

## Description des pratiques sexuelles des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes face au VIH/sida à Abidjan (Côte d'Ivoire)

### Description of sexual practices of women who have sex with other women to HIV / AIDS in Abidjan (Côte d'Ivoire)

Y.E. Konan · N.S. Dagnan · E.O. Tetchi · O. Aké · I. Tiembré · P. Zengbé · F.K. Ekou · P.S. Sablé · D.O.D. Kpebo · K.W.O. Saraka · K.S. Kouamé · B.C. Akani · C. Anoma

Reçu le 21 mai 2013 ; accepté le 1 juillet 2014  
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2014

**Résumé** La réponse au VIH doit tenir compte de toutes les situations de risque et de vulnérabilité liées aux comportements sexuels. La présente étude, qui décrit les pratiques sexuelles des femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF) face au VIH, s'inscrit dans ce cadre. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, réalisée de juillet à septembre 2010 à Abidjan. Elle a concerné 150 FSF. L'âge moyen des enquêtées était de 26,6 ans. Parmi elles, 21,3 % n'avaient jamais été scolarisées et 41,4 % étaient sans activité génératrice de revenu. Au moment de l'enquête, la majorité (70,7 %) ignorait leur statut sérologique VIH. L'analyse des pratiques sexuelle a permis de retrouver 13,3 % d'homosexuelles strictes, 36 % de bisexuelles et 50,7 % de femmes qui se disaient homosexuelles, même si elles avaient déjà eu des rapports sexuels avec des hommes. Elles avaient des pratiques sexuelles à risque. Il s'agissait surtout de rapports sexuels non protégés (60 %). Parmi les 26,7 % des enquêtées qui avaient des pratiques lesbiennes avec pénétration, 40 % ne prenaient aucune précaution de prévention du VIH/sida et des autres IST. Ces

résultats soulignent la nécessité d'élaboration des stratégies spécifiques pour la promotion de pratiques sexuelles responsables chez les FSF.

**Mots clés** Homosexualité féminine · FSF · VIH · IST · Sida · Abidjan · Côte d'Ivoire · Afrique intertropicale

**Abstract** The response to HIV must be based on all situations of risk and vulnerability related to sexual behavior. Sexual practices of women who have sex with other women to HIV described in his study come within this framework. This transversal and descriptive study on the sexual practices of 150 women who have sex with other women to HIV was conducted from July to September 2010 in Abidjan. Mean age of the respondents was 26.6 years. Among them, 21.3% was illiterate, 41.4% had no earned income and 57.3% was Christians. At the time of data collection, the majority (70.7%) did not know their HIV status. The analysis of sexual practices has found 13.3% of lesbians, bisexual, 36% and 50.7% of women who say they are lesbian even if they have had sex with men. Women who have sex with other women had sexual risk behavior. It was mostly the non-systematic use of the condom during sexual relation (60%). Among the 26.7% of respondents who had lesbian practices with penetration, 40% took no precaution to prevent HIV and other sexually transmitted infections. Taking into account these results could help to develop specific strategies to promote responsible sexual practices among women who have sex with other women

---

Y.E. Konan (✉) · N.S. Dagnan · E.O. Tetchi · O. Aké · I. Tiembré · P. Zengbé · F.K. Ekou · P.S. Sablé · D.O.D. Kpebo · B.C. Akani  
Département de santé publique (UFR SMA,  
Université Félix Houphouët Boigny de Cocody),  
Abidjan, Côte d'Ivoire  
e-mail : drkonaneugene@yahoo.fr

Y.E. Konan · E.O. Tetchi · O. Aké · F.K. Ekou · P.S. Sablé · D.O.D. Kpebo · K.W.O. Saraka · B.C. Akani  
Institut national de santé publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

N.S. Dagnan · I. Tiembré · P. Zengbé  
Institut national d'hygiène publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

K.S. Kouamé · C. Anoma  
Clinique de Confiance, commune de Marcory,  
Abidjan, Côte d'Ivoire

**Keywords** Women having sex with other women · WSW · HIV · STD · AIDS · Abidjan · Ivory Cost · Sub-Saharan Africa

## Introduction

La sexualité humaine représente l'ensemble des comportements qui concernent la satisfaction des besoins et des désirs sexuels. Elle est régie par la communauté et est étroitement liée à la socialisation des individus. Elle est une donnée intime, psychoaffective et corporelle du sujet. Elle dépend du contexte social, historique et culturel d'une société, mais contribue aussi à son évolution [7]. Le développement de la contraception et la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse tendent à dissocier reproduction et sexualité, celle-ci étant désormais souvent motivée par la seule recherche du plaisir et non par une volonté de procréation. Cette dissociation facilite la reconnaissance sociale des pratiques sexuelles non reproductives, qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles [24]. Toutefois, les différentes orientations sexuelles notamment l'hétérosexualité (attirance sexuelle pour le sexe opposé), l'homosexualité (attirance pour le même sexe), la bisexualité (préférence non exclusive pour le même sexe ou l'autre sexe) et l'asexualité (absence d'attirance pour aucun sexe) sont pratiquées et acceptées ou réprimées selon l'époque et le lieu. Ainsi, l'hétérosexualité a toujours été l'orientation sexuelle la plus pratiquée, avouée et admise dans toutes les sociétés, contrairement aux autres qui lorsqu'elles sont pratiquées, sont très souvent qualifiées de maladie ou de perversion. Concernant l'homosexualité masculine ou féminine (lesbianisme) et la bisexualité, la tendance aujourd'hui dans les sociétés occidentales est à l'acceptation et dans certains pays l'établissement d'un statut légal [26]. Ce qui n'est pas le cas dans la plupart des pays africains où elles restent encore très mal acceptées en raison du contexte social d'hostilité ouverte [26], malgré l'existence historique de pratiques homosexuelles dans certains rites initiatiques [15,24]. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette règle. Toutefois, l'épidémie du VIH/sida, reconnue comme l'un des problèmes majeurs de santé publique a relancé ou généré le développement des études sur la sexualité. Son traitement social intrinsèquement lié à la prise en charge médicale, a facilité la reconnaissance de la diversité des « cultures sexuelles » [25]. Cependant, l'accessibilité de l'ensemble des groupes sociaux aux différents programmes de lutte ou à l'inverse, l'accessibilité de ces programmes à cet ensemble, pose problème, dans la mesure où le caractère sectaire ou clandestin de certains groupes, notamment les homosexuels et les bisexuels, rend difficile les activités de prévention et de sensibilisation. Pourtant, les stratégies de lutte doivent s'attaquer à la diversité des pratiques et doivent être fondées sur des données épidémiologiques et comportementales précises [25]. La présente étude qui décrit les pratiques sexuelles des femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF) face au VIH/sida s'inscrit dans ce cadre. En effet, face au VIH/sida, l'homosexualité féminine et la bisexualité féminine soulèvent bien souvent des

interrogations. Les FSF ont-elles des pratiques sexuelles à risque ? Qu'en est-il de leurs pratiques face au risque de contamination par le VIH/sida ? Ce travail se propose de répondre à ces questions.

## Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée du 25 juillet au 12 septembre 2012 à la clinique de Confiance, sise à Biétry dans la commune de Marcory (Abidjan). La clinique de Confiance est le centre de santé de l'ONG espace confiance. Elle assure la prise en charge ambulatoire des personnes hautement vulnérables, notamment les professionnel(le)s du sexe, les homosexuel(le)s, les bisexuel(le)s et les personnes vivant avec le VIH.

La population d'étude était constituée de FSF sélectionnées de façon raisonnée. Ainsi, toutes les FSF rencontrées à la clinique de Confiance et dans des espaces privés (bars, boîtes de nuit, domiciles) qui remplissaient les critères d'inclusion ont été retenues dans l'étude. Ce choix raisonné s'est imposé à nous compte tenu des difficultés d'accès aux FSF. Un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH ou MSM), suivi à la clinique de Confiance, nous a servi d'intermédiaire pour accéder à la présidente des FSF qui a facilité le déroulement de l'enquête en réunissant les FSF sur des sites précis. Au total, trois grandes rencontres ont été organisées en dehors de petites rencontres réunissant au plus trois à quatre participantes. Au terme de la collecte des données, 150 FSF ont été enquêtées. Le recueil des données s'est fait par interview directe. Pour chaque FSF retenue dans l'étude, l'enquête prenait en compte les caractéristiques sociodémographiques, le comportement sexuel face au VIH/sida et les pratiques lesbiennes face au VIH/sida.

Après la saisie des données collectées, les fichiers ont été fusionnés et exportés en SPSS sous WINDOWS pour certains contrôles de cohérence avant la production des résultats. Le logiciel SPSS a servi à l'analyse des données. À l'aide de ce logiciel, une description simple des différentes variables étudiées a été réalisée. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane et le mode, tandis que les variables qualitatives ont été décrites par les proportions.

## Résultats

### Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des FSF était de 26,6 ans avec des extrêmes de 17 ans et 44 ans. La médiane et le mode étaient respectivement de 26 ans et 19 ans. Plus de la moitié des FSF (52 %) résidait à Yopougon (une des dix communes de la ville

d'Abidjan). Parmi les enquêtées de nationalité ivoirienne (72 %), 59,3 % affirmaient appartenir aux groupes ethniques krou (31,5 %) et gour (27,8 %). Les Kwa ou Akan et les Mandé représentaient respectivement 22,2 % et 18,5 %. Celles qui exerçaient une activité génératrice de revenu représentaient 58,6 % : il s'agissait essentiellement de sport (29,3 %), de commerce (18,1 %), de la gestion et de service dans les bars ou débits de boissons (17 %). La religion chrétienne était la plus pratiquée (57,3 %). Elle était suivie de la religion musulmane (26 %). Plus de la moitié (58,6 %) des FSF avait au plus un niveau d'étude secondaire, dont 21,3 % d'analphabètes. Celles qui avaient un niveau d'étude supérieure étaient au nombre de 16 soit 10,7 %. La majorité était célibataire (81,3 %). Plus du tiers (34,7 %) des FSF avait au moins un enfant. Parmi les FSF qui n'avaient pas d'enfants (65,3 %), 10 % comptaient en adopter. Les FSF qui consommaient de l'alcool et du tabac représentaient respectivement 82 % et 61 %. Par ailleurs, 8 FSF, soit 5,3 %, affirmaient consommer du cannabis.

### Comportement sexuel des FSF face au VIH/sida

La majorité des FSF ne connaissait pas leur statut sérologique vis-à-vis du VIH (70,7 %), ce d'autant qu'elles ne se sentaient pas concernées par la pandémie du VIH/sida qui, selon elles, ne toucherait que les hétérosexuels (88,8 %) et les gays (66 %). Au moment de l'enquête, 54 FSF (36 %) affirmaient être bisexuelles et 96 FSF (64 %) être homosexuelles. Toutefois, parmi ces dernières, 76 avaient déjà eu des rapports sexuels avec des hommes. Par conséquent,

seules 20 FSF soit 13,3 % de l'ensemble des enquêtées étaient des lesbiennes strictes. Par rapport à l'ensemble des enquêtées, les 76 FSF qui ont affirmé être homosexuelles alors qu'elles avaient déjà eu des rapports sexuels avec des hommes représentaient 50,7 %. Le multipartenariat sexuel et les rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ont été retrouvés respectivement chez 59 % et 46,7 % des FSF. Lors des rapports homosexuels et/ou hétérosexuels, 49,3 % des FSF n'utilisaient pas systématiquement le préservatif (masculin ou féminin). Pour 28 % des FSF, l'utilisation du préservatif (masculin ou féminin) lors des rapports sexuels entre femmes n'était pas nécessaire (Tableau 1).

### Pratiques sexuelles des FSF face au VIH/sida

La durée moyenne de pratique lesbienne était de 5 ans avec un maximum de 16 ans. La majorité des enquêtées avait informé leur entourage (64 %), essentiellement leur entourage familial (81,2 %). Parmi celles-ci, 70,4 % avaient été rejetées et 25 % avaient été victimes d'agressions physiques et/ou verbales. Les principales raisons évoquées par celles qui n'ont pas osé informer l'entourage étaient la peur de la réaction de l'entourage (63 %) et le fait d'être gênée et « la honte » (37 %). Dans cette étude, les FSF actives (dominatrices et qui s'identifient au personnage masculin), passives (soumises et qui s'identifient au personnage féminin) et versatiles (alternativement actives ou passives, avec parfois une préférence être active ou versatile) représentaient 44 %, 28 % et 28 %. Les pratiques lesbiennes sans pénétration ont été retrouvées chez toutes les enquêtées. Il s'agissait

**Tableau 1** Répartition des FSF selon l'utilisation ou non du préservatif lors des rapports sexuels / *Distribution of WSW according to condom using during sexual intercourse.*

Usage du préservatif lors des rapports sexuels		Fréquence	Pourcentage
Utilisez-vous des préservatifs lors des rapports sexuels ? (n=150)	Oui	76	50,7
	Non	74	49,3
Si oui, à quel moment ? (n=76)	Lors des rapports sexuels avec les hommes	64	94,7
	Lors des rapports avec les femmes	12	5,3
Si oui, comment ? (n=76)	Régulièrement	64	84,2
	Irrégulièrement	12	15,8
Si non, pourquoi ? (n=74)	Emousse le plaisir	32	43,2
	Refus du partenaire	20	27
	Destiné aux garçons	20	27
	Je ne pratique pas de pénétrations sexuelles	4	5,4
	J'utilise des objets sexuels	2	2,7
	Pas adapté	6	8,1
L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels entre FSF est elle nécessaire ? (n=150)	Oui	108	72
	Non	42	28
Si non, pourquoi ? (N=42)	Concerne les hétérosexuels	24	57,1
	Concerne les gays	20	47,6
	Je suis fidèle	20	47,6

essentiellement de masturbation (93,3 %), avec usage de la bouche (92 %) et de toucher (caresses) (85,3 %). En cas de toucher, aucune précaution n'est prise par les FSF pour prévenir le VIH et les autres IST (Tableau 2). Concernant les pratiques lesbiennes avec pénétration, seules 26,7 % ont affirmé la pratiquer. Parmi celles-ci, 40 % ne prenaient aucune mesure de prévention du VIH et des autres IST (Tableau 3).

## Commentaire

Nous avons constaté un jeune âge des FSF enquêtées (âge moyen = 26,6 ans). Dans son étude en France, Devillard [9] rapportait une moyenne d'âge de 31 ans. Soulignons toutefois, que les différences dans les méthodes de recueil des données et les types de critères retenus rendent difficiles les comparaisons d'une enquête à l'autre, surtout lorsqu'il s'agit d'études réalisées auprès de populations avec des

valeurs et normes socioculturelles différentes face aux différentes orientations sexuelles.

En rapport avec le jeune âge des enquêtées, il est important de rappeler que le risque de contracter le VIH est l'un des risques majeurs qui menacent la santé des jeunes filles et des jeunes femmes en Afrique subsaharienne du fait non seulement d'une vulnérabilité biologique importante, mais également des graves désavantages sociaux, juridiques et économiques [8,11,21,28]. Concernant la vulnérabilité biologique, la zone de muqueuse exposée au virus pendant les relations sexuelles est plus grande chez les femmes et la fragilité des parois vaginales offre de multiples voies d'entrée au virus. Ceci est particulièrement vrai chez les jeunes filles, dont le col de l'utérus immature et la faible production de mucus vaginal ne procurent qu'une mince barrière contre les infections [11].

La religion joue un rôle fondamental dans les perceptions, comportements et attitudes des fidèles à travers ses croyances, valeurs et dogmes [2]. Dans cette étude, les religions

**Tableau 2** Répartition des FSF selon les pratiques lesbiennes sans pénétration lors des rapports sexuels / *Distribution of WSW according to lesbian practices without penetration during sexual intercourse.*

Pratiques lesbiennes sans pénétration		Fréquence	Pourcentage
Avez-vous des pratiques sans pénétration ?	Oui	150	100
	Non	0	0
Quelles sont les pratiques les plus fréquentes ? (n=150)	Masturbation	140	93,3
	Usage de la bouche	138	92
	Toucher (caresse)	128	85,3
	Frottements	42	28
	Adoptez-vous des dispositions afin d'éviter les IST-VIH/sida ? (n=150)	Toucher (caresse)	0
	Frottements	114	76
	Bouche	55	36,7
	Masturbation	45	30

**Tableau 3** Répartition des FSF selon les pratiques lesbiennes avec pénétration lors des rapports sexuels / *Distribution of WSW according to lesbian practices with penetration during sexual intercourse.*

Pratiques lesbiennes avec pénétration		Fréquence	Pourcentage
Pratiquez-vous la pénétration lors des rapports sexuels	Oui	40	26,7
	Non	110	73,3
Si oui, avec quoi la pratiquez-vous ? (n=40)	Doigts	11	27,5
	Langue	16	40
	Objets sexuels	17	42,5
Si objets sexuels utilisés, lesquels ? (n=17)	Godemiché	14	82,4
	Vibromasseur	3	17,6
Ces objets sont-ils à usage collectif ? (n=17)	Oui	8	47,1
	Non	9	52,9
Si non, pourquoi ? (n=16)	Partenaire habituel	5	31,3
	Aucun risque	11	68,7
Adoptez-vous des dispositions pour éviter la transmission des IST et VIH/sida ? (n=40)	Oui	24	60
	Non	16	40

prépondérantes chez les répondantes étaient le christianisme (57,3 %) et l'islam (26 %), nonobstant le fait que traditionnellement ces deux religions monothéistes considèrent les actes homosexuels comme des pratiques contre nature, des péchés. En fait, tout comme la sexualité hétérosexuelle hors mariage, elles rejettent l'homosexualité.

L'analyse des professions des 58,6 % enquêtées qui exerçaient une activité génératrice de revenus a permis de constater que malgré les efforts consentis pour promouvoir l'égalité de sexe dans tous les secteurs d'activités, de nombreuses femmes continuent d'occuper des emplois peu rémunérés, qualifiés de "petits métiers" en Côte d'Ivoire. Il s'agissait entre autres de petites commerçantes (18,1 %), de gérantes ou de serveuses dans les débits de boissons (17 %). En fait, la précarité de l'emploi féminin est liée en grande partie à la sous qualification, elle-même due au faible niveau d'instruction des femmes [29]. En effet, dans cette étude, plus d'une FSF sur cinq n'avait pas été scolarisée (21 %). Ce chiffre est nettement supérieur à celui rapporté par Cloete [6] en Afrique du Sud qui était de 6 %. Celles qui avaient le niveau d'étude supérieur représentaient 10,7 % contrairement à Devillard [9] en France qui notait que 82,8 % de ses enquêtées avaient fait des études supérieures. Le faible niveau d'instruction des enquêtées pourrait constituer un obstacle à l'adoption de comportements de santé en général et en particulier à l'adoption de pratiques sexuelles responsables face aux IST et VIH/sida.

Parmi les FSF qui n'avaient pas d'enfant (65,3 %), 10,2 % comptaient en adopter. Au nom de la non-discrimination basée sur l'orientation sexuelle, il s'agit d'un vœu légitime. Toutefois, l'adoption d'enfants par des personnes homosexuelles est liée au statut légal ou non de l'homosexualité dans la juridiction considérée. En Côte d'Ivoire, aucune disposition juridique ne fait cas de l'homoparentalité. La possibilité d'adoption de fait selon le droit coutumier ethnique existe. En effet, un parent peut solliciter de prendre sous son toit le fils ou la fille d'un de ses frères, sœurs, oncle ou tante, soit de leur vivant, soit après leur décès. Les personnes homosexuelles peuvent-elles participer à cette manifestation de la solidarité entre membres du groupe familial ou social ? Cette adoption socialement contrôlée est-elle possible pour les enquêtées dans un environnement majoritairement homophobe ? Des études ultérieures permettront de répondre à ces questions.

Dans cette étude, nous avons noté une forte consommation de substances psycho actives par les FSF. L'alcool (88 %) et le tabac (61,3 %) étaient les plus consommés. Il s'agit de comportement à risque d'infection par le VIH. En effet, la consommation chronique de l'alcool et des autres drogues affaiblit le système immunitaire. Son rôle immunosuppresseur augmente la susceptibilité aux infections [12,31]. De plus, l'alcool joue indirectement un rôle immunosuppresseur par sa toxicité hépatique et le développement éventuel de cir-

rhose, par les carences nutritionnelles qu'elle entraîne, et par la translocation bactérienne intestinale qu'elle favorise [12,16]. Par ailleurs, une dépendance à l'alcool augmente les risques d'une rencontre hétérosexuelle non protégée, pour une homosexuelle, voire une prostitution rendant la personne plus vulnérable à être infectée par le VIH ou au développement du sida.

Afin de regrouper l'ensemble des femmes qui ont déjà eu au moins une pratique homosexuelle, nous avons utilisé comme Devillard [9] le terme de femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF). Ce qui nous a permis de regrouper dans une catégorie de pratique, les femmes lesbiennes (13,3 %), bisexuelles (36 %) et celles qui se disent homosexuelles même si elles ont déjà eu des rapports sexuels avec des hommes (50,7 %). En fait, bien qu'étant de plus en plus visible, l'homosexualité en Afrique n'est pas encore affranchie des contraintes culturelles et de la pression sociétale qui se dressent contre elle [14]. En effet, le sort réservé aux personnes des minorités sexuelles est peu enviable. La stigmatisation, la discrimination et la persécution persistent, sous diverses formes dans la quasi-totalité des états africains, et parfois avec des conséquences mortelles [26]. Cette situation voue la majorité des FSF à « une gestion complexe de leur vie, les contraignant souvent à une double vie, voire à des vies multiples ». Certains auteurs dont Gueboguo au Cameroun [14] pour désigner cette double vie, ont parlé de « stratégie de discrétion » ou « tactique de camouflage » de la part de ces individus qui optent alors pour le choix d'une visibilité hétérosexuelle pouvant induire des rapports clandestins avec des femmes. C'est ainsi que dans cette étude, nous avons noté que 34,7 % des FSF interrogées avaient au moins un enfant. Cette gestion complexe de la vie des FSF pourrait être à l'origine de l'adoption de comportements sexuels à risque observés chez certaines enquêtées. En effet, tout en étant sexuellement actives et en ayant pour la plupart des partenaires sexuelles multiples, 70,7 % des FSF étaient séro-ignorantes et 56,3 % des FSF n'utilisaient pas systématiquement le préservatif masculin (plus disponible et plus accessible) ou féminin (plus coûteux et moins accessible) lors des rapports sexuels hétérosexuels et/ou homosexuels. Il est important de souligner que contrairement aux FSF, les homosexuels masculins ont, depuis le début de la pandémie du VIH/sida, massivement adopté des comportements de protection [1]. Concernant les FSF, objets de la présente étude, il existe de nombreuses études concernant la prévention des IST [5,9,10,17,19,20]. Ces études soulignent le manque d'informations et la pauvreté de moyens déployés par les principaux acteurs concernés. Pour des raisons multiples, la minorité lesbienne est pratiquement négligée voire ignorée. Pourtant, l'homosexualité féminine a ses propres règles, ses propres pratiques et ses propres risques. En effet, une femme s'auto-identifiant comme lesbienne ou bisexuelle,

est une femme qui a des relations sexuelles avec les femmes, et parfois avec les hommes. En outre, une femme lesbienne peut avoir des relations sexuelles avec une partenaire qui a des relations sexuelles avec des hommes. Ce constat permet de mesurer l'importance de la prévention chez les lesbiennes contre les IST [5,17,19]. Par conséquent, l'utilisation de moyens de protection tels que les préservatifs, les gants en latex et les digues dentaires permettent d'éviter tout risque de contamination des IST y compris le VIH/sida. Dans cette étude, nous avons retrouvé les différentes pratiques lesbiennes sans pénétration. Il s'agissait essentiellement de toucher (85,3 %), de l'usage de la bouche (92 %) et de la masturbation (93,3 %). Ces pratiques sexuelles dans le cadre hétérosexuel ou homosexuel comportent des risques de transmission des IST et du VIH/sida. Concernant les pratiques lesbiennes avec pénétration de godemichés, seules 26,7 % des FSF la pratiquaient. Parmi celles-ci, 40 % ne prenaient aucune précaution pour éviter les IST et VIH/sida.

L'ensemble de ces pratiques lesbiennes, si elles sont non protégées, peuvent transmettre des IST d'autant plus que de nombreuses études [3,4,18,22,23,27] ont rapporté l'existence d'IST chez des femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes. Selon l'enquête Enveff (Enquête sur les violences envers les femmes en France) citée par Devillard [9], au cours de la vie, la fréquence d'IST est significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels (25 %) que pour les femmes exclusivement hétérosexuelles (9 %). Par conséquent, au-delà de la faiblesse des données épidémiologiques, l'enjeu pour les FSF lors des pratiques lesbiennes est de prendre conscience d'un risque individuel en matière de santé sexuelle. En effet, quelles que soient les pratiques sexuelles considérées (pratiques oro-buccales, cunnilingus, anilingus, pénétrations digitales, manuelles ou instrumentales ou utilisation d'accessoires sexuels de pénétration, etc.), les sécrétions vaginales et le sang menstruel restent potentiellement infectants et les muqueuses (vaginales, anorectales ou buccales) exposées à ces sécrétions peuvent constituer une porte d'entrée pour les IST [13]. Concernant le cas spécifique du VIH/sida, personne ne peut affirmer avec certitude qu'il n'existe aucun risque de transmission lors de rapports sexuels entre femmes. Toutefois, il n'est pas aisé d'évaluer le risque que comporte chaque pratique sexuelle. En effet, la réalité de l'activité sexuelle est complexe d'autant plus qu'elle est rarement limitée à une seule pratique sexuelle. Elle n'est pas non plus forcément limitée à une seule partenaire sexuelle (susceptible d'être bisexuelle). De plus, l'ordre de succession de certaines pratiques sexuelles peut influencer le degré du risque de transmission [30]. Par ailleurs, selon la Société canadienne du sida [30], le risque de transmission du VIH est très élevé, en cas d'insertion reçue d'un accessoire partagé, sans condom. Par conséquent, en l'absence de certitude, il reste nécessaire de se protéger en utilisant des

moyens adéquats notamment le préservatif en cas d'utilisation d'accessoires sexuels de pénétration. En fait, le risque d'infection par le VIH est minimisé pour les FSF. Cette minimisation est le fait tant des femmes concernées que des services de santé, en raison de la supposée rareté de la transmission sexuelle entre femmes. Toutefois, comme le souligne Lhomond [21], l'arbre cacherait la forêt, celle des autres comportements qui sont chez elles plus fréquents que chez les hétérosexuelles. Plutôt que de se focaliser sur la transmission sexuelle entre femmes, il est souhaitable de prendre la juste mesure des autres risques qu'elles encourent et de tenter d'y remédier par une information appropriée d'autant plus que ces femmes ne sont pas homosexuelles exclusives [9]. Dans notre étude, les femmes qui n'avaient des rapports sexuels qu'avec des femmes ne représentaient que 13,3 % de l'ensemble des enquêtées. En fait, comme le souligne Gueboguo [14], l'homosexualité en Afrique est bisexualisée à cause des contraintes sociales et de l'homophobie intériorisée.

## Conclusion

Cette étude a permis de constater que les FSF ont des pratiques sexuelles à risque face au VIH/sida. Par conséquent, des stratégies d'interventions, qui abordent conjointement la prévention du VIH et la promotion de la santé au sens large, devraient être développées auprès des FSF. Par ailleurs, les données parcellaires disponibles sur les modes de contamination et les contextes de prises de risque sexuel nécessitent de mener des enquêtes plus approfondies (y compris des études de séroprévalence) afin de mieux cerner la problématique des IST en général et du VIH en particulier chez les FSF en Côte d'Ivoire. Cette démarche est un préalable avant l'adoption de stratégies de lutte adaptées d'autant plus que l'homosexualité féminine est loin d'être une construction mythique. C'est une réalité à Abidjan. C'est le fait de vouloir nier son existence qui risque de contrarier les efforts de lutte contre les IST et le VIH/sida. En effet, cette lutte ne pourra aboutir sans des interventions ciblées vers les minorités sexuelles dont les FSF.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. Africagay. Prévention du VIH/Sida chez les homosexuels et autres MSM en Afrique francophone: expérience d'Africagay. <http://www.africagay.org>
2. Akoto E (1990) Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire. Institut National d'Études Démographiques, 971-92

3. Biet E (2003) Homosexualité féminine : des risques spécifiques à prendre en compte. *Le Quotidien du médecin*, 7412:9
4. Bignall J (1996) Sexual-health needs of homosexual woman. *Lancet* 348(9028):673
5. Carr SV, Scoular A, Elliott L, et al (1999) A community based lesbian sexual health service: clinically justified or politically correct? *Br J Fam Plann* 25:93–5
6. Cloete A, Sanger N, Leickness C et al (2011) Are HIV positive women who have sex with women (wsw) an unrecognized and neglected HIV risk group in South Africa? *Journal of AIDS and HIV Research*. 3(1):1–5
7. Courtois R (1998) Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Ann Méd Psychol* 156(9):613–20
8. Desclaux A, Msellati P, Sow K (eds) (2011) Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge. Collection Sciences sociales et sida. ANRS. 255p
9. Devillard S (2011) Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes face au VIH et aux IST. Centre régional de ressources d'information et de prévention sur le VIH sida. 105p
10. Donnars O (2012) Les invisibles de la prévention féminine. In: Femme et VIH, la double peine. *Le journal du sida* 224:22
11. Fener P, Criton C (2007) Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme. 62p
12. Fontaine C (2011) L'alcool dans l'infection VIH. *Swaps* 62:14–6
13. Genon C, Chartrain C et Delebarre C (2009) Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre, sexualité & société [En ligne]
14. Gueboguo C (2006) La question homosexuelle en Afrique : le cas du Cameroun. *L'Harmattan*. 189p
15. Gueboguo C (2006) L'homosexualité en Afrique : sens et variations d'hier à nos jours. Socio-logos. *Revue de l'association française de sociologie* [En ligne]
16. Hahn JA, Samet JH (2010) Alcohol and HIV disease progression: Weighing the evidence *Curr HIV/AIDS Rep* 7(4):226–33
17. Hughes C, Evans A (2003) Health needs of women who have sex with women. *BMJ* 327(7421):939–40
18. Kwakwa HA, Ghobrial MW (2003) Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect* 36(3):e40–1
19. Lehmann JB, Lehmann CU, Kelly PJ (1998) Development and health care needs of lesbians. *J Womens Health* 7:379–87
20. Lert F, Pialoux G (2010) Lesbiennes et Femmes ayant des rapports sexuels avec les Femmes (FSF). In: Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Rapport RDRS. pp. 182-3
21. Lhomond B (1996) Les risques de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. *Transcriptases. Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites* 46
22. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A (2005) Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health* 37(1):6–12
23. Marrazzo J, Stine K, Wald A (2003) Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians. *Sex Transm Dis* 30(12):890–5
24. Mfoungué CB (2012) Le mariage africain, entre tradition et modernité: étude socio-anthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise. Thèse de doctorat. 371p
25. Micollier E (2006) Sexualities and HIV/AIDS vulnerability in China, an anthropological perspective. *Eur J Sex Health* 15(3):191–201
26. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (Québec) (2011) Réalités juridiques et sociales de l'homosexualité et de la transsexualité dans les principaux pays d'origine des nouveaux arrivants au Québec. Guide d'information, 2<sup>e</sup> édition. 76p
27. Muzny CA, Sunesara IR, Martin DH, Mena LA (2011) Sexually transmitted infections and risk behaviors among African American women who have sex with women: does sex with men make a difference? *Sex Transm Dis* 38(12):1118–25
28. ONUSIDA (2012) Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. 212p
29. PNUD (2013) Rapport national sur le développement humain 2013 en Côte d'Ivoire.
30. Société canadienne du sida (2005) La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque. Une ressource pour les éducateurs, les conseillers et les professionnels de la santé. 72p
31. Shuper PA, Neuman M, Kanteres F, et al (2010) Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS – A systematic review. *Alcohol* 45(2):159–66