



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

SONIA EGUAVOEN

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

FEMME ET LESBIENNE : QUELS ENJEUX ?

Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique

Soutenu le : 3 Juillet 2015

JURY

Dr Philippe, FAUCHER, PH Gynécologue obstétricien, Hôpital Trousseau (Directeur de mémoire)

Mme Coraline, DELEBARRE, chargée de mission au CRIPS Île-de-France, co-responsable du projet « tomber la culotte » et ancienne animatrice de la commission FSF à la DGS pour le plan VIH-SIDA (Experte)

Mme Claire, DRAN, sage-femme enseignante

Mme Sophie PRUDHOMME, sage-femme enseignante

Numéro national d'étudiant : 20903456

Avertissement

1. Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

2. Ce travail s'efforcera le plus possible de respecter une écriture non genrée, également dite non sexiste. Ceci dans le but d'une inclusion équitable des hommes et des femmes dans le discours.



Remerciements

Je tiens à remercier :

- Philippe Faucher, mon directeur de mémoire, sans qui cette étude n'aurait pas pu être menée.
- Ces déj d'Esmé Planchon et Valentine Gleyze, pour avoir relu mon travail avec leur regard éclairé et bienveillant.

Table de matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DE MATIERES	IV
CONTENU	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
LISTE DES ANNEXES	VI
LEXIQUE	VII
FEMME ET LESBIENNE : QUELS ENJEUX ?	IX
WOMAN AND LESBIAN : WHY BOTHER ?	X
INTRODUCTION	2
1 PREMIERE PARTIE : CONTEXTE, CONCEPTS	3
1.1 La population lesbienne	3
1.2 Le suivi gynécologique	4
1.2.1 Contraception et grossesses non désirées	5
1.2.2 IST.....	6
1.2.3 Safe.r sex	11
1.2.4 Cancers gynécologiques.....	12
1.3 La santé publique	13



2	DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	15
2.1	Question de départ : Constat, objectif et hypothèses	15
2.1.1	Constat	15
2.1.2	Objectif et hypothèses	15
2.2	Matériel et méthode	16
2.2.1	Population d'étude et critères de définition	16
2.2.2	Territoire de recherche et recrutement.....	16
2.2.3	Réalisation des entretiens.....	17
2.3	Résultats et analyse	17
2.3.1	Population d'étude.....	18
2.3.2	Expérience de soins des femmes lesbiennes	19
2.3.3	La gynécologie ou l'approche hétéronormée	23
2.3.3.2	Hétéronormativité.....	24
2.3.3.3	Hétérosexisme.....	25
2.3.3.4	Donnée supplémentaire : le corps reproducteur	27
3	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	28
3.1	Points forts et limites de l'étude	28
3.2	Résumé et discussion des principaux résultats : quelles perspectives ?	29
3.2.1	Les consultations en gynécologie sont par défaut hétéronormatives	29
3.2.2	Les professionnel.le.s de santé n'ont pas connaissances des spécificités liées à cette population...	31
	CONCLUSION.....	34
	BIBLIOGRAPHIE	35
	ANNEXES	39

Liste des annexes

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN	40
ANNEXE II : GUIDELINES POUR UNE PRATIQUE INCLUSIVE.....	41
ANNEXE III : EXTRAIT DE LA BROCHURE DE GOUIXX	42



Lexique

Cisgenre : terme désignant les personnes dont l'expression sociale de genre s'aligne sur le sexe désigné à la naissance. Il complémente le terme **trans** (sans adjonction) qui se rapporte aux personnes dont l'identité de genre ne s'aligne pas sur le sexe désigné à la naissance et comporte une palette large et non définie d'expressions, conservant ou dépassant le binarisme femme/homme.

Gentrification : phénomène social urbain illustré par un remplacement structuro-culturel populaire/ouvrier à bourgeois par voie de population.

Hétéronormatif : terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) où l'hétérosexualité est le signifié unique des rapports humains. Tout concept est alors abordé, par défaut, selon un point de vue hétérosexuel.

Hétérosexisme : terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) considérant l'hétérosexualité comme supérieure et conduisant à considérer les rapports et relations homosexuelles comme non légitimes. Elle se base sur les principes essentialistes de la complémentarité homme-femme (d'où la présence du terme sexisme).

HPV : Human Papilloma Virus.

HSV : Herpes Simplex Virus.

IST : Infection Sexuellement Transmissibles.

Lesbianfriendly : caractérise le fait d'être bienveillant à l'égard des lesbiennes.

MOGAI : Marginalized orientation, gender identity and intersex (orientations sexuelles et identités de genre opprimées, personnes intersexes) remplaçant le sigle moins inclusif LGBT (Lesbienne, Gay, Bisexuel.le.s, Trans).

Safe sex/safer sex : termes regroupant toutes les méthodes préconisées dans une optique de diminution du risque infectieux. On peut retrouver les deux terminologies, safer sex étant amenée à remplacer safe sex (relation sexuelle sûre) puisqu'on ne peut que réduire les risques sans pour autant les annuler dans la pratique.

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise.

Femme et lesbienne : quels enjeux ?

Objectifs apprécier le degré de sensibilisation des gynécologue-obstétricien.ne.s ainsi que leurs perceptions de la santé génésique lesbienne.

Matériel et méthodes huit entretiens semi-directifs auprès de gynécologue-obstétricien.ne.s ont été menés sur une période de quatre mois à Paris. Quatre personnes de genre masculin et féminin ont été recruté.e.s de manière aléatoire à l'aide du moteur de recherche présent sur le site de l'ordre des médecins. Leurs âges s'échelonnaient de 37 à 63 ans. Tous les entretiens ont été enregistrés et dactylographiés afin d'en extraire une analyse qualitative.

Résultats Toustes les professionnel.le.s interrogé.e.s approchaient leurs patientes d'une façon hétéronormée : présomption d'hétérosexualité, communication non inclusive et conduites hétérosexistes. Illes proposaient toustes des prises en charges différentes au sujet de la contraception, des IST, du frottis et du safe.r sex et ce sans appui sur des bases théoriques.

Conclusion Les lesbiennes présentent une mauvaise prise en charge gynécologique en n'étant pas toujours identifiées comme telles mais aussi lorsqu'elles le sont, les modulations effectuées n'étant pas adéquates.

Ce constat suggère le recours à l'amélioration des bases de données disponibles, à l'amélioration de la formation et à l'élaboration de recommandations pour l'établissement de pratiques justes et harmonisées.

Mots-clés : lesbienne, santé, gynécologie, hétéronormativité

Woman and lesbian : why bother ?

Objective assess obstetrician and gynaecologist's awareness toward lesbian approach and their gynaecological issues.

Methods eight semi-directives interviews of ob/gyn doctors were led during a four months period in Paris. Four women and four men identified, age between 37-63, were randomly recruited through a doctor web-based search engine. All the interviews were audiotaped, and transcribed. Qualitative analysis was conducted.

Results all the ob/gyn interviewed had an heteronormative approach with their patients including heterosexual assumptions, non-inclusive communication and heterosexist conduct. They all offered different ways around birth control, STDs, pap smear and safe.r sex matter recognizing the fact that none of them had any formation in this area.

Conclusion Lesbian do not receive proper medical care, because they are not always identify as such, and when they are the changes that are done are not appropriate.

This statement suggest that medical research and formation should get improved and guidelines should be create so that medical care could be fare and equally available.

Keywords : lesbian, health, gynaecology, heternormativity



« les lesbiennes ne sont pas des femmes » Monique WITTIG
La pensée straight, 1978

Introduction

En France, toutes les jeunes femmes se voient conseiller par leurs proches ou les campagnes de santé publique de se rendre chez le gynécologue au commencement de leur activité sexuelle.

Ce suivi, qui durera toute leur vie, commence alors souvent lorsque le besoin de contraception s'instaure et pour vérifier que « tout va bien ».

Qu'advient-il alors des lesbiennes ? Elles ne se sentent pas concernées, ou plus inquietant, certaines n'ont pas été validées dans cette démarche. Une fois passée de l'autre côté des soins, un nouveau constat : les praticien.ne.s ne semblent pas non plus s'en soucier.

Nous avons donc mené cette étude auprès d'elleux, les gynécologue-obstétricien.ne.s, afin d'évaluer leurs approches et conceptions de la santé génésique des femmes lesbiennes.

Dans une première partie nous reviendrons sur la définition de la population lesbienne, ensuite, en nous appuyant sur une revue de la littérature, nous essayerons de balayer comment les principaux sujets de la visite gynécologique (contraception, infections sexuelles..) interagissent au sein de cette minorité, pour enfin regarder ce qu'il se passe d'un point de vue santé publique.

La deuxième partie sera réservée à l'étude qualitative, sa méthodologie et ses résultats.

Nous terminerons par discuter des résultats obtenus et voir dans quelle mesure cette recherche peut nous ouvrir de nouvelles pistes pour une meilleure pratique.



1 Première partie : Contexte, concepts

1.1 La population lesbienne

Avant toute chose, commençons par définir la population concernée : nous parlerons ici des femmes cisgenres¹, c'est à dire sujettes au suivi gynécologique, ayant des relations sexuelles avec des femmes*.

L'auto-détermination de l'identité sexuelle² étant de mise, nous utiliserons ici le terme générique « lesbienne » comme déterminant de comportement sexuel. Ce dans le but de rendre le discours plus accessible aux professionnel.le.s de santé, peu sensibilisé.e.s aux questions d'orientation, de sexe et de genre.

Ainsi faut-il savoir que l'orientation sexuelle n'est pas limitative tant dans sa qualité que dans son évolutivité. Une personne définie lesbienne peut donc tout à fait entretenir, ou avoir entretenu, des relations sexuelles avec des hommes*.

En s'appuyant sur les derniers résultats (2008) de l'enquête *Contexte de la sexualité en France*, réalisée par Nathalie Bajos et Michel Bozon :

- seulement **0,3 %** des femmes n'ont eu, au cours de leurs vies, que des pratiques homosexuelles

¹ Terme désignant les personnes dont l'expression sociale de genre s'aligne sur le sexe désigné à la naissance. Il complémentarise le terme trans (sans adjonction) qui se rapporte aux personnes dont l'identité de genre ne s'aligne pas sur le sexe désigné à la naissance et comporte une palette large et non définie d'expression, conservant ou dépassant le binarisme femme/homme.

* Qu'elles soient cisgenre, trans.. Précision faite dans l'optique du suivi gynécologique et donc des risques relatifs à la conception et aux infections sexuellement transmissibles.

² L'auto-détermination est un terme signifiant que c'est à la personne concernée de statuer sur le terme à utiliser quant à la désignation de son orientation sexuelle, et ce quelque soit ses pratiques.

- **4 %** des femmes déclarent avoir déjà eu des pratiques homosexuelles, chiffre montant à **6 %** dans l'agglomération parisienne (jusqu'à **8,1 %** pour la tranche d'âge 40-49 ans et **11,4%** pour ces dernières en cas d'études supérieures à Bac+2)
- parmi ces femmes **1%** déclarent avoir eu des rapports homosexuels sur les **12** derniers mois [1].

En prenant également en compte la sous-déclaration, la population lesbienne représente donc une part non négligeable de la population féminine susceptible d'avoir consulté ou de venir consulter en gynécologie.

1.2 Le suivi gynécologique

La consultation en gynécologie est, dans la représentation commune, un moment dédié à la prévention des grossesses non désirées, aux dépistages d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST), de cancers, ainsi qu'un lieu propice à la prévention en santé sexuelle.

En s'appuyant sur diverses études, françaises et étrangères, nous essayerons d'évaluer l'impact de ces problématiques sur la population lesbienne. Afin d'éclairer les lecteurs et lectrices sur les biais de comparaison, nous détaillerons tant que possible :

- les critères de définition des populations étudiées (auto-détermination, lesbiennes/homosexuelles, femmes ayant des relations avec des femmes ou FSF..)³
- le type d'étude (en population générale, en milieu gay..)

³ Le terme lesbienne est un terme politique et culturel souvent lié à l'auto-détermination. Le terme homosexuelle est un terme appartenant plutôt au domaine médical à l'usage pour décrire une orientation sexuelle. Quant au terme FSF il renvoie aux sciences épidémiologiques et est utilisé pour catégoriser les femmes ayant des relations avec des femmes sans notion d'affirmation politique ou d'orientation sexuelle.



1.2.1 Contraception et grossesses non désirées

Ce domaine interroge plusieurs concepts :

D'abord celui de l'identité de genre : en effet, la partenaire d'une patiente lesbienne peut être une femme communément distinguée ou affirmée comme trans. En fonction de la sexualité qu'elles partagent, cette patiente peut donc être sujette à la prévention d'une grossesse non désirée.⁴

Ensuite celui de l'auto-détermination : en effet, une femme auto-définie comme lesbienne (identité sexuelle) peut tout de même entretenir ou avoir entretenu des relations sexuelles avec des hommes (comportement sexuel). Et inversement, une femme ayant de manière exclusive ou non, des relations sexuelles avec des femmes peut ne pas se définir en tant que lesbienne, et s'identifier par exemple comme hétérosexuelle.

L'ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France) menée par Brigitte Lhomond et publiée en 2003 a été réalisée auprès de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et vivant hors institutions [2].

En se basant sur les données récoltées, B. Lhomond écrit un article publié en 2005 : *Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle , leur santé reproductive et leur expérience des violences* . Il indique que les FSF ont moins recours à la contraception que les femmes hétérosexuelles (40 vs 18% sans couverture contraceptive) alors que pour les 54 % d'entre elles a avoir été enceinte la moitié a réalisé une IVG. Chez les hétérosexuelles le taux de grossesse atteint lui 78 % avec un recours à l'IVG chez seulement 1/5 de ces femmes [3].

⁴ La suite de l'étude s'excuse du cissexisme présent dans la recherche, cette note tient à pardonner l'usage qui considère les rapports hétérosexuels comme des rapports pénis-vagin et les rapports homosexuelles féminins comme des rapports vagin-vagin sans prise en compte des question de genre et d'auto-détermination.

1.2.2 IST

L'enquête ENVEFF rapporte également qu'au cours de la vie, la fréquence d'infections sexuellement transmissibles est significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, 25 %, que pour les femmes exclusivement hétérosexuelles, 9 %.

L'Enquête sur la sexualité en France . Pratiques, genre et santé menée par Nathalie Bajos et publiée en 2008 abonde dans ce sens . Elle a été réalisée auprès de 6 824 femmes âgées de 18 à 69 ans vivant en France.

Elle indique que les femmes déclarant des pratiques homosexuelles ont une prévalence plus élevée d'IST : elles sont 12% (versus 3% des femmes hétérosexuelles) à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années [1].

L'article de Brigitte Lhomond publié en 2005 : *Les femmes qui ont des relations homosexuelles..* retrouve comme facteurs de risque d'IST chez les femmes ayant des pratiques homosexuelles :

- une entrée plus précoce dans la vie sexuelle (16,8 ans vs 18,5 ans pour les autres femmes)
- des pratiques sexuelles plus variées
- un plus grand nombre de partenaires sexuel.le.s au cours de leur vie : « *le risque d'avoir plus de trois partenaires au cours de la vie, après ajustement des caractéristiques socio -démographiques (l'âge, la situation de couple, le niveau d'éducation, la taille de la ville de résidence) et l'âge au premier rapport sexuel, est cinq fois plus grand pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels que pour les autres femmes.* » [3]

1.2.2.1 VIH/SIDA

En théorie le virus du SIDA peut se transmettre par contact entre liquides biologiques (ici sécrétions vaginales, anales, sang voire lait maternel) et muqueuses (buccale, vaginale, anale).

En pratique, le risque de transmission dans un rapport entre femmes est décrit comme extrêmement faible dans la littérature scientifique. Seuls quelques cas ont été recensés. Mais il faut prendre en compte le fait que dans la plupart des études les lesbiennes ne constituent pas un groupe à part entière, contrairement aux hétérosexuel.le.s (homme et femme) et aux homosexuels hommes et que les femmes séropositives sont automatiquement classées comme hétérosexuelles femmes [4].

Il est essentiel pour la population lesbienne de différencier orientation sexuelle et pratiques. Lhomond stipule « *Ce sont les modes de vie de ces femmes , leurs pratiques dans l'usage de drogues , dans leurs rapports hétérosexuels, plus divers et moins bien souvent protégés , qui augmentent le risque , et non leurs relations homosexuelles, qui pourtant les définissent comme catégorie d'analyse.* » [5]

Ainsi retrouve-t-on chez les lesbiennes des comportements et des situations plus à risques de transmissions :

- la période des menstrues occasionnant des échanges de flux sanguin
- des rapports à risque plus fréquents comme le sexe oral et anal, le partage d'objets ainsi que des rapports abordant l'intégrité physique
- une prévalence plus importante d'autres IST
- des relations hétérosexuelles non protégées avec des hommes gay ou bisexuels
- l'usage de drogue en intra-veineuse..[6][7]

Il est donc important de distinguer la transmission sexuelle du VIH entre femmes et la prévalence du virus au sein de la population lesbienne.



Enfin, le fait de considérer les lesbiennes comme « immunisées » face au VIH/SIDA a entraîné une négation de la possible transmissions des autres IST ; et ce tant de la part des professionnel.le.s que des femmes elles-mêmes [7].

Or en reprenant le mode de transmission de certaines IST comme l'herpès, le papilloma virus, ou encore la syphilis (contact simple entre muqueuses) il apparaît difficile d'exclure une contamination possible dans un rapport entre femmes [8].

1.2.2.2 Herpès

L'enquête américaine *Prevalence and Risk Factors for Infection With Herpes Simplex Virus Type-1 and -2 Among Lesbians* [9] menée par Jeanne M. Marazzo et publiée en 2003 a étudiée 392 femmes de 17 à 56 ans, recrutées par voie communautaire. Le critère d'inclusion étant la déclaration de rapports homosexuels dans l'année écoulée sans prise en compte de l'auto-détermination.

A titre indicatif 66 % des femmes étudiées se définissaient comme lesbiennes et 80 % déclaraient avoir eu dans leurs vies des rapports hétérosexuels.

L'analyse des données cliniques et paracliniques retrouve une séroprévalence de 46 % pour HSV1 et 7,9 % pour HSV2 chez les femmes étudiées.

L'analyse univariée montre un lien entre séropositivité HSV1 et :

- un âge plus avancé
- des revenus plus faibles
- un plus grand nombre de partenaires sexuelles féminines
- l'usage d'objet insertif avec des partenaires femmes

L'analyse univariée montre un lien entre séropositivité HSV2 et :

- un âge plus avancé
- l'auto-déclaration d'antécédents obstétricaux
- la pratique de douche vaginale
- une entrée plus tardive dans une vie homosexuelle active
- la pratique de cutting ou de piercing lors de rapports homosexuels
- un plus grand nombre de partenaires hommes

La séropositivité d'HSV1/2 n'était pas liée à l'auto-détermination de l'identité sexuelle et aux autres pratiques entre femmes comme les rapports réceptifs oro-vaginaux, réceptifs et insertifs oro-anal, digito-vaginal et digito-anal. La séropositivité par HSV2 était associée à des antécédents d'infection à trichomonas et Neisseria gonorrhoeae ainsi qu'au syndrome d'inflammation pelvienne.

Comme classiquement décrit, l'infection génitale à HSV est souvent asymptomatique et donc non diagnostiquée sur motivations cliniques. Or les lesbiennes ne consultent en général que sur signes d'appels et échappent donc au diagnostic et aux conseils de prévention qui en découlent.

Dans l'étude 71 % des femmes séropositives ne déclaraient aucuns antécédents d'herpès. Quant à HSV1, de part sa topographie, il est plus fréquemment contracté lors de rapports oro-génitaux réceptifs, une pratique courante dans le sexe lesbien.

1.2.2.3 Vaginose bactérienne

L'enquête américaine *Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women* [10] également menée par Jeanne M. Marazzo a été publiée en 2010. Elle a été réalisée auprès de 335 femmes âgées de 16 à 35 ans déclarant des rapports homosexuels dans l'année écoulée. La voie communautaire était le principal mode de recrutement.

La vaginose bactérienne est l'infection génitale la plus fréquente parmi les femmes en âge de procréer. Elle est associée à un risque de complication haute et entraîne une plus forte susceptibilité au VIH.

A titre indicatif 40 % des femmes rapportaient avoir eu un partenaire sexuel masculin dans l'année précédente. La pratique récente (<3 mois) de rapport réceptif vaginal (70 %), oral (37 %) et anal (78,2 %) avec des partenaires masculins et féminin était répandue.

Au sein des femmes étudiées, 29 % ont été diagnostiquées positives pour la vaginose bactérienne. 32 % d'entre elles déclaraient des symptômes gynécologiques

et 91 % présentaient un score de Nugent >7. Près d'un tiers des participantes rapportait un antécédent de vaginose.

1.2.2.4 Chlamydia Trachomatis

L'étude américaine *Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005* [11] menée par Devika Singh a été publiée en 2011. Elle analyse les tests diagnostics à Chlamydia dans 9358 planning familiaux.

Les données récoltées concernent les femmes âgées de 15 à 24 ans déclarant une activité sexuelle dans l'année écoulée soit exclusivement avec des femmes (Women who have Sex with Women ou WSW) soit avec des hommes et des femmes (Women who have Sex with Men and Women ou WSMW).

L'infection non traitée à CT peut mener au syndrome d'inflammation pelvienne, d'algie pelvienne chronique ou encore à une infertilité tubaire. Alors même que sa transmission est majoritairement asymptomatique chez la femme.

Sur les 604 616 tests étudiés, 1,5 % (soit 9 358) concernaient des femmes déclarant des rapports homosexuels, dont 61 % de manière exclusive.

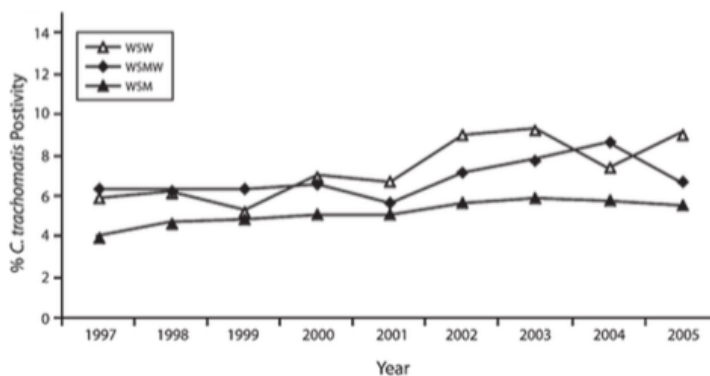
La prévalence de CT au sein des femmes ayant des rapports avec des femmes était de 7,1 % vs 5,3 % chez les femmes ayant des rapports exclusivement avec des hommes sur la période d'étude.

Le groupe WSW présentait des taux plus élevés que les deux autres groupes, les explications avancées étant :

- l'absence de suivi préventif régulier et la visite motivée sur symptôme.s
- le fait de se penser non à risque dans les rapports lesbiens



- le manque de pratiques de safe.r sex⁵
(hygiène des sex toys, usage des
protections barrières..)



1.2.3 Safe.r sex

Le safe sex ou safer sex⁶ regroupe toutes les méthodes préconisées dans une optique de diminution du risque infectieux. Elles sont multiples dans le cas de relation entre femmes et peuvent être :

- comportementales : limiter le nombre de partenaires, communiquer, se faire dépister régulièrement..
- pratiques : se couper les ongles, utiliser des méthodes barrières comme les préservatifs sur les objets pénétrants, les digues dentaires lors des rapports oraux, faire usage de lubrifiant pour diminuer le risque de micro-lésions, nettoyer les sextoys avant et après usage, mettre des gants pour les pénétrations manuelles..

Dans l'étude « *les femmes ayant des relations sexuelles avec femmes face au VIH et aux IST* » [4] menée par Sophie Devillard en 2011 auprès de 211 FSF, 73 % déclarent ne pas se protéger. Ce chiffre tombe à 6 % lors d'un rapport avec un homme pour 40 % des FSF concernées. Ce qui pose la question du manque de sensibilisation sur la notion de réduction de risque dans le cadre de rapports homosexuels, contrairement aux rapports hétérosexuels.

⁵ Voir plus loin

⁶ On peut retrouver les deux terminologies, safer sex étant amenée à remplacer safe sex (relation sexuelle sûre) puisqu'on ne peut que réduire les risques sans pour autant les annuler dans la pratique

1.2.4 Cancers gynécologiques

1.2.4.1 Néoplasie cervicale à HPV

L'enquête anglaise *Lesbians and cervical screening* [12] menée par Julia Bailey et publiée en 2000 a étudié 606 femmes âgées de 19 à 69 ans se présentant dans deux cliniques de santé sexuelle lesbienne à Londres.

A titre informatif, 80 % de ces femmes avaient déjà engagé des rapports hétérosexuels dans leurs vies ; 20 % présentaient un passif homosexuel strict.

Les anomalies cytologiques retrouvées étaient plus fréquentes chez les femmes ayant été hétérosexuellement actives (10,9 % contre 4,9 %). 3,3 % des femmes présentaient des marqueurs cytologiques d'infection active à HPV.

17 % des femmes étudiées déclaraient n'avoir jamais fait de frottis cervico-vaginal. L'absence de test de dépistage concernait principalement les femmes ayant un passif exclusivement homosexuel (42 % vs 12%).

En se basant sur les facteurs de risques classiques d'apparition d'une néoplasie cervicale : âge précoce du premier rapport, nombre de partenaires masculins, tabac, infection à HPV ; Les lesbiennes sont également à risque de développer un cancer du col et devraient donc être sujettes au dépistage.

1.2.4.2 Cancer du sein

Comme ce cancer n'est pas induit par une infection sexuellement transmissible, il paraît difficile d'exclure la population lesbienne du groupe à risque que constituent les femmes en général.

Plusieurs études aux résultats discordants ont essayé d'évaluer un rapport de risque spécifique à l'orientation sexuelle mais rien de significatif n'a été publié.

Il apparaîtrait que la population lesbienne présenterait néanmoins une plus grande prévalence aux facteurs de risques classiquement décrits : obésité, consommation d'alcool et de tabac, nulliparité, absence d'allaitement .. Sans oublier le fait qu'elles

sont généralement moins suivies sur le plan gynécologique et donc moins sujettes au dépistage précoce [8] [13] [14].

1.3 La santé publique

Le champ de recherche consacré à la santé génésique des lesbiennes est relativement récent et de ce fait pauvre. Il a longtemps été occulté par l'invisibilité sociale du sexe entre femmes (et des possibles conséquences qui en découlent), mais aussi et surtout par l'hécatombe causée par l'épidémie du VIH/SIDA au sein de la population gay, dans une dynamique de généralisation des problématiques homosexuelles.

Non seulement la plupart des femmes lesbiennes se sentent mises de côté par les politiques de santé publiques [4] [13] et donc non concernées par les suivis médicaux de routine ; mais elles déclarent également une inadéquation entre leurs situations et les soins reçus.

L'enquête menée par SOS homophobie en 2008 auprès de 1793 lesbiennes françaises par voie communautaire fait état de 10 % de manifestations lesbophobes dans le milieu médical :

L'acteur le plus fréquemment incriminé est le gynécologue avec 4% de l'ensemble des répondantes, soit 44% de celles évoquant de la lesbophobie médicale.

Les manifestations sont multiples et témoignent d'un manque de connaissances relatives aux problématiques sexuelles lesbiennes et autres : « *vous êtes donc vierge ? donc sans problème (s)!* » « *médecins pour qui les lesbiennes n'ont pas de sexualité* » « *ignorance des gynécos; vous avez eu des rapports ? oui mais pas avec un homme. Avec quoi alors ?* » « *ignorance des risques de transmission du VIH entre femmes* » « *refus de m'ausculter* » « *refus de faire des frottis sans motif* » [15]

Une problématique mise à jour et largement relayée grâce à l'essor des réseaux sociaux comme récemment via le hastag #payetonutérus sur twitter ou encore la création d'une liste blanche de praticien.ne.s en gynécologie

lesbianfriendly⁷ <https://gynandco.wordpress.com> (mais aussi féministes, fatfriendly, handfriendly..) basée sur l'auto-référencement.

Malgré le fait que la grande partie des recherches et campagnes de préventions actuelles ne mobilise que les chercheurs et les associations MOGAI⁸, les problématiques de santé lesbienne commencent à émerger comme sujet à part entière dans les plans de santé.

Ainsi, le Plan national de lutte contre le VIH /SIDA et les IST 2010-2014 ou encore le Rapport MISSION RDRs Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis -à-vis du VIH et des IST de 2010 qui intègrent la population des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes dans les groupes à risque.

⁷ caractérise le fait d'être bienveillant à l'égard des lesbiennes

⁸ Marginalized Orientation, gender identity and intersex (orientations sexuelles et identités de genre opprimées, personnes intersexes) remplaçant le sigle moins inclusif LGBT (Lesbienne, Gay, Bisexuel.le.s, Trans)

2 Deuxième partie : l'étude

2.1 Question de départ : Constat, objectif et hypothèses

2.1.1 Constat

- la population lesbienne est un groupe à risque de grossesse non désirée, d'IST et de cancers gynécologiques
- une partie de la population lesbienne déclare une prise en charge inadaptée des professionnel.le.s de santé
- les politiques de santé publique commencent à intégrer un discours préventif ciblé

2.1.2 Objectif et hypothèses

Nous avons donc mené notre étude dans le but d'apprécier le degré de sensibilisation des gynécologues ainsi que leurs perceptions de la santé génésique lesbienne en interrogeant directement ces dernier.e.s. Une meilleure compréhension des approches permettrait d'améliorer la prise en charge de ces femmes. Nos hypothèses de départ étaient :

- les consultations en gynécologie sont par défaut hétéronormatives⁹
- les professionnel.le.s de santé n'ont pas connaissance des spécificités liées à cette population.

⁹ Terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) où l'hétérosexualité est le signifié unique des rapports humains. Tout concept est alors abordé, par défaut, selon un point de vue hétérosexuel.



2.2 Matériel et méthode

Afin de permettre une meilleure approche des pratiques et des représentations en gynécologie, il nous a semblé pertinent d'utiliser l'outil qualitatif.

Ainsi avons-nous fait le choix de réaliser des entretiens individuels semi-directifs avec plusieurs professionnel.le.s de santé chargé.e.s de la prise en charge en gynécologie. Ceci dans le but de laisser émerger des idées sur des thèmes définis et de pouvoir tester nos hypothèses.

2.2.1 Population d'étude et critères de définition

L'étude a été réalisée auprès des praticien.ne.s formé.e.s initialement à cette pratique c'est à dire les médecins gynécologue-obstétricien.ne.s.

Il a été décidé d'exclure la population des sages-femmes, même si aptes à cette pratique depuis la modification de la loi HPST par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention* ». En effet la mise en place récente de cette loi laisse une proportion encore faible de sage-femmes en cet exercice. De plus, la plupart des sage-femmes ayant intégré cette pratique en libéral, sont souvent des anciennes diplômées ayant eu recours à des formations de mises à jour récentes. Elles sont donc potentiellement plus au fait.

La population des médecins généralistes a également été écartée du fait de la trop grande disparité d'exercice de la gynécologie obstétrique.

2.2.2 Territoire de recherche et recrutement

L'étude a été restreinte, par souci pratique, au territoire parisien. Le type d'exercice retenu fut celui du libéral ou de l'activité mixte en consultation externe. En effet, il nous a semblé plus pertinent d'exclure les médecins d'activité strictement hospitalière car les consultations de gynécologie obstétrique menées dans ce cadre sont de principe moins concernées par les dépistages et visites de routines.



Les praticien.ne.s ont été sollicité.e.s de façon aléatoire à l'aide de l'outil de recherche présent sur le site du conseil national de l'ordre des médecins. Les renseignements fournis étant : discipline exercée = gynécologie-obstétrique, sexe = indifférent, région = Ile de France / département = Paris.

En l'absence de données socio-démographiques fiables sur la répartition géographique de la population lesbienne, nous avons essayé de couvrir les quatre quadrants parisiens. Ceci dans le but de toucher des praticien.ne.s pouvant être plus ou moins sollicité.e.s que d'autres de part leur implantation ou non dans des quartiers gentrifiés¹⁰ ou communément reconnus comme gay, le seul étant celui du marais situé dans le 3ème et 4ème arrondissement.

2.2.3 Réalisation des entretiens

Le recrutement s'est effectué de février à mai 2015, nous n'avons reçu que 8 accords après plus d'une centaine de sollicitations téléphoniques et via courriel. Les entretiens se sont tous déroulés dans la salle de consultation des praticien.ne.s au cours ou en dehors de leur plage horaire de réservation. Chaque entretien commençait par une présentation du cadre et du but de l'étude ainsi que d'un rappel des règles d'anonymat.

Le déroulement suivait un guide d'entretien abordant trois thématiques : l'expérience, la pratique et les représentations. (voir Annexe 1)

Les entretiens duraient entre 15 et 25 minutes et étaient tous enregistrés par dictaphone. Leurs contenus a été entièrement retranscrit pour analyse.

2.3 Résultats et analyse

Après avoir décrit notre population d'étude, nous étudierons de façon chronologique les réponses apportées en fonction des thématiques. Nous aborderons ensuite des notions nécessitant un point de vue plus transversal.

¹⁰ Phénomène social urbain illustré par un remplacement structuro-culturel populaire/ouvrier à bourgeois par voie de population.

2.3.1 Population d'étude

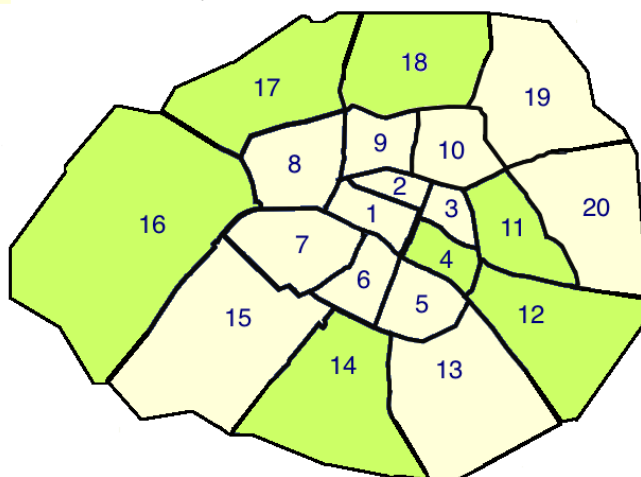
Nous nous sommes donc entretenus avec 8 professionnel.le.s de santé. Nous désignerons ces derniers par un numéro attribué par soucis de confidentialité.

Enquêté.e numéro	genre	âge	discipline	lieu de formation	lieu d'exercice	type d'exercice
1	M	37	GO	Paris	11ème	mixte
2	F	39	GO	Paris	12ème	mixte
3	F	41	GO	Paris	4ème	Libéral (plateau technique)
4	M	41	G	Lille	16ème	libéral
5	M	49	GO	Paris	16ème	libéral
6	M	42	GO	Paris	18ème	mixte
7	F	37	GO	Paris	17ème	mixte
8	F	63	GO	Paris	14ème	mixte

Nous remarquons que la population d'étude était relativement homogène sur certains critères : les enquêté.e.s étaient majoritairement gynécologue-obstétricien.ne.s et formé.e.s sur Paris à l'exception de l'enquêté n°4, gynécologue médical formé à Lille.

La population contenait également un nombre équitable de personnes de genre masculin et féminin. Enfin leurs âges s'échelonnaient de 37 à 63 ans avec une médiane à 41 ans.

■ arrondissements explorés
■ arrondissements non explorés



Pour ce qui est de la répartition géographique :



Nous avons comme prévu pu atteindre les quatre quadrants parisiens, la praticienne n°6 était implantée dans le quartier du marais et les praticien.ne.s 11 et 12 dans des zones très gentrifiées en bordure de celui-ci.

Enfin par rapport au type d'activité, la moitié présentait une activité mixte avec pour les enquêté.e.s n°1 et n°2 une activité en temps qu'attaché.e dans des maternités reconnues comme *friendly*. L'enquêtée n°3 présentait une activité libérale marquée par des prises en charge en accompagnement global sur plateau technique.

2.3.2 Expérience de soins des femmes lesbiennes

Toutes les praticien.ne.s interrogé.e.s présentaient une expérience de soin. Cette expérience cependant variait énormément en terme de fréquence.

Certain.e.s accusaient d'une expérience hebdomadaire si ce n'est quotidienne : « *Oui, j'en ai même reçu une ce matin* » (n°1), « *Au moins une fois par jour* » (n°3), « *une dizaine [par semaine]* » (n°4), tandis que d'autres exposaient une pratique moins fréquente : « *je dirais que j'en vois une tous les 2-3 mois* » (n°2), si ce n'est anecdotique : « *peut-être une dizaine sur 8 ans de pratique* » (n°6).

2.3.2.1 Contraception

Lorsque le sujet de la contraception était abordé, les réponses étaient très variables au sujet de la pertinence ou de l'indication.

Certain.e.s éliminaient ce volet de la consultation : « *il n'y a pas de problème de contraception* » (n°3), d'autre l'abordaient au cas où le risque de grossesse non désirée se présenterait : « *certaines [...] ont un désir* » (n°5) , « *je leurs demande*



quand même parce qu'après y'a aussi des bissexuelles » (n°7), ou alors, et de manière pas forcément exclusive, dans une optique non contraceptive : « [je] donne la contraception dans un autre but, pour les dysménorrhées ou l'irrégularité du cycle » (n°6), « oui dans les cas de dysménorrhée » (n°7).

2.3.2.2 IST et appréciation du risque

Ici encore les pratiques différaient. Les enquêté.e.s exposaient des conceptions différentes du risque en lui même et des facteurs de risque associés. Ces conceptions étant plus ou moins en lien avec leurs connaissances ou représentations des moyens de transmission et du sexe entre femmes.

Certain.e.s ne considéraient pas réellement de risque de transmission d'IST comme l'enquêtée n°8 : *« Les IST chlamydiae, le gonocoque.. ça se transmet par le sperme »*, ou n°7, *« oui ben ça dépend si elles ont l'impression d'être en contact avec des maladies »*, ou encore l'enquêté n°1, *« j'ai l'impression que le risque est anecdotique, inexistant. Du fait de l'absence de pénétration, éjaculation, frottement au niveau des muqueuses »*, qui ne faisait des bilans qu'en cas d'ATCD de rapports hétérosexuels, *« chez les patientes [...] qui ont jamais eu de bilan et qui ont déjà eu des rapports avec des hommes, ça ne paraît pas impromptu de faire une recherche »*, et ne renouvelait pas celui-ci si la femme était dans une dynamique homosexuelle stable *« si ce test là est négatif y'a pas vraiment besoin de le renouveler »*.

D'autres praticien.ne.s considéraient un risque propre de transmission d'IST. Ce risque était parfois estimé identique : *« comme les autres »* (n°5), ou minoré : *« je crois qu'il est faible »*, *« ces risques restent moins.. Enfin (confus) forcément minimales par rapport aux rapports sexuels »* (n°6). En vue d'un dépistage, illes le modulaient en fonction de facteurs de risque : *« si elles ont des facteurs de risque on fait le bilan »* (n°2), *« je vais le faire sur demande, si y'a des rapports à risque »* (n°3). Le facteur influençant le plus cité était le multi-partenariat (n°2, 3, 5, 7).



Cette notion de risque était souvent liée comme indiqué avec les enquêtés n° 1 et 8 aux rapports hétérosexuels : « *les bies plus que les homos* » (n°2), « *comme il y a peu de rapport pénétrant, il y a probablement moins d'IST* » (n°4).

L'enquêté n°2 considérait également le risque lié à l'usage de drogue : « *je leurs demande aussi si elles consomment pas des trucs à coté* ».

L'enquêté n°5 considérait lui une plus grande propension aux « *sexualités [...] plus débridées dans la communauté homosexuelle* ».

Pour ce qui est du risque à HPV, nous en parlerons plus précisément dans la sous-partie suivante en lien avec l'examen clinique.

2.3.2.3 Examen clinique

Ici encore les pratiques différaient.

2.3.2.3.1 Frottis cervico-vaginal et examen pelvien

La moitié des praticien.ne.s ne réalisaient pas de frottis en l'absence d'ATCD de rapport hétérosexuel : « *je considère au niveau du risque cervical, qu'il existe dès lors qu'il y a eu une pénétration, un rapport hétérosexuel. 1 seul.* » (n°1), « *celles qui n'ont jamais eu de pénétration je ne vais pas faire de frottis* » (n°3), « *si elle n'a jamais eu de rapport sexuel du tout il n'y a pas de nécessité de suivi* » (n°6), « *[les patientes lesbiennes qui n'] avaient jamais eu de rapport je me limite à l'examen visuel* » (n°7).

D'autres considéraient un risque quelque soit le passif sexuel : « *la contamination existe* » (n°2), « *oui, à 25, 26 ans puis tout les 3 ans, ça ne change pas* » (n°4), « *oui je le fais, ça change rien* » (n°5).

Certaines précisaient cette attitude de dépistage par rapport au mode de transmission du HPV considéré comme différent des autres IST pour lesquelles le risque de contamination avait précédemment été écarté : « *HPV, c'est pas vraiment une IST [...] c'est pas que sexuel le papillomavirus* » (n°7), « *c'est par contact de muqueuse le HPV* » (n°8).



Enfin considérant l'examen sous spéculum en lui-même certain.e.s précisait le réaliser en fonction de la présence de pratique vaginale pénétrative : « *je pose des questions savoir si (pause) les sextoys sont utilisés* » (n°1), « *je lui demande si elle a déjà eu une pénétration vaginale avec un homme ou un objet* » (n°6).

Certain.e.s y apportaient des nuances dans la réalisation : au niveau des instruments « *ça va influencer mon choix sur la taille et le type de spéculum* » (n°1), « *pour la taille du spéculum je vais faire des ajustements* » (n°3), et/ou au niveau du geste « *plus précautionneux* » (n°1), « *je vais y aller délicatement* » (n°3), « *j'essaye d'être doux* » (n°4).

2.3.2.3.2 Examen mammaire

Une partie de la population a omis l'examen des seins, ceux l'ayant mentionné (n°1, 2, 3, 6, 7), n'apportaient pas de différences particulières dans la méthode hormis l'enquêté n°1 qui le mène « *de façon plus délicate encore* ».

2.3.2.4 Safe.r sex

La question du safe.r sex est celle qui a posé le plus de difficulté.

Certain.e.s disaient ne pas adapter leurs discours : « *je ne vois pas de différence donc pour moi il n'y a pas d'adaptation particulière* » (n°4), « *est-ce que j'adapte mon discours ? Je suis pas sûre* » (n°7), alors même qu'elles ne reconnaissaient pas les mêmes sexualités et risques de contamination aux IST.

D'autres ne jugeaient pas le sujet pertinent comme l'enquêtée n°8 : « *non ? Parce que la principale IST qui nous concerne c'est quand même le HIV et ça se transmet quand même par le sperme* », mais reconnaissait son incompetence, « *je pense qu'elles sont plus au courant que moi* », comme ce fut le cas de l'enquêtée n°2, « *enfin quand on pose la question directement je réponds mais j'anticipe jamais les questions parce que je sais jamais quoi dire* ».

Enfin certain.e.s praticien.ne.s pensaient la nécessité d'adaptation soit sans vraiment savoir quel discours adopter : « *y'a pas de changement vraiment important* »



sauf bien sûr dans les cas spécifiques c'est à dire concernant les préventions de.. voila.. pour les rapports .. on va pas aborder le sujet des préservatifs masculins, peut être trouver..comment on peut éviter de.. s'il y a un problème de .. justement » (n°6), « [leur demander] si elle mettent des préservatifs vaginaux » (n°1).

Soit en adaptant des directives générales : « *essayer de savoir si l'autre partenaire a déjà eu des rapports sexuels notamment hétéros, protégés pas protégés, qu'en cas de doute il faut mieux s'abstenir et attendre, vérifier* », comme l'enquête n°7 ou bien spécifique, comme l'enquête n°5 « *je leurs dis de nettoyer leurs matériels* ».

2.3.3 La gynécologie ou l'approche hétéronormée

2.3.3.1 Les connaissances et la formation

Il a été mis en évidence que les praticien.ne.s interrogé.e.s n'avaient aucunes bases théoriques dans leur formation vis-à-vis des lesbiennes : « *pas du tout, j'apprends ça sur le tas* » (n°1), « *jamais, je glane des trucs à droite à gauche* » (n°2), « *pas abordé pendant les études, pas du tout je crois ou alors comme ça de chef à interne en papotant mais pas dans des cours carrés* » (n°7) , « *j'ai pas de données épidémiologiques. Je sais pas si on en a* » (n°8).

Pour autant nous avons constaté que chacun.e appliquait des prises en charges différentes des femmes hétérosexuelles, un fait qui n'était pas forcément conscientisé puisque pour toutes le fait d'être lesbienne ne changeait rien à leurs consultations : « *bah..C'est des femmes ! Pour moi ça change rien, je les suis exactement comme les autres* » (n°2), « *pour moi c'est une prise en charge classique, ça ne change rien du tout.* » (n°4), « *je les suis de la même façon* » (n°5), « *pas du tout, je la trouve pas particulière, je la trouve pareille que les autres.* » (n°8).

Un positionnement fort que l'on pourrait rapprocher d'un désir de soin égalitaire : « *j'espère que je fais pas trop de différences* » (n°7), et non communautaire, « *on est une communauté française et voila* » (n°5), alors même que cet argument va à l'encontre des désirs de la population lesbienne et de sa santé. En effet, il apparaît



difficile de traiter de façon optimale une personne sans prendre en compte ses spécificités.

De plus, une proposition de formation ou de recommandations à ce sujet était souvent jugée positive mais de façon nuancée : « *oui ça pourrait oui, après c'est la sensibilité de chacun* » (n°1), « *ce serait probablement intéressant de l'aborder s'il y a une attitude qui doit en découler* » (n°4), « *pourquoi pas. Y'a de plus en plus d'homosexuelles* » (n°8), « *la transmission de la compréhension de l'homosexualité elle est difficile* » (n°6).

On comprend donc que les praticien.ne.s interrogé.e.s adaptent de façon empirique les soins apportés sans en avoir conscience puisqu'elles ne sont pas au fait des spécificités lesbiennes.

2.3.3.2 Hétéronormativité

Le désir d'une prise en charge identique à but non-discriminatoire est un écueil dans le cadre de la consultation gynécologique. Un espace dédié au maintien de la santé reproductive introduit de fait une logique hétéronormée, pouvant inconsciemment stigmatiser les patientes lesbiennes.

La plupart des praticien.ne.s interrogé.e.s ne posaient pas la question de l'orientation sexuelle : « *pas du tout* » (n°2), « *si ça m'aide pas dans ma pratique non* » (n°3), « *y'a pas de raison d'évoquer cet aspect là* » (n°6), « *je vois pas ce que ça m'apporterait de le savoir* » (n°7), « *non jamais, ça, ça ne me regarde pas* » (n°8). Elles étaient donc au courant des pratiques au cours de l'interrogatoire, alors par défaut, hétérocentré. Souvent en demandant à la patiente son type de contraception : « *je n'ai pas besoin de contraception - bien, mais vous avez des rapports protégés ?* » (n°1), « *on est au courant tout de suite quand on leur parle de leur contraception* » (n°2), « *je leur pose la question de la contraception et c'est à ce moment-là qu'elles me parlent* » (n°8), Ou encore en se renseignant sur la présence de douleurs à la pénétration : « *douleurs par exemple pendant les rapports* » (n°6), Et/ou en faisant des déductions basées sur des représentations : « *est-ce-qu'il y a*



des rapports douloureux à la pénétration ? et donc c'est un peu limité quand elles sont homosexuelles » (n°4), « ah bah à la base j'en sais rien après dans l'interrogatoire si elle me dit je suis mariée, j'ai deux enfants.. bon bah elle est hétéro » (n°4), « je me doute de leur situation matrimoniale » (n°1).

Illes étaient cependant conscient.e.s de ne pas forcément être au courant de toutes leurs patientes lesbiennes : *« je parle de celles qui l'ont révélé » (n°6) « après y'en a certainement que je ne connais pas » (n°4).*

Le praticien n°5 présentait une approche plus inclusive : *« moi je parle de partenaire, je dis pas êtes-vous homo ou hétéro ? Je dis comment ça se passe avec votre partenaire ? Et après c'est elles qui se définissent ».*

2.3.3.3 Hétérosexisme¹¹

Un autre point a été soulevé de manière transversale, il s'agit du concept d'hétérosexisme. Sa logique se recoupant aisément avec les dispositions observé.e.s chez les praticien.ne.s quant au suivi gynécologique.

Comme introduit plus tôt, il existe une certaine invisibilité sociale du sexe lesbien. Celle-ci fut retrouvée au cours des entretiens : *« absence de pénétration, éjaculation, frottement au niveau des muqueuses » (n°1), l'usage du terme « rapport sexuel » ne désignant que les rapports hétérosexuels, « si elle n'a jamais eu de rapport sexuel du tout il n'y a pas de nécessité de suivi » (n°6) « [les patientes lesbiennes qui n'] avaient jamais eu de rapport je me limite à l'examen visuel » (n°7), « c'est souvent des patientes qui m'avouent qu'elles ont jamais eu de rapports sexuels ... hétérosexuels » (n°6), l'usage répété du terme vierge, « si y'a jamais eu de rapport hétérosexuel c'est délicat de faire un frottis dans ce cas là, si la patiente est vierge » (n°1), « je fais l'examen sauf si les patientes sont vierges parce qu'elles sont lesbiennes » (n°7).*

¹¹ Terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) considérant l'hétérosexualité comme supérieure, conduisant à considérer les rapports et relations homosexuelles comme non légitime. Elle se base sur les principes essentialistes de la complémentarité homme-femme (d'où la présence du terme sexisme)

Certain.e.s faisaient également appel au registre de la sexologie pour caractériser les problématiques lesbiennes : « *alors même qu'on est pas tous sexologues* » (n°1), « *[une formation] pas forcément juste sur les lesbiennes mais sur tous les soucis de sexualités* » (N°7). Ces propos invalidant la sexualité lesbienne peuvent entraîner une certaine négation de la patiente.

Négation accentuée par les terminologies employées par les praticien.ne.s, renvoyant au domaine du privé, du non dit. D'une part dans leurs discours : « *sensibilité de chacun* » (n°1), « *si les patientes veulent m'en parler elles me posent des questions ça reste ouvert mais je vais pas commencer à rentrer dans les détails scabreux* », « *leurs vies est comme ça* » (n°4), « *situation de ça* », « *aspect d'intimité de la patiente* » (n°6), « *vivent comme ça* » (n°7), « *ça ne me regarde pas* » (n°8), ou dans la justification de leur positionnement : « *sans aucun jugement* » (n°1), « *j'ai pas de problème du tout avec les homos* » (n°2), « *je les mets à l'aise parce que j'ai pas de préjugé je m'en fiche* » (n°3), « *il n'y a pas de jugements de valeur* », « *elles peuvent se livrer* » (n°5).

Ces mécanismes peuvent participer conjointement à la stigmatisation de cette population : « *elles ont eu une mauvaise expérience du coup elles arrêtent leurs suivi gynéco* » (n°1), « *certaines patientes m'ont dit que des médecins n'acceptaient pas de les prendre en charge* » (n°5). Une partie des praticien.ne.s les plus exposé.e.s décrivaient elleux-mêmes un effet communautaire d'accès au soins : « *bouche à oreilles* » (n°1), « *c'est vraiment du bouche à oreille, et du coup j'ai énormément de patientes lesbiennes qui viennent me voir* » (n°3), « *je suis sur les listes des sites gay friendly* », « *ce qui est intéressant c'est qu'il y a un effet de communauté, y'a un effet internet et de bouche à oreille* » (n°5).

2.3.3.4 Donnée supplémentaire : le corps reproducteur

Il est également intéressant de noter que malgré le fait que la place de femmes lesbiennes en gynécologie ne soit pas tout à fait établie, leur potentialité de femmes-mères a été reconnue par toutes les praticien.ne.s interrogé.e.s. Comme l'indique assez bien l'enquêtée n°3 : « *si tout va bien c'est pas la peine de revenir me voir dans un an vous reviendrez quand vous voudrez faire un bébé !* ».

« *Après la question qui peut se poser c'est pour les projets de grossesses (n°1)* », « *sinon je suis des grossesses de couple homo* » (n°2), « *je les aide à être enceinte* » (n°3), « *non, peut être que ça aurait son intérêt pour l'obstétrique* » (n°4), *qu'est ce qui positionne finalement le caractère ou le fait qu'elles évoquent leur homosexualité ? C'est par rapport à un désir de grossesse* » (n°5), « *je pose toujours la question du désir de grossesse* » (n°7), « *si elles ont des questions particulières sur un désir éventuel de grossesse* » (n°8).

3 Troisième partie : Discussion

3.1 Points forts et limites de l'étude

La principale limite de cette étude réside dans le nombre restreint de professionnel.le.s approché.e.s. En effet nous n'avons pu nous entretenir qu'avec seulement 8 personnes. Cependant, de par la méthode utilisée, le nombre n'était pas une fin en soi. En effet le but de l'étude était de faire émerger des conceptions et des pratiques personnelles et non pas des positionnements face à des faits précis, établis. De plus, les données récoltées n'ont pas vocation à être représentatives, elles sont là pour illustrer un fait observé.

L'arrêt du recrutement n'a donc pas été basé sur l'obtention de la saturation des données. Malgré cela, nous pouvons tout de même observer une récurrence certaine dans les réponses des enquêté.e.s, et donc valider ce point en dépit d'une population d'étude réduite.

Pour ce qui est de l'étude des biais, nous mentionnerons ma personne en tant qu'enquêtrice. Mes caractéristiques agissant sur plusieurs niveaux :

- le fait d'être sage-femme pouvait induire un sentiment d'évaluation des connaissances et donc une modulation des réponses.
- le fait d'être une femme possiblement identifiée comme lesbienne (choix du sujet d'étude et apparence physique) pouvait également être un moteur de modulation des réponses, ce dans le but de correspondre à des attentes projetées par les enquêté.e.s.

Le sujet en lui-même n'a pas été un biais de recrutement, en effet celui-ci n'était pas communiqué avant la réalisation des entretiens. Seule la notion de consultation en gynécologie était abordée.

Enfin nous pouvons dire que cette étude amène un nouveau point de vue dans la littérature, ces questions étant souvent orientées du point de vue des patientes et ne représentant pas directement celui des gynécologue-obstétricien.ne.s.

3.2 Résumé et discussion des principaux résultats : quelles perspectives ?

Nous avons mené cette étude dans le but d'apprécier le degré de sensibilisation des gynécologues ainsi que leur perception de la santé génésique lesbienne. Les résultats obtenus nous permettent globalement de valider nos hypothèses et de faire émerger une double problématique : les lesbiennes présentent une mauvaise prise en charge dans le cadre de la gynécologie puisqu'elles ne sont pas toujours identifiées comme telles et lorsqu'elles le sont, les modulations effectuées ne sont pas adéquates.

3.2.1 Les consultations en gynécologie sont par défaut hétéronormatives

La première hypothèse en lien avec le degré de sensibilisation fût celle de l'approche en consultation de gynécologie. En effet, pour une prise en charge adaptée au critère « femme lesbienne » nous voulions voir dans quelle mesure et de quelle manière cet aspect était abordé. L'approche majoritairement retrouvée était la présomption d'hétérosexualité : alors même que la question de l'orientation n'était pas posée, l'anamnèse était dirigée selon un point de vue hétérosexuel.

Nous avons retrouvé dans la littérature le fait que pour les médecins la santé lesbienne ne différait pas de la santé des femmes en général, et que le questionnement de l'identité était parfois jugé comme intrusif [16] [17]. Or cet aspect intrusif ne concerne que le lesbianisme puisque par défaut les femmes sont considérées hétérosexuelles [17].

Cette présomption entraîne souvent le silencement ¹² de la patiente, le ou la professionnel.le ne peut alors réaliser une prise en charge adaptée et centrée sur la patiente [16] [17] [18]. De plus les études montrent que les patientes jugent important d'informer leur praticien.ne, dans une optique de prise en charge globale et d'affirmation de soi [16] [17] [19]. Le passage de cette information est alors déterminé par le comportement adopté par le ou la praticien.ne [17] [18] [19] [20] l'article canadien *Lignes directrices sur la santé des lesbiennes* [20] conseille :

« Avant de connaître l'orientation sexuelle d'une patiente , il est important d'employer un langage qui ne présume pas l'hétérosexualité, comme, par exemple, demander quel type de contraceptifs elle prend. Cela suppose que la femme est hétérosexuelle, et il se peut que cela contribue à ériger des barrières pour une lesbienne parce que la patiente se voit dans l'obligation de choisir si elle veut rectifier cette supposition erronée »

De plus amples recommandations pour une pratique inclusive et non discriminante sont consultables dans des *guidelines* étrangères. Elles comprennent souvent un rappel des enjeux de santé et sont notamment établies en lien avec les instances ministérielles à destination des services ou professionnel.le.s de soin [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27]. Certaines émanent même de collèges nationaux comme l'American college of OB/GYN [28]. Celles présentes dans l'article *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals* [16] sont disponibles en annexe II. Les principaux axes en sont :

- la communication, en favorisant l'usage de terme neutre comme « partenaire »
- l'attitude, en évitant la présomption d'hétérosexualité, les représentations sur la sexualité lesbienne, la négation des possibles facteurs additionnels (âge, statut socio-économique, femme racisée, en situation de handicap...)
- l'environnement, en mettant à disposition des brochures destinées aux lesbiennes, des affiches inclusives au mur..

¹² Ici se taire devant ce qui peut être vécu comme une agression

Nous notons l'absence de ce genre de recommandations institutionnelles en France et notifiions le besoin urgent d'y remédier.

Les comportements hétérosexistes observés dans l'étude renvoient principalement au manque de déconstruction socio-culturelle des professionnel.le.s. Cela témoigne donc que l'éducation à la sexualité doit investir la formation en gynécologie obstétrique [16] [20]. Nous pensons évidemment à replacer ce fait dans un contexte sociétal plus large.

De plus, comme indiqué dans la plupart des *guidelines* trouvées, il est important dans l'intérêt de la relation médecin-patiente, de ne pas hésiter à auto-évaluer son approche des femmes lesbiennes, et référer à un.e collègue plus à même de prendre en charge, dans le cas où celle-ci pourrait manquer d'acceptation et/ou serait empreinte de jugement moral [20].

3.2.2 Les professionnel.le.s de santé n'ont pas connaissances des spécificités liées à cette population

Nous avons pu voir que toutes les praticien.ne.s interrogé.e.s présentaient une expérience de soin des femmes lesbiennes et que la prise en charge appliquée était propre à chacun.e.

La variabilité observée dans la pratique ne retrouve pas de justification académique ou scientifique, elle est souvent l'application de modulations basées sur des présupposés ou des idées reçues.

Dans notre étude les questions relatives à la contraception et à la prévention des grossesses non désirées, aux IST, aux cancers gynécologiques et au safe.r sex n'ont pas apporté de consensus.

Aborder la contraception était jugé soit non pertinent soit jugé utile dans le cas où le risque de grossesse se présenterait. La contraception, réduite aux traitements hormonaux, était également évoquée dans un but de régulation de cycle ou de diminution des troubles menstruels.

Comme nous avons pu le voir dans la littérature les femmes lesbiennes peuvent être à risque de grossesse non désirée et il est important de ne pas faire l'impasse sur cette question [3] [29]. Cependant, une approche différente en est souhaitable, car comme déjà évoqué, l'identité sexuelle ne correspond pas obligatoirement aux pratiques qu'on lui associe dans l'imaginaire collectif.

Ainsi, et nous verrons plus tard qu'il en est de même pour les questions relatives aux IST, nous préférons parler de pratiques, et cela sans dénier l'identité déclarée par la patiente. Il est donc jugé utile de demander par exemple si la patiente engage des rapports risquant d'entraîner une grossesse non désirée.

Le risque des lesbiennes vis-à-vis des IST, n'était pas jugé équivalent selon les enquêtés.e.s. Il était décrit comme inexistant, minoré ou identique. Comme nous l'avons vu dans la littérature, le risque de transmission d'IST et l'existence d'IST au sein de la population lesbienne est un fait [2] [3] [4] [9] [10] [11] [12] [29].

Cependant, deux points sont à explorer :

D'une part nous notons, comme la plupart des études que ce champs de recherche est à investir dans le but de produire plus de connaissances relatives à cette problématique [7] [8] [20] [28] .

D'autre part, nous constatons des inexactitudes dans les acquis des praticien.ne.s interrogé.es. En effet il nous paraît inquiétant de voir que le risque peut n'être abordé qu'en rapport au sperme. Les IST ont un panel large de voie de contamination, et ceux-ci sont dépendants une fois encore de pratiques, pratiques pouvant être présentes dans la sexualité lesbienne.

Cette constatation renvoie également à la nécessité d'introduction de cours à la sexualité au sein du cursus ainsi que de formations spécifiques sur les modes de transmissions des IST ; dans la population lesbienne, mais de fait aussi dans la population générale. Il existe néanmoins des guides et brochures, élaboré.e.s le plus souvent par des associations et à destination des femmes lesbiennes, pouvant être consulté.e.s à ce sujet [30] [31] [32].

De manière conjointe, il est nécessaire que les professionnel.le.s se renseignent sur les moyens de réduction de risque adaptés aux lesbiennes. Le discours ne peut pas être le même, d'autant plus lorsque l'on conçoit la notion du risque comme inhérente au pénis et donc à l'usage du préservatif. Les notions générales sont évidemment applicables comme indiqué dans l'introduction mais les moyens spécifiques doivent être connus. Il existe également des guides et brochures à ce sujet [33] [34]. Un extrait de la brochure Gouix est disponible en annexe III.

Une fois encore la notion de pratique revient au sujet de l'examen clinique : une femme lesbienne n'est pas à considérer comme vierge ou plus fragile. La même approche doit être faite pour les femmes hétérosexuelles et les femmes lesbiennes. Celle-ci ne dépend pas de l'identité sexuelle, mais de l'historique, des pratiques et comme pour tout acte, de la volonté de la patiente. En effet, une femme déclarée hétérosexuelle peut tout à fait ne pas avoir recours à la pénétration dans sa sexualité tout comme une femme lesbienne peut utiliser des corps pénétratifs.

Pour finir, Il est intéressant de noter que ces dysfonctionnements ont été constatés chez toutes les praticien.ne.s interrogé.e.s, même ceux déclaré.e.s ou référencé.e.s comme *lesbianfriendly* et qui sont donc, les plus exposé.e.s.

La suite logique à cette étude serait un élargissement d'état des lieux aux rangs des sage-femmes et médecins généralistes, d'autant plus qu'elles constituent la population théorique du premier recours.

Conclusion

Au cours de ces entretiens nous avons pu voir que les gynécologueobstétricien.ne.s manquaient d'inclusivité dans leur pratique. Les lesbiennes n'étaient pas toujours identifiées comme telles et lorsqu'elles l'étaient les soins apportés n'étaient pas opportuns. Cependant, ce fait n'était pas conscientisé comme tel, la plupart des professionnel.le.s se définissant comme respectueux.ses.

Les femmes que nous croisons en consultations sont toutes différentes : âge, parité, origine ou appartenance ethnique, milieu socio-économique, validité, taille, corpulence.. Ces spécificités agissent sur leur prise en charge afin que celle-ci soit la plus adaptée possible.

L'enjeu principal dégagé par cette recherche est de faire comprendre aux praticien.ne.s que l'identité sexuelle fait partie intégrante de ces déterminants de santé.

La perspective globale de ce projet serait de pouvoir déconstruire et sensibiliser les praticien.ne.s sur les enjeux présents chez les femmes lesbiennes, par le biais d'une formation spécifique et par l'élaboration de recommandations.

Tout ceci pour disposer d'une offre et d'un accès aux soins égaux et justes.



Bibliographie

- [1] Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.
- [2] Lhomond B. et al., *Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé*, Résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, 2003.
- [3] Lhomond B., Saurel-Cubizolles M.-J., *Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences*, *gynécologie Obstétrique & Fertilité* 33 (2005) 776–782.
- [4] Devillard S. au CRIPS Rhône-Alpes, *les femmes ayant des relations sexuelles avec femmes face au VIH et aux IST, mémoire de master 2 sociologie « genre et politiques sociales »*, 2011.
- [5] Lhomond B., « *Lesbiennes et VIH : une mise au point* », *Triangul'ère*, 3, 1/2, 2002.
- [6] Lhomond B., *Les risques de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes*, *Transcriptases*, n°46 - juin 96.
- [7] Collet M., « *Des besoins de santé ignorés* », *Journal du sida*, 204, 2008.
- [8] Genon C., Chartrain C., Delabarre C., *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions*, *Genre, sexualité & société*, n°1, 2009. <http://gss.revues.org/index951.html>.
- [9] Marazzo J. M. et al, *Prevalence and Risk Factors for Infection With Herpes Simplex Virus Type-1 and -2 Among Lesbians*, *Sexually Transmitted Diseases*, December 2003, Vol. 30, No. 12, p.890–895.
- [10] Marazzo J. M. et al, *Prevalence and Risks for Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex With Women*, *Sex Transm Dis.* 2010 May ; 37(5): 335–339.

- [11] *Devika Singh et al, Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005, American Journal of Public Health | July 2011, Vol 101, No. 7.*
- [12] *Bailey J. et al, Lesbians and cervical screening, British Journal of General Practice, June 2000.*
- [13] *Fohet C., Borten-Krivine I., Les patientes homosexuelles en gynécologie , Gynécologie Obstétrique & Fertilité 32 (2004) 228–232.*
- [14] *Meads C., Moore D., Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studie, Meads and Moore BMC Public Health 2013, 13:1127.*
- [15] *SOS homophobie, rapport d'enquête sur la lesbophobie, 2008 http://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_lesbophobie.pdf.*
- [16] *P MacNair R., Lesbian health inequalities : a cultural minority issue for health professionals, MJA 2003; 178: 643–645.*
- [17] *Simkin JR, creating openness and receptiveness with yours patients : overcoming heterosexual assumptions, canadien journal of OB/GYN & women's health care, volume 5, number 4 1993.*
- [18] *Bize R, Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes , gays, bisexuelles et transgenres, Rev Med Suisse 2011; 7: 1712-7.*
- [19] *Bjorkman M., Malterud K. Being lesbian : does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2007; 25: 5862.*
- [20] *Davis V., Lignes directrices sur la santé des lesbiennes , directives cliniques de la sogc, No 87, mars 2000.*
- [21] *guidelines d'Australie : Ministerial Advisory Committee on Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender and Intersex Health and Wellbeing, Well proud : A guide to*



gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex inclusive practice for health and human services, 2009.

[22] Guidelines de Québec : *Gouvernement du Québec* , Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles, 1997.*

[23] Guidelines du Canada : *Mary Helen Mautner Project for Lesbians with Cancer* , Tip Sheet for Health Care Providers, 2013.

[24] Guidelines du Canada : *Hudspith M, Minister's Advisory Council on Women's Health, BC Ministry of Health , BC Ministry Responsible for Seniors, S'occuper de la santé des lesbiennes, septembre 1999.*

[25] Guidelines de Suisse : *rapport du groupe santé/PREOS : vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes lgbt : le rôle du système de santé, 2012.*

[26] Guidelines d'Angleterre : *Stonewall, sexual orientation a guide for the NHS, 2010.*

[27] Guidelines des Etats Unis : *GLMA, guidelines for car of LGBT patients, 2006.*

[28] *The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women, COMMITTEE OPINION Health Care for Lesbians and Bisexual Women, Number 525, May 2012 (maj 2014).*

[29] *International Conference on women and infectious diseases, Marazzo JM, Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians, Emerging Infectious Diseases, www.cdc.gov/eid, Vol. 10, No. 11, November 2004.*

[30] *SOS homophobie, petit manuel des IST entre femmes, 2011.*

[31] *ADHEOS, la santé des lesbiennes, 2015.*

[32] *ILGA, brochure à destination des femmes qui aiment les femmes : cancer du col de l'utérus, cancer du sein.*

[33] *Genon C., Delabarre C., Kiosque infos SIDA et SIDA infos service, tomber la culotte, 2011.*

[34] *Gouixx, brochure de réduction des risques en direction de gouines et de celles qui font du sexe avec des femmes.*



Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Question 1 : Au cours de votre pratique : avez-vous déjà pris en charge une patiente lesbienne ?

Question 2 : Est-ce une notion abordée au cours de vos études ?

Question 3 : Posez-vous la question de l'orientation / des pratiques sexuelles lors de l'anamnèse en consultation gynécologique ?

Question 4 : Pensez-vous cette question pertinente dans le cadre du suivi gynécologique ?

Question 5 : Que pensez-vous du suivi gynécologique des femmes lesbiennes ?

Question 6 : A partir du moment où vous savez une femme lesbienne faites-vous des ajustements au niveau de la prise en charge ?



Annexe II : *guidelines* pour une pratique inclusive¹³

Guidelines for healthcare providers to enhance the care of lesbian women

Knowledge and understanding

- Be aware of the impact of sexuality-based discrimination on health.
- Be aware of how health risks and healthcare issues specifically relate to lesbian and bisexual women — sexually transmitted infections, common sexual practices, cervical health, reproductive health, mid-life changes, ageing, mental health, and substance-use patterns.
- Be knowledgeable about lesbian-sensitive referral networks.
- Be knowledgeable about lesbian-specific support and community groups (eg, relating to lesbian parenting, domestic violence, “coming-out” support and youth support).

Communication skills

- Use gender-neutral words such as “partner” and other inclusive terms to facilitate disclosure.
- When taking a sexual history, be aware of the fluidity of sexual expression and the “coming-out” process.
- Specifically encourage disclosure of sexual identity, orientation and behaviour if they are relevant to the health issues presented.
- Give choice regarding documentation of next of kin and sexual orientation in the health record and letters.

Attitudes

- Be non-judgemental.
- Avoid the assumption of heterosexuality.
- Avoid common assumptions about lesbians (eg, that lesbians have never had or don't continue to have sexual relationships with men).
- Be willing to facilitate disclosure of sexuality.
- Be willing to involve lesbian partners in decision-making.
- Be aware of additional barriers that increase stigmatisation, including ethnic minority status, disability, age, or economic status.

Practice environment

- Train reception staff to be sensitive to lesbian identity.
- Have a written practice policy on antidiscrimination, including the issue of sexuality.
- Design intake forms to be inclusive of same-sex relationships.
- Maintain confidentiality regarding the patient's sexuality.
- Display and make available brochures and posters relating to lesbian and bisexual patients.
- Advertise practice services through lesbian and bisexual media.

* Further lesbian cultural competency guidelines for healthcare providers can be found in Gruskin³⁵ and have been produced by the US Gay and Lesbian Medical Association.³⁶

¹³ P MacNair R., *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals*, MJA 2003; 178: 643–645



Annexe III : extrait de la brochure de Gouix¹⁴

Comment nettoyer nos jouets sexuels ?

Les godes et plugs en silicone peuvent être bouillis pendant trois minutes ou même passés au lave-vaisselle.

Les godes en latex, vinyl, gelïex ou encore les translucides, doux, en matière souple qui semblent contenir des bulles d'air, peuvent être nettoyés avec du savon et de l'eau chaude.

Les godes en caoutchouc sont poreux et donc difficilement nettoyables. On peut utiliser de l'eau chaude et du savon. Mais il vaut mieux toujours utiliser des préservatifs.

Les hamais en cuir peuvent être nettoyés à l'aide d'un tissu, ceux en nylon peuvent passer en machine à laver.

Ne pas mettre dans l'eau le compartiment à piles des vibros, ni les parties électriques.

Attention, les produits à base d'huile (lubrifiants à base d'huile, huile de massage, beurre, huile d'olive...) abîment le latex des godes et des préservatifs ! N'utiliser que des lubrifiants à base d'eau.

Le plus pratique reste toujours d'utiliser un préservatif ou un gant (selon la forme du jouet). Ceci garantit aussi des éventuelles allergies aux différentes matières utilisées dans la fabrication des jouets sexuels.



outils de réduction des risques

Dignes dentaires ou carrés de latex : ils ne sont disponibles que dans les structures de prévention sida mais la bonne nouvelle c'est qu'on peut en fabriquer nous-même :

Avec un gant : couper les doigts sauf le pouce, couper ensuite le gant dans sa longueur du côté opposé au pouce, ouvrir. Une fois le rectangle obtenu, la langue peut être introduite à l'emplacemement du pouce.

film alimentaire : utiliser du film alimentaire non poreux, celui qui ne va pas au micro-ondes, souvent moins cher.

capote coupée : couper le réservoir, découper dans le sens de la longueur.

préservatifs masculins : ils sont en latex la plupart du temps. On peut en trouver dans d'autres matières (vinyl, polyuréthane), mais ils sont chers.

préservatifs féminins : ils sont distribués principalement par les structures de prévention sida, ils restent chers et peu de pharmacies en vendent. Ils sont en polyuréthane, très lubrifiés et très doux. Ils sont composés de deux anneaux, un qui recouvre les lèvres et l'autre qui sert à mettre en place le préservatif, bien au fond du vagin, et que l'on peut retirer s'il est gênant, ou si on l'utilise dans l'anus. On peut le placer jusqu'à 8 h avant.

gants : ils peuvent être en latex (plus moulants), en vinyl noir (la classe !, mais plus cher).

lubrifiants : A base d'eau, le gras (vaseline, beurre, huile de massage) abîme le latex. cf. *Tamour n'est pas un lubrifiant* p. 30.

¹⁴ Gouix, brochure de réduction des risques en direction de gouines et de celles qui font du sexe avec des femmes