilisé pour créer le questionnaire définitif en ligne.

II-3 Constitution de l'échantillon

Le recrutement a été effectué via la liste des médecins généralistes libéraux installés et thésés inscrits à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de l'ancienne région Midi-Pyrénées, représentant nos critères d'inclusion. Il excluait donc les médecins remplaçants ou non thésés.

L'URPS a envoyé à toute la population cible un mail contenant le lien internet vers le questionnaire en ligne et un texte d'explication (voir Annexe 1). Il s'agit donc d'un échantillonnage volontaire.

Sur les 2300 praticiens en médecine générale estimés faisant partis de la liste de l'URPS, nous projetions un taux de 5 à 10 % de réponses. Notre objectif plancher était de 80 réponses.

II-4 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la description de l'abord de la santé sexuelle par les médecins généralistes ainsi que leur proposition de dépistages des IST et de prévention.

Le critère d'évaluation secondaire était leur demande de connaissance complémentaire et le type de formation souhaitée.

II-5 Analyse statistique des données

Les données recueillies étaient stockées par le logiciel Lime Survey. Elles ont pu être importées sur tableur Excel. L'analyse statistique a été réalisée par fréquences, pourcentages et tableaux croisés.

Une analyse en sous-groupe a été prévue concernant :

- le mode d'exercice,
- la formation en gynécologie,
- les caractéristiques sociodémographiques,

- les médecins pensant prendre en charge de manière différente,
- le nombre de patientes FSF estimées parmi la patientèle,
- le souhait de formation,
- le fait d'aborder ou non l'orientation sexuelle

L'analyse des données a été effectuée a posteriori sur les participants réalisant une prise en charge globale complète.

II-6 Aspect réglementaire et éthique

Après réévaluation du responsable des questionnaires du département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse, nous avons obtenu la déclaration conformité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'envoi du questionnaire a été validé par la commission dédiée de l'URPS.

Afin de respecter le Règlement Général de Protection des Données, nous avons opté pour l'utilisation du logiciel Lime Survey. Aucune donnée personnelle permettant d'identifier les participants n'a été recueillie, les réponses n'ont pas été datées, les adresses IP et URL de provenance étaient anonymisées et non sauvegardées

Le recueil du consentement était implicite du fait de l'auto-administration.

III Résultats

III-1 Inclusion

L'étude a été menée du 16/06/2023 au 16/08/2023. Le questionnaire a été adressé à 2296 médecins généralistes libéraux installés. Sur une population de 746 participants ayant ouvert le mail, 165 (22%) ont lancé le questionnaire. 29 n'ont pas pu être inclus dans l'étude :

- 13 pour absence de remplissage
- 9 pour absence d'informations autres que celles concernant les participants
- 7 pour questionnaires incomplets, soit 4.9% du total des participants ayant répondu aux questions sur les pratiques

Au total, 136 questionnaires complets ont été analysés (Figure 1).

Les 9 participants ayant répondu uniquement aux questions sur les participants, étaient majoritairement âgés de plus de 55 ans (56%), exerçaient majoritairement (56%) en zone urbaine et 7 (78%) n'avaient pas de formation en gynécologie.

Parmi les 7 réponders partiels, 3 avaient entre 35 et 44 ans (42.86%), 3 exerçaient en semi rural, 3 en urbain. 3 exerçaient seuls, 3 en de cabinet de groupe, 4 étaient MSU et 4 réalisaient habituellement un suivi gynécologique.

1 participant n'a coché aucun item mais a rédigé un commentaire questionnant la pertinence de l'étude. 19 autres participants ont également écrit des commentaires libres.

L'ensemble des réponses est disponible dans l'Annexe 2.

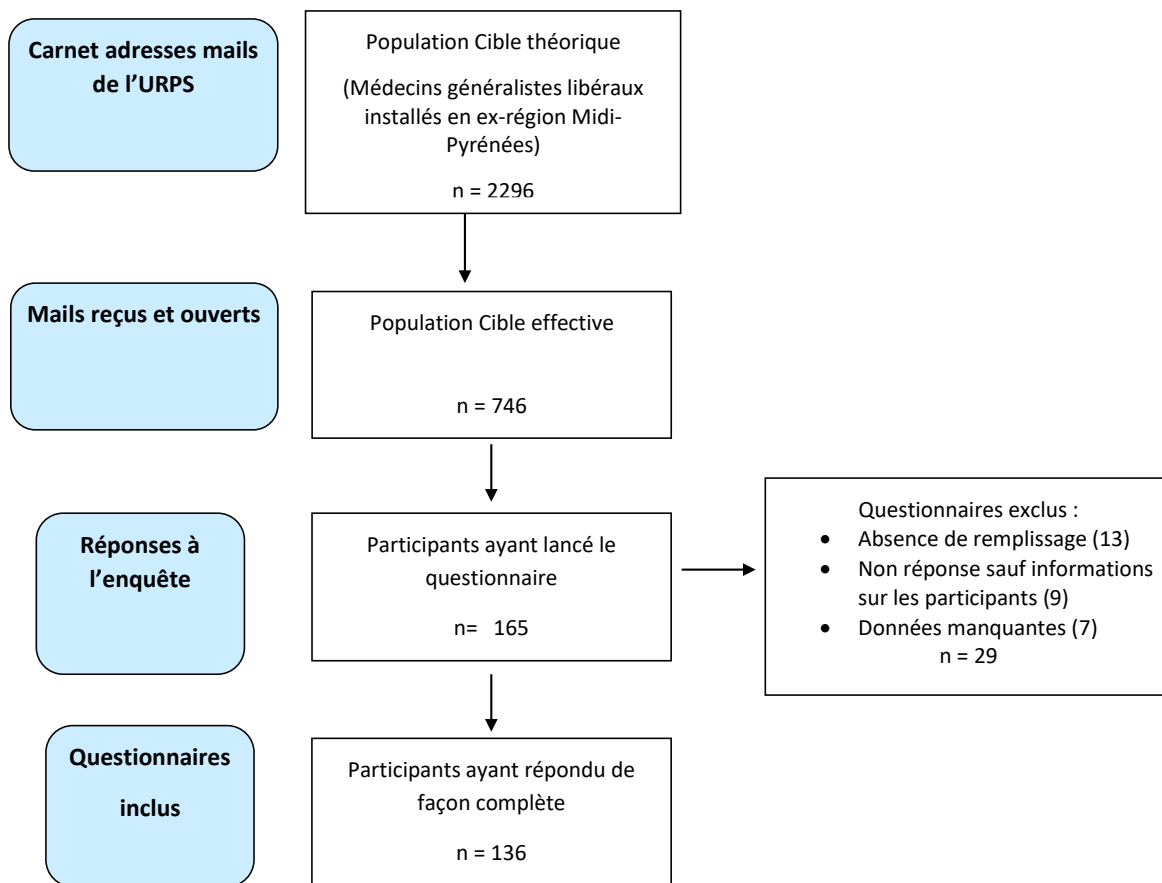


Figure 1 : Diagramme de flux

III-2 Caractéristiques des participants

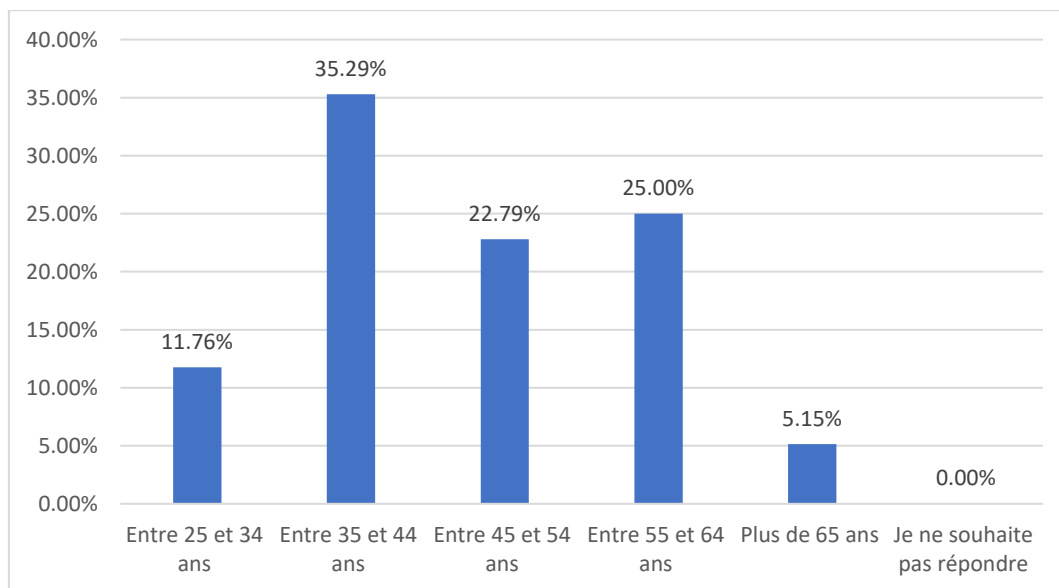


Figure 2 : Âge des participants

La tranche d'âge la plus représentée est entre 35-44 ans : 35.29% (Figure 2).

Le lieu d'exercice le plus fréquent est en zone semi-rurale (entre 2 000 et 5 000 habitants) : 41.91% des participants (Figure 3).

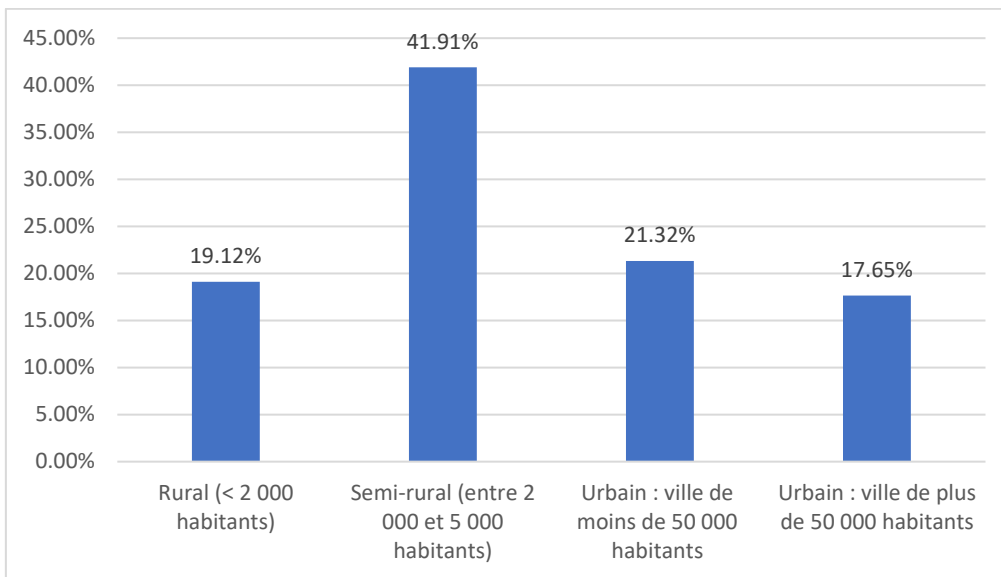


Figure 3 : Lieu d'exercice des participants

Nous n'avons aucun répondant exerçant à l'hôpital ou dans un centre de santé. La majorité des praticiens exercent en groupe (Figure 4). 52.94% sont maîtres de stage universitaire.

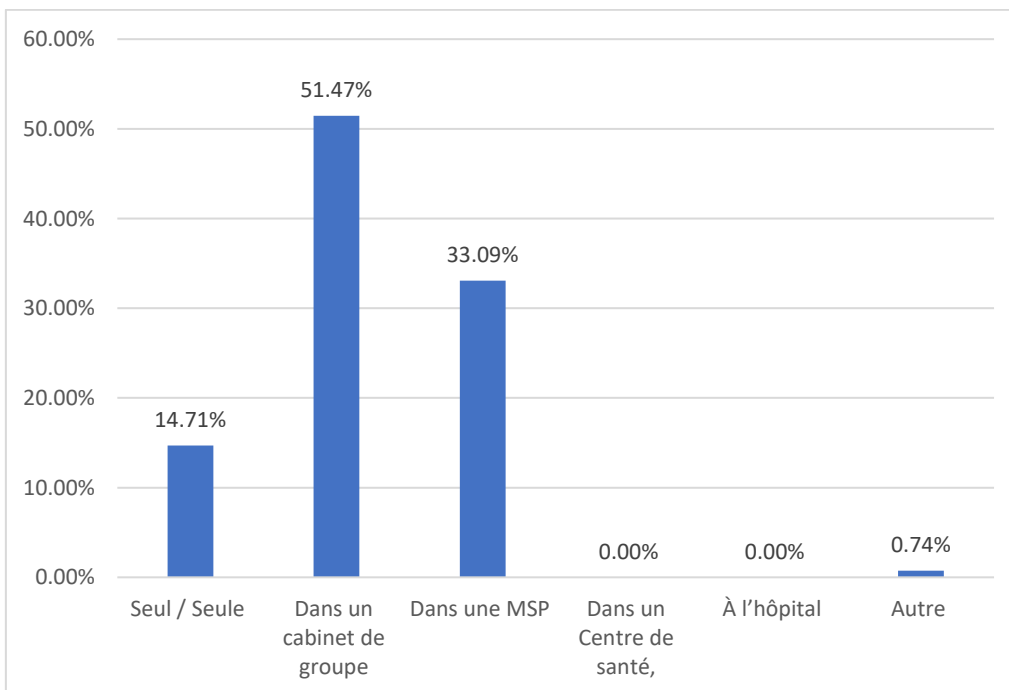


Figure 4 : Mode d'exercice des participants

22.79% ont une formation spécifique en gynécologie dont principalement des formations de diplômes universitaires (DU) en gynécologie, formation à l'IVG à l'échographie. La plupart des praticiens réalisent cependant un suivi gynécologique au cabinet soit 75.74% et 86.03% à minima abordent de la santé gynécologique (en particulier à propos des dépistages) avec les patientes, peu importe l'OS.

III-3 Orientation sexuelle et sexualité

7 praticiens (5.15%) ne savent pas s'ils prennent en charge des patientes FSF (Figure 5).

Les 2 praticiens déclarant n'avoir aucune patientes FSF parmi leur patientèle ont un âge compris entre 55 et 64 ans, exercent en cabinet seul dans une zone rurale et pensent avoir une prise en charge similaire ou plutôt similaire entre patientes FSF et FSH.

Dans les zones urbaines de plus de 50 000 habitants, 70.83% des praticiens déclarent avoir au moins 5 patientes FSF contre 42.65% tout lieu d'exercice confondu (Tableau 1).

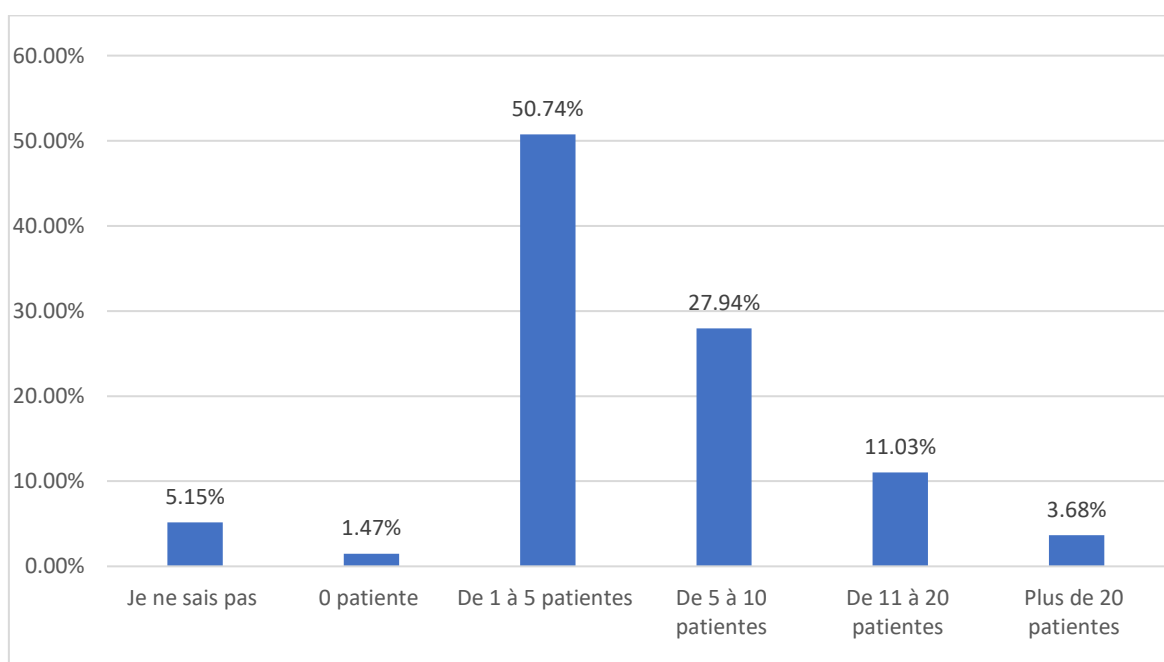


Figure 5 : Estimation du nombre de patientes FSF parmi la patientèle

	Nombre	Pourcentage
Zone rurale < 2000 habitants		
0 patiente	2	7,69%
Je ne sais pas	2	7,69%
De 1 à 5 patientes	12	46,15%
De 5 à 10 patientes	7	26,92%
De 11 à 20 patientes	2	7,69%
Plus de 20 patientes	1	3,85%
Semi-rural (entre 2 000 et 5 000 habitants)		
0 patiente	0	0,00%
Je ne sais pas	0	0,00%
De 1 à 5 patientes	34	59,65%
De 5 à 10 patientes	18	31,58%
De 11 à 20 patientes	5	8,77%
Plus de 20 patientes	0	0,00%
Urbain : ville de <50000 habitants		
0 patiente	0	0,00%
Je ne sais pas	2	6,90%
De 1 à 5 patientes	19	65,52%
De 5 à 10 patientes	5	17,24%
De 11 à 20 patientes	3	10,34%
Plus de 20 patientes	0	0,00%
Urbain : Ville de >50000 habitants		
0 patiente	0	0,00%
Je ne sais pas	3	12,50%
De 1 à 5 patientes	4	16,67%
De 5 à 10 patientes	8	33,33%
De 11 à 20 patientes	5	20,83%
Plus de 20 patientes	4	16,67%

Tableau 1 : Estimation du nombre de patientes FSF parmi la patientèle en fonction du lieu d'exercice

27 médecins généralistes (19.85%) n'abordent jamais spontanément la question de l'OS. 55.88% l'abordent rarement. 52 praticiens (38.13 %) considèrent comme plutôt difficile ou difficile d'aborder l'OS et 84 (61.76%) considèrent cela comme plutôt facile ou facile (Tableau 2).

Les patientes abordent spontanément leur OS toujours ou la plupart du temps dans 61.76 % des cas, soit pour 90 praticiens.

La fréquence de l'abord de l'OS selon la perception de la facilité pour aborder l'OS est présentée dans le tableau 2.

	Parmi les participants considérant l'abord de l'OS comme plutôt difficile ou difficile		Parmi les participants considérant l'abord de l'OS comme plutôt facile ou facile	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Abord effectif de l'OS				
Jamais	16	30,77%	11	13,10%
Rarement	35	67,31%	41	48,81%
La plupart du temps	1	1,92%	27	32,14%
Toujours	0	0,00%	5	5,95%

Tableau 2 : Abord effectif de l'OS en fonction de la facilité ressenti de l'abord de l'OS

Les dysfonctions sexuelles chez les patientes FSF ne sont jamais abordées par 26.47% des répondants et rarement par 27.97%. Le sujet n'est majoritairement abordé qu'en cas de plainte de la patiente pour 33.09% (Figure 6).

22.79% n'abordent jamais les violences que les patientes FSF pourraient avoir subi (sexuelles, physiques ou psychologiques) et 43.36% rarement.

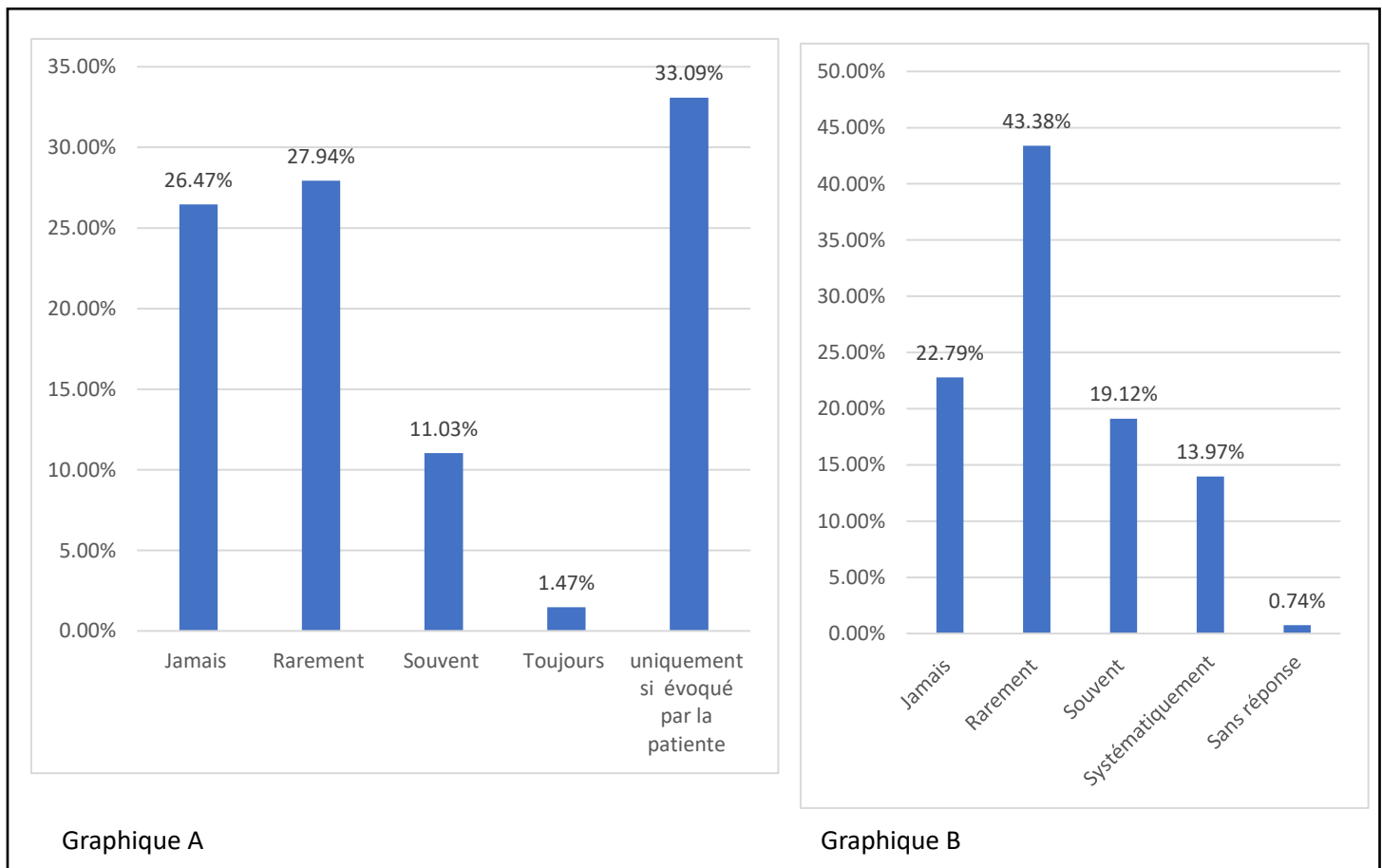


Figure 6 : Abord des dysfonctions sexuelles et de violences avec les patientes FSF

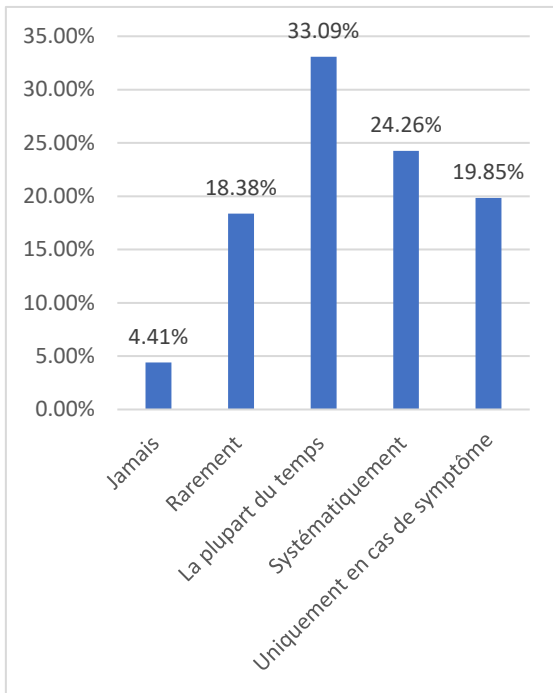
Graphique A : Abord des dysfonctions sexuelles

Graphique B : Abord de violences (physiques, psychologiques ou sexuelles)

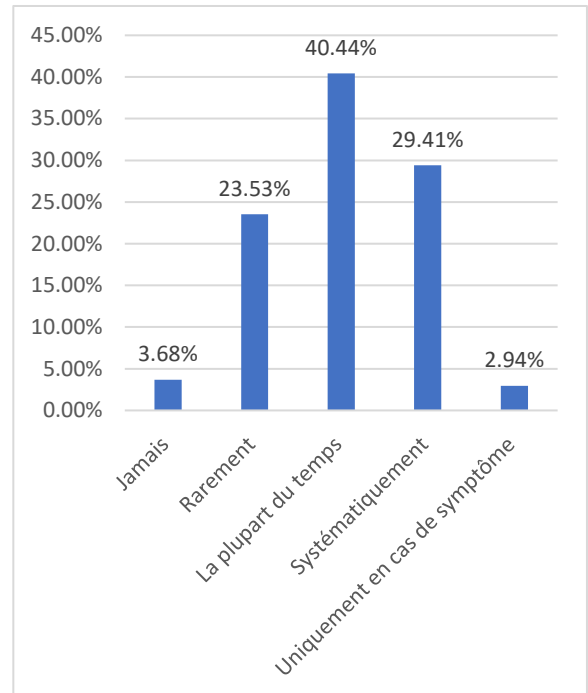
III-4 Dépistage et prévention des infections sexuellement transmissibles

Parmi les répondants, 4.41% soit 6 praticiens ne réalisent jamais de dépistage du Chlamydia ou du Gonocoque, 33.09% ne le proposent qu'en cas de symptôme et 18.38% le proposent rarement (Figure7). 3.68% soit 5 praticiens ne réalisent jamais de dépistage du VIH et 69.23% le réalisent régulièrement. Au sujet des vaginoses bactériennes, 8.82% ne proposent jamais de dépistage pour leurs patientes FSF.

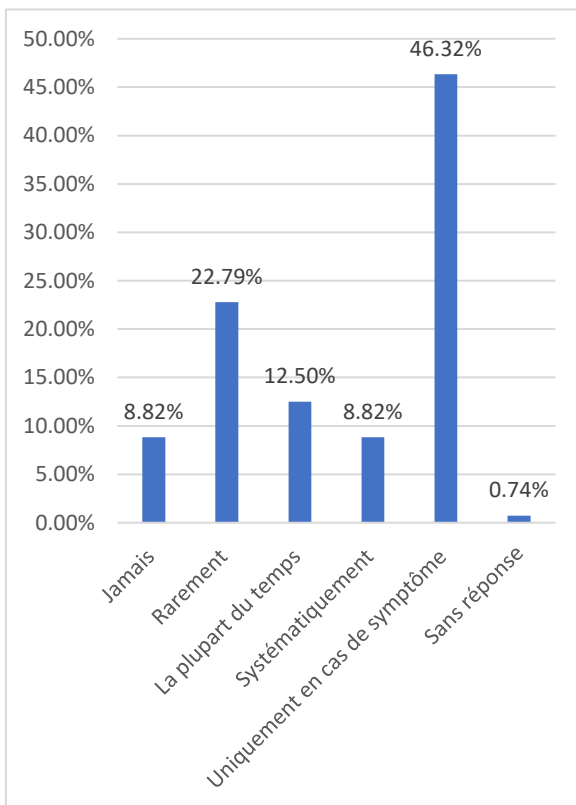
Les moyens spécifiques de protections comme les digues dentaires ou films alimentaires, les doigtiers ou les gants ne sont que marginalement abordés. En effet, 83.09% n'en parlent jamais avec leurs patientes FSF, 11.03%, rarement et 3.68% uniquement si la patiente le demande. Les moyens de protections par préservatifs sont également peu abordés, 52.94% ne l'abordent pas et 30.15% l'abordent rarement. Seuls 2.21% abordent régulièrement les moyens de protections spécifiques, et 11.76% les préservatifs (Figure 8).



Graphique A



Graphique B



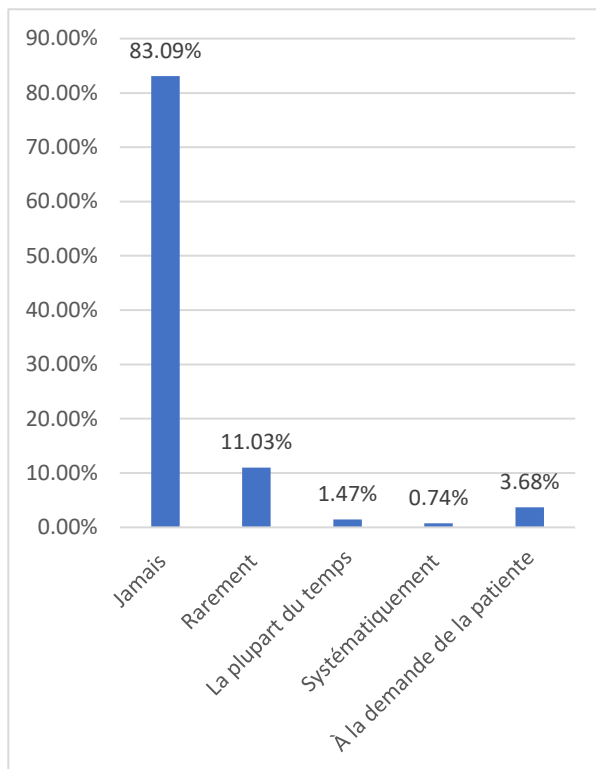
Graphique C

Figure 7 : Proposition de dépistage des IST aux patientes FSF

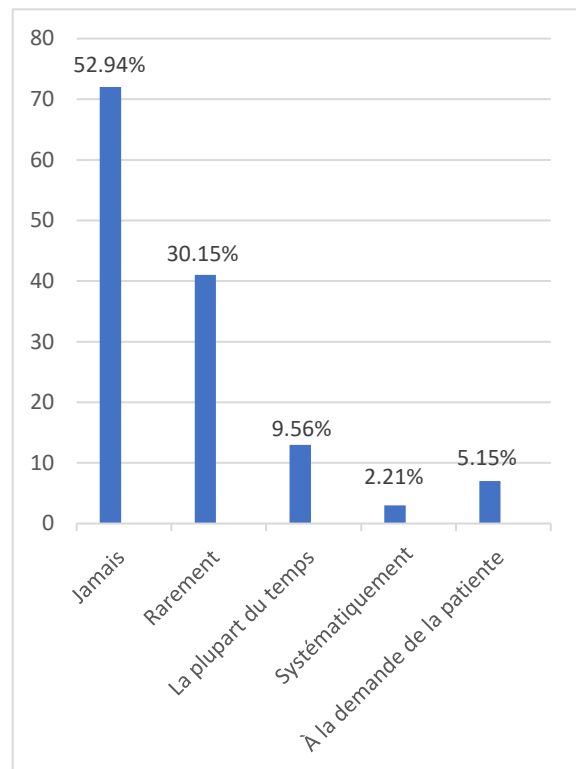
Graphique A : Proposition de dépistage du Gonocoque et du Chlamydia

Graphique B : Proposition de dépistage du VIH

Graphique C : Proposition de dépistage des vaginoses bactériennes



Graphique A



Graphique B

Figure 8 : Abord des moyens de protections des IST avec les patientes FSF

Graphique A : Abord des moyens de protections spécifiques avec les patientes FSF

Graphique B : Abord de l'usage des préservatifs internes ou externes avec les patientes FSF

III-5 Procréation et suivi gynécologique

33.09% abordent uniquement à la demande de la patiente le sujet d'un éventuel projet de grossesse et 19.12% ne l'abordent jamais. 19.12% ne proposent jamais de discussion autour de la PMA.

39.71% des répondants n'ont jamais suivi de patientes FSF lors de leur grossesse (Figure 9).

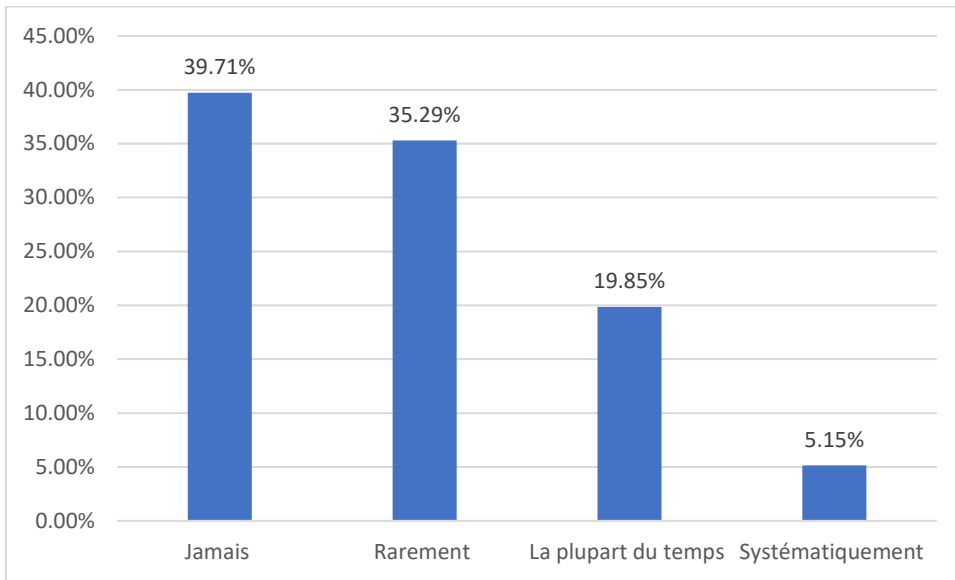


Figure 9 : Implication des médecins généralistes dans la prise en charge de grossesses de patientes FSF

La contraception n'est que peu abordée : 22.06% ne l'abordent jamais, 24.26% à la demande de la patiente. Seuls 24.26% l'abordent régulièrement (Figure 10).

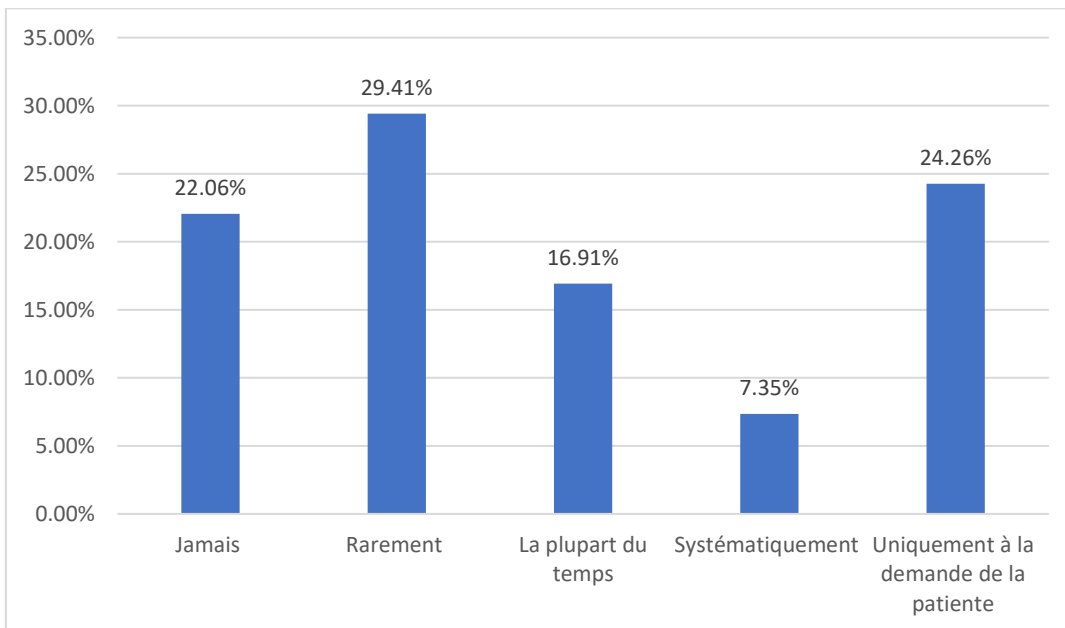


Figure 10 : Abord de la contraception avec les patientes FSF

86.03% proposent toujours ou la plupart du temps un suivi gynécologique chez leurs patientes FSF. Parmi les 103 médecins proposant un suivi gynécologique à l'ensemble de leur patientèle, 92.23% le proposent toujours ou la plupart du temps à leurs patientes FSF, 1 jamais et 7 rarement.

Plus de 90% des répondants abordent régulièrement le dépistage du cancer du col de l'utérus et des pathologies mammaires.

III-6 Aspects psychosociaux en santé sexuelle

8.09% n'abordent jamais les troubles de l'humeur avec leurs patientes FSF. 8.82% n'abordent jamais les difficultés sociales ou familiales que pourraient avoir les patientes FSF (Figure 11). 77.21% n'ont pas connaissance d'associations locales de soutien (notamment LGBT) vers lesquelles orienter les patientes FSF en cas de difficulté.

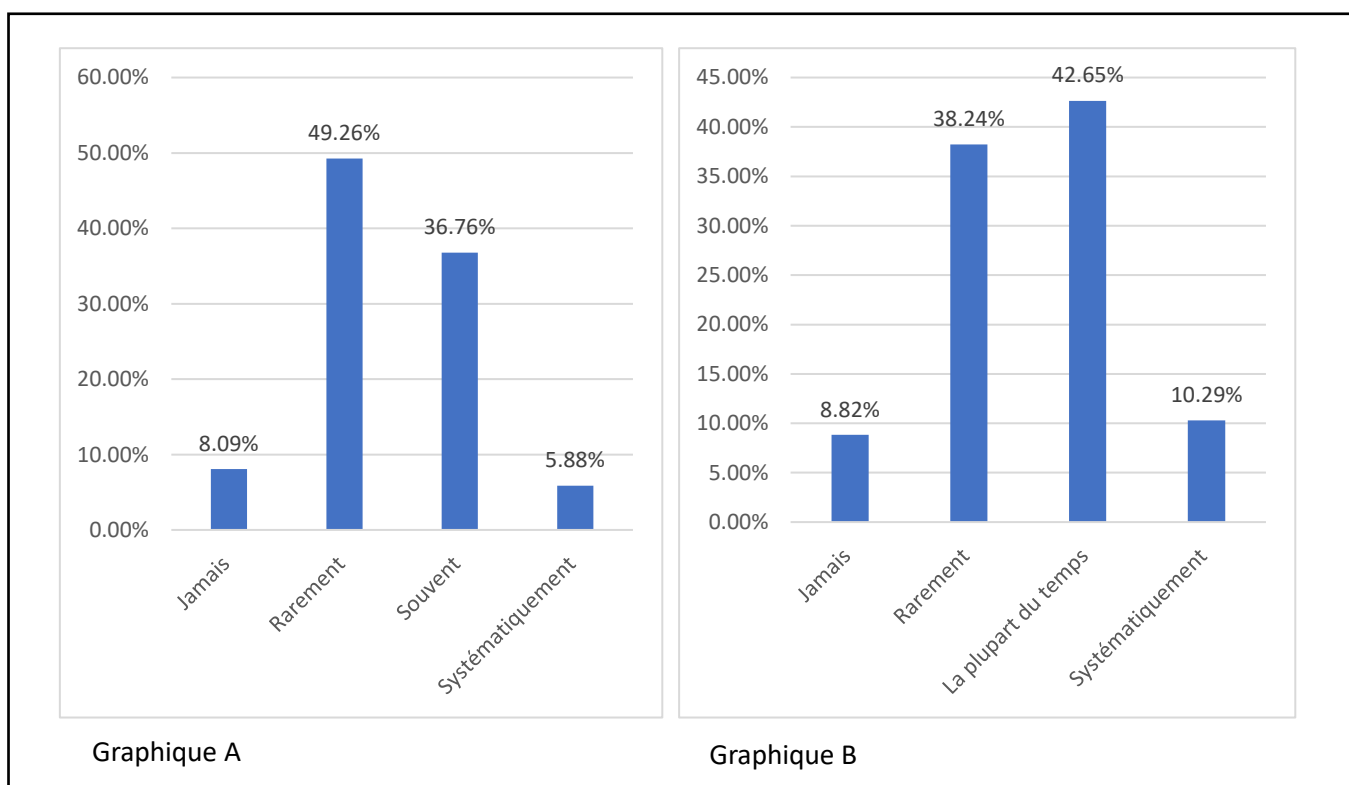


Figure 11 : Abord des difficultés psychosociales avec les patientes FSF
 Graphique A : Abord de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur ou anxieux) avec les patientes FSF
 Graphique B : Abord des difficultés socio familiales avec les patients FSF

III-7 Ressenti des participants

30.15% considèrent comme inadaptées leurs connaissances vis à vis de la santé sexuelle des patientes FSF et 64.71% pensent qu'elles sont partiellement adaptées.

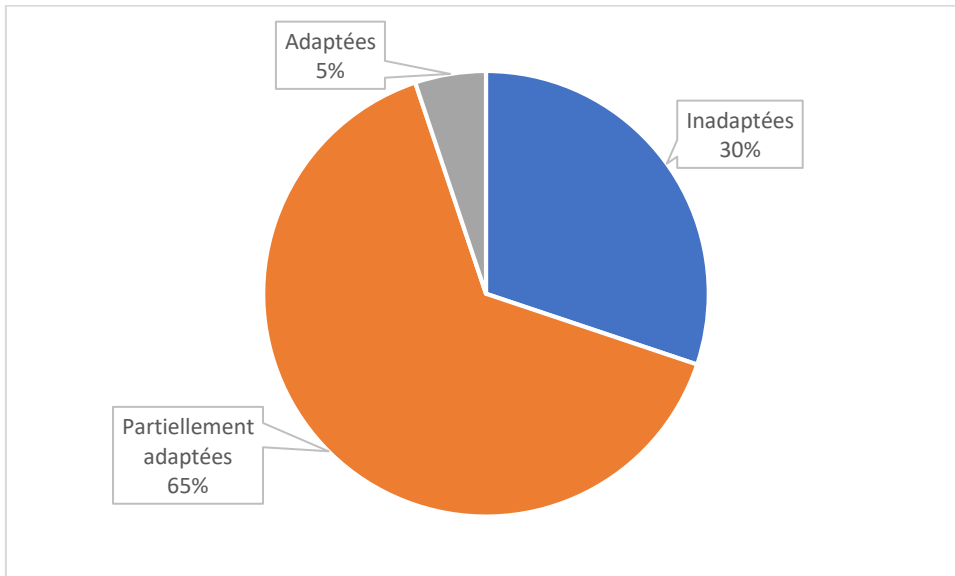


Figure 12 : Estimation de l'adaptation des connaissances des médecins généralistes concernant la santé sexuelle des patientes FSF

77.21% jugent qu'une formation spécifique sur ce sujet est nécessaire ou plutôt nécessaire.

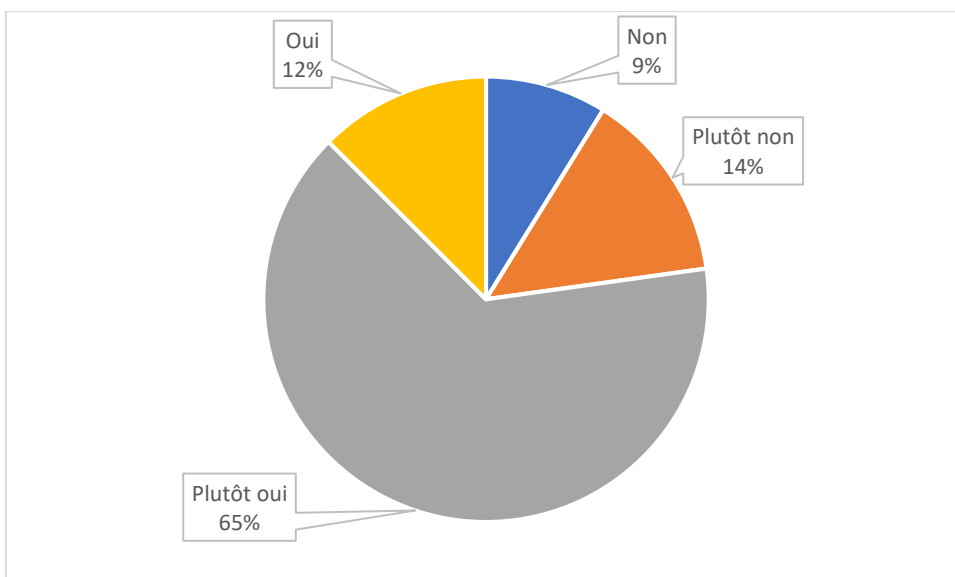


Figure 13 : Estimation du besoin de formation des médecins généralistes concernant la santé sexuelle des patientes FSF

Différents types de formations sont évoquées notamment : une formation médicale continue (FMC), un développement professionnel continu (DPC), un module pendant l'internat, ou l'introduction d'un item spécifique lorsque les IST sont abordées (voir Annexe 2).

70.88 % pensent avoir une pratique similaire ou plutôt similaire envers leurs patientes FSF et FSH. 19.12% soit 26 personnes pensent avoir une prise en charge différente ou plutôt différente.

III-8 Analyse en sous-groupes

III-8-a Prise en charge globale

Nous avons souhaité étudier la proportion des praticiens exerçant une prise en charge globale complète conformément à la définition de l'OMS de la santé sexuelle. Nous avons établi différents critères pour correspondre à cette analyse :

- Abord de l'OS de manière régulière (la plupart du temps ou toujours),
- Abord régulier des dysfonctions sexuelles ou à la demande de la patiente,
- Abord régulier des violences,
- Dépistage régulier du Chlamydia et du Gonocoque,
- Abord régulier de la contraception ou à la demande de la patiente,
- Abord régulier des troubles psychiatriques

L'ensemble de ces caractéristiques sont réunies par 10 participants (7.35%). Ils ont en majorité entre 25 et 44 ans, exercent en semi rural, majoritairement dans une maison de santé et 70% sont MSU. 60% déclarent avoir au moins 5 patientes FSF dans leur patientèle. La digue dentaire ou doigtier ne sont jamais abordés pour 50% des interrogés, les préservatifs ne sont jamais abordés pour 10% des praticiens. Seuls 20% de ces praticiens n'ont jamais pris en charge de patientes FSF pour leur grossesse. 90% abordent les difficultés socio-familiales. Ils estiment que leurs connaissances sont partiellement adaptées dans 60% des cas et considèrent qu'une formation est nécessaire ou plutôt nécessaire dans 50% des cas. Ils pensent avoir une prise en charge similaire aux patientes FSH à 80% et considèrent l'abord de l'OS comme facile dans 100% des cas.

III-8-b Orientation sexuelle jamais abordée

Les répondants n'abordant jamais l'OS ont en majorité entre 45 et 64 ans, d'exercice rural ou semi-rural dans un cabinet de groupe. 62.96% proposent un suivi gynécologique à leur patientèle. 14.81% ne savent pas s'ils ont des patientes FSF dans leur patientèle. 55.56% n'abordent jamais le sujet des violences et 62.96% n'abordent jamais les dysfonctions sexuelles (Tableau 3).

	Nombre	Pourcentage
Abord des violences		
Jamais	15	55,56%
Rarement	10	37,04%
Souvent	1	3,70%
Systématiquement	1	3,70%
Abord des dysfonction sexuelles		
Jamais	17	62,96%
Rarement	2	7,41%
Uniquement si cela est évoqué par la patiente	8	29,63%
Souvent	0	0,00%
Toujours	0	0,00%

Tableau 3 : Abord des Dysfonctions sexuelles et Abord de violences avec les patientes FSF pour les praticiens n'abordant jamais l'OS

11.11% ne proposent jamais de dépistage du Chlamydia ou du Gonocoque, 7.41% concernant le VIH et 33.33% concernant la vaginose bactérienne (Tableau 4).

92.59% n'abordent jamais ni le doigtier ni la digue dentaire, 74.07% n'abordent jamais l'utilisation des préservatifs avec les patientes FSF. 51% n'ont jamais pris en charge une patiente FSF au cours d'une grossesse. 44.44% n'abordent jamais le sujet de la contraception. 59.56% considèrent leurs connaissances comme inadaptées. Ils estiment à 74.07% avoir une prise en charge similaire entre patiente FSF et FSH et pensent qu'une formation est nécessaire à 74.07%. 59.26% considèrent que l'abord de l'OS est difficile ou plutôt difficile.

	Nombre	Pourcentage
Dépistage du chlamydia et gonococque		
Jamais	3	11,11%
Rarement	9	33,33%
La plupart du temps	7	25,93%
Systématiquement	1	3,70%
Uniquement en cas de symptôme	7	25,93%
Dépistage du VIH		
Jamais	2	7,41%
Rarement	15	55,56%
La plupart du temps	7	25,93%
Systématiquement	2	7,41%
Uniquement en cas de symptôme	1	3,70%
Dépistage de vaginoses bactériennes		
Jamais	9	33,33%
Rarement	6	22,22%
Uniquement en cas de symptôme	10	37,04%
La plupart du temps	2	7,41%
Toujours	0	0,00%

Tableau 4 : Proposition de dépistage des IST chez les patientes FSF par les médecins généralistes n'abordant jamais l'OS.

III-8-c Prise en charge des FSF différente

La majorité des répondants pensant avoir une prise en charge des FSF différente des FSH ont entre 35 et 44 ans, d'exercice semi rural et dans un cabinet de groupe avec la réalisation de suivis gynécologiques pour 80% d'entre eux. 7.69% ne savent pas s'ils prennent en charge des patientes FSF dans leur patientèle. L'orientation n'est jamais abordée pour 26.92%. La proposition de dépistage des IST n'est jamais faite dans 11.54% concernant le Chlamydia, le Gonocoque et le VIH et 15,38% concernant les vaginoses bactériennes. 34.62% n'abordent jamais le sujet de la contraception. 7.69% ne proposent jamais de dépistage du cancer du col de l'utérus ou des pathologies mammaires. 15.38% n'abordent jamais de potentiels troubles de l'humeur ni de potentielles difficultés socio familiales. 1 participant sur 2 considère ses connaissances comme inadaptées et 88.46% souhaitent une formation. 53.85% considèrent l'abord de l'OS comme facile ou plutôt facile.

III-8-d Plus de 5 patientes FSF dans la patientèle

Ils sont 43 % entre 35 et 44 ans, exercent en semi rural et urbain en majorité avec un exercice en cabinet de groupe. Ils sont MSU à 63.79%. 13.79% n'abordent jamais l'OS. Ils n'abordent jamais les dysfonctions sexuelles dans 18.97% des cas, et n'abordent jamais les violences sexuelles dans 10.34% (Tableau 5).

	Nombre	Pourcentage
Jamais	6	10,34%
Rarement	25	43,10%
Souvent	16	27,59%
Systématiquement	11	18,97%

Tableau 5 : Abord des violences avec les patientes FSF par les praticiens déclarant avoir plus de 5 patientes FSF parmi leur patientèle

79.31% prennent en charge leurs patientes FSF pendant leurs grossesses et 82.76% abordent le sujet de la contraception.

Seuls 22.32% pensent avoir une prise en charge différente ou plutôt différentes. L'abord de l'orientation est difficile pour 29.31%.

III-8-e Participants ayant une formation en gynécologie

Ils ont en majorité entre 35 et 44 ans, d'exercice en semi rural en groupe avec 61% de MSU. 100% d'entre eux ont au moins une patiente reconnue comme FSF et ils n'abordent jamais l'orientation spontanément à 12.90% avec 70.97% considérant le sujet comme facile à aborder. Seuls 9.68% n'abordent jamais les violences ou les dysfonctions sexuelles (Tableau 6).

Tous ces participants ont déjà réalisé un dépistage du Chlamydia ou du Gonocoque ainsi que la réalisation d'un prélèvement pour vaginose bactérienne pour une patiente FSF (Tableau 7).

87.10% ne parlent jamais des moyens de protections spécifiques, 64.52% concernant les préservatifs. 16.13% n'abordent jamais un éventuel projet de grossesse et 9.68% ne parlent pas de PMA avec les patientes FSF. 12.90% ne proposent jamais de contraception et 35.48% ne sont jamais impliqués dans la prise en charge d'une éventuelle grossesse. Tous abordent la santé mentale avec les patientes FSF mais 6.45% n'abordent pas d'éventuelles difficultés

socio-familiales. 90.32% considèrent leur prise en charge comme similaire, 90.32% estiment leurs connaissances comme inadaptes ou partiellement adaptes.

	Nombre	Pourcentage
Abord des dysfonctions sexuelles		
Jamais	3	9,68%
Rarement	13	41,94%
Souvent	7	22,58%
Toujours	1	3,23%
Vous l'abordez uniquement si cela est évoqué par la patiente	7	22,58%
Abord des violences		
Jamais	3	9,68%
Rarement	14	45,16%
Souvent	6	19,35%
Systématiquement	8	25,81%

Tableau 6 : Abord des violences avec les patientes FSF par les praticiens ayant une formation en gynécologie

	Nombre	Pourcentage
Proposition de dépistage du Chlamydia et du gonocoque		
Jamais	0	0,00%
Rarement	5	16,13%
La plupart du temps	12	38,71%
Systématiquement	8	25,81%
Uniquement en cas de symptôme	6	19,35%
Proposition de dépistage des vaginoses bactériennes		
Jamais	0	0,00%
Rarement	4	12,90%
La plupart du temps	2	6,45%
Systématiquement	2	6,45%
Uniquement en cas de symptôme	23	74,19%

Tableau 7 : Proposition de dépistage des IST aux patientes FSF par les praticiens ayant une formation en gynécologie

L'analyse en sous-groupes des répondants considérant leur pratique comme similaire entre FSF et FSH, de ceux percevant leurs connaissances comme inadaptes ainsi que de ceux ayant un souhait de formation a retrouvé un profil similaire au profil de l'échantillon total.

IV Discussion

IV-1 Population de l'enquête

Comparée aux 2649 médecins généralistes de l'Occitanie Ouest recensés par la CPAM en 2021, la population de l'étude montre une surreprésentation des praticiens entre 35 et 44 ans (35.29% contre 21.81 %) et une sous-représentation des plus de 65 ans (5.15% contre 16.80%) (43). Le même constat d'une population plus jeune, peut être liée à l'utilisation d'un questionnaire en ligne, a été fait dans deux études récentes(44, 45). Le choix d'un outil clair et confidentiel pour le recueil des données visait à faciliter la participation.

Comparés aux données de l'URPS sur les 5910 médecins généralistes libéraux de toute l'Occitanie en 2021, les praticiens exerçants en rural et semi-rural (moins de 5 000 habitants) sont surreprésentés 61.13% contre 31%, ceux exerçants en zones urbaines denses et de densité intermédiaire sont sous représentés, respectivement 17.65% et 21.32% dans notre échantillon contre 31% et 38% (44).

Dans notre étude nous avons une sous-représentation de l'exercice seul : 14.71% contre 31% des répondants à l'étude de la DRESS en France en 2022 ainsi qu'une surreprésentation de l'exercice de groupe 84.56% contre 69%, dont 33.09% de pratique en MSP dans notre échantillon contre 17% (46).

IV-2 Concernant l'objectif principal

IV-2-a Complexité de l'abord de l'OS

Une minorité de praticiens pensent ne pas avoir dans leur patientèle de patientes FSF ou ne le savent pas mais 3 répondants sur 4 n'abordent jamais ou rarement l'OS. Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés par Ottavioli (39). On note une différence entre le ressenti et la pratique concernant l'abord de l'OS, avec des valeurs comparables aux données de différents travaux notamment dans l'ex région Midi-Pyrénées en mars 2023 où 72% ne posaient jamais ou rarement la question alors que 75% de praticiens considèreraient le sujet comme facile à aborder (39, 45).

Par ailleurs, nous n'avons pas demandé le nombre de patients que comptait la patientèle des praticiens interrogés devant la difficulté que cela incombe en particulier dans les structures de groupe ou l'organisation peut varier (prise en charge sans être médecin traitant). La moyenne en Occitanie étant de 1742 patients par médecin généraliste (47), on peut s'étonner que 50,74% des praticiens déclarent en majorité n'avoir qu'entre 1 à 5 patientes FSF. En

effet cela représenterait 0.2% de leur patientèle totale soit 0.4% de leur patientèle féminine, loin des 4,4% de femmes se déclarant FSF dans la population générale(2). Ce constat illustre l'impensée d'une sexualité entre femmes présente dans la société et pourrait aussi refléter des stratégies mises en œuvre par de nombreuses FSF pour éviter des discriminations (38, 48).

Un nombre de patientes FSF déclaré plus important dans la patientèle (plus de 5 patientes FSF) est corrélé à une prise en charge de plusieurs dimensions de la santé sexuelle, avec un abord fréquent de l'OS, des violences et des dépistages des IST, ainsi qu'un suivi régulier des grossesses. En revanche, le fait de ne jamais aborder l'OS est corrélé à une prise en charge non optimale concernant tous les aspects de la santé sexuelles dans notre étude. Cela est à rapprocher des constats faits sur l'insatisfaction des prises en charge des FSF et un moindre accès aux soins (30, 31). Delebarre décrit l'invisibilisation de la sexualité entre femmes comme un frein « à être actrice de sa propre santé » (48). Au contraire, la reconnaissance de l'OS peut être un constituant positif dans la construction d'un parcours LGBT et permettre l'autonomisation dans le recours aux soins. Plusieurs études auprès des FSF retrouvent en effet le souhait de parler de leur OS avec le professionnel de santé (31, 32, 49) Comme le montrent les commentaires libres de la présente étude (voir Annexe 2), le débat reste ouvert sur cette question.

Certains professionnels, ont pu mettre en évidence leur volonté de ne pas être intrusif, de prendre en charge de manière indépendante de l'OS et de laisser la patiente aborder le sujet rejoignant les résultats de Gageot sur les représentations sociales de médecins généralistes dans l'abord de l'OS (50). Un participant n'a pas répondu au questionnaire et a rejeté le principe de l'utilité de poser la question de l'OS, explicitant ainsi les difficultés d'aborder le sujet de OS en médecine générale². Cependant il semblerait que les praticiens minimisant l'intérêt de poser la question de l'OS auraient effectivement une représentation de faible risque d'IST chez les patientes FSF et considéreraient comme non nécessaire d'aborder le sujet des préventions en santé sexuelle avec elles (38, 50).

Lors de la formation de l'association Pour une M.E.U.F. à laquelle j'ai pu assister, la question de l'OS a été débattue. Considérée comme importante selon le contexte de la consultation, elle pouvait être perçue comme violente et difficile par les patientes, voire intrusive (50). L'homosexualité ayant été retirée du classement des maladies mentales en 1990 par l'OMS,

² « 67 Ce questionnaire est troublant, sommes-nous nous chargés de catégoriser les individus en fonction de critères ? Ici l'orientation sexuelle. Ce type de travail m e semble toxique pour le raisonnement médical »

un certain manque de confiance envers le corps médical est donc possible, pouvant amener à un évitement. L'abord de l'OS de manière systématique se discute donc, avec plutôt une anamnèse au cas par cas ou à différer à distance de la première consultation avec la patiente (42). Une attitude non hétéronormée reste indiquée, tout en permettant de parler de l'OS dans un climat de confiance(50).

Les réponses recueillies permettent de mettre en avant des difficultés à évoquer d'éventuelles dysfonctions sexuelles et de violences avec les patientes FSF. Ceci avec un sentiment de prise en charge similaires des patientes FSF par rapport aux patientes FSH.

IV-2-b IST : Dépistage adéquat et faible prévention spécifique

La majorité des participants proposent régulièrement un dépistage des IST à leurs patientes FSF, 2 sur 3 pour le VIH et un peu plus d'1 sur 2 pour le Chlamydia. Tous les participants déclarant plus de 5 FSF dans leur patientèle et ceux ayant suivi une formation en gynécologie le proposent.

Ces résultats restent en deçà des recommandations de dépistage mais supérieurs à ceux retrouvés par Oko Prevost (28) : 27% ne réaliseraient pas de dépistage du Chlamydia chez les FSF. Cela dans un contexte où le taux de dépistage du VIH et du Chlamydia reste bas dans la population générale (4.9 pour 100 habitants et par an pour le chlamydia) (51, 52). Pourtant, dans une enquête récente, 98% des médecins généralistes se considèrent plutôt à l'aise pour proposer un dépistage des IST (45).

Par ailleurs, bien qu'au moins 1 FSF sur 3 soit concernée par les vaginoses bactériennes (17), l'enquête montre une méconnaissance de ce risque par certains participants.

La prévention par les mesures barrières n'est globalement pas abordée par les répondants de l'étude vis-à-vis des patientes FSF, contrairement à 75% des médecins généralistes ayant répondu à l'étude de Doneys qui prescriraient des préservatifs en population générale (49). Cela confirme les données selon lesquelles les mesures de réduction des risques ne sont pas spontanément pas abordées par les médecins : plus de 91% n'aborderaient pas les moyens de protections spécifiques auprès des FSF et plus de 50% n'aborderaient pas l'usage des préservatifs (28, 50).

Parallèlement, les moyens de protections spécifiques ou non sont très largement sous utilisés par les FSF. Il semble qu'il y ait une différence entre le script des outils de prévention et le script de sexualité des patientes FSF ne permettant pas leur utilisation optimale (42, 49).

IV-2- c Paradoxe d'une procréation peu comprise et d'une prévention gynécologique adaptée

La question de la procréation chez les patientes FSF semble complexe dans notre étude. L'abord d'un éventuel projet, ou la discussion d'aides médicales sont marginales et 4 répondants sur 10 n'ont jamais pris en charge de patientes pendant leurs grossesses. C'est toutefois une problématique importante exprimée par ces femmes, ayant parfois rencontré des expériences négatives d'homophobie, d'hétéronormativité et de refus de prise charge durant leurs grossesses (48, 53).

Ces données interpellent lorsqu'elles sont mises en parallèle avec la présence d'un désir de grossesse chez 30 % des patientes FSF (34), 25% ayant au moins eu 1 grossesse (8, 54) et 27% des couples de femmes élevant au moins un enfant (55). La présence du médecin généraliste dans l'accompagnement d'une grossesse chez une patiente FSF est importante et consiste en une prise en charge globale (56). Quelques répondants, ont fait part de leur expérience concernant le sujet de la procréation : « 73 peut être en particulier j'aborde rapidement l'aspect légal (adoption) » « 97 Si elles ont un désir de grossesse, on parle forcément de ce qu'elles ont prévu de faire : PMA, en France ? en Espagne ? ou {...} auto-insémination ? ».

La légalisation récente de la PMA pour toutes pose la question des modes de prises en charges des grossesses. Une étude auprès des patientes FSF sur les acteurs impliqués lors de leurs précédentes grossesses (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, suivi à l'étranger) permettrait de mieux comprendre la place du médecin généraliste.

La prévention en termes de santé gynécologique est satisfaisante avec des dépistages proposés par la très grande majorité des répondants. Ceci est concordant avec les constats faits par Ottavioli qui ne retrouvait pas de différence entre les FSF et FSH concernant la proposition de FCU (39). L'inscription du dépistage du cancer du col de l'utérus dans un programme national organisé depuis 2018 facilite peut-être la proposition de dépistage à toutes les femmes, indépendamment de leurs pratiques sexuelles.

Un suivi gynécologique est largement proposé, certains médecins généralistes soulignant toutefois quelques difficultés dans l'alliance thérapeutique : « 143 *En fait, il y a quelques adaptations {concernant la santé sexuelle et gynécologique des patientes FSF} notamment sur la nécessité de suivi qui est la plupart du temps peu perçues par cette population. A titre*

personnel (cela n'engage que moi), je trouve que le manque ou l'inadaptation du suivi est aussi favorisé par la patiente elle-même qui le néglige par son orientation qui lui donne l'impression d'une certaine inutilité. » « 168 *La réticence des patientes est souvent importante.* » Ce sentiment de non nécessité de dépistage ou de soins gynécologiques mis en évidence par les répondants corrobore les données de la littérature selon lesquelles les patientes FSF ne pensent pas avoir de risques spécifiques, parfois conforté par les professionnels de santé (26, 38, 57).

IV-2-d Aspect psychosocial de la sexualité : un sujet difficile à évoquer

L'aspect psychosocial de la sexualité n'est que peu abordé par les médecins interrogés. Pourtant les besoins en soutien psychique semblent plus importants chez les patientes FSF par rapport aux patientes FSH (57, 58), les amenant à solliciter le médecin généraliste dans 1/3 des cas (les psychologues et psychiatres restant les principaux interlocuteurs) (59). Alerter les médecins traitants de l'importance des soins psychologiques et psychiatriques chez les patientes FSF paraît indispensable, en particulier devant la persistance de stigmatisations qu'elles peuvent rencontrer dans le domaine de la santé mentale (12). La réalisation de brochures explicatives ou l'intégration de ce module dans une formation concernant la santé sexuelle est à explorer.

IV-3 Objectif secondaire : un besoin de formation évident

Comme déjà souligné dans la littérature (37, 57) la grande majorité des praticiens pensent ne pas avoir de connaissances adaptées tout en estimant avoir une pratique similaire entre patientes FSF et FSH. Quelques praticiens ont exprimé leur ressenti de manque de connaissance sur le sujet : « 18 Je ne suis peut-être pas assez vigilante sur le risque de MST chez les FSF », « 71 je ne connais pas assez le sujet pour connaître les risques spécifiques et les pratiques à risque et donc les conseils à donner. Elles en savent bien mieux que moi », « 134, je ne connais pas les spécificités du suivi je ne pensais donc pas qu'il y a un intérêt à le savoir, je pensais qu'il fallait faire la même prévention ».

Un souhait de formation concernant la santé sexuelle spécifique est exprimé par 4 répondants sur 5. La formation continue représente le choix majoritaire quelle que soit la tranche d'âge. Les praticiens interrogés ayant un exercice actif de la médecine générale, on peut supposer

qu'ils préféreraient une actualisation de leurs connaissances sur le sujet. Certains évoquent cependant l'intérêt d'une formation initiale : « 76 Toutes ces questions sont rarement abordées dans le cadre des études de médecine. J'ai ressenti le besoin de faire un DU de sexologie / santé sexuelle pour pouvoir être plus à l'aise ». On peut effectivement se demander si la formation continue suffirait à améliorer les connaissances des médecins généralistes. En effet, comme le précise Oko Prevost (28), le cursus initial actuel ne présente pas les spécificités des minorités sexuelles et ne donne pas de recommandations adaptées. Une formation spécifique durant les études communes pour les étudiants en médecine permettrait de sensibiliser et « outiller les futurs professionnels » dans la prise en charge des patientes FSF et ainsi améliorer la relation médecins/patientes. Cela pourrait diminuer le renoncement aux soins et participer à réduire les inégalités sociales de santé (37, 40, 50, 60, 61).

Un questionnaire interrogeant des étudiants de 3^e cycle en médecine générale sur leurs connaissances et leurs besoins de formation concernant la santé sexuelle des patientes FSF permettrait de préciser l'intérêt d'un apprentissage spécifique. En effet plus de 50% des étudiants en médecine n'auraient jamais eu de formation sur les soins envers les patients LGBTQI+, et seuls 25% des futurs praticiens se sentiraient confiants dans leur prise en charge (61). Une étude réalisée en 2020 par la Haute Autorité de Santé (HAS) retrouvait une volonté des internes et des externes d'avoir une formation efficiente sur la manière d'accueillir ce public. L'HAS recommande que « *la formation initiale et continue doit être complétée pour intégrer les différences liées au sexe ou au genre, et tendre vers une approche plus globale des personnes intégrant une perspective de genre. La lutte contre les stéréotypes à l'œuvre dans les pratiques professionnelles doit commencer dès la formation initiale* ». Elle explicite par ailleurs la nécessité de refonder la méthodologie d'élaboration des recommandations de manière plus inclusive (62). Pour le moment, même si des DUs spécifiques ou des formations continues en lien avec les milieux associatifs ou universitaires existent dans certaines régions, aucune proposition de formation institutionnelle initiale ne semble être discutée en France. Au niveau européen, un projet pilote a montré la faisabilité et l'efficacité d'une formation en compétences culturelles LGBTQI+ auprès de 110 professionnels de santé de 6 pays différents (63).

Dans la mesure où le sujet de la santé sexuelle des FSF n'est pas abordée dans la formation en médecine générale, les facultés occitanes pourraient être précurseurs en la matière afin de favoriser l'amélioration des pratiques.

La société française de dermatologie vénérologie, qui élabore des recommandations sur les dépistages des IST, ne s'exprime pas au sujet des patientes FSF, sauf pour parler d'une majoration du risque de vaginose bactérienne et évoquer la bisexualité comme facteur de risque de transmission du Chlamydia. Ceci, alors que les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) bénéficient de recommandations spécifiques(6, 64, 65). Parallèlement à une dynamique universitaire, l'établissement de recommandations spécifiques sur l'accueil et la prise en charge de la santé sexuelle des patientes FSF semble indispensable.

Différents documents constituent déjà une base de recommandations utiles pour les médecins généralistes actuels et futurs : des études universitaires autour de la prise en charge de la santé sexuelle des FSF (26, 37, 49, 50), ainsi que des documents et sites internet produits avec les savoirs communautaires³.

IV-4 Limites de l'étude

Le genre des répondants faisait initialement partie des questions posées mais n'a pas été inclus dans le questionnaire final pour des raisons techniques. Cependant, de précédentes études concernant les questions de santé sexuelle n'ont retrouvé aucune différence significative entre prise en charge féminine et masculine tout en rapportant une surreprésentation de répondantes (28, 66). Cela étant, les différences d'âge et de conditions d'exercice entre notre échantillon et la population source ne permettent pas de généraliser nos résultats.

Le mode de constitution de l'échantillon par auto-administration du questionnaire entraîne un biais de sélection sur le volontariat. Plus de personnes intéressées par le sujet sont donc susceptibles d'avoir répondu au questionnaire.

Du fait du caractère sensible du sujet posé, un biais de désirabilité dans les réponses est envisageable, pouvant expliquer en partie une proportion élevée de dépistage des IST.

L'enquête réalisée implique également un biais de mémorisation du fait de l'interrogation sur les pratiques. Dans le cadre d'une population proportionnellement faible dans leur patientèle, la mémoire des prises en charge réalisées peut être questionnée.

³ gotogyneco ; Les Klamydia's ; surleboutdeslevres; Tomber la culotte 2 ; guide-sante-personnes-lgbtqi

Nous nous sommes conformés à l'agenda d'envoi de questionnaire par l'URPS. La délivrance du questionnaire en période estivale est un facteur ne favorisant pas les réponses. Nous n'avons cependant pas eu à réaliser une relance, ayant atteint notre plancher de répondants.

Les FSF ne constituent pas un groupe homogène et d'autres déterminants sont à prendre en compte pour améliorer la santé et le recours aux soins n'ont pas été étudiés. Nous n'avons également pas abordé dans notre travail le questionnement du SAFER SEX.

V Conclusion

Cette étude, réalisée dans l'ancienne région Midi-Pyrénées est, à notre connaissance, la seule à questionner les pratiques des médecins généralistes en France concernant la santé sexuelle des FSF. L'analyse des 136 réponses complètes révèle un abord parcellaire de sujets essentiels au bien-être des personnes, en particulier concernant les violences, les dysfonctions sexuelles, la procréation et la santé psychologique. La prise en charge globale en santé sexuelle des patientes FSF est en réalité marginale et les moyens de prévention spécifiques sont méconnus. Le fait d'avoir un plus grand nombre de patientes reconnues comme FSF dans la patientèle est potentiellement corrélé à une meilleure prise en charge. Au contraire, ne pas aborder l'OS avec les patientes est associé à peu de propositions de prévention ou de suivi.

La santé gynécologique, et dans une moindre mesure le dépistage des IST, semble être abordée de manière adéquate avec les patientes FSF, avec une proposition régulière des dépistages.

Un manque de connaissance notable est exprimé par la plupart des participants. Des formations intégrant les savoirs des minorités sexuelles sont indispensables afin d'augmenter les connaissances et compétences des médecins généralistes et de les rendre plus légitimes dans leurs soins auprès des patientes FSF. Une organisation pédagogique officielle autour des enjeux spécifiques de santé permettrait l'amélioration des pratiques médicales actuelles et futures et de réduire le défaut de recours aux soins des personnes FSF.

Sources Bibliographiques

1. Trachman M, Lejbowicz T, l'équipe de l'enquête Virage. Les personnes qui se disent bisexuelles en France. *Population & Sociétés*. 2018 ;561(11):1-4.
2. Kraus F, Moizo M. Enquête sur l'attrance sexuelle entre femmes [En ligne]. 25 janvier 2017 [cité 31 février 2023]. Disponible : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2017/02/Pres_Ifop_Sexe_entre_femmes_25.01.2017-1.pdf
3. Rodríguez-Otero LM. Literature review on studies of women who have sex with women. *Medwave*. 28 avr 2020 ;20(03):e7884-e7884.
4. Ministères des solidarités et de la santé. Priorité prévention rester en bonne santé tout au long de sa vie. Synthèse de la feuille de route Santé sexuelle 2021-2024. 2021. [En ligne]. [cité 12 févr 2023]. Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_strategie_sante_sexuelle_2021-2024.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2015. 70 p.
6. Vernay-Vaisse C, Spenatto N, Derancourt C, Timsit J, Fouéré S, Pinault AL. Dépistage des MST / IST. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie. Avril 2016. [En ligne]. [cité 31 décembre 2023]. Disponible : <https://www.sfdermato.org/upload/recommandations/depistage-des-mst-ist-159e1d12e7cb63129d1ee36e0e0a26f8.pdf>
7. McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. *Australian family physician*.2009 ; 38(6): 388- 293
8. Hodson K, Meads C, Bewley S. Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017 ; 124(3):393-402.
9. Saurel-Cubizolles MJ, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 oct 2005 ; 33(10):776-82.
10. SOS homophobie. Rapport sur l'homophobie 2018 [En ligne]. 2018. [cité 7 avr 2023]. Disponible : https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports_annuels/Rapport_homophobie_2018.pdf
11. McNair R, Szalacha LA, Hughes TL. Health Status, Health Service Use, and Satisfaction According to Sexual Identity of Young Australian Women. *Women's Health Issues*. Janvier 2011 ; 21(1):40-7.
12. Moagi MM, van Der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. *Health SA Gesondheid*. 20 janv 2021 ; 26:1487.
13. Consolacion TB, Russell ST, Sue S. Sex, Race/Ethnicity, and Romantic Attractions: Multiple Minority Status Adolescents and Mental Health. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. août 2004 ; 10(3):200-214.
14. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*. Octobre 2000 ;76(5):345-9.
15. Rahman N, Ghanem KG, Gilliams E, Page K, Tuddenham S. Factors Associated with Sexually Transmitted Infection Diagnosis in Women Who have Sex with Women, Women Who Have Sex

with Men and Women Who Have Sex with Both. Sexually Transmitted Infections. septembre 2021 ; 97(6):423-8.

16. Molin SB, De Blasio B, Olsen A. Is the risk for sexually transmissible infections (STI) lower among women with exclusively female sexual partners compared with women with male partners? A retrospective study based on attendees at a Norwegian STI clinic from 2004 to 2014. Sexual health. 7 avril 2016;13.

17. Takemoto MLS, Menezes M de O, Polido CBA, Santos D de S, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. Cadernos de Saúde Pública. 2019 ; 35(3):e00118118.

18. Boutté L. Évaluation de l'utilisation des moyens de prévention des IST chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes [Thèse d'exercice]. Saint-Étienne, France : Université Jean Monnet; 2022.

19. Devillard S, Le Talec JY. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST. [Rapport de stage Master 2]. Toulouse, France : Université Toulouse Le Mirail. 2011

20. Go to gyneco. Guide pratique pour l'accueil et le suivi des patient.es, lesbiennes, bies & CO [En ligne]. 2020. [cité 17 février 2023]. Disponible : https://gotogyneco.be/wp-content/uploads/2021/05/brochure_FSF.pdf

21. Berrut S, Descuves A, Romanens-Pythoud S, Jeannot E. Santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en Suisse. Santé Publique. 2022 ; 34(HS2):133-43.

22. Rowen TS, Breyer BN, Lin TC, Li CS, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. International Journal of Gynecology & Obstetrics. janvier 2013 ;120(1):42-5.

23. AFRAVIH. Conférence (N°9, 2018, Bordeaux). Conférence internationale francophone VIH et Hépatites, Prévention et santé sexuelle chez les femmes, Résultats de l'enquête. [En ligne]. 2018 [cité 11 avril 2023]. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=YkfVjN5Qax0>

24. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ). CA : a Cancer Journal for Clinicians. septembre 2015 ; 65(5):384-400.

25. Dibble SL, Roberts SA, Robertson PA, Paul SM. Risk factors for ovarian cancer: lesbian and heterosexual women. Oncology Nursing Forum. 2002;29(1):E1-7.

26. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : déterminants, enjeux, perspectives. [Mémoire]. Paris, France : Université Paris Descartes. 2019.

27. Reisner SL, Mimiaga M, Case P, Grasso C, O'Brien CT, Harigopal P, et al. Sexually transmitted disease (STD) diagnoses and mental health disparities among women who have sex with women screened at an urban community health center, Boston, Massachusetts, 2007. Sexually Transmitted Diseases. janvier 2010 ;37(1):5.

28. Oko Prévost H. Pratique des médecins généralistes concernant le dépistage par frottis cervico-utérin des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes ; 2020.

29. 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]. Nantes, France : Université de Nantes ; 2020.

30. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard- Lyon 1 ; 2018.

31. Geddes VA. Lesbian expectations and experiences with family doctors. How much does the physician's sex matter to lesbians?. *Canada Family Physician*. mai 1994 ; 40:908-20.
32. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian, does the doctor need to know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2007 ;25(1):58-62.
33. Sole L. Le ressenti des femmes ayant des relations avec des femmes sur leur relation avec le médecin généraliste concernant la prise en charge et la prévention des IST [Thèse d'exercice]. Besançon, France : Université de Franche-Comté; 2020.
34. Moran N. Lesbian health care needs. *Canada Family Physician*. mai 1996 ; 42:879-84.
35. Taliaferro LA, Mishtal J, Chulani VL, Middleton TC, Acevedo M, Eisenberg ME. Perspectives on inadequate preparation and training priorities for physicians working with sexual minority youth. *International Journal of Medical Education*. 27 octobre 2021 ; 12:186-94.
36. Thompson K, Casson K, Fleming P, Dobbs F, Parahoo K, Armstrong J. Sexual health promotion in primary care – activities and views of general practitioners and practice nurses. *Primary Health Care Research & Development*. Octobre 2008 ;9(4):319-30.
37. Piccon L. Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF). [Thèse d'exercice] Montpellier, France : Université de Montpellier ; 2020.
38. Folliero de Luna D. La santé sexuelle et gynécologique des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : réflexion sur la pratique des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes [Mémoire]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes ; 2021.
39. 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]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes ; 2019.
40. Mcnair R. Outing Lesbian Health in Medical Education. *Women & health*. 1 février 2003;37:89-103.
41. Primavesi R, Burcheri A, Bigham BL, Coutin A, Lien K, Koh J, et al. Education about sexual and gender minorities within Canadian emergency medicine residency programs. *Canadian Journal of Emergency Medicine*. mars 2022 ; 24(2):135-43.
42. Pour une M.E.U.F. Repenser les pratiques de soin en santé sexuelle pour les publics lesbiens [En ligne]. 2023.[cité 18 décembre 2023]. Disponible : <https://www.pourunemeuf.org/event/repenser-les-pratiques-de-soin-en-sante-sexuelle-pour-les-publics-lesbiens/>
43. Assurance maladie. 2021 : âge sexe des professionnels de santé libéraux par département, série annuelle [En ligne]. 2021 [cité 19 octobre 2023]. Disponible : https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fassurance-maladie.ameli.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2021_age-sexe-des-professionnels-de-sante-liberaux-par-departement_serie-annuelle.xls&wdOrigin=BROWSELINK
44. URPS. Rapport : accès aux soins et zonage version finale 10.02.22. [En ligne]. 2022 [cité 19 octobre 2023]. Disponible : <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf>
45. Doneys C. Abord de la sexualité en médecine générale : à propos de l'orientation et des pratiques sexuelles à risque [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2023.
46. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. *Etudes et résultats*. Octobre 2022. 1244 : 1-4.
47. Assurance maladie. 2021 : patientèle des médecins libéraux ape par région série annuelle [Internet]. 2021 [cité 4 déc 2023]. Disponible :

https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fassurance-maladie.ameli.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2021_patientele-des-medecins-liberaux-ape-par-region_serie-annuelle.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK

48. Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*. 1 juillet 2019;28(3):96-103.
49. Frigo L, De Guibert C . Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes ; 2021.
50. Gageot O, Romby A, Puill C. Abord de l'orientation sexuelle des patientes : représentations et pratiques des médecins généralistes. *Santé publique*. 2022. 2 (34) : 163-8.
51. HAS. Recommandation en sante publique réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à chlamydia trachomatis [En ligne]. 2018 [cité 6 janvier 2024]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/recommandation_en_sante_publicue__reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infectio_n_a_chlamydia_trachomatis_vf.pdf
52. Santé publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes. *Bulletin de santé publique*[En ligne]. Décembre 2022 [Cité 8 janvier 2024]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publicue-vih-ist.-decembre-2022>
53. Gregg I. The Health Care Experiences of Lesbian Women Becoming Mothers. *Nursing for Women's Health*. 1 février 2018 ; 22(1):40-50.
54. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 mai 2004 ;190(5):1298-304.
55. Gates GJ. LGBT Parenting in the United States. The Williams institute [En ligne]. 2013.[Cité 1 janvier 2024]. Disponible : <https://escholarship.org/uc/item/9xs6g8xx>
56. Steele LS, Stratmann H. Counseling lesbian patients about getting pregnant. *Canadian Family Physician*. 10 mai 2006 ;52(5):605-11.
57. Marjolaine Régny, Health 4 LGBTI : Note de lecture du rapport State of the art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people (Commission européenne, juin 2017) [En ligne]. 2018. [cité 5 janv 2024]. Disponible : <https://www.observatoire-sidasexualites.be/health-4-lgbti/>
58. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: Controlled, cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*. décembre 2003 ;183(6):552-8.
59. McNair R, Pennay A, Hughes TL, Love S, Valpied J, Lubman DI. Health service use by same-sex attracted Australian women for alcohol and mental health issues: a cross-sectional study. *BJGP Open*. 16 mai 2018 ;2(2):1-11
60. Berdougou F, Girard G, Marsicano É. Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique. *Santé Publique*. 2022 ;34(HS2):11-9.
61. Barber A, Flach A, Bonnington J, Pattinson EM. LGBTQ+ Healthcare Teaching in UK Medical Schools: An Investigation into Medical Students' Understanding and Preparedness for Practice. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 27 mars 2023 ; 10:1-13.
62. HAS. Rapport analyse prospective 2020 [En ligne]. 2020 [cité 18 décembre 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf

63. Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K, Farinella F, Davis R, Gios L, et al. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: Exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. *Patient Education and Counseling*. 1 mai 2020 ;103(5):978-87.
64. Société française de dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles [En ligne]. Février 2016 [cité 18 décembre 2023]. Disponible : <https://www.sfdermato.org/upload/recommandations/guidelines-2016-ee9cb2d294994c4dbda62a03d625786a.pdf>
65. Janier M. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. novembre 2016 ;143(11):701-2.
66. Manninen SM, Kero K, Perkonoja K, Vahlberg T, Polo-Kantola P. General practitioners' self-reported competence in the management of sexual health issues – a web-based questionnaire study from Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 3 juillet 2021 ;39(3):279-87.

Annexes

Annexe 1 : Texte accompagnant le questionnaire de l'enquête

Santé sexuelle : pratique et connaissance des médecins généralistes auprès des femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes

Bonjour,

Je m'appelle LAURENT Jeremy et je suis interne en médecine générale à la faculté de Toulouse.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite connaître la pratique des médecins généralistes concernant la santé sexuelle des femmes homosexuelles. L'objectif secondaire est d'évaluer si d'éventuelles formations sur le sujet seraient pertinentes.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes de la région ex-Midi Pyrénées.

Il prend moins de 7 minutes pour être complété, aucune donnée personnelle permettant de vous identifier n'est recueillie.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

* Pour le questionnaire le terme FSF correspond aux femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.

Pour toute question au sujet de cette étude, vous pouvez me contacter via cette adresse mail : jljeremy_laurent@outlook.fr

Annexe 2 : Réponses au questionnaire de l'enquête

	Nombre	Pourcentage
Quel est votre lieu d'exercice ?		
Rural (< 2 000 habitants)	26	19,12%
Semi-rural (entre 2 000 et 5 000 habitants)	57	41,91%
Urbain : ville de moins de 50 000 habitants	29	21,32%
Urbain : ville de plus de 50 000 habitants	24	17,65%
Exercez-vous :		
Seul / Seule	20	14,71%
Dans un cabinet de groupe	70	51,47%
Dans une MSP	45	33,09%
Dans un Centre de santé,	0	0,00%
À l'hôpital	0	0,00%
Autre	1	0,74%
Avez-vous une Formation spécifique en gynécologie ?		
Oui	31	22,79%
Non	105	77,21%
Réalisez-vous des suivis gynécologiques au cabinet ?		
Oui	103	75,74%
Non	33	24,26%
Êtes-vous maître de stage universitaire ?		
Oui	72	52,94%
Non	64	47,06%

Tableau 1 : A propos des participants de l'étude

Types de formations gynécologique des participants :

DU gynécologie 18 participants

Formation à l'IVG : 3 participants

Formation à l'échographie : 2 participants

DIU régulation des naissances : 1 participant

DIU Médecine de la reproduction : 1 participant

DPC : 1 participant

DIU sexologie 2 participants

FMC : 5 participants

Stage durant l'Internat en Gynéco-Obstétrique : 1 participant

	Nombre	Pourcentage
Des patientes se déclarant FSF font-elles partie de votre patientèle ?		
Je ne sais pas	7	5,15%
0 patiente	2	1,47%
De 1 à 5 patientes	69	50,74%
De 5 à 10 patientes	38	27,94%
De 11 à 20 patientes	15	11,03%
Plus de 20 patientes	5	3,68%
Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle avec vos patientes ?		
Jamais	27	19,85%
Rarement	76	55,88%
La plupart du temps	28	20,59%
Toujours	5	3,68%
Est-ce la patiente qui en parle spontanément ?		
Jamais	4	2,94%
Rarement	47	34,56%
La plupart du temps	73	53,68%
Toujours	11	8,09%
Sans réponse	1	0,74%
Abordez-vous de possibles Dysfonctions sexuelles ?		
Jamais	36	26,47%
Rarement	38	27,94%
Souvent	15	11,03%
Toujours	2	1,47%
Vous l'abordez uniquement si cela est évoqué par la patiente	45	33,09%
Abordez-vous avec elle le sujet de Violences (sexuelles, physiques ou psychologiques) qu'elle pourrait avoir subi ?		
Jamais	31	22,79%
Rarement	59	43,38%
Souvent	26	19,12%
Systématiquement	19	13,97%
Sans réponse	1	0,74%

Tableau 2 : Orientation sexuelle et sexualités

	Nombre	Pourcentage
Proposez-vous un dépistage des IST ?		
Concernant le Gonocoque et la Chlamydia		
Jamais	6	4,41%
Rarement	25	18,38%
La plupart du temps	45	33,09%
Systématiquement	33	24,26%
Uniquement en cas de symptôme	27	19,85%
Concernant le Mycoplasme genitalium		
Jamais	17	12,50%
Rarement	29	21,32%
La plupart du temps	30	22,06%
Systématiquement	18	13,24%
Uniquement en cas de symptôme	41	30,15%
Sans réponse	1	0,74%
Concernant le VIH		
Jamais	5	3,68%
Rarement	32	23,53%
La plupart du temps	55	40,44%
Systématiquement	40	29,41%
Uniquement en cas de symptôme	4	2,94%
Concernant le VHB		
Jamais	5	3,68%
Rarement	33	24,26%
La plupart du temps	55	40,44%
Systématiquement	39	28,68%
Uniquement en cas de symptôme	4	2,94%
Concernant le VHC		
Jamais	6	4,41%
Rarement	35	25,74%
La plupart du temps	54	39,71%
Systématiquement	35	25,74%
Uniquement en cas de symptôme	5	3,68%
Sans réponse	1	0,74%
Concernant la Syphilis		
Jamais	8	5,88%
Rarement	37	27,21%
La plupart du temps	46	33,82%
Systématiquement	38	27,94%
Uniquement en cas de symptôme	7	5,15%
Concernant le Trichomonas		
Jamais	15	11,03%
Rarement	32	23,53%
La plupart du temps	24	17,65%
Systématiquement	19	13,97%
Uniquement en cas de symptôme	44	32,35%
Sans réponse	2	1,47%
Concernant la Vaginose bactérienne		
Jamais	12	8,82%
Rarement	31	22,79%
La plupart du temps	17	12,50%
Systématiquement	12	8,82%
Uniquement en cas de symptôme	63	46,32%
Sans réponse	1	0,74%

Tableau 3 : IST : Dépistage

	Nombre	Pourcentage
Abordez-vous l'utilisation de la digue dentaire ou de film alimentaire, de doigtier ou de gant ?		
Jamais	113	83,09%
Rarement	15	11,03%
La plupart du temps	2	1,47%
Systématiquement	1	0,74%
À la demande de la patiente	5	3,68%
Abordez-vous l'utilisation de préservatifs (internes ou externes) ?		
Jamais	72	52,94%
Rarement	41	30,15%
La plupart du temps	13	9,56%
Systématiquement	3	2,21%
À la demande de la patiente	7	5,15%

Tableau 4 : IST : Prévention

	Nombre	Pourcentage
L'interrogez-vous sur un éventuel projet de grossesse ?		
Jamais	26	19,12%
Rarement	36	26,47%
La plupart du temps	24	17,65%
Systématiquement	5	3,68%
La question est abordée uniquement à la demande de la patiente	45	33,09%
Êtes-vous impliqué dans la prise en charge de la grossesse de vos patientes FSF ?		
Jamais	54	39,71%
Rarement	48	35,29%
La plupart du temps	27	19,85%
Systématiquement	7	5,15%
Avez-vous eu des discussions autour de la procréation médicalement assistée ?		
Jamais	26	19,12%
Rarement	76	55,88%
La plupart du temps	29	21,32%
Systématiquement	5	3,68%
Abordez-vous le sujet de la Contraception ?		
Jamais	30	22,06%
Rarement	40	29,41%
La plupart du temps	23	16,91%
Systématiquement	10	7,35%
Uniquement à la demande de la patiente	33	24,26%

Tableau 4 : Procréation

	Nombre	Pourcentage
En général abordez-vous la santé gynécologique avec vos patientes ?		
Oui	117	86,03%
Non	19	13,97%
Abordez-vous le dépistage du cancer du col de l'utérus avec vos patientes FSF ?		
Jamais	3	2,21%
Rarement	9	6,62%
La plupart du temps	48	35,29%
Toujours	75	55,15%
Sans réponse	1	0,74%
Abordez-vous le dépistage des pathologies mammaires avec vos patientes FSF ?		
Jamais	3	2,21%
Rarement	8	5,88%
La plupart du temps	45	33,09%
Toujours	80	58,82%
Proposez-vous un suivi gynécologique à vos patientes FSF ?		
Jamais	9	6,62%
Rarement	13	9,56%
La plupart du temps	50	36,76%
Toujours	64	47,06%

Tableau 5 : Santé gynécologique

	Nombre	Pourcentage
Abordez- vous les troubles psychiatriques tels que des troubles de l'humeur, anxieux ou de dépression avec vos patientes FSF		
Jamais	11	8,09%
Rarement	67	49,26%
Souvent	50	36,76%
Systématiquement	8	5,88%
Faites-vous le point sur la prise de toxiques avec vos patientes FSF concernant le tabac ?		
Jamais	3	2,21%
Rarement	18	13,24%
La plupart du temps	56	41,18%
Systématiquement	59	43,38%
Faites-vous le point sur la prise de toxiques avec vos patientes FSF ? Concernant l'usage de l'alcool et autres toxiques		
Jamais	4	2,94%
Rarement	33	24,26%
La plupart du temps	61	44,85%
Systématiquement	38	27,94%
Abordez-vous les difficultés sociales ou familiales avec vos patientes FSF ?		
Jamais	12	8,82%
Rarement	52	38,24%
La plupart du temps	58	42,65%
Systématiquement	14	10,29%
Avez-vous connaissance d'associations locales de soutien (notamment LGBT) vers lesquelles orienter vos patientes en cas de besoin ?		
Oui	30	22,06%
Non	105	77,21%
Sans réponse	1	0,74%

Tableau 6 : Aspects psychosociaux de la sexualité

	Nombre	Pourcentage
Considérez-vous vos connaissances comme adaptées à propos de la santé des patientes FSF ?		
Inadaptées	41	30,15%
Partiellement adaptées	88	64,71%
Adaptées	7	5,15%
Une formation spécifique vous semblerait-elle nécessaire ?		
Non	12	8,82%
Plutôt non	19	13,97%
Plutôt oui	88	64,71%
Oui	17	12,50%
Si oui, quel type de formation vous semble le plus adapté ?		
Formation continue	90	80,36%
Formation initiale	18	16,07%
Autre	4	3,57%
Pensez-vous avoir une prise en charge différente avec les patientes FSF par rapport aux patientes hétérosexuelles ?		
Non	48	35,29%
Plutôt non	62	45,59%
Plutôt oui	23	16,91%
Oui	3	2,21%
Vous est-il facile d'aborder l'orientation sexuelle avec vos patientes ?		
Non	14	10,29%
Plutôt non	38	27,94%
Plutôt oui	57	41,91%
Oui	27	19,85%

Tableau 7 : Ressenti des participants

Types de formations souhaitées :

Formation en distanciel : exprimé par 10 participants

Formation présentielle par un organisme ou une association ou en congrès : exprimé par 8 participants

FMC : exprimé par 7 participants

DPC : exprimé par 6 participants

FAF : exprimé par 4 participants

Fiche synthèse ou article de revue : exprimé par 3 participants

Module pendant la formation continue : exprimé par 3 participants

Groupe de pairs : exprimé par 2 participants

EPU : exprimé par 1 participant

Sous forme de sensibilisations : exprimé par 1 participant

Tout type de formation : exprimé par 1 participant

1 participant exprimant son interrogation sur les facteurs de risques spécifiques

Commentaires libres :

- 14 Une partie de mes réponses me semble similaire quelle que soit l'orientation sexuelle de la patiente (suivi, risques psycho dépistage violences ...)
- 18 J'aborde de manière systématique la question des addictions, toxiques, violence avec tous les patients. Je propose facilement les dépistages VIH, VHC, VHB à tous les patients, indépendamment de l'âge, du sexe et de l'orientation sexuelle, surtout lors des demandes de bilan biologique "check up". Je ne pose jamais la question de l'orientation sexuelle, mais plutôt des questions générales. Je ne suis peut-être pas assez vigilante sur le risque de MST chez les FSF.
- 33 Peur d'être intrusive, j'essaie surtout de ne pas gêner le / la partenaire(s)
- 51 Mais je ne pense pas à poser la question sur l'orientation sexuelle. Je laisse tjs le patient m'en parler et j'adapte ensuite mes questions.
- 56 Je prends en charge de la même manière les patientes FSF que les patientes hétérosexuelles. Pour les dépistages des violences en cas de troubles dépressifs je demande toujours si quelqu'un leur a déjà fait du mal. J'adapte plus mon suivi pour les patient(e)s transgenres qui ont des besoins plus spécifiques et plus de traumatismes psychiques.
- 67 Ce questionnaire est troublant, sommes-nous nous chargés de catégoriser les individus en fonction de critères ? Ici l'orientation sexuelle. Ce type de travail me semble toxique pour le raisonnement médical
- 68 Je pense (et j'espère) plutôt mettre en confiance mes patients pour ce qui concerne le sujet de l'orientation sexuelle .
- 71 j'ai surtout en tête des couples que j'ai connus déjà constitués avec des enfants et une grossesse PMA ==> je ne fais pas leur suivi gynécologique instinctivement, je dirai que je ferai le suivi normal mais je ne connais pas assez le sujet pour connaître les risques spécifiques et les pratiques à risque et donc les conseils à donner. Elles en savent bien mieux que moi
- 73 je fais pareil avec toutes mes patientes, pas de prise en charge particulière en fonction de l'orientation sexuelle, je ne questionne que les violences de manière systématique pour toutes mes patientes , pour l'orientation sexuelle je laisse des phrases et interrogations ouvertes, je propose à toutes les mêmes dépistages, pour le désir de grossesse j'attends la demande et j'apporte les réponses aux questions posées, peut être en particulier j'aborde rapidement l'aspect légal (adoption) , je travaille en milieu rural.
- 76 Toutes ces questions sont rarement abordées dans le cadre des études de médecine. J'ai ressenti le besoin de faire un DU de sexologie / santé sexuelle pour pouvoir être plus à l'aise
- 84 Principe de liberté
- 97 Je pose systématiquement la question des violences, comme celles des consommations alcool/tabac, profession, vie personnelle à la création de chaque dossier de suivi de médecine générale mais encore plus quand c'est pour des suivis gynéco. Je parle contraception aux FSF car elles peuvent aussi l'utiliser pour soulager leurs règles, douloureuses ou pas. Si elles ont un désir de grossesse, on parle forcément de ce qu'elles ont prévu de faire : PMA en France ? en Espagne ? ou avec un donneur sympa sur le "coin de la table de la cuisine" avec auto-insémination ? Je n'incite pas forcément les femmes à faire de suivi mammaire si elles n'ont pas de facteur de risque en général Bon courage pour la thèse
- 114 Pour mes patientes FSF, je fais le suivi gynécologique (santé sexuelle, désir de grossesse, suivi gynécologique/mammaire...) si elles ne sont pas suivies par une SF ou par un/une gynécologue, comme pour mes patientes hétérosexuelles. Si elles sont suivies par un/une SF ou un/une gynécologue, je réponds aux questions qu'elles me posent mais considère que c'est à celui / celle qui s'occupe du suivi de penser à aborder les questions sexuelles.
- 119 Questionnaire beaucoup trop long !
- 121 je ne fais pas de différence entre les patients quelque soit leur orientation sexuelle , je fais les dépistages et suivis à tous .

- 128 Concernant le fait d'aborder l'orientation sexuelle je préfère que mes patientes se sentent suffisamment en confiance pour m'en parler directement. Je pose donc des questions ouvertes « êtes vous à jour de votre dernier frottis? Avez vous besoin de faire un dépistage d'IST? » et les laisser libre de me parler de leur orientation sexuelle, car j'estime qu'elles sont libre de décider d'en parler ou pas. Dans tous les cas je leur proposerai les dépistages et assurerai leur suivi gynécologique.
- 134 je traite les FSF comme les autres ne sachant pas forcément qu'elle le sont, je ne connais pas les spécificités du suivi je ne pensai donc pas qu'il y ai un intérêt à le savoir, je pensais qu'il fallait faire la même prévention, intérêt de faire passer des fiches infos après la thèse?
- 143 En fait, il y quelques adaptations notamment sur la nécessité de suivi qui est la plupart du temps peu perçues pas cette population. Après, sur les dépistages, je propose un suivi comme pour chaque patiente en appuyant sur les spécificités si nécessaire. Les demandes d'examen sur les IST sont fonction du contexte. Le suivi en santé mentale est abordé, comme pour chaque patient(e), et adapté en fonction des éléments pertinents retrouvés. A titre personnel (cela n'engage que moi), je trouve que le manque ou l'inadaptation du suivi est aussi favorisé par la patiente elle-même qui minimise par son orientation qui lui donne l'impression d'une certaine inutilité.
- 155 Merci pour ce questionnaire qui fait s'interroger : en se voulant respectueux et non intrusif, on passe peut être à côté de soins spécifiques.
- 168 Je ne fais aucune distinction entre les patientes en fonction de leur orientation sexuelle, je cherche à savoir si elles ont des pratiques sexuelles à risque ou pas, quelque soit leur orientation sexuelle (rapports non protégés, plusieurs partenaires ...) et bien sûr, je propose systématiquement un suivi gynécologique en tenant compte des antécédents médicaux personnels et familiaux, des antécédents traumatiques, des troubles thymiques ou identitaires ... La réticence des patientes est souvent importante.

AUTEUR : Jérémy LAURENT

TITRE : PRATIQUE ET CONNAISSANCE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA SANTE SEXUELLE DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES

DIRECTEUR DE THÈSE : Geneviève MOLINA

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 29/02/2023 à Toulouse

Introduction : La santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) a été largement absente de la littérature scientifique, des recommandations de santé et des campagnes de prévention. Des études récentes ont montré un faible accès aux dépistages, des besoins plus importants en santé mentale, ainsi qu'une méconnaissance des enjeux de santé spécifiques par les médecins généralistes. Conduisant à des prises en charge peu adaptées et une insatisfaction des FSF dans leurs expériences avec les professionnels de santé.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale de juin à août 2023 auprès de médecins généralistes installés en ex-région Midi-Pyrénées. Les questions portaient sur l'orientation sexuelle et les sexualités, le dépistage et la prévention des IST, la procréation, les aspects psychosociaux et gynécologiques de la sexualité, ainsi que sur les besoins de formation.

Résultats : 136 réponses ont pu être analysées. 6.62% pensent ne pas avoir de patientes FSF ou ne savent pas s'ils en prennent en charge. 26.47% n'abordent jamais le sujet des dysfonctions sexuelles, 22.79% n'abordent jamais les violences avec les patientes FSF. L'abord des protections des IST n'est que marginal dans notre travail. La procréation est également apparue comme un thème peu abordé avec les patientes, 39.71% n'ayant jamais pris en charge de patientes FSF pendant leur grossesse. 8% n'abordent pas les aspects psychosociaux de la sexualité avec les patientes FSF. En revanche 95% considèrent leurs connaissances comme partiellement adaptées ou inadaptées et la majorité des interrogés souhaiteraient une formation spécifique.

Conclusion : Il existe un manque de connaissance ressenti par les médecins généralistes concernant la santé sexuelle des patientes FSF. Il est corrélé à une méconnaissance de l'orientation sexuelle des patientes et une prise en charge parcellaire concernant les violences, les dysfonctions sexuelles la procréation et la santé psychologique des patientes. Des formations sur le sujet sont indispensables et souhaitées par les médecins généralistes.

PRACTICE AND KNOWLEDGE OF GENERAL PRACTITIONERS REGARDING THE SEXUAL HEALTH OF WOMEN WHO HAVE SEX WITH WOMEN

Introduction : The sexual health of women who have sex with women (WSW) has been largely absent from scientific literature, health recommendations and prevention campaigns. Recent studies have shown poor access to testing, greater mental health needs, and a lack of awareness of specific health issues among general practitioners. This leads to poor adapted care and dissatisfaction among WSW in their experiences with healthcare professionals.

Method : We conducted a cross-sectional descriptive observational study from June to August 2023 among general practitioners practicing in the former Midi-Pyrénées region. Questions concerned sexual orientation and sexuality, STI screening and prevention, reproduction, psychosocial and gynaecological aspects of sexuality, and training needs.

Results : 136 responses were analysed. 6.62% thought they had no WSW patients or did not know if they did. 26.47% never discussed sexual dysfunction, and 22.79% never discussed violence with WSW patients. STI protection is only marginally addressed in our work. Reproduction also appeared to be an issue that was rarely discussed with patients : 39.71% never having treated WSW patients during pregnancy. 8% did not discuss the psychosocial aspects of sexuality with FSF patients. On the other hand, 95% considered their knowledge to be partially adapted or inadequate, and the majority of respondents would like specific training.

Conclusion : General practitioners feel a lack of knowledge about WSW patients sexual health. This is correlated with a lack of understanding of patient's sexual orientation, and a poor care of violence, sexual dysfunction, procreation and psychological health. General practitioners expressed their need for specific training.