



HAL
open science

Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives

Cécilia Giles

► **To cite this version:**

Cécilia Giles. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01925322

HAL Id: dumas-01925322

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925322v1>

Submitted on 18 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

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.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 18 juin 2018

par

Cécilia GILES

Née le 14 avril 1986

**Le suivi gynécologique des femmes ayant
des rapports sexuels avec des femmes
Déterminants, enjeux, perspectives**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Madame MALMANCHE Hélène Sage-femme, doctorante en sociologie, EHES

JURY :

Madame EGUAVOEN Sonia Sage-femme libérale, Paris 19^{ème}
Madame DUQUENOIS Sylvie Sage-femme enseignante, École Baudelocque
Madame SAUVEGRAIN Priscille Sage-femme, chercheure en sociologie, Inserm

Mémoire N° 2018PA05MA12

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Hélène Malmanche, sage-femme et doctorante en sociologie, d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Son enthousiasme et sa bienveillance ont été précieux.

Je remercie également celles et ceux qui ont permis la rencontre avec les femmes de mon étude, en diffusant mon appel à participation dans leurs réseaux professionnel et personnel.

Un immense « merci » aux femmes qui ont accepté de partager avec moi leur expérience des consultations gynécologiques. Elles se sont livrées intimement et ont nourri la richesse de cette recherche.

Je remercie l'équipe enseignante pour sa transmission toujours enthousiaste de la maïeutique, et en particulier Anne Chantry pour sa sympathie et son accompagnement pédagogique durant ces cinq années.

Merci à Méghane, Charlotte, Clara... d'avoir traversé à mes côtés les années d'études. Vous avez contribué à les rendre belles.

Merci à Hélène, Camille et Chloé de m'avoir si bien accueillie pour cette dernière année.

De façon plus personnelle, je remercie ma famille, en particulier mes parents et ma sœur, pour leur soutien indéfectible dans l'accomplissement de mes choix de vie. Reprendre des études pour devenir sage-femme en était un sacré !

Olivier, merci pour ton amour et le soutien inconditionnel que tu m'as témoigné tout au long de ces années. Ce diplôme est, dans un sens, un peu le tien aussi.

J'embrasse tendrement ma fille, née durant l'aventure d'étudiante sage-femme.

Résumé

Introduction – objectifs. La santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) n'est pas considérée par la politique de santé publique en France. Pourtant, les études internationales mettent à jour des vulnérabilités spécifiques, en matière d'infections sexuellement transmissibles et de violences notamment. Le fait d'être une femme ayant des rapports homosexuels est associé à des disparités en matière de suivi gynécologique. La perception d'une absence de risques liés à la sexualité, la présomption d'hétérosexualité par le/la professionnelLE ou la crainte (vécue ou anticipée) d'être mal jugée sont décrites comme des facteurs influençant négativement le recours aux soins. L'objectif de cette étude est d'explorer les parcours de santé gynécologique des femmes et de comprendre leur expérience des consultations.

Matériel et méthode. Vingt-six entretiens semi-directifs ont été menés auprès de femmes cisgenres ayant des rapports sexuels avec une ou plusieurs femme(s), entre octobre 2017 et janvier 2018.

Résultats. Notre analyse montre que le manque de (re)connaissance de la sexualité entre femmes nourrit un *impensé du corps gynécologique* qui façonne les expériences de santé. En l'absence d'un « modèle social » à consulter, l'inscription dans un suivi gynécologique et la continuité de celui-ci sont fortement dépendantes des trajectoires individuelles (hétérosexualité, maternité, symptomatologie gynécologique).

Conclusion. L'enjeu pour le/la praticienNE est de prendre conscience de ses propres préjugés et de la manière dont les spécificités des patientes peuvent conduire à des inégalités de santé. Proposer une approche centrée sur la personne, prenant en compte les différences individuelles, sera profitable à toutes les femmes consultant en gynécologie.

Mots-clés : consultation gynécologique ; lesbienne ; femme ayant des rapports sexuels avec des femmes ; inégalités de santé.

Abstract

Introduction – objectives. Sexual and reproductive health of women who have sex with women (WSW) is not targeted by public health policies in France. However, international research shows that they are prone to get sexually transmitted infections and experience violence. Being a woman who have sex with women is related to a lower utilisation of gynaecological healthcare and screening programs like cervical cytology tests. The objective of this study is to explore WSW's healthcare experience in gynaecology, focusing on aspects specifically related to sexual orientation.

Methods. Twenty-six interviews were conducted with women having sex with women, from October 2017 to January 2018.

Results. Our results show that the lack of knowledge and recognition about sexuality between women influence healthcare experiences. With no existing role model about seeing a gynaecologist, health history is closely related to individual factors (experience of heterosexuality, pregnancy and gynaecological symptoms).

Conclusion. The point is to reflect upon our bias and the way women's specificities may foster health inequalities. We suggest adopting a professional attitude that is patient-centered, taking into account individual differences. This would benefit to all women consulting in gynaecology.

Keywords : gynaecological consultation ; lesbian ; woman who have sex with women ; health inequalities.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract.....	4
Liste des annexes.....	8
Acronymes	9
Lexique	10
Introduction	12
Première partie CONTEXTE	14
1.1 Gynécologie, santé sexuelle et santé reproductive : définitions et implications sociales pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.....	14
1.1.1 <i>Gynécologie, santé sexuelle, santé reproductive</i>	14
1.1.2 <i>Particularisation des femmes et invisibilité sociale des femmes homosexuelles</i>	15
1.1.3 <i>Accès aux soins et orientation sexuelle</i>	15
1.2 Consulter en gynécologie pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : quel recours aux soins et quels enjeux de santé ?	17
1.2.1 <i>Un moindre recours à la consultation gynécologique et au frottis cervico-utérin</i>	17
1.2.2 <i>Une incidence plus élevée des infections sexuellement transmissibles</i>	18
1.2.3 <i>Des facteurs de risque de cancer</i>	21
Deuxième partie MATERIEL ET METHODE	22
2.1 Les axes de recherche	22
2.1.1 <i>La problématique</i>	22
2.1.2 <i>Les objectifs</i>	22
2.1.3 <i>Les hypothèses</i>	22
2.2 L'étude	23
2.2.1 <i>La population</i>	23
2.2.2 <i>L'outil méthodologique</i>	24
2.2.3 <i>Le déroulement de l'étude</i>	25
2.2.4 <i>Les modalités d'entretien</i>	26
2.2.5 <i>L'analyse des données</i>	27
2.3 Une analyse réflexive	28
2.3.1 <i>Les forces</i>	28
2.3.2 <i>Les limites</i>	28
2.3.3 <i>La place d'enquêtrice</i>	29

2.4 Le profil des participantes	30
2.4.1 L'âge	30
2.4.2 Les caractéristiques socio-professionnelles et démographiques.....	30
2.4.3 L'auto-définition.....	31
L'identité de genre	32
L'orientation sexuelle	32
Troisième partie RESULTATS ET ANALYSE.....	34
3.1 L'absence de discours préventif à l'intention des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes entretient un impensé du corps gynécologique	34
3.1.1 <i>La santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes est un sujet non problématisé par les politiques et les professionNELles de santé</i>	34
L'homosexualité féminine, oubliée des campagnes de santé publique et des actions en milieu scolaire	34
Un parcours de soins et de prévention non formulé par les professionNELles de santé.....	36
Le savoir confiné aux espaces engagés et militants	39
3.1.2 <i>La consultation gynécologique associée à la contraception et aux risques hétérosexuels</i>	42
La norme contraceptive au cœur des représentations et de l'offre de soins	42
Le sentiment d'une "immunité sexuelle"	44
L'absence de protection des rapports sexuels et d'une pratique intégrée du dépistage.....	46
3.1.3 <i>L'initiation et la continuité des parcours de soin gynécologiques largement déterminées par l'hétérosexualité, la maternité et la pathologie</i>	50
L'hétérosexualité prescriptrice de consultation gynécologique	50
La maternité comme événement fondateur de la démarche de consultation.....	52
L'alternative des plaintes somatiques et de la découverte d'une pathologie	53
3.2 L'invisibilisation des pratiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes	55
3.2.1 <i>Les difficultés du dévoilement de l'homosexualité</i>	55
Le choix de le dire.....	55
... ou de ne pas le dire	57
L'attitude manifestée par le/la professionnelLE	58
3.2.2 <i>La sexualité entre femmes méconnue ou non reconnue en tant que telle</i>	61
Une "non sexualité"	61
La méconnaissance des pratiques sexuelles entre femmes	63
La nécessité d'un espace d'écoute autour de la sexualité et du rapport à l'autre	65
3.2.3 <i>L'absence de prise en considération de spécificités à l'origine d'une offre de soins parfois inadaptée</i>	68
La pilule prescrite dans sa seule dimension contraceptive.....	68
La non réalisation d'examens pertinents ou la réalisation d'examens non pertinents.....	69

Le manque de dispositions entourant l'examen gynécologique.....	70
3.3 Les trajectoires de soins gynécologiques sont influencées par des facteurs	
individuels spécifiques.....	72
3.3.1 Des échanges restreints sur le sujet avec l'entourage.....	72
L'absence de prescription familiale à aller consulter dans le cadre de l'homosexualité.....	72
Un sujet peu discuté entre amies ou partenaires.....	72
3.3.2 Un rapport au corps spécifique	74
Les seins, des attributs féminins que l'on ne se reconnaît pas	74
Une mise en scène sexualisée du corps en gynécologie	75
Rapport au corps, rapport à soi : l'importance de l'estime de soi pour prendre soin de son corps	
.....	77
3.3.3 L'importance particulière du rapport au/à la professionnelle	78
La crainte d'être jugée après une longue période sans consultation	78
Se tourner vers unE professionnelLE réputéE "lesbian-friendly"	79
S'inscrire dans un suivi gynécologique lorsque l'on trouve "le/la bonNE praticienNE"	80
Conclusion.....	83
Bibliographie	86
Annexes.....	94

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien	95
Annexe 2 : Texte de présentation de l'étude pour l'appel à participation.....	101
Annexe 3 : Support d'information - Les Klamydia's	102

Acronymes

AMP. Aide médicale à la procréation

CRIPS. Centre régional d'information et de prévention du sida

Enquête ACSF. Enquête « Analyse des comportements sexuels en France »

Enquête CSF. Enquête « Contexte de la sexualité en France »

ENVEFF. Enquête nationale sur les violences faites aux femmes

FSF. Femme ayant des rapports sexuels avec des femmes

HPV. *Human Papilloma virus* (papillomavirus humain)

HSV. *Herpes Simplex virus*

INPES. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST. Infection sexuellement transmissible

LGBTQI. lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, *queer*, intersexes

OMS. Organisation mondiale de la santé

VIH/sida. Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome de l'immunodéficience humaine acquise

Lexique

(Les mots du lexique sont identifiés dans le texte par la présence d'une astérisque *).

Bartholinite. Inflammation des glandes de Bartholin, situées à l'arrière des grandes lèvres et du vagin.

Butch. Selon l'anthropologue américaine Gayle Rubin, la catégorie *butch* doit être comprise comme une catégorie de genre lesbien, constituée à travers le déploiement et la manipulation des codes et symboles du genre masculin.

Cisgenre. Se dit d'une personne dont l'identité de genre est en accord avec son sexe de naissance.

Coming out. Annonce volontaire d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre à son entourage.

Digue dentaire. Film en latex pouvant être placé sur la vulve ou sur l'anus lors des rapports oro-génitaux ou oro-anaux, afin de réduire le risque de transmission d'infections.

Fem. Désigne des lesbiennes portant des vêtements féminins et optant pour des comportements relatifs au genre social « femme », tout en revendiquant leur désir lesbien.

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 homosexuels comme non légitimes. Elle se base sur les principes essentialistes de la complémentarité homme-femme.

Identité de genre. Décrit, indépendamment du phénotype, le sentiment profond d'une personne d'être un homme ou une femme, ou d'un genre qui ne s'inscrit pas dans cette logique binaire.

Intersectionnalité. Courant de recherche se concentrant sur l'articulation des inégalités fondées sur le sexe, la classe sociale, la race, l'origine ethnique ou encore l'orientation sexuelle.

Lesbian-friendly. Caractérise le fait d'être bienveillant à l'égard des lesbiennes.

Lesbophobie. Forme de stigmatisation sociale à l'égard des lesbiennes ou des femmes considérées comme telles.

Non binaire. Se dit d'une personne qui ne se sent pas en accord avec les catégories de genre binaire « homme » ou « femme » et préfère une autre identité de genre non binaire.

Nullipare. Se dit d'une femme qui n'a jamais accouché.

Orientation sexuelle. Se réfère au(x) genre(s) par le(s)quel(s) une personne est attirée.

Outing. Désigne l'acte de révéler qu'une personne est homosexuelle sans son accord (la personne est « outée »).

Pansexualité. Orientation sexuelle caractérisant les personnes qui peuvent être attirées, sentimentalement et/ou sexuellement, par une personne (binaire ou non) de n'importe quel sexe ou genre.

Safer sex. Terme regroupant les pratiques de réduction des risques sexuels (risque infectieux notamment).

Trans ou transgenre. Se dit d'une personne dont l'identité de genre n'est pas en accord avec son sexe de naissance.

Queer, mouvement queer. Fait référence à toute idée, pratique, personne ou identité allant à l'encontre des normes structurant le modèle social hétéronormatif.

Introduction

« La délégation souhaite que le suivi gynécologique des femmes homosexuelles fasse l'objet d'une attention particulière et que les professionnels de santé soient sensibilisés à l'existence d'une sexualité féminine non hétérosexuelle ». C'est en ces termes que la Délégation aux droits des femmes du Sénat a formulé la vingt-huitième recommandation de son rapport d'information intitulé « Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui », rendu public en juillet 2015 (1). Dans ce document, le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes est mis en question, en ce qu'il apparaît comme un « angle mort » de la politique de santé publique.

Les études internationales révèlent que le fait d'être une femme ayant des rapports homosexuels, que l'on soit identifiée comme telle ou supposée hétérosexuelle, est associé à des disparités en termes de suivi gynécologique. Le moindre recours de ces femmes par rapport à la population générale relèverait-il par exemple de difficultés d'accès aux soins, d'une forme de résistance à la médicalisation du corps féminin ou encore du fait de ne pas se sentir concernée au regard des normes sexuelles qui sont définies dans le cadre de la consultation ?

Notre souhait d'explorer les expériences des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en matière de suivi gynécologique est né de la lecture de l'ouvrage *A l'écoute du corps et de la parole des femmes : la pratique quotidienne d'une gynécologue*, de Marie-Annick Rouméas. L'auteure y évoque « des femmes qui ont été longtemps stigmatisées et souffrent encore souvent d'être considérées comme 'différentes' » ; des femmes dont la « sexualité est niée ou fait l'objet de commentaires blessants » ; des femmes à qui l'on dit parfois « qu'on ne voit pas pourquoi elles viennent en consultation de gynécologie » (2). Ces propos sont venus toucher une sensibilité modelée par nos parcours universitaire, professionnel et militant antérieurs. Ils semblaient convoquer dans un même lieu les thématiques des droits humains, de la santé sexuelle et reproductive et des inégalités sociales de santé, sur lesquelles nous nous étions déjà beaucoup impliquée.

Quelle est l'expérience du suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ? Quel regard portent-elles sur la consultation ? Comment appréhendent-elles le rapport au/à la professionnelle ?

Nous exposerons dans un premier temps les enjeux sociaux, éthiques et de santé dans lesquels s'inscrit notre sujet. Nous détaillerons dans un second temps la méthodologie de l'étude que nous

avons menée, fondée sur la réalisation d'entretiens avec des femmes concernées. Les résultats seront ensuite présentés et analysés dans le même temps. Notre écrit s'achèvera, enfin, sur une synthèse des éléments susceptibles de modifier nos pratiques professionnelles.

Première partie

CONTEXTE

1.1 Gynécologie, santé sexuelle et santé reproductive : définitions et implications sociales pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

1.1.1 Gynécologie, santé sexuelle, santé reproductive

La **gynécologie** est la discipline médicale qui s'intéresse à l'organisme de la femme et à son appareil génital. Son exercice est rythmé par un temps fort qu'est la consultation, lieu de rencontre entre le praticien et une patiente apportant un ou plusieurs motif(s) ou symptôme(s).

Au-delà des enjeux communs à toute consultation médicale, la consultation en gynécologie présente des spécificités qui font d'elle « un échange d'une extrême complexité » (3). Comme le souligne Michèle Lachowsky, la gynécologie est « une médecine du sexe, de l'amour et de la mort, donc de la vie, de ses ordres et de ses désordres » (3). Composée de trois temps – l'entretien, l'examen clinique et la synthèse – la consultation gynécologique fait passer d'une distance sociale, à une distance personnelle, au contact physique entre le corps de la patiente et les mains du praticien. Le temps de l'interrogatoire fait apparaître en filigrane le sexe et la sexualité, ainsi que le rapport au corps, qu'il soit empreint de peurs, de culpabilités ou de désintérêt. L'examen gynécologique est « un moment délicat de la consultation » (2) : il dévoile le « caché », l'intimité de la femme.

La consultation gynécologique semble être le lieu idéal pour agir favorablement sur la santé sexuelle et reproductive des femmes. La **santé sexuelle** est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité », qui n'est « pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ». Ce concept « exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence ». L'organisation postule que pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, « les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés » (4). La **santé**

reproductive concerne la capacité à se reproduire et la possibilité de décider si on désire le faire, quand et comment.

1.1.2 Particularisation des femmes et invisibilité sociale des femmes homosexuelles

Alors que les approches populationnelles en santé sexuelle peinent à émerger concernant les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (5), il apparaît que la dissociation totale entre « santé sexuelle » et « santé reproductive », fondement d'une possibilité d'existence des droits sexuels, n'est pas tout à fait opérée (6). La conception de la vie sexuelle des femmes reste largement ancrée dans la vie reproductive et les combats historiques menés pour garantir la maîtrise de la fertilité (contraception, avortement) ont renforcé la médicalisation du corps féminin et l'assignation à la fonction de procréation (7). De cette « particularisation des femmes » (8), il résulte pour les femmes ayant des rapports homosexuels un phénomène d'invisibilisation qui contraste avec la visibilité des hommes gays qui ont fait l'objet d'investigations sans cesse renouvelées et d'actions de prévention prioritaires, dans un contexte marqué par l'épidémie de VIH/sida (9). La légitimité politique et sociale conférée à l'étude de la sexualité n'a pas bénéficié aux femmes lesbiennes.

Cette invisibilité, pensée dans une approche intersectionnelle* de la sexualité, est expliquée en ce que les lesbiennes appartiennent au groupe social des femmes et en ce qu'elles dévient de la norme sexuelle. Elles se situeraient donc au croisement des effets dus au sexe (groupe social des hommes *versus* groupe social des femmes) et des effets dus à la sexualité (expérience sexuelle, institution hétérosexuelle et identité sexuelle) (10). Comme le souligne Anne Revillard, l'invisibilité lesbienne « traduit dans une large mesure un impensé social : dans un contexte de domination masculine, une jouissance indépendante du principe masculin est socialement impensable » (11).

1.1.3 Accès aux soins et orientation sexuelle

Les femmes lesbiennes sont exposées à des risques accrus d'atteinte à leur santé : troubles dépressifs, addictions, surpoids, violences... (7). Pourtant, elles retardent souvent leur accès aux soins et se déclarent moins satisfaites des soins reçus que les personnes hétérosexuelles cisgenres* (12). Ainsi, les femmes lesbiennes et bisexuelles sont 38% à déclarer avoir rencontré des problèmes d'accès aux soins en raison de leur orientation sexuelle* (13). Les articles de presse récemment publiés

illustrent le parcours souvent chaotique de cette population au sein du système de soins français (14–17).

Le réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) a mis en évidence les différentes barrières rencontrées par les lesbiennes dans l'accès aux services sociaux et de santé (18) :

- les discriminations hétérosexistes* et homophobes constatables à travers la présomption d'hétérosexualité et, lorsque l'homophobie est connue, les discriminations et préjugés subis dans l'accès à la maternité et plus globalement tout ce qui concerne la conception de la famille et des rôles socio-sexuels ;
- l'ignorance et le manque de compétences des professionnelLEs s'agissant des sexualités des lesbiennes, lors des examens gynécologiques et dans les services d'aide en santé mentale ;
- la lesbophobie* et l'hétérosexisme* intériorisés (stress du *coming out* *et discriminations anticipées, difficultés à s'émanciper de la conception hétérosexiste de la famille et des rôles socio-sexuels, etc.) ;
- la pauvreté (en tant que femmes, rencontrant une insertion différenciée sur le marché du travail notamment) ;
- l'isolement et l'invisibilité sociale.

L'association SOS Homophobie a mené en 2013 une enquête auprès de femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes afin de savoir si elles avaient été confrontées à de la lesbophobie au cours des deux dernières années, et d'établir la visibilité qu'elles accordaient à leur orientation sexuelle* (19). 7 126 femmes ont répondu au questionnaire mis en ligne sur le site de l'association. Le secteur de la santé représente 2% des témoignages de lesbophobie avec 80 cas rapportés. Le nombre de femmes avec enfant(s) est apparu plus important qu'en moyenne : de 13% pour l'ensemble des répondantes, ce taux est passé à 19% pour celles ayant vécu de la lesbophobie dans le milieu de la santé. Les difficultés pour avoir un enfant lorsqu'on est lesbienne (multiples démarches médicales en France et à l'étranger) ainsi que les *coming out* répétés au cours du suivi de grossesse pourraient expliquer ce résultat. La lesbophobie dans le milieu médical se manifeste principalement sous la forme d'incompréhension (61% des cas contre 38% pour l'ensemble des actes lesbophobes) voire de rejet de l'orientation sexuelle* de la patiente (la moitié des cas contre 36% pour l'ensemble). L'une des spécificités est qu'elle émane le plus souvent d'une femme (64% des cas contre 18% dans l'ensemble des répondantes) ; c'est le seul contexte où les femmes sont responsables de plus de la moitié des actes. Le/la gynécologue arrive en tête des praticienNEs incriminéEs avec 39% des cas, suivi par le personnel des structures hospitalières (29%) et le/la psy (10%). D'autres témoignages à propos de

consultations gynécologiques malheureuses sont régulièrement publiés sur internet (site Yagg¹, fil Twitter #PayeTonUtérus², page Facebook « Paye ton gynéco »³).

Les études sur l'interaction soignantE/soignée pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes sont quasi inexistantes en France. Plusieurs études internationales ont montré que lorsque le médecin est informé de l'orientation sexuelle* de sa patiente, cela peut avoir des impacts positifs sur le recours aux soins. Une étude canadienne a ainsi montré que le fait d'interroger l'orientation sexuelle de la patiente et d'adopter une attitude positive vis-à-vis de celle-ci est associé à un *coming out** plus important. Le dévoilement de l'orientation sexuelle est lui-même associé à une utilisation plus fréquente des services de santé (20). Dans l'étude de Mosack, les femmes lesbiennes, bisexuelles ou *queer** américaines rapportant que leur médecin était informé de leur orientation sexuelle étaient plus satisfaites et plus à l'aise pour parler de santé sexuelle avec lui, comparativement à celles dont le médecin ignorait l'orientation sexuelle (21). Tracy a montré que les lesbiennes américaines dont le/la gynécologue est au courant de l'orientation sexuelle sont plus de deux fois plus nombreuses à faire régulièrement des frottis que celles dont le gynécologue ignore l'orientation (22).

1.2 Consulter en gynécologie pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : quel recours aux soins et quels enjeux de santé ?

Les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes présentent des vulnérabilités en matière de santé sexuelle et reproductive qui se posent avec d'autant plus d'acuité que leur accès aux soins gynécologiques est moins effectif que les autres femmes.

1.2.1 Un moindre recours à la consultation gynécologique et au frottis cervico-utérin

Il apparaît dans les études relatives au suivi gynécologique et à la réalisation du frottis cervico-utérin que les femmes qui n'ont jamais eu de rapports avec des hommes sont moins susceptibles d'avoir déjà reçu un examen pelvien, ont eu leur premier frottis à un âge plus avancé et ont été suivies de façon moins régulière que celles qui ont eu des rapports avec des hommes, après ajustement de

¹ « Témoignages : ces choses qui coïncident quand des lesbiennes voient un.e gynécologue », novembre 2014. Consultable à l'adresse suivante : <https://yagg.com/2014/11/11/temoignages-ces-choses-qui-coincident-quand-des-lesbiennes-voient-un-e-gynecologue/>

² Consultable à l'adresse suivante : <https://twitter.com/hashtag/payetonuterus?lang=fr>

³ Consultable à l'adresse suivante : <https://www.facebook.com/tongyneco/>

différents facteurs sociaux économiques (7). Les données de l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF) montrent que 8% des femmes n'ayant eu que des partenaires féminines durant les 12 derniers mois n'ont jamais eu recours à des soins gynécologiques alors que ce pourcentage est d'environ 1% chez les femmes ayant eu des partenaires hommes ou des deux sexes (23). Dans l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011, les femmes n'ayant eu des rapports qu'avec des femmes dans les 12 derniers mois étaient 50% à avoir eu un frottis de dépistage dans les trois dernières années (24). Celles ayant eu des rapports avec des femmes et des hommes étaient 60% et celles n'ayant eu que des partenaires hommes étaient 65%. Ces données sont proches des résultats d'une enquête menée aux États-Unis, selon lesquels le recours à un frottis dans les 12 derniers mois était de 68,5% chez les femmes s'identifiant comme hétérosexuelles, de 64,5% chez celles s'identifiant comme bisexuelles et de seulement 43,3% chez celles s'identifiant comme lesbiennes. Les différences persistaient après ajustement de différents facteurs économiques (25).

Plusieurs facteurs ont été identifiés pour expliquer le plus faible recours au frottis des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : le fait d'avoir moins recours à la contraception et aux services de santé sexuelle, de se sentir moins concernées par le cancer du col de l'utérus, de ne pas connaître les recommandations à ce sujet et d'avoir peur d'être discriminées ou de dévoiler leur orientation sexuelle* (25–28). Plusieurs femmes lesbiennes ont rapporté que des professionnels de santé leur avaient indiqué que la réalisation du frottis n'était pas forcément nécessaire du fait de leur orientation sexuelle (29). Lorsque le médecin généraliste recommande de faire le frottis, cela semble agir favorablement sur la réalisation de celui-ci (22).

1.2.2 Une incidence plus élevée des infections sexuellement transmissibles

Il est établi que le papillomavirus humain (HPV), qui se transmet sexuellement entre hommes et femmes, reste le plus souvent à l'état latent dans l'organisme avant de se répliquer et d'entraîner des dysplasies du col de l'utérus (30). Or, on sait que la majorité des femmes lesbiennes (53-99%) ont eu au moins un partenaire masculin au cours de leur vie, le plus souvent au début de leur vie sexuelle, et qu'un certain nombre (6-30%) continue à en avoir, occasionnellement ou de façon régulière (23,31–34). Il est donc essentiel de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le biais d'un frottis chez toutes les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle*. En outre, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus : elles ont en moyenne leur premier rapport sexuel à

un âge plus précoce que les femmes hétérosexuelles – 17,3 ans *versus* 18,6 ans (23), un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie – en moyenne 14 partenaires masculins *versus* 4 pour les femmes hétérosexuelles (23) et une pratique tabagique plus fréquente (35–37). Le moindre recours au dépistage par frottis augmente également leur susceptibilité de développer un cancer du col de l'utérus (25,26,38–40). Une méta-analyse récente montre un taux de cancer du col de l'utérus plus élevé chez les femmes bisexuelles que chez les femmes hétérosexuelles (41). Par ailleurs, le papillomavirus humain peut se transmettre sexuellement entre femmes. Une étude a ainsi montré la présence de HPV chez 6% de femmes qui n'avaient eu que des partenaires féminines (42). D'autres auteurs ont également montré la présence de lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus dans cette population (43,44).

Le fait que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes entrent généralement plus tôt dans la vie sexuelle et qu'elles aient plus de partenaires sexuels, y compris masculins, que les autres femmes (34) accroît leur susceptibilité de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) que le HPV. Ainsi, les données de l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) révèlent que la fréquence d'IST au cours de la vie était significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels (25% *versus* 9% pour les femmes exclusivement hétérosexuelles) (34). De même, dans l'enquête CSF, les femmes déclarant des pratiques homosexuelles étaient 12% *versus* 3% pour les femmes hétérosexuelles, à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années (23).

Une méta-analyse récente révèle un taux de grossesse plus important chez les adolescentes lesbiennes et bisexuelles que chez les adolescentes hétérosexuelles, alors qu'en population générale, le taux est moindre chez les femmes lesbiennes et bisexuelles que chez les femmes hétérosexuelles. Les hypothèses explicatives formulées sont le fait d'avoir une vie sexuelle plus active, des rapports sexuels forcés ou non protégés plus fréquents ou le souhait d'expérimenter des relations hétérosexuelles pour se convaincre de son hétérosexualité (45). Dans ce contexte, le risque de contracter une infection sexuellement transmissible est augmenté.

En ce qui concerne le VIH, il est important de distinguer la transmission sexuelle du VIH entre femmes de la prévalence du virus au sein de la population lesbienne. En effet, si le risque de transmission du VIH entre partenaires féminines est faible, avec quelques cas seulement rapportés dans la littérature (notamment lors d'usage partagé de *sextoys*, de contacts avec le sang menstruel ou de rapports provoquant de petits saignements) (46), les modes de vie des femmes lesbiennes, leurs pratiques dans l'usage de drogues, dans leurs rapports hétérosexuels, plus divers et souvent moins bien protégés, augmentent leur risque de contamination (47).

Le souci principal qu'occasionne l'impasse faite sur le rapport des lesbiennes au VIH/sida dans les discours de prévention résiderait en fait dans ses répercussions négatives sur la perception (par cette population et par les professionnels de santé) de l'exposition à d'autres IST (48). En effet, outre la possible transmission par le biais de rapports hétérosexuels, des IST communes telles les infections au virus de l'herpès (HSV) ou au tréponème pâle (agent causal de la syphilis) peuvent se transmettre par simple contact entre les muqueuses – et donc intervenir dans le cadre de relations sexuelles entre femmes (7).

Une recherche menée aux États-Unis montre que les FSF sont plus contaminées que les femmes hétérosexuelles par le HSV-1 (responsable le plus souvent d'herpès labial et, dans 10% des cas, d'herpès génital) et que le taux de prévalence augmenterait avec le nombre de partenaires féminines (49). Cela permet de formuler l'hypothèse que les pratiques sexuelles oro-génitales, fréquentes chez les FSF, augmenteraient le risque de contamination génitale par le HSV-1. Par ailleurs, une FSF sur dix dans l'étude était infectée par le HSV-2 (responsable dans 90% des cas d'herpès génital) et la plupart d'entre elles ne le savaient pas (n'avaient pas vécu d'épisode d'herpès génital). La transmission de syphilis (50), de *Trichomonas vaginalis* (51) et de *Chlamydia Trachomatis* (52) a été rapportée chez des femmes n'ayant jamais eu de partenaires masculins. L'incertitude concernant le taux de prévalence de la chlamydie chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, estimée entre 3 et 5%, est problématique compte tenu des conséquences graves que cette infection, majoritairement asymptomatique, peut entraîner (syndrome d'inflammation pelvienne, algie pelvienne chronique ou encore infertilité tubaire) (7). Ainsi, la *U.S Preventive Services Task Force* (USPSTF) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) recommandent que toutes les femmes de moins de 25 ans soient dépistées chaque année pour le *Chlamydia* et le *Gonocoque*, quelle que soit leur orientation sexuelle* (53–55).

Par ailleurs, les vaginoses bactériennes (*Gardnerella Vaginalis*) semblent plus fréquentes chez les femmes n'ayant des rapports sexuels qu'avec des femmes et leur risque pourrait être augmenté du fait de ces rapports (56). Les échanges de sécrétions vaginales lors de frottements mutuels du clitoris, le partage d'objets sexuels et les contacts oro-génitaux pourraient être à l'origine de ces infections (51), qui ne sont pas considérées comme des infections sexuellement transmissibles.

En dépit de cette exposition aux infections sexuellement transmissibles, la croyance d'une absence de risques lors des rapports sexuels entre femmes est largement partagée (57). Les pratiques de réduction des risques sexuels (*safer sex**), comme l'usage de la digue dentaire* (film en latex qui se pose sur la vulve ou sur l'anus lors des rapports oro-génitaux ou oro-anaux), du préservatif sur les objets sexuels ou de gants en latex ou en vinyle pour la pénétration digitale ou manuelle sont peu connues, et lorsqu'elles sont connues, sont très peu utilisées entre femmes (58,59).

1.2.3 Des facteurs de risque de cancer

Il est possible que les femmes lesbiennes ou bisexuelles soient plus exposées au cancer du sein et au cancer de l'endomètre (60,61). Toutefois, les données actuelles restent insuffisantes. Plusieurs études montrent cependant qu'elles sont plus exposées à certains facteurs de risque de cancer. Elles sont par exemple moins susceptibles de prendre une contraception orale (cancer de l'ovaire) et sont plus fréquemment nullipares* (cancers de l'ovaire, du sein et de l'endomètre), donc moins susceptibles d'allaiter (cancer du sein), que les hétérosexuelles. En outre, elles sont plus souvent fumeuses, consomment plus d'alcool et sont plus souvent en surpoids (62–65).

En ce qui concerne les autres affections gynécologiques telles que le syndrome des ovaires polykystiques, l'endométriose et les fibromes, il n'est pas retrouvé de différences significatives entre les FSF et les femmes hétérosexuelles (41).

Il existe donc des facteurs de risque sur le plan gynécologique chez les femmes engagées dans des rapports sexuels avec des femmes, qui sont liés à la fois aux biographies individuelles (entrée précoce dans la sexualité, nombre important de partenaires, y compris masculins, expérience plus grande des violences) et à des comportements de santé notables tels que l'absence de suivi préventif régulier, le fait de se penser non à risque dans les rapports homosexuels et le manque de pratiques de *safer sex**.

Dans un cadre historiquement construit autour de l'hétérosexualité et de la centralité des enjeux reproductifs, comment la consultation gynécologique s'inscrit-elle dans le parcours de santé des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ? Quelles expériences en retirent-elles ?

Deuxième partie

MATERIEL ET METHODE

2.1 Les axes de recherche

La revue de la littérature nous a permis de définir le cadre de notre recherche.

2.1.1 La problématique

Notre problématique est la suivante : comment l'expérience de la consultation gynécologique structure-t-elle les parcours de santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?

2.1.2 Les objectifs

A travers notre recherche, nous souhaitons :

- comprendre comment les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes négocient la normativité associée à la consultation gynécologique ;
- analyser les effets des politiques de santé sexuelle et reproductive sur une autre catégorie de femmes que celles appartenant à la catégorie dominante ;
- analyser le rôle des trajectoires individuelles, affectives et sexuelles, dans l'expérience du suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.

2.1.3 Les hypothèses

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- L'hétéronormativité* de la consultation gynécologique induit une invisibilisation des pratiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.
- L'absence de discours institutionnel et médical sur la santé génésique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes contribue à les laisser dans un *impensé du corps gynécologique*.
- Les trajectoires de soins en matière de santé sexuelle et reproductive sont largement déterminées par des facteurs individuels.

2.2 L'étude

Afin de répondre au mieux à nos axes de recherche, nous avons choisi de mener une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs. Il nous a semblé que ce type d'étude serait le plus pertinent pour saisir les schémas de pensée et les mécanismes d'action à l'œuvre dans les trajectoires de santé gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.

2.2.1 La population

Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (CSF) menée en 2006 par Nathalie Bajos et Michel Bozon auprès d'un échantillon de 6 824 femmes âgées de 18 à 69 ans, 4% des femmes qui ont eu des rapports sexuels ont déclaré avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec une partenaire du même sexe au cours de leur vie (6% dans l'agglomération parisienne) et 1% au cours des 12 derniers mois (23). Ces chiffres témoignent d'une nette augmentation par rapport à l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » (ACSF) menée au début des années 1990. De la même façon qu'une sous-déclaration sur des sujets comme la masturbation féminine et le nombre de partenaires sexuels est retrouvée par les chercheurs et reconnue par les femmes, les chiffres établis reflètent probablement une situation sous-estimée par rapport à la réalité (66). Seuls 0,1% des femmes ayant eu des rapports sexuels n'ont eu au cours de leur vie que des pratiques sexuelles avec des femmes (23).

La comparabilité des études relatives à la santé et à l'orientation sexuelle* est rendue difficile par la variabilité des critères d'inclusion. Des recherches retiennent des critères identitaires (par exemple, le fait de s'identifier comme lesbienne) tandis que d'autres se concentrent, plus souvent, sur les comportements sexuels (le fait d'avoir des rapports sexuels avec une ou plusieurs femme(s)).

Attirances, comportements et identité s'entremêlent et dessinent un paysage plus complexe qu'il n'y paraît. Ainsi, la majorité des femmes s'identifiant comme lesbiennes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et un certain nombre continue d'en avoir. Parallèlement, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes peuvent ne pas s'identifier comme lesbiennes mais comme hétérosexuelles ou bisexuelles, voire ne se reconnaître dans aucune de ces catégories. Le critère d'auto-identification est fondamental pour appréhender l'expérience subjective des personnes concernées ; il peut également avoir une importance décisive sur la santé (dans l'expérience des discriminations ou le degré d'auto-acceptation de l'orientation sexuelle* par exemple) (7). Afin d'appréhender la richesse de la complexité décrite ci-dessus et pour ne pas limiter notre analyse à la

définition des identités, nous avons choisi de retenir comme critère d'inclusion le fait d'avoir (eu) des rapports sexuels avec une ou plusieurs femme(s), indépendamment de l'identité.

La définition du « rapport sexuel » elle-même ne va pas de soi. L'acceptation réductrice de l'expression, l'assimilant au seul coït hétérosexuel, est évidemment écartée. Ce serait concourir à (et être le reflet de) l'invisibilité et la méconnaissance des sexualités lesbiennes (67).

Notre étude concerne les femmes cisgenres*, c'est-à-dire celles qui ont été assignées au sexe féminin à la naissance. L'expérience en matière de suivi gynécologique des femmes transgenres*, c'est-à-dire des femmes qui ont été assignées au sexe masculin à la naissance, et des hommes transgenres* ayant gardé tout ou partie de leurs organes génitaux féminins natifs⁴, est très spécifique et mériterait de faire l'objet d'une étude séparée.

Nos critères d'inclusion ont donc été les suivants :

- femme cisgenre ;
- ayant eu des rapports sexuels avec une femme au cours de sa vie.

Il n'a pas été fixé de critère de résidence.

Notre seul critère d'exclusion a concerné les femmes ne parlant pas français, pour une question de faisabilité.

2.2.2 L'outil méthodologique

Nous avons élaboré un guide d'entretien destiné à interroger les variables intéressant notre recherche. La revue de la littérature que nous avons réalisée dans le but de définir notre sujet a éclairé notre réflexion et nous avons finalement retenu les thèmes et sous-thèmes suivants :

- Expérience du suivi gynécologique
 - Connaissance des modalités et des recommandations de suivi gynécologique
 - Expérience personnelle du suivi. Pour chaque consultation réalisée :
 - Déterminants de la consultation

⁴ Femme transgenre : réfère à une personne qui s'identifie comme femme (ou sur un spectre féminin) alors qu'elle a été assignée au genre masculin à la naissance.

Homme transgenre : réfère à une personne qui s'identifie comme homme (ou sur un spectre masculin) alors qu'elle a été assignée au genre féminin à la naissance.

- Relation avec le/la professionnellE de santé
 - Dévoilement de l'orientation sexuelle
 - Prise en compte de l'orientation sexuelle lors de la consultation
 - Vécu de l'expérience de consultation
- Représentations de soi
 - Identification en tant que femme et rapport au corps (de femme)
 - Orientation sexuelle : attirances, comportements, identité(s)
 - Affirmation de l'orientation sexuelle vis-à-vis du reste du monde
 - Représentations de la santé
 - Comportements généraux de santé
 - Perception de la santé gynécologique
 - Données socio-démographiques

Le guide d'entretien a été testé auprès d'une femme de notre entourage répondant aux critères d'inclusion (68). Cet entretien n'a pas été inclus dans l'analyse des données. L'enquêtrice a souligné le caractère intime des questions posées, peut-être moins simple à appréhender pour elle du fait que nous nous connaissions. Les femmes issues du recrutement par le réseau personnel que nous avons interrogées par la suite, n'avaient pas de liens de proximité avec l'enquêtrice (nous ne nous étions jamais rencontrées). Une femme issue du recrutement par le biais des réseaux sociaux était connue mais nous nous étions rencontrées quelque fois seulement.

A l'issue de l'entretien-test, le guide d'entretien (annexe 1) a été validé sans modification majeure.

2.2.3 Le déroulement de l'étude

Le recueil des données s'est étendu sur une période de trois mois et demi allant du 2 octobre 2017 au 18 janvier 2018. Toutefois, la quasi-totalité des entretiens ont été menés sur les mois d'octobre et novembre 2017.

Pour guider notre recueil, nous avons élaboré un tableau de bord compilant au fur et à mesure du recrutement l'identité et l'âge des participantes ainsi que la date, l'horaire et modalités de l'entretien. Une case « observations » était destinée à recueillir de manière succincte notre appréciation générale de l'entretien à l'issue de celui-ci. Nous y avons annoté, pour chaque femme, l'existence ou non d'un

suivi gynécologique, les principaux motifs de consultation, les discontinuités et les ruptures du parcours s'il y en avait.

Nous avons effectué notre recrutement par le biais d'un appel à participation sur le réseau social Facebook, sur la liste de diffusion féministe Efigies et en direction des associations impliquant des lesbiennes et bisexuelles. Le réseau personnel a également été sollicité pour diffuser l'information. Nous avons pris le soin de rédiger un texte de présentation de l'étude : ses objectifs, la population concernée et ses modalités (annexe 2).

Le recrutement s'est décliné en deux phases. Un premier appel à participation a été lancé le 1^{er} octobre par le biais de Facebook, de la liste de diffusion Efigies et du réseau personnel ; il a permis d'organiser la tenue de 19 entretiens. Un deuxième appel à participation, orienté vers le réseau associatif, a été lancé en décembre.

Les canaux de recrutement ayant fonctionné ont été :

- le réseau personnel (bouche-à-oreille) ;
- le réseau social Facebook ;
- la liste de diffusion Efigies ;
- l'association SOS Homophobie ;
- l'association FièrEs ;
- la page Facebook du collectif Gyn&Co.

Nous n'avons pas eu de réponse aux mails (mail initial + une relance) que nous avons adressés à trois autres associations. Deux associations nous ont contactée à des fins de partage et de diffusion des résultats de cette recherche.

Au total, nous avons réalisé 26 entretiens, d'une durée moyenne d'une heure. La diversité et la richesse des parcours dévoilés nous ont amenée à réaliser davantage d'entretiens que ce nous avions initialement prévu (entre 15 et 20), afin d'obtenir l'effet de saturation souhaité.

2.2.4 Les modalités d'entretien

La veille ou le jour programmé de l'entretien, nous avons envoyé un rappel par SMS aux femmes ayant accepté de participer à l'étude.

Les entretiens se sont déroulés en face à face pour 6 femmes (dans un café de leur choix ou à leur domicile pour deux femmes du réseau personnel), par téléphone pour 13 femmes et via Messenger GILES Cécilia

pour 7 femmes (notamment celles résidant en Belgique). Les modalités d'entretien ont été laissées au choix des femmes.

Pour les couples de femmes, nous avons souhaité réaliser les entretiens de manière séparée et d'affilée, afin que les réponses de l'une n'influencent pas les réponses de l'autre. Pour un couple sur les trois rencontrés, les entretiens individuels ont été réalisés à trois jours d'intervalle.

Au début de chaque entretien, nous avons rappelé le cadre de notre étude, assuré la femme de la confidentialité des échanges et du respect de l'anonymat dans la présentation des résultats. Nous lui avons également précisé qu'elle avait la possibilité de ne pas répondre à des questions si elle les jugeait gênantes ; cela ne s'est jamais produit au cours des entretiens.

Nous avons également recueilli le consentement oral pour l'enregistrement audio de l'entretien à des fins de retranscription. Aucune réticence n'a été exprimée.

A la fin de l'entretien, nous avons demandé si la femme interrogée avait des remarques complémentaires sur les thèmes abordés ou si des points lui paraissant importants pour notre sujet n'avaient pas été abordés.

Toutes les participantes ont accepté notre proposition d'envoi du mémoire finalisé ; leurs coordonnées mail ont été recueillies à cet effet.

2.2.5 L'analyse des données

Nous avons intégralement retranscrit les 26 entretiens réalisés.

Nous avons ensuite procédé à une analyse qualitative par thèmes (analyse verticale) et par parcours gynécologique (analyse horizontale). Un tableau synoptique présentant les éléments de réponse pour chaque participante a facilité l'analyse des concordances et des discordances retrouvées dans les expériences.

Nous nous sommes ensuite attachée à penser une présentation problématisée de nos résultats, traversant l'ensemble de nos axes de recherche.

2.3 Une analyse réflexive

2.3.1 Les forces

La principale force de notre étude est incontestablement l'originalité qu'elle présente en se penchant sur le suivi gynécologique d'une catégorie de femmes dont on parle peu, dans les études de sage-femme comme dans l'exercice professionnel ou la recherche universitaire. Une étudiante sage-femme de l'école de Poissy avait réalisé en 2015 une étude sur le point de vue des gynécologues concernant la consultation des femmes lesbiennes, dans une perspective d'amélioration des pratiques professionnelles (69). Notre recherche s'inscrit en complémentarité de ce travail, en s'attachant à appréhender le vécu des femmes concernées. Nous espérons que ces réalisations seront susceptibles d'amorcer la réflexion, parmi les sages-femmes et au-delà, voire de modifier les pratiques.

Une autre force de notre étude est l'importance de notre échantillon (26 enquêtées) dans le cadre de la réalisation d'un mémoire qualitatif d'étudiante sage-femme. Cet échantillon est composé de femmes d'âges différents et aux trajectoires variées. En choisissant de ne pas nous limiter à la narration des consultations gynécologiques mais plutôt d'appréhender les personnes dans leur globalité et leur complexité, nous avons recueilli un matériau extrêmement riche. La présentation des résultats rend compte de cette richesse par l'insert de nombreux verbatims.

2.3.2 Les limites

Les limites de notre étude sont les biais classiquement retrouvés.

Le premier est celui de sélection, puisque le recrutement s'est appuyé sur le volontariat des personnes. Nous pouvons faire l'hypothèse que les femmes qui ont souhaité participer sont celles qui se sont senties le plus concernées par le sujet ou qui nourrissent un rapport particulier au suivi gynécologique. Toutefois, le recrutement par le réseau personnel, qui sollicite d'emblée chez la personne moins l'envie de participer que le souhait de répondre favorablement à l'appel d'une connaissance, a contribué à limiter ce biais. En outre, les femmes qui ont eu accès à l'information concernant notre étude sont celles qui sont insérées dans un réseau de sociabilité.

Le second biais identifié est celui de mémorisation. Nous avons largement mobilisé les souvenirs des femmes interrogées pour retracer leur parcours en gynécologie. Des éléments ont pu être oubliés ; d'autres ont pu au contraire être exacerbés.

Le dernier biais, enfin, pourrait être celui d'interprétation. Il y a toujours la possibilité de se méprendre sur l'intention ou le vécu des personnes enquêtées.

2.3.3 La place d'enquêtrice

Notre objet d'étude aborde largement les questions de sexualité, de perception de soi et de rapport aux autres. Si nous nous sentions à l'aise pour aborder ces sujets intimes, nous avions à cœur de mettre en confiance les femmes interrogées afin de recueillir la parole la plus libre possible et de ne pas créer de malaise. L'équilibre est subtil : entrer dans l'intimité mais maintenir une certaine distance ; permettre la liberté de l'échange mais garder en tête les objectifs de recherche.

Parler de leur sexualité, de leur identité ou de la relation avec leur gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste n'a pas constitué pour les participantes une gêne lors de l'entretien. La production de parole s'est avérée particulièrement riche, au téléphone comme en face-à-face. La capacité à créer les conditions d'un dialogue bienveillant semble avoir été atteinte. Alors que nous redoutions la brièveté des entretiens réalisés par téléphone, ce dispositif a peut-être été, paradoxalement, rassurant pour les participantes (70). Plusieurs femmes ont exprimé le plaisir qu'elles avaient eu à parler de choses sur lesquelles elles n'avaient jamais pris le temps de poser un regard réflexif. Les entretiens ont souvent pris l'allure d'une discussion ouverte, abordant des aspects variés de l'histoire personnelle (les relations amoureuses, le *coming out**, la perception de sa santé, etc.) et des sujets sensibles (la sexualité, la relation aux parents, etc.). La durée des entretiens et le fait de commencer par une narration relativement factuelle du suivi gynécologique, avant d'aborder les représentations de soi et les représentations de la santé, ont probablement permis d'instaurer un climat de confiance. De la même façon, le fait d'être une femme et le statut d'étudiante sage-femme ont sans doute favorisé le recueil de données.

La facilité à recruter des femmes pour notre étude est certainement le reflet d'un désir de se raconter ou de produire une parole sur le sujet. Comme l'a remarqué une participante : « *En France, il y a tellement peu de représentation, de pensée, de réflexion sur les sujets de lesbiennes, qu'à partir du moment où tu commences à faire des choses sur le sujet...* » (3).

2.4 Le profil des participantes

2.4.1 L'âge

Les participantes de notre étude sont âgées de 21 à 59 ans.

17 femmes ont moins de 35 ans et 9 femmes ont plus de 35 ans, réparties ainsi :

- entre 21 et 29 ans : 13 femmes ;
- entre 30 et 39 ans : 5 femmes ;
- entre 40 et 49 ans : 4 femmes ;
- entre 50 et 59 ans : 4 femmes.

2.4.2 Les caractéristiques socio-professionnelles et démographiques

Le niveau d'études des participantes est globalement élevé : 9 femmes ont un diplôme de niveau Bac+3, 10 femmes ont un diplôme de niveau Bac+5 tandis qu'une femme a un niveau Bac et une femme est sans qualification.

Ces femmes sont toutes en emploi (17) ou en formation (8), exceptée une participante qui projette une reconversion professionnelle.

Elles occupent toutes un logement stable : 12 femmes louent un appartement ou une maison dans le parc privé et une femme dans le parc social ; 8 femmes sont propriétaires d'un appartement ou d'une maison ; une femme occupe un logement universitaire et 4 femmes vivent chez un membre de leur famille.

Elles résident très majoritairement en milieu urbanisé (23 femmes sur 26), notamment des grandes agglomérations (Paris, Lyon, Strasbourg). Trois femmes vivent en milieu rural.

Dans notre échantillon, six femmes résident en Belgique : deux Françaises pour des raisons professionnelles, un couple de femmes française et allemande et un couple de femmes belge et belgo-espagnole.

Elles bénéficient toutes d'une couverture maladie ; quatre n'ont pas de complémentaire santé (mutuelle).

Sur 26 participantes, 21 ont déclaré être en couple et 5 être célibataires.
12 femmes sont en couple cohabitant tandis que 9 femmes sont en couple non cohabitant.

Cinq femmes sont mariées – les deux couples résidant en Belgique ainsi qu’une femme résidant en France.

Deux femmes sont PACSées.

Deux femmes sont divorcées d’un homme et une femme a dissout un PACS conclu avec une femme.

Neuf femmes ont un ou deux enfant(s). Pour cinq d’entre elles, l’enfant ou les enfants est/sont issu(s) de l’union avec un homme ; pour quatre d’entre elles (les deux couples de femmes résidant en Belgique) il(s) est/sont issu(s) de l’union avec une femme.

Le profil de ces femmes est semblable à celui des femmes ayant déclaré des rapports homosexuels dans l’Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF). En effet, celles-ci habitaient plus souvent que les autres femmes dans les grandes agglomérations et notamment la région parisienne. Elles avaient plus fréquemment un niveau d’études élevé et exerçaient une profession de cadre, supérieur ou moyen. En revanche, leur statut d’emploi n’était pas différent de celui des autres femmes. Elles étaient plus souvent célibataires (union non officialisée) et en couple non cohabitant.

Cette surreprésentation des femmes qui ont eu des rapports homosexuels dans la catégorie des urbaines les plus diplômées, moins inscrites dans les institutions sociales de l’hétérosexualité (mariage et maternité), est expliquée par Brigitte Lhomond comme un effet d’un environnement moins contraignant qui autoriserait plus facilement les relations homosexuelles. Les pratiques homosexuelles entraîneraient des choix de vie où les pressions sociales et normatives sont moins fortes. Elle émet l’hypothèse que les pratiques minoritaires sont plus dicibles quand la position est plus élevée dans l’échelle sociale (34).

Ces résultats sont également proches de ceux d’enquêtes sur les comportements sexuels ou la santé, menées en Europe et aux États-Unis, en particulier en ce qui concerne les différences selon le lieu de résidence, le niveau d’études et le fait d’être célibataire (71–74).

2.4.3 L'auto-définition

L’identité de genre* et l’orientation sexuelle* sont deux concepts connexes mais néanmoins distincts. L’identité de genre décrit, indépendamment du phénotype, le sentiment profond d’une personne d’être un homme ou une femme, ou d’un genre qui ne s’inscrit pas dans cette logique

binaire*. L'orientation sexuelle se réfère quant à elle au(x) genre(s) par le(s)quel(s) une personne est attirée (12).

Anne Revillard a mis à jour deux axes essentiels intervenant dans la définition personnelle de l'identité de lesbienne. Le premier axe (le plus structurant) correspond à la dichotomie nature/choix. L'homosexualité est décrite soit comme une condition subie – et donc pensée comme naturelle (on n'y peut rien !) – soit comme le résultat d'un choix – et c'est en particulier dans certains milieux féministes que le lesbianisme a été valorisé comme choix. Le second axe correspond à la question de savoir si le lesbianisme est d'abord pensé en termes de sexualité ou en termes d'identité de genre*. On peut se dire lesbienne sans que cela interfère dans la perception de soi en tant que femme, ou bien on peut se considérer d'abord comme transgressant (volontairement ou non) la norme de son genre, l'homosexualité n'étant interprétée que comme une conséquence de ce phénomène (11).

L'identité de genre

Les participantes de notre étude s'identifient majoritairement en tant que femmes. Deux personnes ont déclaré s'identifier comme non binaire*, dans un genre neutre. Quatre ont évoqué la figure de l'androgyme, cet « idéal-type » s'intégrant dans le processus de distanciation vis-à-vis des normes dominantes de la féminité. Selon Natacha Chetcuti, il permet à nombre de lesbiennes de dépasser l'alternative entre « féminin » et « masculin » en ce qui concerne les principaux attributs sociaux de la féminité : leur apparence, leurs pratiques sexuelles et leurs attitudes (75).

L'orientation sexuelle

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

- Les **parcours exclusifs** caractérisés par le fait que les lesbiennes n'ont jamais eu de relations sexuelles avec des hommes. Ces parcours sont les moins répandus compte tenu des effets de la contrainte sociale à l'hétérosexualité.
- Les **parcours simultanés** sont plus fréquents que les précédents. Ils concernent des femmes qui alternent ou ont alterné des relations avec des femmes et avec des hommes.
- Les **parcours progressifs** sont majoritaires et sont marqués par le fait que les femmes ont eu des relations engagées affectivement avec des hommes. Dans certains cas, la période hétérosexuelle précède la période homosexuelle ; dans d'autres cas, les périodes hétérosexuelles sont entrecoupées de périodes homosexuelles (75).

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

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

Les manières de se dire « lesbienne » de la part des femmes évoluant loin des réseaux de sociabilité sont à interroger. Marie-Carmen Garcia émet l'hypothèse que les femmes éloignées des réseaux lesbiens sont peut-être dans des contextes moins favorables à la critique des normes dominantes (76). Les femmes de notre étude qui sont éloignées du milieu lesbien se retrouvent majoritairement dans le groupe de femmes dont l'identité sexuelle n'est pas catégorisée.

Troisième partie

RESULTATS ET ANALYSE

3.1 L'absence de discours préventif à l'intention des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes entretient un impensé du corps gynécologique

3.1.1 La santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes est un sujet non problématisé par les politiques et les professionnelLES de santé

Alors que la sexualité entre femmes est absente des discours préventifs portés par les institutions et les professionnelLES de santé, le savoir est investi par le milieu associatif.

L'homosexualité féminine, oubliée des campagnes de santé publique et des actions en milieu scolaire

A la question « Avez-vous déjà vu des affiches, brochures, spots télé ou entendu des spots radio faisant référence à la santé des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, à la prévention, au dépistage ? », aucune des participantes n'a répondu par la positive. Certaines ont mentionné des messages relatifs au dépistage du cancer du sein. D'autres ont évoqué les campagnes de prévention du VIH/sida auprès des hommes homosexuels :

« Non, j'ai vraiment vu que des affiches pour les mecs. Là par contre, ils font une très très forte prévention mais pour les filles franchement... J'ai vraiment pas vu ça quoi (7) ».

La vulnérabilité en santé sexuelle des femmes ayant des rapports avec des femmes est souvent négligée par les campagnes de sensibilisation (77). Dans certains États membres de l'Union européenne tels que l'Irlande, toutes les campagnes contre le cancer et les IST prennent en compte les femmes lesbiennes et bisexuelles, conformément à la stratégie nationale en matière de santé publique (78).

C'est en 1973, avec la circulaire Fontanet, que l'éducation à la sexualité dans les écoles est autorisée en France, de façon facultative. Il s'agit d'accompagner la diffusion de la contraception et la libéralisation de l'avortement en informant les élèves. La prévention est limitée à la reproduction. En 1985, l'éducation sexuelle fait son apparition dans le primaire et les programmes scolaires et, en 1990, une priorité est donnée à la prévention du VIH/sida qui rend obligatoire l'éducation sexuelle à l'école. Si cette éducation est de plus en plus militante, elle reste avant tout informative. En 2003, le cadre actuel des interventions en milieu scolaire est posé : il part du constat que la prise de risques n'est pas seulement due à un manque d'information, puisque celle-ci est disponible, mais à un manque de réflexion au sujet de la relation sexuelle. Les bases de l'éducation à la vie affective et sexuelle sont posées, toujours dans un souci de prévention des risques liés à la sexualité (79).

En interrogeant les femmes de notre étude, il apparaît que la mise en œuvre de ces interventions reste aléatoire et fortement soumise au projet porté par le/la chefFE d'établissement et son équipe, ce qui est confirmé par un rapport récent du Haut conseil de la santé publique. L'éducation à la sexualité reste en termes de réalisation « en dessous des référentiels définis par l'Éducation nationale, incomplète et non systématique » (80). En outre, pour la majorité des femmes qui ont bénéficié d'une information au sujet de la sexualité, celle-ci a eu lieu lors d'un cours de sciences et vie de la terre (SVT) portant sur la reproduction. La portée réflexive était limitée et éloignée de l'approche de prévention basée sur le développement des compétences psychosociales promue par l'OMS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : « *J'ai pas eu [d'intervention sur la sexualité], juste c'était la prof qui faisait un peu ça avec la banane en fait. Elle nous faisait mettre le préservatif sur la banane (7)* ».

Des participantes ont justifié l'absence de séances en raison du caractère catholique de leur établissement. Une autre a partagé son expérience récente en tant que surveillante dans un collège : « *On est très très mal informés. Bah moi j'ai été surveillante l'année dernière au collège et pfffff... Enfin c'est une misère quoi. Je pensais avoir des cours, je pensais avoir de la prévention pendant les heures de vie scolaire, ça n'a pas été du tout fait. Et j'avais essayé de mettre un peu le branle-bas-de-combat tu vois, faire venir le Planning familial au moins, et en fait tu vois comme tous les profs... J'en avais parlé à la CPE qui m'a dit : « Oni je suis au courant », mais en gros ils ont déjà assez de trucs et du coup ils ont pas le temps de mettre vraiment en place un parcours pour... (21)* ».

Selon le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 25% des établissements scolaires déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale (81).

Pour celles qui ont assisté à une séance d'éducation à la vie affective et sexuelle, elles décrivent une polarisation du discours autour de la santé (hétéro)sexuelle et reproductive :

« Oui, il me semble qu'ils avaient séparé garçons et filles. Enfin j'en ai eu deux [interventions] au collège, y en a une qui était séparée je crois que l'autre était commune. Mais du coup c'était quand même très hétérocentré » ; « Je crois que c'était la reproduction et peut-être la contraception vaguement, les appareils génitaux. J'ai un souvenir qu'on nous avait parlé du Crous parce que je me rappelle que j'étais allée chercher des préservatifs au Crous une fois, et encore je me demande si c'est un vrai souvenir ou un faux souvenir. Je pense qu'il fallait qu'on se protège.

(... Vous protéger lors de rapports avec une personne de l'autre sexe ? Est-ce que les rapports homosexuels avaient été abordés ?) On n'a jamais abordé au collège ou au lycée l'homosexualité. Jamais. Ca, ça n'a jamais été abordé (12) ».

Une participante évoque sa solitude d'adolescente dans la recherche d'informations sur les rapports homosexuels : « J'ai pas eu et je me souviens être rentrée à la maison et chercher dans... Parce qu'il y avait pas Internet à l'époque, ou alors très peu, chercher dans l'Encyclopédie Universalis ce que ça voulait dire « homosexualité », parce qu'évidemment ça me travaillait déjà un peu... Et comme c'était une vieille Encyclopedia Universalis, il y avait écrit que c'était une maladie mentale (sourire). Je crois qu'à ce moment-là, j'avais assez les armes pour comprendre que c'était assez daté quoi, et de pas le prendre au premier degré, mais... Pendant un temps, ça m'avait marquée quoi (3) ».

Lorsque l'homosexualité est abordée à l'école, elle concerne les hommes : « Il y a eu des interventions mais j'ai l'impression que l'homosexualité n'a pas été abordée. En tout cas l'homosexualité féminine, c'est sûr (9) ». Le plus souvent, il est question d'homophobie plutôt que de sexualité entre personnes du même sexe.

En 2016, le Haut conseil de la santé publique remarquait lors de l'évaluation du Plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 : « Les actions de prévention se poursuivent dans l'enseignement supérieur au travers de la médecine universitaire (brochures) et de la distribution gratuite de préservatifs (INPES, CRIPS) mais de façon limitée eu égard aux enjeux de santé sexuelle dans une population de jeunes adultes. Notamment peu d'actions s'intéressent aux problèmes spécifiques rencontrés par les jeunes gays et lesbiennes » (82).

Un parcours de soins et de prévention non formulé par les professionnelLES de santé

La santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ne fait pas non plus l'objet d'un discours spécifique de la part des professionnelLES de santé.

Les professionnelLES semblent en méconnaître les enjeux :

(A propos de la gynécologue)

GILES Cécilia

« Je crois que sa réaction c'était pas du tout de l'homophobie, c'était de l'ignorance. C'est-à-dire qu'elle n'avait rien contre le fait que je sois avec une fille, mais elle savait pas du tout ce que ça impliquait et du coup, comment se positionner par rapport à ça (3) ».

(A propos du médecin du travail)

« Il est parti, il est resté dans son autre bureau un petit moment et il est revenu avec un dépliant sur les risques de MST pour les homosexuels. Il m'a dit : « Bah lisez quand même ça, on sait jamais ». Donc je l'ai pris et je suis partie très vite parce que le mec me mettait évidemment assez... très mal à l'aise. Et en fait ce guide, comme la plupart des guides (...), était vraiment orienté pour les mecs (3) ».

Ils/elles apparaissent pris au dépourvu lorsqu'une patiente les interroge sur ses risques spécifiques en matière de sexualité :

(A propos d'une dysplasie cervicale de haut grade retrouvée au frottis cervico-utérin)

« Je lui ai demandé : « Est-ce que les problèmes liés à la dysplasie... », puisque c'est cette pathologie virale, le papillomavirus... Donc je lui ai dit : « Est-ce que... Voilà, on dit qu'il peut y avoir des transmissions par rapports sexuels hétéro, est-ce que moi qui suis en couple avec une femme, est-ce qu'il y a des choses, des précautions particulières à prendre, par rapport à l'utilisation de jouets sexuels ? ». Elle [la gynécologue] m'a regardée un petit peu bizarrement et manifestement, c'était la première fois qu'on lui posait la question. Elle avait aucune idée de la réponse donc elle s'est renseignée et elle a appelé un collègue. Elle lui a demandé son avis mais ils étaient un peu dans le flottement. (Et qu'est-ce qu'elle vous a donné comme réponse finalement ?) Et bien, elle m'a donné comme réponse : « Dans le doute, il vaut mieux être prudent ». (...) Après, c'était pas très pratico-pratique... (25) ».

(A propos de la présence de condylomes sur les parties génitales)

(Est-ce qu'ils t'ont parlé de protection ou pas, si tu avais des rapports sexuels, avec les condylomes ?) Oui bah là, pour le coup, je crois qu'on était sorties [ma compagne et moi] en se disant : « Bon bah là, on va plus avoir de relations sexuelles quoi » (rires).

(Ils t'ont parlé d'un moyen de protection en particulier ? Est-ce que tu sais s'il existe un moyen de se protéger) ? Non, je sais pas du tout. Et c'est sûr qu'ils ne nous ont pas parlé de ça. Enfin voilà, j pense qu'ils avaient juste mentionné le fait qu'on se le refilait quoi, mais pas forcément de vraiment comment. Et en plus, on avait quand même un peu des doutes nous, sachant qu'on s'était séparées, qu'on avait eu d'autres relations, pour le coup hétéro, entre-temps, on savait pas trop d'où ça venait, enfin voilà. (...) Mais y a pas eu du tout de discussion autour d'un quelconque moyen de protection, notamment en plus, ouais, dans une relation entre deux femmes (4) ».

Le parcours gynécologique d'une femme ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ne semble pas identifié par les praticienNEs :

(A propos d'une première consultation à 17 ans chez la gynécologue de sa mère)

« *Quand je suis arrivée chez la gynéco qui avait 55-60 ans je dirais, un petit peu moins, en province, elle m'a demandé si j'avais eu des relations sexuelles avec des garçons. Je lui ai dit : « Non mais je suis avec une fille depuis un an ». Elle m'a dit : « Ah non mais si c'est avec une fille, y a pas besoin de faire quoi que ce soit ». Et ça a été fini (3) ».*

(A propos d'une consultation à 16 ans chez le médecin généraliste)

« *Dans toutes ses questions, il sous-entendait : « Est-ce que vous avez déjà eu un premier rapport ? » et « Est-ce que vous voulez voir un gynécologue ? ». En tout cas, je l'ai ressenti comme ça, du lien qu'il y avait entre les deux. Et j'ai répondu : « Non », car je n'avais pas eu de premier rapport à l'époque. Et après il m'a demandé si j'en ressentais le besoin et voilà. Et vu qu'à l'époque je me considérais déjà comme lesbienne, en tout cas j'avais commencé mon coming out, du coup je n'en avais pas besoin à ce niveau-là, on va dire.*

(Est-ce que vous avez évoqué avec lui le fait que si vous aviez des rapports, ce serait avec des femmes ?) Oui oui, il m'a demandé et je lui ai dit en fait. Et à partir de ce moment-là, je n'ai pas eu de nouvelles questions par rapport au gynécologue.

(Il ne vous en a jamais reparlé ?) Non, jamais non (11) ».

(A propos d'une consultation chez la sage-femme pour retirer le dispositif intra-utérin, maintenant qu'elle est en couple avec une femme)

(Comment tu envisages le suivi gynéco désormais ?) Je sais pas. Je me dis qu'avant, comme j'avais la pilule, un moyen de contraception, c'est vrai que j'avais besoin d'y aller pour le moyen de contraception et pas forcément pour contrôler. Je sais pas [maintenant] si c'est tous les ans ou tous les deux ans... Je sais pas.

(Et la sage-femme, qui sait que tu es maintenant en couple avec une femme, est-ce qu'elle t'a dit : « On se revoit dans tant de temps... » ou pas ?) Non, non. Elle m'a rien dit (2) ».

Cette méconnaissance résulte parfois en la délivrance d'une information inadaptée :

« *Très généralement c'était comme si ça [les rapports homosexuels] comptait pas quoi : « Ah bah dans ce cas... Y a pas besoin de vous protéger ». Comme si dans ce cas, ça ne comptait pas (9) ».*

« *(Elle a parlé de dépistage IST ?) Non, elle m'a dit que j'avais pas de risque comme j'avais couché qu'avec des filles (7) ».*

(A propos d'un doute sur de l'herpès, suite à l'apparition d'aphtes après un rapport non protégé avec une partenaire porteuse d'herpès buccal)

« *Mais il [mon médecin généraliste, affilié au centre LGBT] était pas disponible avant le mardi d'après, du coup je suis allée voir la première généraliste que j'ai trouvée et ce qui est assez drôle c'est que du coup, je lui explique : « Voilà,*

GILES Cécilia

j'ai des aphtes et là ça commence vraiment à... », et je lui dis : « J'ai une nouvelle relation et on n'a pas fait de dépistages ». Et au moment où je genre la personne au féminin elle fait : « Ah vous étiez avec une femme ? ». Je lui ai dit : « Bah oui... » et elle me dit : « Ah, y a pas de risque dans ce cas-là ». Bon, moi qui est [sic] militante par ailleurs et qui connaît [sic], j'étais en mode : « Ok, on va laisser passer ». Et puis voilà, elle voit les aphtes et elle dit : « Non non c'est des aphtes vous inquiétez pas, mais comme vous êtes un peu inquiète on va faire prélèvement et prise de sang ». (...) Il s'avère que j'avais rien au niveau des analyses, au niveau IST (...) J'ai eu les résultats et le lendemain j'allais voir mon médecin traitant. Et donc lui a pas été aussi catégorique. Même après l'examen, il a dit : « Ben je peux pas non plus garantir que ce sont des aphtes ». Il avait un peu hésité et puis finalement, il m'avait dit : « Je vais pas vous donner un traitement contre l'herpès ». Mais bon, rien que le fait que lui me dise pas : « Y a aucun risque »... Parce que l'autre, ça veut dire qu'une personne qui vient et qui lui demande des conseils, elle va lui dire : « Bah non allez-y, y a pas besoin de vous protéger ». Déjà qu'on se protège pas trop... (8) ».

Comme l'affirme la récente stratégie nationale de santé sexuelle, élaborée en 2016, « les services et professionnels de santé, notamment de premier recours, ont un rôle essentiel à jouer dans la structuration des parcours de santé des usagers et doivent être encouragés dans leur effort de coordination et de développement des compétences sur le champ de la santé sexuelle » (5). Depuis plusieurs années déjà dans des États membres de l'Union Européenne tels que l'Irlande, les professionnelLES de santé sont tenuEs d'avoir une connaissance pointue des problèmes de santé des femmes lesbiennes et bisexuelles, et une attitude objective vis-à-vis de leur orientation sexuelle* (78).

Le savoir confiné aux espaces engagés et militants

Le fait de pouvoir proposer des brochures, des ateliers et des supports de prévention multiples et diversifiés (dans leur forme, leur style et leur contenu) devrait permettre de toucher tous les publics : « les femmes se définissant comme lesbiennes comme celles ayant simplement des attirances et/ou des pratiques homosexuelles ; les militantes comme les non-militantes, celles fréquentant assidûment le milieu lesbien comme celles situées « hors-milieu », les *butchs** comme les *fems** ou les androgynes, etc. » (7). Car en effet, l'absence de discours institutionnel et professionnel concernant la sexualité entre femmes contribue à la production d'inégalités sociales de santé. L'information et la prévention restent confinées dans un « entre-soi » associatif et militant.

L'ensemble des participantes de notre étude se sont accordées à dire que les informations dont elles avaient eu connaissance concernant la santé sexuelle des femmes ayant des rapports avec des femmes provenaient dans l'immense majorité du milieu lesbien :

« Je me rappelle plus mais je pense que j'ai eu de la documentation un moment dans les mains. En soirée lesbienne oui... Ou sur des sites internet, des magazines lesbiens... J'ai eu par la communauté lesbienne (9) ».

« C'est clair que si j'étais pas sortie dans le milieu lesbien, je ne saurais pas grand-chose. (...) Non mais clairement, dans le milieu médical, en tant que patiente lambda, rien (23) ».

« Je lis pas mal de presse LGBT et je sais que c'est des sujets qui sont souvent abordés, qui encourage du coup les femmes lesbiennes à aller voir un gynécologue. Et j'ai vu que des statistiques montraient que les femmes lesbiennes allaient moins consulter que les hétéros (13) ».

Les femmes qui ne font pas partie de cette « communauté de savoir » semblent de fait à la marge de l'information sur la prévention :

« (Est-ce que tu as une partenaire qui t'a déjà parlé de la digue dentaire ou qui l'a proposée, ou jamais ?) Jamais. Je pense que tu vois, les filles de FiEres [association LBT*] par exemple, sont vachement sensibilisées là-dessus. Après c'est pas un truc dont les autres entendent parler tout le temps tu vois. Je sors pas avec des filles de FiEres et je pense que les filles avec qui je sors en ont pas forcément entendu parler (21) ».*

Les actions de prévention dans les lieux de socialisation lesbiens sont menées par des associations engagées, qui ont un point de vue sur la manière de faire de la prévention :

(A propos de la prévention pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes)

« Bah ça concerne surtout les mecs gays. Les assos essaient de le faire autrement. Par exemple, FiEres avait fait un kit avec AIDES, avec dedans un gant, un préservatif avec explications de comment faire une digue, lubrifiant, je sais plus si y avait autre chose... Ouais donc y a des choses qui sont faites. Nous quand on fait des activités prévention, on essaie d'inclure tout le monde. On essaie au maximum de pas rester en point de vue cisgenre, c'est-à-dire qu'on parle de personnes avec vulve ou avec pénis, plutôt que de parler d'hommes ou de femmes, pour pas réduire aux organes génitaux (8) ».*

Ce savoir partagé est vecteur d'autonomie et d'empowerment, dans la connaissance de son corps et la démarche d'aller consulter en gynécologie :

« Je suis rentrée à FiEres (...) qui est du coup une asso féministe LBT. J'ai pris quand même conscience de... En fait, y a plein de prospectus qui nous passent dans les mains, parce qu'on fait vachement d'ateliers santé. Enfin t'apprends forcément des choses, et du coup, on a eu toutes une discussion autour de la réception gynécologique, comment ça se passe, de : c'est quoi nos droits ? comment on peut se préparer ?... Et du coup, c'était hyper intéressant parce que j'ai eu tout ça. Et du coup, après je suis allée voir la gynéco et j'étais beaucoup plus préparée, genre je savais ce que je pouvais choper, je savais comment me protéger, je savais ce que je devais demander comme dépistages, etc. Enfin je pense que quand t'es lesbienne, c'est vraiment le seul moyen de savoir ce que tu veux, et de savoir ce que tu veux déjà avant d'y

aller. Tu peux pas y aller comme les bétéros font, en mode « J'aimerais bien un truc pour me protéger mais je sais pas ce que je veux, la pilule, le stérilet, le truc, le machin... » (21) ».

On découvre d'autres manières de mener un examen gynécologique :

« En fréquentant FiEres, en rencontrant d'autres assos comme Le Gras Politique (...) c'est une asso de personnes grosses qui militent pour notamment un accès aux soins plus élargi, plus égal – bah du coup, là j'ai appris d'autres façons de faire dont on m'avait jamais parlé. Le fait par exemple de le faire allongée sur le côté ou des choses comme ça tu vois, je connaissais pas du tout, et en plus je trouve quand même assez scandaleux qu'on me le propose pas tu vois. C'est à moi de choisir. Déjà le spéculum c'est hyper désagréable... Les gynécos préfèrent le faire parce que c'est plus facile pour eux de le faire comme ça mais... (21) ».

On envisage parfois sa santé gynécologique autrement :

« Avec FiEres, c'est clair que maintenant j'ai compris que le suivi gynécologique, hyper souvent, enfin... T'en as pas besoin. Si y a quelque chose qu'a mal dans mon vagin je pense que je le sentirai, ou je le verrai, ou j'aurai des sécrétions différentes, je me sentirai de façon différente... Je pense que y a toujours des moyens de détecter quand y a un problème. Mais ce truc d'aller chez la gynéco tous les deux-trois mois, je pense que c'est clairement pour contrôler le corps des femmes tu vois, pour vérifier que on rentre bien dans les plates-bandes et tout (...) A la limite pour se faire dépister ok, mais on a pas besoin d'aller se faire regarder la chatte à la loupe tous les trois mois tu vois. Et du coup moi j'irai que quand j'aurai un problème, surtout qu'en plus, bah, mon vagin je le connais. J'ai un stérilet [spéculum] chez moi, j'ai un miroir... Si y a un truc qui va pas, je le verrai.

(Tu fais de l'auto-examen ?) Bah en fait y a pas longtemps, je suis allée à un cours... « cours », non, c'était plutôt une discussion animée par une femme qui du coup parlait de la chatte en fait. Pendant tout le cours, elle nous a vachement parlé de ce qu'on avait à l'intérieur de la chatte, notre pH, ce qui était bon, pas bon, les pathos surtout à soigner... surtout les mycoses, ou quand c'est un manque de certaines bactéries dans ton vagin, comment faire pour les développer. Et du coup, elle nous a à la fin filé un spéculum et on a fait un auto-examen. Moi je l'ai pas fait parce que... Enfin je suis pas trop fan de l'idée de toutes se montrer notre vagin, en rond quoi. Mais du coup je l'ai fait chez moi, et voilà. (...) je pense que j'ai quand même une bonne connaissance de à quoi ça ressemble de l'intérieur. Je pense que si y avait un truc qui allait pas je le verrai, ou je le sentirai. Je suis assez à l'écoute de ce qui se passe quoi (21) ».

Dans certains cercles féministes, l'examen gynécologique pratiqué par soi-même est devenu un enjeu de réappropriation de son corps et du savoir autour de celui-ci.

L'un des objectifs formulés par la stratégie nationale de santé sexuelle est d'identifier et analyser les mécanismes producteurs d'inégalités sociales de genre dans ce domaine (5). Le fait que les institutions et les professionnelLES ne s'emparent pas suffisamment du sujet de la santé sexuelle des femmes

ayant des rapports avec des femmes nous semble bien constituer un mécanisme producteur d'inégalités de genre en santé.

3.1.2 La consultation gynécologique associée à la contraception et aux risques hétérosexuels

Comme le remarque Monique Membrado, « la particularisation des femmes, notamment par le renvoi sur leur fonction maternelle, continue de structurer les représentations médicales à leur égard mais aussi leurs expériences de santé (...) Quand on leur demande de justifier leur absence de suivi gynécologique ou l'arrêt de celui-ci, on s'aperçoit que certains critères apparaissent déterminants : le suivi gynécologique est, pour la plupart d'entre elles, lié à la grossesse et à l'âge, l'absence de possibilité reproductrice justifiant un arrêt ou une baisse de consultation médicale » (8). C'est également ce que nous avons constaté à travers le discours des femmes interrogées dans notre étude ; pour la majorité d'entre elles, la consultation gynécologique est fortement associée à la contraception et aux risques hétérosexuels.

(46 ans, à propos de son absence de suivi gynécologique depuis dix ans)

« Bah parce que ça m'intéresse pas (rires). Enfin j'ai pas une grosse motivation à aller consulter quoi, c'est pas très agréable je trouve. Voilà. J'ai pas spécialement peur de maladies, de machins, j'ai pas besoin de contraception. Ça fait huit ans que je ne suis plus que dans des rapports homosexuels donc j'ai pas ressenti du tout le besoin de consulter. (...) C'est vrai que depuis quelques temps j'étais en train de me dire que quand même je vais p't-être aller reconsulter, pour savoir si je suis ménopausée, puisqu'en fait ça fait deux ans que je n'ai plus de règles. (Si le diagnostic de ménopause est posé, vous pensez qu'à l'avenir vous ne reconsulterez pas, ou vous pensez que vous pourriez être amenée, pour une raison ou une autre, à consulter ?) Bah, non pour le coup j pense que je ne reconsulterai plus jamais (rires) (1) ».

La norme contraceptive au cœur des représentations et de l'offre de soins

La représentation d'un suivi gynécologique au rythme d'une consultation annuelle est largement présente chez les femmes que nous avons rencontrées. En réalité, cette fréquence est inhérente au fait de consulter pour un besoin de contraception, puisque la pilule, méthode de contraception la plus utilisée par les Françaises, est prescrite pour une année maximum.

Les participantes ont très souvent fait référence à la contraception dans les raisons expliquant leur absence de consultation régulière :

« Je crois que moi, personnellement, je n'avais pas suffisamment conscience que je pouvais consulter un gynécologue dans un souci de prévention des maladies sexuellement transmissibles, pour moi c'était « contraception pour ne pas tomber enceinte » et cela ne me correspondait pas. Du coup, le manque d'intérêt (19) ».

« (Tu penses qu'il y aurait un intérêt à donner des informations sur santé gynéco des FSF ?) Oui, peut-être pour des femmes qui n'ont jamais eu de contraception. Moi, du coup, j'ai eu besoin [de consulter], parce que j'avais une contraception. Est-ce que j'y serais allée par moi-même ou pas ? Peut-être que mon médecin m'aurait orientée, mais si le médecin ne m'avait pas orientée, je ne sais pas (2). »

« Maintenant que j'y réfléchis je vois pas pourquoi... En fait, je crois que je vois pas pourquoi on va voir un gynéco. Là en fait, je me dis que depuis que je couche plus avec des mecs, que c'est plus utile. (...)

(Donc ce serait uniquement la contraception pour les femmes hétérosexuelles ?) Oui, alors y a autre chose que j'ignore ! (rires) Je me rends compte que mon raisonnement il s'arrête à la question de la contraception, et éventuellement du risque de transmission des IST. Alors que par exemple, je sais pas exactement pourquoi on fait des frottis (22) ».

Le lien étroit qui est établi entre contraception et consultation gynécologique résulte en grande partie du fait que la contraception se trouve au cœur de la rhétorique du/de la consultantE. Cette centralité de la norme contraceptive est couplée à la présomption d'hétérosexualité :

« Le gynéco a toujours tendance à demander est-ce qu'on prend une contraception. Et quand on dit « Non », ils disent : « Vous faites comment pour les rapports sexuels ? ». Je dis : « J'en ai pas besoin », et ils comprennent pas toujours (26) ».

« Après, je mentionnais que j'avais une copine. La question venait sur la table car tous les gynéco me demandaient, bien consciencieusement, si j'avais une contraception. Je disais : « Non ». Ils me demandaient pourquoi je n'avais pas de contraception parce que visiblement, quand on a 27 ans et une vie sexuelle, on doit avoir une contraception quelconque. Je ne suis pas forcément favorable pour les modes de contraception naturels etc. C'est juste qu'effectivement, ils étaient stressés sur la contraception. Je disais que je n'avais pas de contraception et ils me disaient : « Pourquoi tu n'as pas de contraception ? », d'un air un peu accusateur. Je disais que je n'en ai pas besoin parce que j'avais des relations avec des femmes.

(Et quelle était leur réaction quand tu disais que tu avais des relations avec des femmes ?) « Ah ! ». Pas de grand mouvement de rejet ou de... Rien. Ça s'arrêtait un peu là (24) ».

Les questions posées par le/la praticienNE concernant la contraception ont été plusieurs fois mentionnées comme l'occasion pour la femme de dévoiler son orientation sexuelle :

« La question de pouvoir aborder la sexualité avec les gynécos c'est souvent par le biais du contraceptif et des moyens de protection, parce que finalement c'est la première question : « Est-ce que vous avez un contraceptif ? » et « Est-ce que vous avez des rapports protégés ? ». Et forcément, c'est la question qui amène à pouvoir se positionner sur son orientation sexuelle : « Je n'ai pas besoin de contraceptif » (12) ».

Ce mécanisme à l'œuvre dans le dévoilement de l'orientation sexuelle des patientes a également été retrouvé au sein de consultations de médecine générale ; les femmes sont amenées à parler de leur orientation sexuelle pour justifier le refus d'une contraception (83).

Comme l'a montré l'étude sociologique menée par Laurence Guyard au sein de consultations gynécologiques, le corps médical continue de penser la sexualité des femmes dans une perspective essentiellement reproductive, donc hétérosexuelle, et de maîtrise de leur fertilité (84). Les acquis féministes concernant l'accès à la contraception et à l'avortement ont paradoxalement contribué à renforcer cette perspective.

Le sentiment d'une "immunité sexuelle"

De façon concordante avec la littérature existante, les participantes ont révélé une croyance largement partagée en une « immunité » des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes :

« Au tout début où je suis avec Marie⁵, je n'ai évidemment encore rien dit à l'homme avec qui je partage ma vie. Donc au tout début, avant de dire : « Je te quitte et je m'en vais », il y a toute cette période un peu compliquée où on trompe l'autre... Et Marie avait déjà eu plusieurs relations avec des femmes, donc c'est à elle que j'ai posé la question, puisque je suis arrivée un peu naïve et un peu ignorante de... : « Voilà, est-ce qu'il faut se protéger ? ». Marie tout de suite m'a dit : « Non, ben non... Je me suis jamais protégée ». Voilà, j'ai pas posé plus de questions. Ce qui est complètement nul. Alors après, j'ai fréquenté quelques temps donc, Anne⁶ qui était médecin généraliste. Je lui ai reposé la question. « M'enfin, c'est pas la peine de se protéger ! »... Médecin généraliste, hein ! Voilà, j'ai fait confiance et ensuite je me suis jamais protégée, et j'ai dû poser que deux questions concernant ça (20) ».

Ce sentiment de sécurité entourant la relation sexuelle avec une autre femme est le plus souvent non conscientisé :

« (Est-ce que le fait de vivre avec une femme oriente le fait que tu ne consultes pas ?) Alors peut-être oui, inconsciemment. Peut-être inconsciemment, oui. Je me dis que, en plus, j'en ai connue qu'une, je vais pas à droite à

⁵ Le prénom a été modifié.

⁶ Le prénom a été modifié.

gauche. Peut-être inconsciemment, effectivement, je me dis que bon j'ai pas besoin d'aller voir un gynéco parce que voilà... Mais...

(Tu ne perçois pas de risque particulier ?) Ah non, pas du tout. Peut-être qu'on a plus de risque en étant homo que hétéro, je sais pas...

(Oui qu'en penses-tu ? Est-ce qu'il existe des maladies qui peuvent se transmettre entre femmes ?) Je ne sais absolument pas. Alors là ça me... (fait un geste qui la dépasse) (15) ».

C'est l'apparition d'une symptomatologie qui peut mener à la prise de conscience :

« J'étais avec ma copine pendant deux ans, je pensais que ça allait jamais s'arrêter. Manque de bol, ça s'est arrêté, et puis après quand on s'est séparées et que moi j'ai commencé à voir des filles plus... Enfin, plus à la chaîne quoi (rires), que je me suis dit quand même que... Parce que pour le coup, je me suis jamais protégée avec les filles comme je me suis protégée avec des garçons, je me suis jamais protégée avec des filles donc... Je me suis dit que peut-être il fallait que je fasse attention, et là il y avait cet épisode de la sensation qui était... En fait ça me grattait beaucoup. J'avais pas l'impression d'avoir particulièrement de pertes, un peu mais pas forcément différentes, peut-être plus abondantes mais pas différentes, elles n'avaient pas d'odeur particulière ni rien. Juste ça me grattait beaucoup, j'avais peur que ce soit une mycose parce que ça c'est un peu ma phobie, les herpès en général, c'est un peu ce qui m'angoisse vachement. Et pourquoi ça m'angoissait particulièrement ? Parce que cette fille-là m'avait dit quelque temps avant qu'elle avait eu un rapport avec un garçon et qu'elle était inquiète, mais je savais pas à propos de quoi elle était inquiète sur le moment. Comme on avait bu, je me suis dit bille en tête qu'elle était inquiète d'être enceinte, mais je me suis pas du tout dit sur le moment qu'elle pouvait être inquiète par rapport à des MST. (...) A aucun moment je me suis dit : « Si ça se trouve c'est pas du tout ça et elle croit avoir chopé un truc ». Du coup, quand ça a commencé à me gratter, là je me suis réveillée et je me suis dit : « Oh mon dieu, en fait elle est pas enceinte, mais elle a chopé un truc ». Et là, j'ai flippé (12) ».

Plusieurs participantes ont décrit la mise en œuvre, plus ou moins conscientisée, d'une stratégie d'analyse des risques :

« A vrai dire, pour le coup, moi j'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de risques dans les rapports homosexuels, voilà, donc j'vois vraiment pas l'utilité de quelque protection ce soit (1) ».

« Par rapport à l'information dont je dispose, j'ai l'impression que le risque de transmission est moins important et après, ça dépend beaucoup des habitudes de vie des personnes. Moi, mon analyse jusqu'à présent, c'était que pour des personnes qui ont des relations stables, pas trop papillonnées, le risque, il n'était pas très important (23) ».

(A propos de l'utilité d'un dépistage chez une femme ayant des rapports sexuels avec des femmes)

« Oui alors disons que je sais qu'en théorie il y en a une, en pratique je crois que je peux pas m'empêcher de penser que c'est moins... que y a moins de risques. Parce que ça m'arrange simplement hein... (...) Encore une fois je sais que c'est

faux hein, mais en l'occurrence là c'est trop tard. Depuis, j'ai donné mon sang plusieurs fois donc je sais que si j'avais eu quelque chose je l'aurais su, même si c'est pas le but hein (22) ».

(A propos de la digue dentaire*)

« Je suis pas très motivée pour l'utiliser. Alors, je vais dire des choses qui vont peut-être vous faire bondir, mais à 48 ans, je pense que je vais de toute façon rencontrer quelqu'un de mon âge, avec une sexualité qui... Je sais pas, je poserai des questions, peut-être avec une sexualité qui me paraîtra moins à risque peut-être que pffff... peut-être des jeunes femmes d'aujourd'hui qui ont de multiples partenaires. Il faudra que je lui pose des questions sur les partenaires qu'elle a pu avoir, homosexuelles ou hétéro, ce sera peut-être différent pour le coup. Lui demander comment elle s'est protégée, oui. Mais pour le coup, j'ai plus de craintes par rapport à une sexualité hétéro qu'à une sexualité... Voilà, tout dépendra si elle est lesbienne exclusive ou pas. (...) Mais bon, ce que je sais, enfin comment aujourd'hui je vois les choses : c'est que les risques sont très mineurs pour les femmes, dans des relations sexuelles entre elles, et que y a peut-être des groupes plus à risque que d'autres. Et je me situe, par mon âge, dans un risque qui est moins à risque par des pratiques qui sont pas avec de multiples partenaires (20) ».

Comme le résume très bien une participante, c'est le faible risque de transmission du VIH entre femmes qui occulte le risque général de transmission d'infections sexuellement transmissibles :

« (Est-ce qu'il y a la possibilité de se transmettre des infections entre femmes et du coup, un intérêt à se faire dépister ?) Ab oui oui, clairement. Après voilà, je crois savoir qu'au niveau du risque VIH par exemple, il est quand même vraiment moindre... Et peut-être que c'est pour ça aussi qu'on se protège pas trop, parce qu'on se dit « le grand méchant c'est le VIH » et puis bon bah les autres au pire...

(... On peut les soigner ?) Voilà. Alors que c'est pas spécialement drôle non plus mais bon. Par exemple l'herpès, je sais qu'il y a pas mal de monde qui l'a et quand on la découvre, c'est pas cool, je le sais mais... Je pense qu'on a moins le grand méchant VIH qui pèse sur nous... Et voilà (8) ».

Ainsi, la minimisation du risque sexuel des femmes ayant des rapports avec des femmes a été intériorisée, tant par les professionnelLs de santé que par les femmes concernées, et a conduit à occulter l'exposition de ces dernières à d'autres IST (48).

L'absence de protection des rapports sexuels et d'une pratique intégrée du dépistage

A l'instar des études publiées, les participantes ont unanimement rapporté l'absence de protection lors des rapports sexuels avec une autre femme.

Un consensus s'est constitué sur l'impossibilité d'utiliser la digue dentaire, considérée comme un moyen de prévention peu pratique et délicat à négocier avec la partenaire :

(A propos des moyens de protection)

« Je sais que ça existe. Je sais que c'est techniquement un peu compliqué à utiliser, enfin que ça complique à la fois... disons... à la fois le côté technique à la fois le côté érotique selon moi, mais voilà. Les préservatifs féminins j'en ai déjà vus, j'ai jamais envisagé de pouvoir le mettre. J'ai fait la connaissance dernièrement d'une digue dentaire, et je crois que c'est pareil en fait, je crois que je préférerais ne pas avoir de rapports plutôt que de mettre ça quoi (22) ».

« Je m'étais déjà dit que c'était possible [de se transmettre une infection entre filles] mais que j'allais jamais utiliser le morceau de plastique, je vois pas du tout comment on peut l'utiliser... »

(La digue dentaire c'est ça ?) Oui, ça je trouve ça... Vraiment incroyable comme chose.

(Où est-ce que vous en avez entendu parler ?) J'en ai entendu parler... (réfléchit) Euh... Alors ça je saurais vraiment pas dire. Ou sur des sites d'information... Je crois que j'en avais déjà entendu parler, je savais que ça existait, mais j'en ai vraiment entendu parler parce que Barbi(e)turix⁷ avait fait un édito sur ça et que j'avais lu. Je pense que c'est là que je me suis vraiment rendue compte du « comment ça pouvait s'utiliser », comment... Mais j'en avais déjà entendu parler avant.

(Est-ce que vous avez déjà vu ce que c'était ?) Non. Mais comme je sais qu'on peut le faire avec du cellophane... Je sais pas, je me doute de la tête que ça doit avoir (rires). Mais je ne vais jamais faire ça de ma vie, ça c'est sûr, je ne vais pas faire ça (12) ».

(A propos du kit prévention découvert en milieu associatif)

« Essayé, jamais. Manipulé oui, un peu. Mais... Tout ça, c'est impressionnant, ouais. Quand on ouvre, quand on découvre le kit et qu'on voit tout ce matériel, ouais. Oui c'est impressionnant, on se dit : « Ouh la... ». Alors je me suis dit : « J'ai dû passer à côté de quelque chose dans ma sexualité » (rires) (20) ».

« Je crois que quand on fait des « Je n'ai jamais... », c'est le truc qui ressort. Genre « J'ai jamais couché avec une femme, ou avec une personne avec une vulve, avec une digue dentaire ». Parce que du coup, personne n'en utilise... »

(Vos ami(e)s sont aussi dans le milieu associatif ?) Bah globalement, mes amis, à Paris, sont plus ou moins dans des associations, mes amis LGBT+. Et ouais quand on en parle... Y a personne qui m'a dit qu'elle en avait utilisé. Et moi du coup, on en a reparlé justement y a pas longtemps, et j'ai dit : « Bah moi j'en ai utilisée une pour la première fois de ma vie ». Et elles me regardaient en mode : « Ah bon, et alors ? ». « Bah oui, pour moi c'était un peu bizarre,

⁷ Depuis sa création en 2004, le collectif Barbi(e)turix, animé par une quinzaine de bénévoles, s'attache à donner davantage de visibilité aux cultures féminines et lesbiennes. Barbi(e)turix est à la fois un site internet dédié à ces cultures, un fanzine gratuit et distribué dans les bars, galeries, concept stores et clubs parisiens, et est également à l'origine de la plus grande soirée lesbienne de Paris : la *Wet For Me* à la Machine du Moulin Rouge.

pour la personne qui a reçu, apparemment ça allait. (...) C'est vrai que oui, ça bougeait pas mal et c'était pas non plus le top top mais... C'est vrai que c'est pas pratique. Mais parce que, du coup, il faut lubrifier pendant trois plombs, et au bout d'un moment on a plus envie et... Mais je suis pas sûre que je recommencerais... Je sais pas. Je pense que si j'ai un doute sur la personne... Mais même, je sais pas comment ce serait reçu en fait, de le sortir comme ça, au premier rapport : « Bah non attends, je sors ma digue »... (8) ».

« (Elle t'en a parlé juste comme ça ou elle t'a proposé de l'utiliser ?) Elle m'en a parlé parce que je ne savais pas que ça existait. C'était le début de ma relation avec une fille (...). Elle m'en a parlé parce que elle avait déjà essayé une fois avec l'une de ses ex, et elle me disait que c'était vraiment nul. Que c'était vraiment pas pratique, enfin on sentait rien. En gros, dans la discussion, j'en étais ressortie avec l'idée que les filles ça ne se protège pas et ça n'a pas besoin de se protéger (24) ».

Certaines femmes ont décrit le nettoyage ou l'usage de préservatifs pour protéger les objets sexuels partagés :

« Les digues dentaires, tout ça, ça j'ai vraiment jamais utilisé. Après sur l'échange de godmichés, la plupart du temps on les nettoyait entre deux usages, entre deux personnes, mais je peux pas garantir que c'était toujours le cas (23) »

« Y a toujours des risques parce que moi je veux pas utiliser de digue dentaire à chaque fois que je fais un cunni ou... C'est un truc auquel j'ai pas trop recours.

(Est-ce que tu l'as déjà utilisée ?) Non je l'ai jamais utilisée. Parce que je sais pas comment introduire ça, et en plus là, la personne avec qui je sors j'ai pas de contact de muqueuses contre muqueuses, donc j'ai pas à m'en servir. Et le seul moyen [de protection] qu'on utilisait, bah... C'était des préservatifs externes pour les gods et des gants noirs (21) ».

« Qu'est-ce qu'on faisait ? Quand on utilisait des sex-toys, on utilisait des préservatifs et on changeait le préservatif si on utilisait le même sex-toy. En fait, il y avait l'idée qu'on peut s'échanger des infections, des mycoses, des champignons, mais il n'y avait pas l'idée qu'on peut s'échanger une vraie maladie. Elle me disait ça, en gros, et moi comme j'en savais rien, voilà (24) ».

Il apparaît au travers des propos des participantes qu'elles ont une pratique aléatoire du dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Le dépistage ne semble pas constituer une habitude des femmes n'ayant des rapports qu'avec des femmes :

« (Tes partenaires avaient fait des tests de dépistage ?) Ouais elles avaient fait les tests. Mais parce que le hasard a fait qu'au début de ma vie sexuelle, je suis sortie avec des filles qui n'étaient pas exclusivement lesbiennes, et qu'ensuite je

suis sortie avec des filles soit hétéros soit bies, et qui du coup avait ce rapport enfin... à faire des tests. Je pense que les filles hétéros aujourd'hui ont plus l'habitude de se faire tester régulièrement que... Mais même quand je vois mes copines « lesbiennes lesbiennes », avec qui je suis pas sortie mais qui sont des amies, la logique d'aller se faire tester, elle est pas du tout là quoi. Comparé à mon pote homo, qui pourtant n'a pas une vie sexuelle débridée mais qui va se faire tester tout le temps. Il est anxieux de ce risque-là. Mes copains hétéros ils se font tester avant une relation stable et tout ça, mais lesbiennes, uniquement lesbiennes, elles se font jamais tester (3) ».

Parfois, le dépistage est réalisé en cours de relation :

« J'en fait soit quand ça fait longtemps, soit quand je commence à m'engager avec quelqu'un.

(Est-ce que ça t'arrive de faire des dépistages avant d'avoir des rapports sexuels non protégés) ? Non non, ils apparaissent en cours de route (rires) (9) ».

Il peut également être réalisé après l'apparition de symptômes, comme cela s'est produit pour deux participantes. La première soupçonnait un herpès après l'apparition de lésions buccales, la seconde pensait également à l'herpès en raison d'un prurit vulvaire important.

L'absence de dépistage peut être évoqué dans la relation avec une partenaire, sans forcément que cela influence effectivement les pratiques sexuelles :

« (Vous faites vraiment la démarche de vous dire : « Je suis dans une nouvelle relation, on va se faire tester toutes les deux » ?) Non pas non plus. C'est plutôt que je le dis et... Mais je vois, une fois par exemple, j'ai rencontré quelqu'un en février, et je lui ai dit : « Bon bah moi j'avais fait les tests, il y a un petit moment, mais la personne avec qui j'étais du coup, entre-temps, m'a dit que c'était ok, mais après je pouvais pas non plus être sûre, donc je préfère te prévenir. Et du coup, il y a des choses peut-être qu'on fera pas ». Et finalement, en fait, on a pas spécialement fait attention. Disons que je préfère le dire et même, du coup, si je suis pas sûre, je le dis à la personne que je suis pas sûre quoi (8) ».

L'immense majorité des participantes ne connaît pas son statut sérologique en s'engageant dans des rapports sexuels avec une femme, et ne connaît pas celui de ses partenaires (une enquêtée a déclaré avoir vu les résultats du dépistage d'une compagne).

On constate que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes « ne se sont pas glissées dans le moule du dépistage et de la prévention » (66). Une récente étude américaine a montré que les femmes s'identifiant comme lesbiennes se faisaient significativement moins dépister pour les IST que les femmes hétérosexuelles, après ajustement sur plusieurs variables (85).

Outre l'absence de protection dans les rapports homosexuels, des participantes ont également rapporté une protection aléatoire dans les rapports hétérosexuels. Par ailleurs, sur 23 participantes dont les partenaires féminines avaient eu plusieurs relations, 19 ont déclaré qu'au moins une des

partenaires avait eu des rapports sexuels avec un homme ; aucune ne savait si ces relations avaient été protégées.

Le fait de se présenter comme lesbienne ne limitant pas l'espace des possibles dans le domaine des comportements sexuels, la question des risques de transmission et des moyens de prévention des IST lors de rapports hétérosexuels et homosexuels devrait être plus souvent abordée par les professionnelLES. Les outils de prévention disponibles (préservatifs masculins et féminins, digue dentaire, gants, doigts en latex) devraient être mieux connus des gynécologues, des sages-femmes et des médecins généralistes. Le suivi gynécologique devrait constituer un cadre idéal pour la prévention et le dépistage (7).

3.1.3 L'initiation et la continuité des parcours de soin gynécologiques largement déterminées par l'hétérosexualité, la maternité et la pathologie

L'hétérosexualité prescriptrice de consultation gynécologique

« L'hétérosexualité fait l'objet d'une construction sociale infiniment plus élaborée que l'homosexualité (...) Les personnes qui ressentent pour la première fois une attirance pour quelqu'un du même sexe sont initialement dotées d'une identité hétérosexuelle, résultat (entre autres phénomènes) d'un long processus de socialisation différentielle des sexes » (11).

L'expérience de l'hétérosexualité est largement partagée parmi les femmes de notre étude (20 sur 26). La plupart (17 femmes sur 20) ont débuté leur vie sexuelle par des relations avec un ou plusieurs homme(s) :

« (*Avez-vous des attirances pour des hommes ?*) Non, non non. Je crois que j'ai compris (*rires*) que je m'étais fourvoyée, pendant quelques années (*rires*). Parce que je crois que c'est le poids de mon hétéronormalité aussi et que c'était la norme... (12) ».

« J'étais dans une relation avec un homme parce qu'à l'époque on fait comme tout le monde je dirais, se mettre en couple, enfin le schéma classique. Donc j'avais consulté pour une consultation gynéco, éventuellement la mise en place de la pilule (25) ».

« (*Est-ce que vous avez eu des moments de doute ?*) Non, non, j'ai toujours su que j'aimais les femmes. En fait, si vous voulez, à l'époque, autour de moi, il y avait zéro lesbienne, zéro gay, c'était un sujet tabou. Même la personne avec qui j'étais pendant dix ans, on se cachait. Même pour elle, c'était pas normal ce qu'on faisait. Après, les moyens de

communication n'étaient pas les mêmes qu'actuellement, il n'y avait pas tous ces sites de rencontre. Et comme autour de moi, il y avait zéro lesbiennes et que je trouvais personne, finalement, je me suis mise avec un homme.

(Est-ce que vous avez néanmoins été satisfaite des relations avec ces deux hommes ?) Le premier homme pas trop... Quelque part, j'y trouvais mon compte, parce que c'était un éjaculateur précoce donc on avait pas vraiment de rapports sexuels. Lui, il suffisait qu'il me touche un sein et il avait déjà fini. Et moi, je lui tenais pas rigueur de ça parce que, quelque part, ça m'arrangeait bien. C'était, par contre, une relation intellectuelle passionnante. J'ai été sept ans avec lui. En fait, on a plutôt fait nos études ensemble. Après la deuxième relation, c'était mieux mais je veux dire... Dans ma tête, j'imaginais toujours que je le faisais avec une femme (26) ».

« C'est la rencontre qui a créé ce grand changement dans ma vie. Je sais que je suis attirée par les femmes depuis l'adolescence, même avant. Alors la question à laquelle [sic] j'ai pas encore toutes les réponses c'est de savoir pourquoi je n'ai pas eu de relation avec des femmes avant... avant 37 ans, puisqu'on s'est rencontrées quand j'avais 37 ans, avec deux enfants en bas âge et puis déjà une vie bien installée, ennuyeuse mais installée. Je saurais pas l'expliquer. Donc voilà, dans le cadre de mon travail, je fais cette rencontre et tout bascule à ce moment-là. J'ai pas d'explications, à la fac, étudiante, etc. j'ai baigné dans un milieu très différent du milieu familial d'où je venais, j'ai voyagé un petit peu... (...) Mais il se passe rien, y a pas de rencontre, voilà les choses ne se font pas. Et comme je suis attirée aussi par des garçons, ma foi c'est un petit peu plus facile et les occasions, les rencontres ont fait, qu'un moment donné voilà, j'ai eu un parcours hétéro (20) ».

Trois participantes entretiennent actuellement une relation avec un homme et deux avec un homme transgenre*. Quatre participantes envisagent la possibilité d'avoir des rapports sexuels avec un homme à l'avenir.

L'entrée dans des rapports hétérosexuels a souvent déterminé la précocité de la première consultation gynécologique, puisque le besoin d'une contraception a souvent motivé la consultation.

A contrario, le fait d'avoir débuté sa vie sexuelle avec une femme ou de n'avoir eu que des relations avec une ou plusieurs femme(s) a fortement impacté l'initiation ou la régularité du suivi gynécologique. Ainsi, une participante de 56 ans n'a jamais consulté en gynécologie car elle n'a connu qu'une femme, sa compagne actuelle. Une participante de 27 ans n'a jamais consulté de gynécologue ou sage-femme, elle a uniquement bénéficié d'une prescription de pilule par son médecin généraliste quelques années pour dysménorrhée. Une patiente de 21 ans n'a jamais consulté en gynécologie. Une autre participante a débuté un suivi gynécologique à l'âge de 36 ans après la découverte fortuite d'une pathologie. Après une première consultation à l'âge de 17 ans sur l'incitation de sa mère, une autre participante n'a ensuite consulté une gynécologue qu'à l'âge de 28 ans, lorsqu'elle a débuté pour la première fois une relation avec un homme.

De la même façon, le fait de n'avoir plus que des relations avec une ou plusieurs femme(s), après un parcours hétérosexuel, est facteur de discontinuité voire de rupture du suivi gynécologique. Ainsi, une participante de 46 ans explique qu'elle n'a pas consulté depuis dix ans puisqu'elle n'a plus que des rapports homosexuels depuis huit ans. Une autre participante de 27 ans a consulté pour la dernière fois il y a deux ans et ne prévoit pas de consulter de nouveau puisqu'elle est désormais en couple avec une femme. Une participante n'a pas consulté entre l'âge de 21 ans (première contraception dans le cadre d'une relation avec un homme) et l'âge de 40 ans, pour se faire dépister pour le VIH dans le cadre d'une nouvelle relation avec une femme ; elle a ensuite consulté à 47 puis à 58 ans pour le même motif.

La maternité comme événement fondateur de la démarche de consultation

Le projet puis la réalisation d'un désir d'enfant ont amené plusieurs femmes à s'inscrire dans une démarche de consultation auprès d'unE gynécologue.

Ainsi, un couple de femmes résidant en Belgique a consulté dans la perspective d'une aide médicale à la procréation (AMP). La première partenaire à avoir consulté avait 40 ans et n'avait consulté qu'une fois un gynécologue à l'âge de 25 ans pour une mycose :

« (Qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas consulté pendant 15 ans ?) Je n'y voyais pas d'intérêt, n'ayant pas les mêmes pratiques que tout le monde (18) ».

Après la survenue d'une fausse couche, la décision a été prise que ce serait sa compagne, plus jeune, qui porterait la grossesse. Celle-ci a alors consulté en AMP à l'âge de 30 ans ; l'unique consultation qu'elle avait réalisée remontait à 6 ans, également pour une mycose.

L'expérience de l'AMP et du suivi de grossesse pourrait devenir de plus en plus courante pour les femmes ayant des relations avec des femmes, y compris en France : *« Bien sûr que les lesbiennes elles vont de plus en plus consulter. Parce que déjà ça se sait de plus en plus etc., et parce que de plus en plus elles vont avoir des désirs d'enfant. Ça se développe beaucoup l'AMP. Plus ça avance et plus ce sera le cas. Et à ce moment-là tu peux pas le faire tout seul donc... Et en plus ok, tu vas faire l'insémination à l'étranger mais en fait ton suivi, tes échos, ton comptage folliculaire, ton suivi de grossesse, tu vas le faire en France. (...) On sera de plus en plus amenées à consulter, ne serait-ce que par cette voie-là du désir d'enfant quoi. C'est sûr. (6) ».*

Une autre participante décrit le tournant qu'a représenté la maternité dans son rapport au suivi gynécologique. Alors qu'elle n'avait quasiment pas consulté auparavant, elle projette aujourd'hui de s'inscrire dans une pratique régulière.

« En fait j'en sais plus depuis que j'ai été enceinte, parce que là du coup, forcément, j'ai eu une sorte de grosse remise à jour. Mais je crois que je savais pas grand-chose en fait avant (...) J'ai quand même l'impression, et là c'est plus l'expérience de la maternité aussi, mais que... de mieux connaître son corps, de mieux connaître les risques, c'est forcément une bonne chose en fait, je crois (3) ».

De la même façon, pour le couple de femmes qui a réalisé une AMP en Belgique et qui n'avait consulté auparavant qu'une seule fois pour une mycose, le suivi gynécologique est devenu une évidence :

« Là, je viens d'y aller justement. C'est vrai que le gynéco qui a suivi Claire⁸, franchement j'ai vraiment accroché. On a accroché toutes les deux. Il est vraiment bien. C'est lui qui a fait l'accouchement. On est dans une confiance mutuelle. Du coup, je me suis un peu lancée. Il m'a dit : « A l'année prochaine », j'ai dit : « Ok » (18) ».

Si le suivi de grossesse a été fondateur pour des femmes qui n'avaient jusqu'alors pas ou peu consulté, il peut en aller différemment pour celles qui ont eu un ou plusieurs enfant(s) dans le cadre d'un parcours initialement hétérosexuel. C'est le cas pour deux participantes de notre étude : l'une a eu deux enfants et a arrêté de consulter quand elle n'a plus été que dans des relations avec des femmes ; l'autre n'a pas consulté pendant 13 ans, après une maternité intervenue à 27 ans avec un homme.

L'alternative des plaintes somatiques et de la découverte d'une pathologie

Il est couramment retrouvé dans la littérature qu'à l'inverse des femmes hétérosexuelles, les femmes ayant des rapports avec des femmes n'iraient chez le/la gynécologue qu'en cas de problème (86).

Nous avons retrouvé cette tendance chez la majorité des participantes de notre étude. En effet, lorsque la consultation n'était pas motivée par un besoin de contraception dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, elle était le plus souvent motivée par une plainte somatique. Les dysménorrhées et les mycoses ont été largement évoquées par les femmes. Plusieurs ont utilisé une méthode contraceptive dans le cadre de dysménorrhées (pilule, implant, système intra-utérin hormonal). Le médecin généraliste a été plusieurs fois cité dans la prise en charge de ces troubles. Aucun cependant n'a réalisé d'examen gynécologique ni de frottis cervico-utérin, à l'exception d'un qui a réalisé une fois un

⁸ Le prénom a été modifié.

toucher vaginal, mal vécu par la patiente car non expliqué. Acné, vaginisme, cystites ont été d'autres plaintes somatiques évoquées comme motifs de consultation.

Trois participantes de notre étude se sont inscrites dans un suivi gynécologique suite à la découverte d'une pathologie.

Pour une participante, c'est la découverte d'une lésion de haut grade à partir d'un frottis cervico-utérin à 35 ans puis d'une endométriose à 40 ans, qui fit l'objet d'une chirurgie avec ovariectomie unilatérale, qui a été déterminante :

« Aujourd'hui suivi régulier, tous les six mois à un an à peu près, jusqu'à présent. Ça n'a pas toujours été le cas. J'ai eu des périodes où je n'ai pas eu de suivi gynéco, avec effectivement des diagnostics retardés de certaines choses. Ce qui fait que maintenant, je suis beaucoup plus soigneuse sur le suivi gynéco (...) Mon histoire personnelle montre que c'est nécessaire, un suivi régulier. Là-dessus, il n'y a pas de doute pour moi (23) ».

Pour une autre, un important myome utérin a été découvert fortuitement, à l'occasion d'une échographie rénale. C'est la réalisation par la suite d'une hystérectomie sub-totale qui a été prescriptrice d'un suivi gynécologique régulier avec un dépistage par frottis cervico-utérin.

Trois femmes de notre étude ont été concernées par une infection à papillomavirus humain (HPV) : une femme a été traitée par laser pour des condylomes et deux femmes ont eu une conisation suite à la découverte d'une lésion de haut grade au frottis. Toutes avaient eu des rapports sexuels avec des hommes. Pour l'une d'elle, au moment du dépistage, cela faisait près de vingt ans qu'elle n'avait pas eu de relations hétérosexuelles. L'intérêt de réaliser régulièrement des frottis cervico-utérins, quelle que soit l'orientation sexuelle de la femme, est incontestable.

Trois participantes de notre étude ont été vaccinées par leur médecin généraliste contre le papillomavirus humain. L'une d'elle a interrompu le schéma vaccinal après une injection, suite à la confusion des explications qui lui ont été données concernant le fait d'avoir déjà eu des rapports sexuels.

3.2 L'invisibilisation des pratiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

3.2.1 Les difficultés du dévoilement de l'homosexualité

Pour Catherine Fohet et Irène Borten-Krivine, l'invisibilité des lesbiennes pour le corps médical est liée, d'une part, au fait que le médecin n'y pense pas et, d'autre part, à l'attitude d'invisibilité d'un certain nombre de lesbiennes elles-mêmes, tel que le décrit Christiane Jouve : « Nous nous sommes nourries d'invisibilité vers laquelle nous poussent tous nos instincts de survie, la peur de l'affrontement verbal, la peur des quolibets, des graffitis, de l'hostilité des voisins ou des collègues, la peur d'être licenciées, la peur de perdre nos enfants lors d'un divorce » (66).

Dans une étude quantitative destinée à évaluer les difficultés rencontrées en médecine générale en France par les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, 48,7% des répondantes (sur un échantillon de 1 610 femmes) ont déclaré n'avoir jamais parlé de leur orientation sexuelle avec leur médecin traitant. 81,4% ont rapporté que le médecin ne leur avait jamais posé la question (83). Si certaines femmes choisissent de dévoiler leur homosexualité dans le cadre de la consultation gynécologique, d'autres préfèrent la taire.

Le choix de le dire...

Plusieurs raisons motivant la décision du « *coming out* médical » ont été évoquées par les participantes de notre étude.

Certaines ont mis en avant le souhait d'obtenir de l'information de la part du/de la gynécologue suite au dévoilement de leur orientation sexuelle :

(A propos de la pertinence d'un suivi gynécologique en tant que lesbienne)

« (Tu as décidé de lui dire ?) Je crois que oui parce que pour moi, la question de savoir s'il y a besoin d'un suivi gynéco quand t'es lesbienne, c'est une question que je me posais. Alors je l'avais pas formulée précisément, mais je crois que le fait de dire que j'étais avec une fille, c'était une façon indirecte de formuler cette question qui n'était pas encore très claire pour moi (3) ».

(A propos d'un projet de maternité)

« Elles [ma partenaire et la gynécologue] en ont parlé avant qu'elle me reçoive. Donc du coup on s'est dit que c'était plutôt chouette parce que, voilà, on sait pas trop en fait à qui s'adresser, ce que ce soit en France ou en Belgique mais... mais dans tous les cas en France, c'est un peu plus compliqué vu que la PMA, on n'a pas le droit... (4) ».

Les propos d'autres participantes ont fait apparaître leur souhait que le/la professionnelLE les considère dans leur individualité :

« Je lui ai dit que j'avais des relations avec des femmes. Je me suis dit : « Je vais lui dire direct en fait ». Et du coup, j'avais un peu peur de sa réaction. Je me suis dit que du coup si ça se passait mal [l'examen gynécologique], je préférerais le prévenir. Et il m'a répondu : « Oh vous inquiétez pas, je suis plusieurs femmes qui font des PMA etc. » (8) ».

« (Vous pensez que c'est une information importante à donner ?) Je pense qu'on peut pas faire l'abstraction quand on va voir un gynéco de dire ça. Parce qu'en plus, comme c'est un présupposé qu'on est hétéro, à ce moment-là il faudrait ne pas avoir de présupposé du tout si on voulait ne pas parler de son orientation sexuelle... Mais comme le présupposé est qu'on est hétérosexuelle, je vois pas pourquoi on pourrait pas le contrer (12) ».

En parler au/à la praticienNE en gynécologie paraît pour certaines femmes essentiel compte-tenu du domaine de compétence :

« Je pense en fait qu'au bout d'un moment, dans le suivi gynécologique, ça devient une obligation à un moment donné. Les risques peuvent être différents, ce n'est pas forcément les mêmes, donc oui il faudra à un moment en parler. Je pense que c'est aussi le rôle du personnel de santé de poser la question. Pas forcément de manière frontale, mais à un moment donné, je pense que c'est quand même utile (13) ».

« Pour moi, c'est indispensable, on se base sur ça. La sage-femme va s'adapter, ne va pas dire la même chose à une personne qui a un copain qu'à une personne qui a une copine (2) ».

Cet intérêt du dévoilement dans le cadre de la consultation gynécologique avait déjà été mis à jour dans la littérature, tant pour les démarches diagnostique et thérapeutique que pour la qualité de la relation soignantE/soignée (87).

Le dévoilement de l'orientation sexuelle est parfois guidé par le sentiment qu'il existe « un espace pour en parler » :

« Le médecin [généraliste] que je voyais avant était gay. Il avait eu des enfants dans une relation hétérosexuelle mais il était gay, on le savait. Du coup, peut-être que ça a été plus facile d'en parler aussi, dans une sorte, un peu, « d'alliance thérapeutique » (13) ».

(A propos d'une potentielle consultation gynécologique, chez une femme qui n'a jamais consulté)

« (Si ce n'est pas abordé de manière explicite, vous pensez que vous donnerez l'information ?) Je pense que ça dépend beaucoup de l'ambiance, de comment je me sens avec le gynéco aussi, et de comment se passe la consultation. Mais je pense que j'aurais beaucoup plus de facilités si c'est le gynéco qui aborde cette question (13) ».

Un certain nombre de femmes souhaitent dévoiler leur homosexualité mais ne savent pas comment s'y prendre. Pour ces femmes, l'attitude du/de la professionnelLE peut avoir une importance capitale pour faciliter le dévoilement (88).

... ou de ne pas le dire

D'autres participantes ont décidé de ne pas dévoiler leur homosexualité en raison de la peur d'être jugée ou de susciter le malaise :

« Je pense que les femmes homosexuelles se sentent... sentent qu'il devrait y avoir des gynécos spécifiques et particulières, parce qu'elles sont lesbiennes, homosexuelles. Je pense que les femmes anticipent, enfin appréhendent, une différence de traitement (...) Je pense que certaines lesbiennes peuvent appréhender d'être traitées différemment ou maladroitement (12) ».

« (Est-ce que vous pensez qu'il y aurait du jugement de sa part ?) Par sa génér... par la question générationnelle, oui je pense qu'il y aurait du jugement de sa part. C'est surtout, peut-être ça qui me... ou de la gêne. De la gêne de sa part que je saurais pas... que je saurais pas gérer (20) ».

Une participante a évoqué la difficulté de se dévoiler après un parcours hétérosexuel, marqué par deux maternités, auprès de la gynécologue qui la suit depuis quinze ans :

« En termes de prévention santé, j'imagine que quand ils consultent des femmes assez jeunes, ils [les gynécos] se sentent eux aussi à l'aise pour poser des questions, faire de la prévention. Quand ils voient dans leur cabinet des femmes qui ont une quarantaine d'années, on fait plus de prévention quoi. (...) Comment on peut aborder son homosexualité dans un cabinet de gynécologie ? Je... Alors quand le gynécologue qui ne nous connaît pas propose une contraception et qu'on lui dit : « Bah non je suis lesbienne », oui y a qu'à ce moment-là mais... Moi dans le parcours que j'avais ça me paraissait... Enfin qu'est-ce que j'allais déclarer ? (20) ».

D'autres femmes ont considéré ou constaté que cela n'avait pas d'utilité dans le cadre de leurs consultations gynécologiques :

« Un moment donné, j'ai pensé lui dire. Quand on a retiré le stérilet, j'ai commencé à avoir des relations avec Isabelle⁹. Je la voyais [la gynécologue] une fois par an pour le suivi, frottis, et puis suivre les mammos... Je me suis dit : « Je crois

⁹ Le prénom a été modifié.

que je vais lui en parler si l'occasion se présente ». Mais l'occasion ne se présentait pas. Et il est vrai... (...) Enfin je sais pas, c'est peut-être un préjugé, mais je pense pas qu'elle puisse répondre à mes questions de toute façon (20) ».

(Participante s'identifiant majoritairement comme hétérosexuelle)

« De toute façon si je me dépiste pour des IST hétéros, je fais celles pour les lesbiennes. Donc voilà, pas besoin de se prendre la tête à expliquer les trucs : « Je viens mettre un stérilet mais je couche avec une fille... ». Enfin bon... (10) ».

L'attitude manifestée par le/la professionnelle

« La pudeur excessive, l'évitement de la sexualité est un écueil ; un interrogatoire intrusif en est un autre. Le médecin doit être conscient de son schéma de pensée, de ses préjugés, de ses ignorances » (66).

Des participantes ont rapporté des attitudes marquées par l'incompréhension, le malaise ou le manque de considération du/de la professionnelle lorsqu'elles ont évoqué leurs relations avec des femmes :

« Le gynéco a toujours tendance à demander est-ce qu'on prend une contraception. Et quand on dit : « Non », ils disent : « Vous faites comment pour les rapports sexuels ? ». Je dis : « J'en ai pas besoin », et ils comprennent pas toujours. (Et vous expliquez ?) Pas forcément. Il y en a une je lui ai dit, elle a pas compris en fait. (...) Je lui ai dit : « Je suis avec femme ». Elle m'a dit : « Mais comment vous faites avec votre conjoint ? » et je lui ai répété : « C'est une femme ». Je pense qu'il y a eu un bug.

(C'était pas envisageable pour elle ? Elle ne se représentait pas les choses ?) Elle m'a dit : « Mais vous souhaitez un moyen de contraception ? ». Et là, je n'ai pas insisté. J'ai dit : « Non merci, ça ira » (26) ».

« C'est mon médecin généraliste qui m'a proposée de faire mon suivi gynéco. Je l'aimais bien, j'étais familière, j'ai accepté ça, même si je ne me sentais pas très en confiance parce que je la sentais elle-même pas à l'aise ni la nudité, ni ma sexualité, ni pleins de choses en fait. C'était assez bizarre. A la fois c'était une personne que j'appréciais et à la fois, je sentais qu'elle n'était pas super à l'aise.

(Vous avez parlé de vos relations avec des femmes ?) Ouais voilà, elle le savait. Je lui ai dit mais bon, ça n'a pas été abordé d'une façon très... Ca n'a pas été discuté. C'était un médecin, elle était juive, je pense très pratiquante. Je sentais qu'il y avait une réticence, même si elle faisait son travail. Il y avait un petit blocage. Et je sens la même chose chez ma gynécologue actuelle, pour les mêmes raisons. Mais elles font leur travail quand même, mais je sens bien, quand même... (25) ».

« A la PMA, ils ont déjà vu toutes sortes de couples, donc cela ne les choquait pas de suivre un couple de femmes. Par contre, les premières consultations qu'on a eu pour notre projet familial, on s'était adressées à notre hôpital (...) Mais là c'était assez inquiétant. On s'est senties agressées, pas physiquement, par les mots, les explications. On ne nous a pas mis en garde par l'âge qu'a Suzanne¹⁰ et les risques pour la santé, ce n'est pas du tout ça. C'est des commentaires du genre « Voilà, comme vous êtes un couple de femmes, il faut prévenir l'équipe pour les préparer ». Ca nous a rappelé que notre couple sort encore de l'ordinaire, alors que l'on vit notre quotidien comme tout le monde. Du coup, nous le rappeler, comme ça, que c'est quelque chose qui mérite une attention particulière, ça fait bizarre, vraiment bizarre. Et là en plus, cette attention particulière, ça les gênait visiblement. Et vue la tension qu'il y a avait déjà dans la conversation, on a ressenti l'annonce qu'on devait passer des entretiens comme menaçante, et on se sentait très très mal à l'aise en sortant de cette consultation. Et suite à ça, on avait décidé de s'adresser à un autre hôpital et on se disait qu'on ne se sentait pas bien accueillies et pas en sécurité. Et on se disait qu'il nous faut ça pour nous lancer dans ce genre de procédures. Et à l'autre hôpital, ça s'était très très bien passé et je crois que le sujet « quand tu es deux femmes », c'était hors sujet. On nous a juste expliqué les procédures à suivre et cela n'a pas été thématiqué en dehors de ça (19) ».

On remarque ici que la différence marquée par l'équipe médicale à l'égard du couple est mal vécue, tant le souhait d'être considérées « comme tout le monde » est fort. L'équilibre à trouver entre la prise en compte des spécificités individuelles et le traitement égalitaire des patientes semble traversé par des tensions que le dialogue et l'empathie sont susceptibles de réduire.

« Y avait ce truc je sais pas... En fait je sentais que j'étais juste une patiente, mais en fait elle s'en fichait en fait, c'était vraiment... J'sais pas. A partir du moment où elle savait que j'avais pas de rapports avec des garçons, du coup j'étais pas une patiente importante quoi. Je risquais rien... (7) ».

La tenue de propos déplacés ou de jugement ont été rapportés par des participantes :

« Il ne portait pas de jugement a priori sur le fait que j'étais avec une femme, mais par contre il s'est permis quand même... Il a commencé à se faire un peu de pub, alors que je parlais pas du tout de maternité, en disant que lui il acceptait de faire des inséminations artificielles...

(A des couples de femmes ?) Voilà, à des couples de femmes. Mais après, il a enchainé en me faisant la morale, enfin en m'expliquant quelle était sa vision des choses alors que j'étais pas en demande d'un projet de maternité ou quoi. En me disant que si j'ai besoin, dans mon couple lesbien, d'un donneur, il faut que ce soit quelqu'un d'inconnu, d'une banque de sperme, parce que sinon ça fait des problèmes etc. Et non seulement j'étais pas en demande de ça, mais en plus je suis pas d'accord, ça serait pas comme ça que je ferais. Et ça m'a hérissé beaucoup qu'il soit aussi paternaliste, avec cette idée-là, et vraiment à me l'imposer alors que j'ai rien demandé (9) ».

¹⁰ Le prénom a été modifié.

« Celle de ma mère, il y avait un truc d'un coup vachement hautain, comme si elle détournait le regard en se disant : « Bon ben c'est bon alors... ». C'était assez spécial en fait, je sais même pas comment l'expliquer, mais du coup il y a eu ce truc d'un seul coup où elle s'est... J'sais pas elle est devenue hyper hautaine, froide... (rires)

(Tu as l'impression qu'elle a changé d'attitude quand elle a su que tu avais des relations avec des femmes ?) C'est ça, et quand j'étais retournée la voir des années plus tard, elle m'avait dit : « T'as toujours pas des rapports avec des garçons de toute façon ? ». Et elle m'avait dit ça d'une façon assez bizarre.

(Tu ne t'es pas sentie à l'aise dans la discussion que tu as eue sur ce sujet-là pendant les consultations ?) Non, non, j'avais envie de partir le plus vite possible en fait (7) ».

Des participantes ont également rencontré des attitudes d'ouverture et de bienveillance dans leur parcours :

(A propos d'une consultation de dépistage en centre de dépistage anonyme et gratuit)

« Vraiment ça s'était très bien passé (...) J'avais une toute petite réticence sur le fait que ce soit un homme et qu'il était assez âgé, j'avais un tout petit peur peut-être qu'il soit un peu sexiste ou un peu moralisateur, voilà. Mais en fait pas du tout, il était au contraire vraiment... Vraiment charmant quoi, très bien.

(Est-ce que vous lui avez dit que vous aviez des rapports sexuels avec des femmes ?) Oui, parce que pour le coup c'était vraiment la raison, aussi, pour laquelle j'y allais. Il avait été vraiment très compréhensif, très... Non non, vraiment, j'avais été, après, a posteriori, contente que ça ce soit si bien passé dans un truc de dépistage (12) ».

Les sages-femmes ont plusieurs fois été citées à cet égard :

« (Tu lui as présenté les choses comment, quand tu lui as dit que tu voulais enlever ton stérilet ? Tu lui as expliqué pourquoi ?) Je lui ai expliqué pourquoi, je lui ai dit : « Je me suis séparée et maintenant j'ai une copine, donc j'ai plus la nécessité de garder un stérilet ». Elle m'a dit : « Je comprends très bien, c'est vrai que c'est pas la peine d'avoir quelque chose dans le corps s'il n'y a pas besoin ». Elle a dit : « Pas de souci, je peux l'enlever maintenant ».

(Est-ce que tu t'es sentie à l'aise quand tu lui as dit ?) Oui. Je me suis demandée comment j'allais tourner cela au début et puis j'ai dit, ça ne l'a pas du tout dérangée. Elle n'était pas gênée, elle ne m'a pas gênée non plus (2) ».

« C'était une sage-femme, et elle, elle était vachement bien, enfin pas du tout jugeante... Bon après je pense que c'était marqué dans mon dossier, clairement. La meuf elle a dû lire « lesbienne » en gros tu vois (rires). Elle était beaucoup plus cool, en plus elle a vraiment pris son temps, elle m'a demandé si j'avais des questions, enfin elle a voulu vraiment discuter, elle m'a demandé ce que je faisais dans la vie et tout... Et ça, c'est genre hyper important. Tu peux pas parler de tes problèmes hyper intimes si par ailleurs tu vois que la meuf elle se fait chier en face, parce que voilà elle a encore deux rendez-vous après et elle est déjà en train de penser à son mec le soir qu'elle va retrouver tu vois... Alors que cette sage-femme-là, elle était vraiment bien (21) ».

3.2.2 La sexualité entre femmes méconnue ou non reconnue en tant que telle

Une "non sexualité"

Comme nous l'avons évoqué en première partie, la sexualité entre femmes est réduite à des représentations sociales. Perçue comme non assertive et non pénétrante, elle traduit un impensé social (11,89).

La consultation gynécologique n'est pas exempte de l'expression de ces représentations sociales ; les participantes ont plusieurs fois décrit l'invisibilisation de leur sexualité.

« J'avais peur de la médecine, donc j'évitais de voir des médecins. Et quand j'allais voir des médecins, j'avais l'impression qu'ils me disaient soit que j'avais pas vraiment de sexualité - en fait c'est comme ça que je le recevais, qu'en fait c'était pas vraiment une sexualité, qu'il n'y avait pas d'acte de pénétration vaginale avec un sexe d'homme alors du coup ça y est, c'était fini – ou alors une sorte de curiosité, comme le mec [le médecin du travail] de curiosité mal placée (3) ».

« Les autres me demandaient : « Qu'est-ce que vous prenez comme contraceptif ? » et je disais : « J'en prends pas, j'en ai pas besoin ».

(Est-ce que vous avez le sentiment qu'ils comprenaient que vous étiez dans une relation avec une femme ou alors ils pensaient que vous n'aviez pas de relations du tout ?) Ils pensaient que je n'avais pas de relations (26) ».

Il apparaît que « la définition même de ce qu'est un « vrai rapport sexuel » ou un « rapport sexuel accompli » reste étroitement associée à la pénétration vaginale et pénile (par un pénis) », restant ainsi « domestiquée » par l'objectif reproductif et la norme hétérosexuelle (9).

Cette invisibilisation par le corps médical fait écho à l'invisibilité et la présomption d'hétérosexualité dont les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes souffrent déjà vis-à-vis du reste du monde :

« Moi je veux pas qu'on présuppose que je suis hétérosexuelle. J'en ai déjà parlé avec ma partenaire actuelle, qui elle est plus androgyne, un peu plus butch. Un jour on avait un débat sur la question de l'homophobie et des insultes homophobes qu'on pouvait avoir. Pour moi, je trouve ça beaucoup plus insultant qu'un mec me dise : « Je te crois pas, t'es pas lesbienne », plutôt qu'on me traite de « sale gouine ». Je préfère qu'on me traite, qu'on m'insulte, mais qu'on me reconnaisse dans ce que je suis plutôt que on nie... (12) ».*

(A propos du *coming out*)

« (Aujourd'hui tu te sens sereine, apaisée dans ce rapport aux autres ?) Ca dépend. Parfois j'me dis bon, j'vais préférer être bie mais pas homosexuelle... J'trouve.... J'me sens pas... Enfin j'trouve que c'est un peu dur d'être invisibilisée (9) ».

(A propos du rapport avec l'entourage)

« Oui même jusque maintenant c'est toujours un peu compliqué parce que... Enfin, ils comprennent pas toujours donc ils ont des... Par exemple, ma mère n'arrive pas du tout à dire le mot « lesbienne » et va toujours appeler mes copines... Je sais pas, ma « camarade » ou... Il y a un peu comme ça comme du non-dit, on gomme un peu quoi. Je sais très bien que quand je vais parler d'un garçon je vais être très très très libre, alors que quand je vais parler d'une femme tout va être un peu plus... Je tiens vraiment à dire tout le temps ce qu'il en est, la vérité très simplement, mais je sais que j'ai pas la même sérénité et que en face, pareil, y a des mots qui sont contournés et même des situations quoi (9) ».

En utilisant le terme « camarade », cette mère semble neutraliser la dimension sexuelle du couple formé par sa fille et sa petite amie. De la même façon, une participante décrit l'invisibilité de l'amour et de la (homo)sexualité partagés avec sa compagne :

« Mon entourage, beaucoup de gens se sont souvent posés des questions sans nous poser la question. Et c'est vrai qu'on n'est pas hyper démonstratives dans notre manière d'être en société, et de ce fait plein de gens ont souvent pensé qu'on... Enfin ont surtout pas voulu voir que c'était de l'amour quoi, et qu'il y avait de l'homosexualité derrière (14) ».

Pour certaines femmes, les mots utilisés pour désigner l'orientation sexuelle ont un sens dans la reconnaissance de la sexualité et de l'identité :

« 'Homo' ça recouvre, pour moi – peut-être que je me trompe – mais aussi bien mecs que filles, et en tout cas je fais une différence entre gays et lesbiennes. Dans le sens où il y a des combats communs, évidemment, LGBTI+, mais que... Mais que justement, il y a une forme d'invisibilisation des lesbiennes par rapport aux gays et des formes de violence aussi dans ce rapport-là, qui existent quoi. Et puis en plus, c'est pas les mêmes problématiques, je pense que t'es pas confrontée exactement aux mêmes problèmes dans ta vie, dans ton parcours de vie, en tant qu'homo mec ou homo fille, à plein d'endroits (3) ».

(Tu t'identifies donc comme « lesbienne » ?) Ouais « lesbienne » ou « gouine », en fait j'aime pas du tout le mot « homosexuelle ». (...) Enfin pour moi, c'est une façon de noyer notre identité. Parce que forcément, quand t'as des mecs et des meufs, bah tu vas voir que les mecs. Et « homo » pour moi c'est juste les mecs. Et du coup nous ça nous... « gomme » si on peut dire (21) ».

La méconnaissance des pratiques sexuelles entre femmes

Pour aucune participante de notre étude le/la professionnelLE de santé n'a interrogé les pratiques sexuelles, que ce soit en méconnaissant l'orientation sexuelle ou après le dévoilement de celle-ci. La connaissance des pratiques des femmes semble pourtant indispensable pour garantir la pertinence de la prévention faite en matière de sexualité. Dans l'étude récente à propos des consultations de médecine générale, les « soucis de santé et risques que peuvent impliquer [l']orientation sexuelle » (spécificités de santé) avaient été discutés pour seulement 13% des FSF qui s'étaient dévoilées (83). La différence avec les hommes gays était statistiquement significative, ceux-ci étant 54,4% à avoir discuté des risques avec leur médecin généraliste.

Les participantes ont largement rapporté la méconnaissance du/de la gynécologue vis-à-vis des pratiques sexuelles entre femmes :

« Je me rappelle que la première gynéco que j'ai été voir, tout en étant avec une femme, m'a demandé si je voulais me mettre à jour sur les IST et MST, donc j'ai dit : « Oui ». J'ai dit : « Par contre, je vous préviens, je n'ai pas de relations avec des hommes en ce moment mais avec des femmes ». Elle a été surprise, elle a été un peu déstabilisée. Elle a sorti son gros bouquin, sa bible médicale. Elle m'a dit : « On va regarder un peu les IST pour les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes ». Elle tournait les pages et elle s'est arrêtée à « fellation » et a commencé à me lire les risques des IST avec les fellations. (...) Elle m'a regardée, elle m'a dit : « Ah non, pardon... ». Elle ne savait même pas comment on couchait ensemble, elle était complètement à l'ouest.

(...) Une fois j'étais un peu stress et j'ai demandé les risques de transmissions IST/MST entre femmes (...) Et en fait la réaction, c'était : « Il n'y a pas de risques, on a 0,3% de risque de choper le sida par cunnilingus » ou quelque chose comme ça. En gros, il n'y a pas de risque. Tout ce que ça m'a inspiré, c'est que je n'avais pas l'impression qu'ils étaient très informés des relations sexuelles entre femmes.

(...) Je sais, par exemple, j'ai aucun gynéco qui m'a parlé de risque en cas d'anulingus. En fait, je me rendais juste compte en parlant que les gynéco elles ne savent pas ce que font deux filles. Elles étaient un peu bloquées sur la question du sex-toy. Il y en a une ou deux qui m'a [sic] dit : « Vous nettoyez bien vos sex-toys, quand vous les échangez, vous mettez un préservatif ». J'ai découvert un peu sur le tas avec ma copine : il faut bien se laver les mains, il faut bien se couper les ongles. Des choses d'hygiène, pour éviter de te transmettre des trucs. C'est vrai que c'est pas dit par les gynécos (24) ».

« Déjà, elle enchaîne ses questions comme si j'étais pas en face d'elle, et elle me dit : « Bon alors, vous vous protégez ? ». Je dis : « Non ». « Vous prenez la pilule ? ». « Non ». « Vous avez des rapports ? ». « Oui ». Tu vois, et puis elle galérerait comme ça pendant dix minutes, et puis au bout d'un moment, je lui ai dit : « Non mais en fait, je suis lesbienne ». Voilà. Et elle a pas pensé ça deux secondes ! Enfin, déjà la première question à poser c'est : « C'est quoi

tes pratiques ? ». Enfin, c'est la base. Et du coup, après que je lui ai dit que je sois lesbienne, elle m'a sorti : « Ah non c'est bon, t'as pas besoin de te protéger ». Alors que, enfin... Et tu te dis, bah là les meufs elles connaissent pas du tout ce que tu fais, tes pratiques. Elles savent même pas que, genre, tu fais de la muqueuse contre des muqueuses. On se renseigne quoi. Donc moi, les femmes comme ça, vraiment, je les fais. Et encore à l'époque, j'étais moins sensibilisée, je connaissais moins les maladies et tout. Aujourd'hui je suis calée, parce qu'en fait quand t'es lesbienne, c'est le seul moyen de savoir... De venir chercher ce que tu veux. (...) Je pense qu'il faut prendre conscience que c'est un public qui est aussi particulier, et qu'on a pas les mêmes pratiques que les hétéros, on a pas les mêmes façons de se protéger et tout. C'est pas pour ça qu'on se protège pas, et c'est pas pour ça que y a pas des choses à regarder quand même (21) ».

« (Est-ce que tu sais s'il y a des risques de transmission d'IST entre femmes ?) Oui aujourd'hui... Oui j'en ai conscience. Mais c'est une conscience qui est venue hyper tardivement et quand j'ai réalisé qu'en fait il y avait des risques, je me suis un peu trouvée con d'avoir pensé que c'était complètement... Mais parce que c'est aussi une idée un peu, complètement homophobe, qui est que quand les filles couchent ensemble, en fait elles font rien. C'est une idée vachement répandue quoi. Et que c'est anodin. Et je pense que, justement, dire à un moment : « En fait non, c'est pas anodin, il y a des risques », c'est aussi prendre au sérieux la sexualité lesbienne. Moi, l'impression que j'ai eue à 17 ans, quand je vais voir la première gynéco, c'est l'impression qu'elle trouve pas ça sérieux quoi. Alors qu'en fait, c'est une sexualité, avec ses particularités.

(En fait, dire qu'il y a des risques dans la sexualité entre femmes, c'est marquer le fait que c'est une sexualité ?) Oui c'est ça. Et qui vaut la peine qu'on s'y intéresse, avec ses spécificités (3) ».

Partant du constat qu'il existe peu de données sur la sexualité entre femmes, Coraline Delebarre a récemment réalisé une enquête à ce sujet (89). Elle s'est intéressée au concept de « *Lesbian bed death* » proposé par Pepper Schwartz et Philip Blumstein dans une étude publiée en 1983 'American Couples'. Ces chercheurs avaient étudié un panel représentatif de la population américaine et avaient conclu que les lesbiennes seraient plus limitées dans leur répertoire de pratiques, qu'elles seraient moins sexualisées que tout autre individu, et qu'en couple, elles auraient moins de rapports sexuels que toutes les autres formes de couples. A partir de 1 688 réponses à un questionnaire auto-administré en ligne diffusé sur les réseaux sociaux, la sociologue a exploré les trois représentations associées à la sexualité entre femmes : une sexualité non assertive, non pénétrante et hypo-active. Il en résulte que les femmes de l'enquête ne semblent pas moins sexualisées que les femmes de la population générale et ont un répertoire de pratiques sexuelles diversifié : 71% déclarent souvent ou toujours utiliser au moins quatre pratiques sexuelles par relation. A l'encontre des idées reçues, la pratique la plus rapportée (96% des répondantes) est la pénétration vaginale. Elles sont 44% à utiliser des objets sexuels pour des rapports pénétrants, qu'ils soient vaginaux ou anaux. Un tiers des femmes déclarent pratiquer la pénétration anale. Le cunnilingus est pratiqué par 92% des répondantes. Par

ailleurs, en couple, les femmes déclarent des durées de rapports élevées (44% des répondantes déclarent des rapports sexuels de 45 minutes à plus d'une heure et seuls 26% déclarent des rapports sexuels de moins de 30 minutes). La fréquence des rapports est en revanche inférieure à la population générale. Enfin, en accord avec l'enquête CSF citée en première partie, les femmes interrogées ont connu au cours de leur vie un nombre moyen de 15,5 partenaires, dont 8,2 femmes. Les représentations associées à la sexualité entre femmes apparaissent par conséquent bien éloignées de la réalité des pratiques.

La nécessité d'un espace d'écoute autour de la sexualité et du rapport à l'autre

Laurence Guyard a observé que le sujet de la sexualité était peu abordé au sein des consultations gynécologiques (90). L'analyse des réponses apportées aux quelques plaintes exprimées lui ont permis de conclure que la sexualité était circonscrite dans la consultation à une sexualité reproductive et conjugale.

La gynécologie est la médecine du sexe des femmes. Une médecine qui paraît, par conséquent, ne pas pouvoir faire l'impasse sur certaines dimensions de la sexualité des femmes, de leur santé sexuelle. Au-delà de la prévention des risques liés à la sexualité, la santé sexuelle inclut « la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence » (4). Il semble donc qu'un espace de dialogue devrait être ouvert pour celles qui souhaitent aborder des difficultés ou des vulnérabilités qui compromettent leur vie sexuelle. Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes n'échappent pas à ces problématiques, comme nous l'ont rapporté des participantes de notre étude.

Une femme a ainsi développé son rapport à sa partenaire féminine après un parcours hétérosexuel :

« Je suis venue à la sexualité féminine parce que je suis tombée amoureuse d'une femme mais à la base, j'ai jamais ressenti d'attirance du tout pour le corps des femmes. Comme je suis tombée amoureuse, bêtement, de ma meilleure copine qui était lesbienne, je m'y suis mise et j'ai développé après une attirance pour le corps des femmes. Mais, j'ai vraiment développé, c'est pas quelque chose que j'avais (10) ».

Désirer le corps de l'autre n'est pas toujours une évidence lorsque le sexe du/de la partenaire change. Une autre femme nous a parlé de cette situation qu'elle a également rencontrée, dans la construction d'une relation de couple avec un homme après un parcours lesbien revendiqué haut et fort :

« Moi je désire carrément beaucoup plus les femmes. C'est ce qui a été compliqué dans mon histoire avec Mathieu¹¹ au début, c'est qu'en fait je l'aimais lui en tant que personne mais j'ai dû apprendre quelque part à le désirer, même si je suis amoureuse de lui. C'est un truc qu'on a construit avec le temps (3) ».

Les troubles du désir ou le vaginisme (qui a motivé des consultations gynécologiques pour une participante) entrent dans le champ des « dysfonctions sexuelles » que Coraline Delebarre a interrogées dans son enquête sexologique auprès des femmes ayant des rapports avec des femmes (89). 37% des enquêtées ont déclaré une absence ou une insuffisance de désir tandis que 35% ont rapporté des difficultés à atteindre l'orgasme. Elles sont seulement 22% à en avoir parlé à un·e professionnel·le de santé, majoritairement leur psy (58%). Le frein le plus souvent cité était le fait de ne pas savoir à qui en parler (31%). À ce sujet, le/la gynécologue n'était pas un·e interlocuteur/trice identifié·e. Si la prise en charge de ces troubles relève essentiellement d'une personne formée en sexologie, il nous paraît important que le/la praticien·ne en gynécologie puisse faciliter l'orientation de la patiente. De plus, la formation en rééducation périnéale des sages-femmes permet, pour celles qui le souhaitent, d'apporter des réponses aux femmes souffrant de vaginisme.

Par ailleurs, l'égalité et la sécurité des relations sexuelles, intimement liées à la question des violences, méritent d'être posées, à l'instar des rapports hétérosexuels.

Plusieurs participantes ont évoqué le rapport d'égalité qui caractérise leurs relations avec une partenaire féminine :

« Je suis très à l'aise avec ma sexualité et d'ailleurs, ça m'a fait beaucoup de bien coucher avec des filles, ça m'a vraiment... J'étais pas spécialement bloquée mais j'étais beaucoup plus timide avant. C'est une autre manière de percevoir la sexualité, c'est une autre pratique, donc ça m'a ouvert l'esprit et ça m'a aussi aidée à voir la relation sexuelle comme quelque chose d'égalitaire. Les deux partenaires sont à égalité, ce qui n'est pas évident avec des mecs, surtout quand t'es plus jeune, surtout quand les mecs sont abonnés au porno. Tu peux vite tomber dans un truc de soumission/domination, un peu classique et pas forcément conscientisé. Je pense qu'à un moment donné les mecs me faisaient un peu peur parce que le mec c'est celui qui a un pénis, toi tu reçois. Je crois que j'avais un peu cette image-là. Le fait d'être avec des femmes, ça m'a juste appris que non et qu'une relation sexuelle, c'est deux personnalités et si le jeu de domination est là, il est consenti et conscientisé, il est créé. Ça ne doit pas être quelque chose qui est subi. Je suis maintenant très à l'aise avec ma sexualité (24) ».

« Je trouve que c'est quand même très différent une relation hétéro par rapport à une relation lesbienne... Dans les rapports de corps, d'énergie, enfin au début on s'est un peu des fois pris la tête (...) Lui avait un rapport à mon corps

¹¹ Le prénom a été modifié.

comme aucune des filles avec qui je suis sortie, enfin je suis pas sortie avec 150 filles mais quand même, aucune n'a eu ce rapport-là. C'est lui qui manipule plus, c'est pas méchant mais c'est plus lui qui prend.

(...) Je me souviens une fois, j'avais eu un geste sur ses épaules que lui avait jugé... qui l'avait surpris, avait trouvé ça un petit peu autoritaire. J'avais bloqué, je lui avais dit : « Tu te rends pas compte, ça tu le fais tout le temps avec moi, de bouger mon corps. En fait tu bouges mon corps, tu me retournes au lit, etc. etc., et toi, je peux pas le faire D'une part parce que déjà t'es un peu plus costaud, et puis parce que quelque part tu me laisses pas la place à cette réversibilité-là ». Le principe de réversibilité c'est fondamental je trouve (3) ».

Ce sentiment d'égalité ne doit pas occulter la possibilité de survenue de violences au sein d'une relation entre femmes. La question de la violence entre partenaires lesbiennes remet en cause deux mythes : celui de la femme comme individu naturellement non violent (91) et celui du couple lesbien comme étant nécessairement égalitaire et évoluant en dehors de tout enjeu de pouvoir. Il apparaît alors une difficulté majeure pour la victime d'énoncer les violences et demander de l'aide, alors que la pensée commune présume la non-violence entre femmes (7).

Une participante a spontanément abordé ce sujet :

« Je suis revenue beaucoup sur les questions de consentement et c'est vrai que c'est pareil quoi... Pour la prévention ou pour ça, des fois entre personnes... du coup je vais dire entre femmes, on a plutôt tendance à dire : « Y a pas d'agression ». Moi j'ai entendu parler d'agressions sexuelles voire de viols entre lesbiennes, du coup j'ai remis beaucoup de choses en question. Et je sais que je fais vachement gaffe, maintenant limite je vais leur demander plusieurs fois, alors qu'avant c'était plutôt une fois avant, c'est ok et on y va. Là maintenant je demande plusieurs fois, surtout les premiers rapports, je demande plusieurs fois. Les personnes parfois elles comprennent pas : « Pourquoi tu me demandes toujours si ça va ? ». « Bah consentement quand même »... Et j'ai déclenché comme ça des discussions : « Ah non mais sérieusement je me suis jamais posée la question... ». Donc voilà. Je pense que prévention, consentement, parfois ça peut être des zones d'ombre. On a tendance à se dire qu'entre lesbiennes, enfin voilà, y a pas de soucis mais... (8) ».

Brigitte Lhomond a identifié que les femmes « dans une position d'entre-deux » – ayant eu des relations sexuelles avec des femmes tout en poursuivant une forte activité hétérosexuelle – couraient le plus de risque de subir des violences sexuelles (92). Plus le nombre de partenaires augmente, plus l'expérience des violences est fréquente.

3.2.3 L'absence de prise en considération de spécificités à l'origine d'une offre de soins parfois inadaptée

En plus d'une absence généralisée de discours préventif concernant les risques liés à la sexualité entre femmes, l'analyse des parcours gynécologiques des participantes révèle que l'offre de soins a parfois été inadaptée.

La pilule prescrite dans sa seule dimension contraceptive

La centralité de la maîtrise de la fertilité au sein des consultations gynécologiques ainsi que la prévalence d'une « norme contraceptive » française dont la pilule est un élément essentiel (93) peuvent amener unE professionnellE à considérer cette dernière dans sa seule dimension contraceptive.

Ainsi, une participante l'a expérimenté à ses dépens :

« Comme l'implant je l'avais enlevé, j'ai eu des règles très très irrégulières au début, et quand elles se sont stabilisées, j'ai eu de nouveau des règles mais vraiment... J crois que c'était encore pire, c'était vraiment... Quand j'en avais quand j'étais au lycée, j'étais obligée de rentrer chez moi parce que j'étais vraiment mal quoi. C'était horrible. J'arrivais pas à tenir sur ma chaise normalement. Du coup je suis allée la voir [la gynécologue] et tout ça. Le truc c'est que j'ai du cholestérol, de famille, et donc du coup j'ai pas le droit de prendre la pilule normale. Donc ce qui s'est passé, c'est qu'elle m'a auscultée pour voir si j'avais pas quelque chose, posé des questions et... En fait elle m'a juste dit que je pouvais pas avoir la pilule, elle voulait pas prendre ce risque-là.

(Toutes les pilules ?) Onais onais.

(Et elle ne t'a pas proposé une autre méthode ?) Ah non non, elle m'a rien proposé. De toute façon si j'avais pas de rapports avec les garçons, « c'était pas forcément nécessaire », alors... Elle m'a dit qu'il n'y avait pas de risque [d'être enceinte] du coup, que j'avais pas besoin de ça. Que les règles douloureuses... voilà. Elle m'a prescrit juste de l'Antadys® (7) ».

L'usage d'une méthode contraceptive afin de remédier à des dysménorrhées est fréquent en gynécologie. Le fait que la patiente n'ait pas de relations hétérosexuelles et par conséquent pas de risque de grossesse, ne devrait pas constituer un élément influençant la prescription.

La non réalisation d'examens pertinents ou la réalisation d'examens non pertinents

Comme cela a été rapporté dans plusieurs études (29,94), une participante nous a fait part du refus de réaliser un frottis qu'elle a essuyé auprès d'un laboratoire d'analyses médicales, dans des conditions très discutables :

(A propos du frottis prescrit par son médecin généraliste à l'âge de 25 ans)

« Y avait une gynécologue qui travaillait dans ce laboratoire. Et donc du coup elle m'a reçue, je lui ai donné l'ordonnance, et donc elle a commencé à me poser, bah... des questions. Et dès lors qu'elle a su que j'avais une sexualité... enfin que j'étais homosexuelle, elle m'a dit... Enfin ça a été une très mauvaise expérience parce que du coup c'était clairement homophobe, elle m'a totalement infantilisée... »

(...) Elle s'est adressée à moi d'un tout autre ton, elle m'a appelée « jeune fille », enfin j'avais 25 ans ! Et elle a voulu appeler du coup mon médecin généraliste devant moi, pour lui dire qu'elle comprenait pas pourquoi elle m'avait prescrit ça, puisqu'en fait... Du coup, elle m'a demandé si elle était au courant, ma généraliste, si j'étais lesbienne ou pas, et je lui ai dit : « Non ». Et du coup elle l'a appelée et elle lui a dit qu'elle était embêtée parce qu'elle avait bien l'ordonnance sous les yeux, comme quoi elle m'avait prescrit cet examen, mais qu'elle se demandait en fait le bien-fondé de cette prescription puisque je n'avais pas eu de relations sexuelles avec un homme... « encore », elle a rajouté.

(...) (Elle ne t'a pas donné plus d'informations ?) Non, non (rires) Non non j'me suis même pas assise en fait... Ca a été assez rapide, c'est-à-dire que j'suis rentrée dans le cabinet et elle m'a dit : « Bon voilà, l'examen aura lieu ici, juste deux p'tites questions ». La première était si j'avais déjà eu des rapports, et donc j'ai dit : « Oui, mais seulement avec des femmes ». Et là en fait, ça a tout coupé. Elle a juste pris le téléphone, elle m'a dit : « Attendez je vais appeler votre médecin ». Du coup ça a été expédié en cinq minutes ».

Plus tard, la médecin généraliste a proposé à la participante de faire le frottis si elle le souhaitait. A notre question : « Est-ce qu'elle était d'accord avec la gynécologue sur le fait qu'il n'y avait pas d'utilité à faire cet examen, ou est-ce qu'elle pensait que c'était bien que tu le fasses et c'est pour ça qu'elle t'a proposé de le faire avec elle ? », la femme a répondu : « Ben justement c'est une bonne question parce que je ne sais pas. (...) Ca m'encourage pas du tout à consulter, en tout cas pas un gynécologue (5) ».

Outre l'erreur médicale que constitue la non réalisation du frottis compte tenu de la possible transmission du papillomavirus humain entre femmes, la gynécologue a adopté une attitude de jugement et d'infantilisation de la patiente, prenant l'initiative d'appeler sa médecin généraliste et de dévoiler son orientation sexuelle sans que la femme n'ait consenti, dans une conversation qui l'a clairement exclue du scénario par l'absence de mise en haut-parleur. Aucune information particulière n'a été donnée. Le message délivré à la patiente est en substance : « Pas besoin de réaliser un frottis quand on a des rapports sexuels avec des femmes ». Ce type de situation peut être lourd de conséquences pour la continuité du parcours de santé de la femme.

Parfois, des examens inadaptés sont réalisés, par manque de recueil d'informations auprès de la patiente. C'est par exemple le cas d'une participante qui consulte un gynécologue uniquement lorsqu'il s'agit d'obtenir une ordonnance de dépistage du VIH dans le cadre d'une nouvelle relation homosexuelle.

« J'ai dit que j'avais rencontré quelqu'un mais à l'époque j'étais toujours dans la retenue. Je suis quelqu'un d'assez pudique donc c'est vrai que j'ai toujours peur du jugement ou du regard des autres. Maintenant je suis complètement libérée de tout ça hein. Donc à l'époque, j'étais encore très discrète.

(Vous avez juste parlé d'une relation, vous n'avez pas discuté autour du partenaire, des pratiques... ?) Pas du tout et puis le médecin que j'avais à l'époque, il était très content que je fasse ce dépistage et il a pas posé plus de questions que ça. Il m'a dit d'aller voir le gynécologue et voilà. Il m'a prescrit... Il m'a fait quand même un examen, un examen gynéco et puis voilà quoi.

(Ce gynécologue vous a parlé de contraception ?) Oui.

(Vous lui avez dit quoi ?) Je lui ai dit que j'avais pas besoin de la pilule. Parce que je sais pas, moi, j'ai l'impression d'être tombée sur des personnes... Je dis pas très peu ouvertes, mais voilà, il a pas trop pris le temps de l'échange et peut-être que moi aussi j'ai fermé certaines portes à ce moment-là. C'est difficile hein, vous savez c'est assez complexe les relations, d'être examinée... Le gynécologue il rencontre beaucoup de monde, c'est comme un médecin traitant.

(Donc il n'y a pas eu plus de questions de sa part pour comprendre pourquoi vous n'avez pas besoin de pilule alors que vous venez faire un dépistage IST et donc qu'a priori vous aviez des relations sexuelles ?) Hum...

(Est-ce que vous pensez qu'il a pu imaginer que vous étiez dans une relation avec une femme ?) Alors là... ? (25) ».

Dans cette situation, la qualité de la démarche de dépistage, pourtant très pertinente dans le cadre d'une nouvelle relation, se trouve amoindrie par le fait que le professionnel ne soit centré que sur le VIH, alors qu'une femme ayant des rapports sexuels avec une autre femme, plus encore qu'une femme hétérosexuelle, est davantage concernée par d'autres IST.

Le manque de dispositions entourant l'examen gynécologique

Aucune participante n'a mentionné une attention particulière qui aurait été prise dans la façon d'aborder l'examen gynécologique.

Sur les 23 enquêtées ayant consulté unE gynécologue, 21 ont eu un examen gynécologique à la première consultation. Parmi ces 21 femmes, quatre n'avaient jamais eu de rapports sexuels ; quatre avaient eu des rapports sexuels avec des femmes uniquement et l'avaient mentionné avant la réalisation de l'examen. Pour ces dernières comme pour les autres enquêtées, la question de la pratique de la pénétration vaginale n'a jamais été posée – alors même que l'image d'une sexualité non

pénétrante entre femmes est largement répandue. Par ailleurs, aucune information sur l'utilisation d'un spéculum plus petit n'a été donnée à l'occasion d'un examen gynécologique.

Il arrive que le manque d'empathie et l'absence d'explications hypothèquent une intention peut-être louable du/de la professionnelLE.

(A propos de la consultation gynécologique de sa partenaire)

« Cette gynéco lui a demandé si elle avait des relations sexuelles, donc elle lui a dit : « Oui ». Je crois que c'est elle [la gynécologue] qui lui a demandé si c'était avec un homme, ou alors peut-être que c'est elle [l'amie] qui a dit tout de suite : « Oui mais avec une femme », quelque chose comme ça. Et elle était un peu... un peu brutale je dirais, elle lui a demandé : « Donc ça veut dire que vous êtes vierge ? ». En fait, ma copine n'a pas su quoi répondre. En fait elle savait pas quelle était la réponse à cette question-là, sachant qu'elle n'avait jamais eu de rapport sexuel avec un homme, que par exemple elle avait encore son hymen a priori, elle avait jamais vérifié mais elle avait jamais eu de saignement après un rapport sexuel. Donc elle a pas su quoi répondre, elle a dit : « J'imagine que 'techniquement' oui » ». Et la gynéco lui a dit (prend un ton agacé) : « Bah écoutez je sais pas ce qui se passe dans votre lit, je sais pas ce que vous utilisez, je sais pas ce que vous faites ». Donc voilà, en l'occurrence j'imagine que si j'avais été en face de quelqu'un comme ça, j'aurais pas été très très bien de lui parler de ça.

(...) Je crois bien qu'elle [la gynécologue] a refusé de l'examiner sachant qu'elle avait jamais eu de rapport sexuel avec un homme.

(Elle a ressenti ça comme violent ton amie ?) Oui, bah ouais. C'était assez violent (22) ».

Comme Sylvie Berrut l'a souligné, à défaut d'information, les femmes risquent de penser qu'elles ont été traitées différemment en raison de leur homosexualité alors que ce n'est pas forcément le cas (86). On peut supposer dans cet exemple que la gynécologue n'a pas examiné la patiente en considérant qu'elle n'avait jamais eu de rapports sexuels pénétrants. Pourtant, cela a laissé penser à celle-ci qu'elle avait été moins bien considérée qu'une patiente hétérosexuelle, puisqu'elle n'avait pas eu accès à l'examen gynécologique classique. Le dédain exprimé par la consultante n'y est certainement pas étranger.

3.3 Les trajectoires de soins gynécologiques sont influencées par des facteurs individuels spécifiques

3.3.1 Des échanges restreints sur le sujet avec l'entourage

L'absence de prescription familiale à aller consulter dans le cadre de l'homosexualité

Plusieurs participantes ont rapporté que leurs parents, et en particulier leur mère, ne les avaient pas incitées à consulter un·E gynécologue en raison de leur homosexualité :

« J'étais pas plus au courant que ça en fait, à quoi tenait l'examen, parce que je suis totalement désinformée en fait, parce que... Enfin vu que je n'ai jamais eu de relations avec un homme, en fait, j'ai toujours été en marge finalement du suivi gynécologique, même ma mère ne s'en est jamais inquiétée.

(...) On est d'emblée désengagées, c'est-à-dire que quand on se découvre lesbienne adolescente, ce qui a été mon cas, tout le monde se désengage de ça, c'est-à-dire... Enfin je pense que même en premier les parents ils se disent : « Bon bah alors c'est bon », puisque normalement le premier rendez-vous c'est souvent pour une pilule, donc en fait les parents vont se dire : « Bon bah comme elle va pas avoir besoin de pilule, elle va pas voir le gynéco ». Après cette personne, elle a 18 ans, et à 18 ans c'est un peu à ton bon vouloir, et moi mon bon vouloir à 18 ans, j'ai continué à vivre ma vie. J'avais pas besoin de pilule, en tout cas pour une raison contraceptive, et jusqu'à ce qu'arrive la question du premier examen recommandé ben... On peut très bien passer toute une vie à côté d'un suivi gynécologique, ça c'est sûr (5) ».

Pourtant, l'analyse des parcours gynécologiques des femmes de notre étude révèle que le fait qu'un dialogue ait été établi avec les parents au sujet de la santé sexuelle ou que la mère ait sensibilisé sa fille à l'importance du suivi gynécologique, par exemple lorsqu'il existe des cas de cancer du sein dans la famille, est un facteur protecteur de l'initiation et de la continuité du parcours gynécologique, y compris en cas de mauvaises expériences de consultation.

Un sujet peu discuté entre amies ou partenaires

Il ressort des entretiens que nous avons menés que le sujet du suivi gynécologique est très peu abordé entre femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes :

« J'avais des copines hétéros qui elles étaient très très très au fait de contraception, sexualité, tout ça. C'est des choses dont elles parlaient beaucoup. Elles avaient fait 125 frottis, elles allaient chez le gynéco tout le temps (rires).

(...) Mes amies, mes potes, j'ai pas trop abordé le sujet avec elles donc je saurais pas forcément te dire... Et mes ex euh...

(...) (Est-ce que tu as parlé autour de toi de la consultation ?) Je crois pas, je crois que j'ai gardé ça pour moi. Mes copines hétéros, déjà, je me disais qu'elles étaient pas dans ma problématique, et à ma copine non, j'en ai pas parlé. Mais parce que ça, je suis presque sûre que elle, elle avait pas de gynéco, elle avait pas de suivi. Elle avait un an de moins que moi, et je pense qu'on n'en avait pas parlé (3) ».

Celles qui en ont parlé avec une partenaire et ont incité, ou été incitée, à consulter ont rapporté une plainte somatique :

(A propos d'une Bartholinite*)

« Ca m'est arrivé une fois donc, j'avais ma première copine et ça m'est arrivé... Ca a commencé une nuit (...) j'ai paniqué, et ma copine m'a dit : « Quand même, faudrait peut-être voir »... Et pis j'y suis allée, et comme j'avais très très mal, je suis directement allée au service des urgences.

(A propos d'une récurrence de Bartholinite)

« C'est une autre copine qui m'a poussée à y aller parce que ça a recommencé un an après. Et là, elle m'a dit : « Bah va peut-être voir un gynéco » et j'ai dit : « Bah oui, là ça revient régulièrement » (8) ».

Il semble qu'il y ait une absence de « modèle social » concernant la consultation gynécologique, contrairement aux femmes hétérosexuelles :

« Celles que j'ai autour de moi en tout cas, intégrées dans le milieu lesbien, la plupart ne consultent pas (1) ».

(A propos de ses anciennes partenaires)

« Je crois qu'elles étaient presque pires que moi sur les questions de suivi, mes copines. (...) J'ai l'impression que celles qui avaient une pratique hétéro ou bi étaient beaucoup plus soutenues et qu'en l'occurrence, les filles lesbiennes avec qui je suis sortie étaient plus dans un rapport très méfiant à la médecine (3) ».

« J'en ai parlé un peu autour de moi. J'ai quelques amies qui ont eu des expériences avec des femmes uniquement, et j'ai constaté qu'il y avait beaucoup de femmes lesbiennes qui n'allaient pas consulter un gynécologue. Et je pense que d'une manière générale, les expériences que j'ai entendues autour de moi, c'était pas très rassurant pour m'aider à franchir le pas (11) ».

3.3.2 Un rapport au corps spécifique

Nous avons souhaité explorer le rapport au corps des femmes que nous avons interrogées. Leurs propos ont révélé des problématiques spécifiques qui nous semblent intéressantes à porter à la connaissance des praticienNEs en gynécologie.

Les seins, des attributs féminins que l'on ne se reconnaît pas

Nous avons formulé l'hypothèse que la façon dont les participantes se représentent leur corps de femme pouvait influencer sur la démarche de consultation en gynécologie.

Si cette reconnaissance du corps féminin n'a pas semblé déterminante pour la majorité des femmes, une partie du corps a été évoquée à plusieurs reprises et a retenu notre attention : les seins. Ces attributs symboliques de la féminité sont parfois difficiles à accepter.

« (Est-ce que vous vous sentez femme ?) Oui, mais je suis pas très à l'aise avec ma féminité.

(C'est-à-dire ?) Alors physiquement je suis quand même plutôt féminine. J'ai vraiment un corps féminin, j'ai même une grosse poitrine, mais je supporte pas ce corps trop féminin. J'ai du mal avec ça.

(Ca a toujours été comme ça ?) Bah quand j'étais avec des garçons c'était un atout. C'était un atout aussi de séduction, mais que j'abrase beaucoup maintenant, que j'essaie d'abrase beaucoup maintenant. Je mets plus de décolletés, je mets plus de talons, je mets plus de jupes, je me maquille beaucoup moins qu'avant... Je suis beaucoup beaucoup beaucoup moins féminine que ce que j'ai pu être avant. Et pourtant je reste quand même dans les stéréotypes plutôt féminins (12) ».

« Quand mon corps a commencé à vraiment ressembler au corps d'une femme, mes seins notamment qui étaient assez volumineux, qui... quelque chose qui m'épouvantait beaucoup. J'ai toujours cherché à cacher ça (20) ».

Une participante nous a expliqué sa pratique du bandage des seins qui s'intègre dans son identité de personne non binaire* :

« En parlant avec des gens aussi (...) je me suis posée plus de questions autour du genre. Disons que maintenant, je me définis pas spécialement comme lesbienne, je me définis plus comme non binaire. Depuis un an et demi je porte des binders parfois. Pas tout le temps, notamment quand j'ai... notamment quand je vais avoir mes règles et que j'ai la poitrine qui est plus grosse, ce qui fait que le binder il est impossible à mettre. En plus, le binder me cause parfois des problèmes de dos donc je le mets pas tout le temps. Mais y a des périodes où je le mets tous les jours et plus que les huit heures recommandées. (...) C'est un bandeau qui comprime la poitrine, moi ça me fait quasiment un torse plat (8) ».

Le sentiment de malaise vis-à-vis des seins a plusieurs fois été relié au fait de consulter en gynécologie :

« J'ai un rapport à ça un peu différent aujourd'hui, mais pendant très longtemps non, je me sentais pas complètement être une femme. Tu vois, dans l'appréhension que j'avais envers les gynécos, y avait aussi un truc de « Moi j'avais pas envie d'avoir des règles, j'avais pas envie d'avoir des seins, etc. ». Je préférais avoir un corps neutre d'enfant à l'adolescence (3) ».

(21 ans, n'a jamais consulté)

« (Cette phobie du cancer de sein dont vous me parlez, est-ce que c'est lié à des cas de cancers du sein dans la famille ?) Même pas, même pas. Mais je pense que c'est vraiment lié au fait que j'ai eu du mal à accepter ma féminité, et mes seins en partie. Que du coup c'est quelque chose qui m'angoisse particulièrement, je ne sais pas pourquoi. Et du coup si je ressens une douleur ou si j'ai une boule, quelque chose comme ça, je pense que là j'irai vraiment consulter très rapidement. Mais très souvent on en parle et ça part aux oubliettes donc je ne sais pas dans quel délai... (13) ».

On perçoit bien ici les enjeux du rapport au corps et à l'identité, qui peuvent être parfois plus complexes pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Comme nous l'avons vu à travers le profil des enquêtées, la définition de soi et la réflexion sur le genre revêtent une importance particulière.

Une mise en scène sexualisée du corps en gynécologie

L'examen gynécologique est « un moment délicat de la consultation » (2) : il dévoile le « caché », l'intimité de la femme. Il met en scène à la fois le corps de la femme et le corps du/de la praticienNE à travers un ensemble de postures, de gestes et d'actes. Laurence Guyard a décrit les stratégies de distanciation qui sont opérées : parler pendant le déshabillage de la patiente, ne pas croiser son regard pendant l'examen, etc. (95).

Des participantes ont décrit des examens gynécologiques qui les ont mises très mal à l'aise par le caractère sexualisé qu'elles y ont perçu.

Pour une participante, le fait que le gynécologue soit un homme rendrait cette étape de la consultation particulièrement pénible par l'image de la pénétration coitale et du rapport homme-femme que cela lui renvoie :

« (Est-ce qu'il y a un lien avec le fait d'aller consulter en gynécologie, la santé des femmes, dénuder ce corps... ?) Ah oui, ah oui complètement. Parce que je pense qu'il y a quelque chose de... de se retrouver nue avec quelqu'un au-dessus de vous qui vous pénètre, d'une certaine manière, qui ne peut qu'évoquer l'acte sexuel et que je ne veux pas que ce soit avec un homme quoi.

(La pose de spéculum, le toucher vaginal, ce sont des choses que vous vivez comme une pénétration assimilée à l'acte sexuel ?) Bah ça dépend ce qu'on entend par pénétration, parce que je suis pas non plus dans un truc féministe « il faut que rien ne pénètre rien », mais un peu... Enfin je trouve que ça met dans une position... Je pense que quand on est spectateur de la scène, c'est quand même très coïtal quoi.

(Et donc vous consulterez uniquement des gynécologues femmes et jamais des hommes ?) Oui oui. Ça me mettrait pas mal à l'aise si c'était juste un examen où on parlerait, on me poserait des questions, ou même s'il faudrait juste que je me mette nue mais qu'il ne me touche pas. Ça me dérangerait moins. Mais qu'il me touche, ça me dérangerait, ça me gêne. (...) dans la relation, j'ai l'impression que ça me fait tomber du pied d'égalité, et lui il n'a qu'à se mettre tout nu à ce moment-là.

(Vous n'avez pas ce rapport avec une femme ? Vous n'avez pas l'impression d'être dans un rapport d'inégalité, avec cette femme habillée, vous qui êtes nue ?) Non, non (12) ».

Ce sentiment est exacerbé par le souvenir d'une échographie intra-vaginale réalisée par un médecin homme :

« L'appareil qu'il utilisait c'était vraiment une forme hyper phallique et ça m'a vraiment dérangée. Je pense qu'il a vu que j'étais très mal à l'aise, du coup, il me regardait pas dans les yeux et ça j'ai apprécié qu'il me regarde pas. (...) Là il me regardait pas du tout, il regardait juste l'écran mais c'était hyper gênant parce qu'il faisait comme ça (mime le geste). C'était horrible quoi. Il bougeait... (...) Ça m'a pas traumatisée, j'y pense jamais en me disant : « Ah mon dieu quelle expérience traumatique j'ai vécue », mais juste j'étais très mal à l'aise quoi. Lui, il a été aussi, finalement, je pense, très prévenant. Je pense qu'il a vu que j'étais mal à l'aise. En fait, je pense que si ma gynéco m'avait prévenue : « Bon si jamais on voit pas, peut-être qu'on vous fera une truc intravaginale », j'aurais peut-être été moins... (12) ».

On comprend ici l'importance que revêt la communication entre le/la praticienNE et la patiente à propos d'examens qui sont loin d'être anodins.

Pour une autre participante, son premier toucher vaginal, effectué sans précaution par une gynécologue femme, l'a directement renvoyée à sa sexualité et à la pénétration digitale sur laquelle elle repose :

« Elle m'a pas prévenue en fait qu'elle allait me pénétrer et donc du coup elle a mis un gant et elle m'a pénétrée avec ses doigts. Et j'étais pas du tout préparée à ça. (...) Et puis c'est comme ça que j'ai vécu, avec la pénétration des doigts, ma sexualité principalement... C'était vraiment violent (...) Non j'ai pas eu mal, j'ai pas réagi, j'étais choquée, et en sortant je me suis sentie violée quoi (9) ».

Si la pénétration du sexe de la femme n'est pas une question qui concerne uniquement les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, on perçoit bien ici la résonance qu'elle peut avoir auprès de ces dernières.

Rapport au corps, rapport à soi : l'importance de l'estime de soi pour prendre soin de son corps

Les femmes lesbiennes ou bisexuelles sont nombreuses à avoir vécu des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Elles vivent un stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore stigmatisée et confrontée à des discriminations, qu'elles soient institutionnelles ou individuelles (*minority stress model*) (96,97). Il en résulte très fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires. Cela est particulièrement retrouvé chez la population adolescente, qui doit faire face au trouble et à la recherche identitaire propre à cette période de la vie, en même temps qu'affronter les premiers questionnements sur l'orientation sexuelle et gérer l'annonce de l'homo/bisexualité à l'entourage (98). L'enquête CSF rapporte ainsi que, parmi les 18-24 ans, 89,2% des femmes homo/bisexuelles déclarent avoir été déprimées au cours des 12 derniers mois, *versus* 33,1% chez les jeunes hétérosexuelles (23). Le malaise psychologique serait également un peu plus fréquent chez les femmes dont l'homosexualité n'est pas agie, c'est-à-dire qui sont attirées par des femmes mais non engagées dans des pratiques homosexuelles (99).

Plusieurs participantes ont décrit des troubles dépressifs au cours de leur vie, qu'elles ont à chaque fois reliés au *coming out*.

Pour l'une d'elles, c'est le « *coming out* à soi », à 19 ans, qui l'a plongée dans une dépression pendant neuf mois, l'amenant à consulter plusieurs médecins dont certains n'ont pas mesuré l'enjeu de la situation : « *Ah mais vous savez on peut pas savoir, et puis vous êtes jeune, ça peut passer* » (8).

Pour une autre, c'est la décision, à l'âge de 37 ans, de changer de vie qui a été compliquée à gérer. En couple installé avec un homme et mère de deux enfants en bas âge, il y avait alors « *trop de combats à mener* ». Et puis « *les relations ne [l]'apaisent pas* », parce que « *c'est du grand n'importe quoi quand même, une relation avec une femme* » (20).

Pour une troisième, c'est le décès de ses parents, à qui elle n'a jamais pu révéler son amour pour sa compagne, qui a chamboulé sa vie et nécessité un accompagnement psychologique. « *J'ai perdu ma base. D'autant plus que quand il n'y a pas d'enfants, tu n'es pas toi-même la base d'enfants, tu vois. (...) bah moi ça a été un vide... total, du jour au lendemain* (15) ». A 56 ans, elle reconnaît une mauvaise image d'elle-même et une résistance générale à la consultation médicale : « *Je crois que je m'aime pas, tout simplement (...) Ça peut expliquer le fait que j'ai pas envie d'aller voir un médecin pour me dire : « Est-ce que tout va bien ? Est-ce que mon corps va bien ? », alors que bon mon corps il est pas terrible quoi. Si il marche bah, il marche, tant mieux* (15) ». Elle n'a jamais consulté en gynécologie.

Lors des *focus groupes* réalisés par Sylvie Berrut au sujet de la consultation gynécologique, des femmes avaient souligné que pour prendre soin de soi il fallait s'aimer suffisamment, et que les lesbiennes avaient peut-être une estime d'elle-même plus basse que les autres femmes, ce qui pourrait expliquer qu'elles consultent moins (86).

3.3.3 L'importance particulière du rapport au/à la professionnelle

La relation avec le/la professionnelle est un facteur déterminant dans la continuité et la satisfaction retirée du parcours de santé, pour tousTES. Néanmoins, nous avons vu précédemment que cette relation pouvait être complexe dans le cas des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes consultant en gynécologie.

La crainte d'être jugée après une longue période sans consultation

Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes recourent généralement moins aux soins (gynécologiques) que les autres femmes. L'initiation de la première consultation peut être tardive, le suivi peut être irrégulier voire interrompu après une mauvaise expérience ou un changement du sexe des partenaires. Ces situations peuvent engendrer un sentiment de culpabilité ou de honte et une peur d'être jugée négativement par le/la professionnelle (86).

(A propos de l'appréhension lors d'une première consultation gynécologique à 25 ans)

« Ce qui m'inquiétait, c'est que je n'avais aucun suivi jusqu'à présent. J'arrivais parce que j'avais cette infection et je me demandais comment il allait me recevoir (18) ».

(56 ans, n'ayant jamais consulté)

« Peut-être que le fait de lui dire : « C'est la première fois que je viens vous voir », peut-être que là, elle [la gynécologue] sera un peu choquée. Surtout dans le monde dans lequel on vit maintenant, avec toutes les infos qu'on peut avoir, mais que moi je reçois pas, ça m'intéresse pas.

(Mais ça ne t'empêcherait pas d'aller consulter ?) Bah si j'ai vraiment un gros gros problème je dirais : « Ben tant pis, oui je vais me faire appeler Arthur mais tant pis, on verra bien ». Je me ferai engueuler comme une pauvre petite jeune qui se retrouve enceinte à 15 ans alors qu'aujourd'hui tous les moyens qu'on peut avoir... Enfin bon, je suis assez grande maintenant, à 56 ans, pour lui expliquer, lui dire : « Écoutez si... Je vais aller voir quelqu'un d'autre » (15) ».

Cette crainte peut être couplée à l'appréhension d'un diagnostic de pathologie :

(A propos d'une consultation à 40 ans dans le cadre d'une AMP, après quinze années sans consulter)

« Je n'ai pas menti. Faut dire la vérité. Là, j'étais pas bien dans mes baskets. J'avoue que... J'avais très très peur qu'on me trouve une saloperie.

(Et quelle a été l'attitude des professionnels que vous avez rencontrés ?) Pas négative, mais dans le rappel. De me dire : « Madame, vous avez tel âge, il faut venir Madame ». Ils ont appuyé sur le fait que c'était pas très raisonnable. Je comprends (18) ».

Se tourner vers unE professionnelLE réputéE "lesbian-friendly"

Comme l'ont montré plusieurs études, les femmes ayant des rapports avec des femmes s'attachent souvent à trouver unE professionnelLE de santé ayant une attitude non jugeante vis-à-vis de leur sexualité et étant sensible à leurs besoins spécifiques (100–102). Dans l'étude réalisée en France sur les difficultés rencontrées en médecine générale, 55,7% des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ont déclaré qu'il était difficile de trouver unE gynécologue prenant en compte l'orientation sexuelle (83).

(N'a jamais consulté)

« Sur internet, on peut regarder des sites où il y a beaucoup d'avis. S'il y a des gynécos qui sont spécialisés – je ne sais pas si ça existe – une peu comme les psychologues qui connaissent les questions LGBT, je me dis que s'il y a des gynécos réputés gay-friendly ou des choses comme ça, pourquoi pas. Ça m'enlèverait un poids je pense (13) ».

La présomption d'hétérosexualité ou la crainte (vécue ou anticipée) d'être mal jugée ont conduit un certain nombre de femmes de notre étude à se tourner vers des praticienNEs réputéEs « *lesbian-friendly* »*.

« J'ai une amie qui m'a recommandé une gynéco, mon amie est lesbienne donc je me dis que... Là bizarrement, de me dire que je devais trouver une nouvelle gynéco, je me suis fait la réflexion de me dire que j'aimerais mieux qu'elle me soit conseillée par une de mes amies qui la voyait, et qui savait qu'elle était lesbienne, voilà (12) ».

« Quand t'es dans ce milieu-là [des sages-femmes], t'as la chance de te tourner vers des gens, tu sais... C'est même pas que t'as leur approbation parce qu'en fait la personne qui te soigne elle a pas à approuver ce que tu fais, mais tu sais qu'elle est bienveillante et que... Bah ce que tu fais de ta vie sexuelle, en fait ça rentre pas en compte. Ça doit pas rentrer en compte. Ça doit rentrer en compte dans l'interrogatoire pour orienter ta prise en charge, mais ça doit pas

rentrer en compte dans la façon dont tu vas te comporter. Et quand tu sais que tu vas te tourner vers des gens comme ça, bah tu vas beaucoup plus consulter. Mais moi, oui, des amies qui me demandent des adresses, pour dire : « Est-ce que je peux y aller en toute sécurité ? », y en a plein (6) ».

« C'était le moment où je commençais à plus suivre des réseaux comme Efigies et d'autres réseaux. Et du coup, simplement, j'avais vu sur Facebook un... Déjà je connaissais un peu du milieu (lesbien) une des sages-femmes, et j'avais vu une émission sur 'madmoiZelle' d'elle et son collègue, et qui étaient dans une approche féministe, respectueuse etc. C'est comme ça que j'ai appris qu'on pouvait aller voir aussi des sages-femmes. (...) Et du coup je m'étais dit qu'ils avaient une approche qui allait sans doute me convenir (9) ».

« Je saignais beaucoup pendant l'acte [sexuel], donc là je sortais déjà avec des filles, et du coup j'ai voulu aller voir une gynéco qui était lesbian-friendly. Je sais plus comment j'ai trouvé son adresse. Je crois que j'ai juste tapé genre « lesbian-friendly »... »

(Tu voulais voir quelqu'un d'un peu sensibilisée ?) En fait c'est important pour moi, surtout que... Ben en fait, mes expériences après l'ont prouvé avec les gynéco, c'est que si tu vas pas chez quelqu'un qui est « friendly », je déteste ce mot mais... Qui prétend s'y connaître un peu, tu peux tomber sur des cas quoi. (...) C'était sa remplaçante, et sa remplaçante elle supposait que j'étais hétéro d'abord, avant que je doive le dire en fait. (...) Du coup j'y suis plus jamais retournée en fait (21) ».

Le mécanisme de recommandation de professionnellEs se réalise par le biais du bouche-à-oreille, des réseaux féministes, de listes de soignantEs élaborées à partir du référencement par les femmes elles-mêmes (telles que Gyn&Co¹²) ou de lieux de soins affiliés au tissu associatif LGBTI.

S'inscrire dans un suivi gynécologique lorsque l'on trouve "le/la bonNE praticienNE"

Le sexe du/de la praticienNE n'a pas semblé influencer la démarche de consultation. Certaines participantes consultent chez un homme et d'autres chez une femme, en fonction de leurs préférences ou de leur absence de préférence pour un praticien de l'un ou l'autre sexe. Cet élément n'a pas semblé jouer un rôle déterminant dans le fait de se sentir bien accueillie ou pas en tant que femme homosexuelle, comme l'avait relevé Sylvie Berrut lors de ses *focus groupes* (86).

¹² <https://gynandco.wordpress.com/>
GILES Cécilia

On observe cependant que chez les femmes les plus insérées dans le milieu LBT et féministe, le fait de choisir une femme relève du militantisme et de la dénonciation de l'inégalité des rapports sociaux de sexe :

« Je souhaite que ce soit une femme, et je souhaite même que tout ce qui va toucher à ma santé aujourd'hui, ce soient des femmes. J'ai découvert que j'avais un cerveau en devenant militante et aussi... Oui, cette question du féminisme m'amène à réfléchir sur plein de choses (20) ».

« (Est-ce que c'était un critère pour toi que ce soit une femme ?) Ah oui. Enfin à l'époque, je sais pas, mais en tout cas aujourd'hui, ça l'est. J'irai jamais voir un gynéco mec c'est sûr.

(Pourquoi ?) Bah alors déjà dans la vie de tous les jours, je les fréquente pas. Je vais pas en plus leur montrer mon vagin et tout...

(Même dans un cadre médical ?) Bah en fait, c'est plus politique pour moi. Pourquoi un mec il verrait dans mon vagin alors qu'il essaie de le contrôler... Enfin tu vois, c'est vraiment des grandes lignes, tu vois, mais genre... La sexualité des femmes, ça a été hyper contrôlé par les mecs pendant des siècles et des siècles, je vais pas en plus maintenant aller voir un mec qui va me parler de ma chatte et tout, comme s'il connaissait ça mieux que moi. Alors que concrètement, je connais pas forcément moins que lui ce que c'est qu'un vagin. Y a des trucs que [sic] tu peux pas parler avec un mec gynéco comme tu peux parler avec une femme gynéco. C'est comme parler du lesbianisme avec des lesbiennes et parler du lesbianisme avec une hétéro, tu vois (21) ».

L'essentiel, pour les participantes, c'est bien de trouver « le bon » ou « la bonne » professionnelle qui donnera l'envie de consulter régulièrement.

(A propos de son parcours gynécologique)

« Je dirais du coup que c'est plus le « bonne expérience, j'ai un bon suivi », « mauvaise expérience, j'arrête jusqu'à ce que j'aie plus le choix », puis « re-bonne expérience donc je continue » quoi (10) ».

« Je vais chez le gynéco mais j'ai pas un suivi très régulier. En fait, j'ai trouvé pour la première fois une gynéco qui me convient et je suis allée la voir une seule fois pour l'instant. Mais avant, à chaque fois, je voyais une personne une fois, parce qu'en sortant j'étais pas satisfaite (9) ».

« (Est-ce que tu penses qu'il y a un intérêt pour les femmes qui ont des rapports avec des femmes à consulter en gynécologie?) Bah je pense qu'il y a un intérêt mais je dirais que, enfin... Je trouve que c'est tellement compliqué de trouver un gynécologue qui va pas être jugeant et qui va mettre à l'aise et qui va être respectueux, que... Je trouve que ça a un intérêt uniquement si on tombe sur des gens comme ça. Sur des gens traumatisants, vraiment c'est contre-productif (9) ».

« Il faudrait que ce soit simplifié. (...) Je me suis rendue compte qu'en fait, moi, dans mon parcours, c'était un point qui était soit un point aveugle, soit un point qu'on regarde pas trop quoi, parce que c'est compliqué. Et je pense que si on pouvait simplifier les rapports des femmes lesbiennes, ou plutôt du corps médical aux femmes lesbiennes et à leur sexualité et tout ça, ce serait bien. Ce serait une bonne chose (3) ».

Très souvent, la rencontre avec une personne bienveillante constitue un moment charnière dans le parcours gynécologique. Cela entrouvre la possibilité, pour l'avenir, de consulter dans une perspective de prévention et de gestion autonome de sa santé, et non plus uniquement lorsque l'on apparaît contrainte, pour traiter un symptôme ou pour réaliser un désir d'enfant.

« Je pense qu'une fois qu'elles [les lesbiennes] y vont, si elles trouvent un praticien qui leur correspond, qui leur explique la prévention, etc., globalement, en tout cas l'expérience des femmes que j'ai autour de moi, elles vont clairement faire leur frottis. Si elles en comprennent bien l'intérêt, pour le coup ça se fait (6) ».

« C'est vrai que le gynéco qui a suivi Claire¹³, franchement j'ai vraiment accroché. On a accroché toutes les deux. Il est vraiment bien. C'est lui a fait l'accouchement. On est dans une confiance mutuelle. Du coup, je me suis un peu lancée. Il m'a dit : « A l'année prochaine », j'ai dit : « Ok » (...) Ça m'a rassurée de trouver ce gynécologue. Maintenant, je me sens mieux (18) ».

¹³ Le prénom a été modifié.

Conclusion

Nous avons souhaité explorer les déterminants et l'expérience de consultation gynécologique de femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Nos hypothèses relatives à un *impensé du corps gynécologique*, à l'influence des facteurs individuels dans les parcours de santé ainsi qu'à l'invisibilisation des pratiques sexuelles de ces femmes se trouvent confirmées par les entretiens que nous avons menés.

Ainsi, la santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et leur inscription dans un parcours gynécologique constituent un point aveugle de la politique de santé publique. L'absence de discours préventif à l'intention de ces femmes nourrit leur sentiment d'une absence de risques et leur moindre recours aux pratiques de protection et aux dépistages. Nous avons constaté que cet *impensé du corps gynécologique* se trouve renforcé par un défaut d'information et de guidance par les professionnelLEs de santé ; les manques de formation et de réflexion autour de la déconstruction des rôles socio-sexuels et des stéréotypes de genre apparaissent être les principales causes.

Cet état de fait expose les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes de manière accrue aux inégalités sociales de santé. En effet, celles qui sont les plus insérées dans le réseau lesbien bénéficient d'une information et d'un soutien qui n'ont pas d'équivalents dans la sphère publique. Les jeunes femmes dont l'homosexualité est connue des parents ne sont pas incitées, pour la plupart, à consulter en gynécologie. Notre analyse montre que ce sont les expériences de l'hétérosexualité, de la maternité ou l'apparition d'une symptomatologie gynécologique qui sont généralement les prescriptrices de la démarche de consulter. L'inscription dans un suivi gynécologique et la continuité de celui-ci sont donc fortement dépendantes des trajectoires individuelles.

Enfin, il apparaît singulièrement une absence de « modèle social » à consulter en gynécologie parmi les femmes lesbiennes. La centralité de la norme contraceptive ainsi que la difficulté à trouver un espace pour dialoguer ouvertement de son orientation sexuelle et de ses besoins pourraient l'expliquer. De la même façon qu'elles décrivent une invisibilité au sein de l'espace public, les femmes de notre étude rapportent une sexualité souvent déniée pour celles qui se dévoilent en consultation gynécologique. L'émergence de listes de soignantEs référencéEs par les patientes ainsi que l'ouverture d'espaces de consultations dédiés aux lesbiennes, bisexuelles et transgenres* contribuent à orienter les femmes dans la recherche d'unE praticienNE ouvertE à la diversité des orientations sexuelles.

Les femmes qui ont des relations homosexuelles ne constituent pas un groupe homogène. Cependant, dans leur diversité, elles semblent avoir des risques accrus sur certains aspects de la santé gynécologique ainsi que sur le plan des violences. Nous avons également relevé des problématiques spécifiques dans le rapport au corps et à la consultation gynécologique, qu'il nous semble intéressant de porter à la connaissance des professionnelLES. Ces problématiques pourraient-elles se retrouver chez d'autres catégories de femmes n'appartenant pas à la catégorie dominante consultant en gynécologie (par exemple les femmes obèses, les femmes âgées...) ? Comment s'articuleraient les mécanismes dévoilés face à ces patientes aux caractéristiques individuelles différentes ?

Il n'est pas question de préconiser *une* approche particulière pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais plutôt une approche centrée sur la personne prenant en compte les différences individuelles. Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant et d'aborder sans *a priori* et de manière non jugeante les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre*. Le dialogue permet d'adapter les conseils de prévention, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles, puisque celles-ci ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée. Devant des pratiques inconnues que la patiente peut révéler, le questionnement de la part du/de la professionnelLE peut être pris comme une marque d'intérêt s'il est empathique. Le fait de prendre conscience de ses propres préjugés et de la manière dont les spécificités des patientes peuvent conduire à des inégalités de santé nous paraît essentiel. Cette démarche professionnelle sera profitable à l'ensemble des femmes qui consulteront en gynécologie.

Les sages-femmes sont directement concernées par le sujet. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention en font des praticiennes de premiers recours pour la majorité des femmes. De la même façon, ce n'est pas parce que l'aide médicale à la procréation n'est pas autorisée en France pour les couples de femmes que celles-ci renoncent à leur projet de fonder une famille. Les évolutions législatives attendues dans ce domaine pourraient venir renforcer un peu plus la place des sages-femmes auprès de cette population.

Des supports d'information sur la santé sexuelle des femmes ayant des rapports avec des femmes existent. La brochure « Tomber la culotte »¹⁴, élaborée par le Kiosque Infos Sida et Sida Info Service grâce à un financement de l'INPES, propose aux femmes des conseils, des témoignages et des adresses utiles. Le dépliant « L, le suivi gynécologique des lesbiennes »¹⁵, réalisé par le CRIPS Ile-de-

¹⁴ Disponible à l'adresse suivante : <http://www.lekiosque.org/le-kiosque/item/268-tomber-la-culotte>

¹⁵ Disponible à l'adresse suivante : http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=coll_see&id=538

France, est également intéressant à mettre à la disposition des femmes dans une salle d'attente de consultation médicale. Ces supports paraissent tout aussi utiles aux praticienNEs pour acquérir des connaissances de base sur le sujet. A cet égard, il nous semble essentiel que le « Mémo à l'attention des gynécologues sur la santé sexuelle des femmes qui aiment les femmes »¹⁶ (annexe 3), édité par le collectif suisse Les Klamydia's, soit largement diffusé auprès des (étudiantES) sages-femmes et gynécologues françaisES.

¹⁶ Disponible à l'adresse suivante : <https://www.klamydias.ch>
GILES Cécilia

Bibliographie

1. Billon A, Laborde F. Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui [Internet]. Délégation aux droits des femmes du Sénat; Juill 2015 [consulté le 30 décembre 2015]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2014/r14-592-notice.html>
2. Rouméas M-A. L'examen gynécologique : deux femmes en présence. In: Rouméas M-A. A l'écoute du corps et de la parole des femmes. Yves Michel. Gap; 2007. p. 113-31.
3. Lachowsky M. Gynécologie psychosomatique, gynécologie et psychosomatique ? Gynecol Obstet Fertil. Déc 2003;31(12):1043-6.
4. OMS. Définition de la santé sexuelle [Internet]. 2018 [consulté le 13 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle - Agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
6. Giami A. Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels. Sexologies. Juill 2015;24(3):45-53.
7. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre Sex Société [Internet]. Juin 2009 [consulté le 12 mai 2018];(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/951>
8. Membrado M. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. Nouv Quest Féministes. 2006;25(2):16-31.
9. Andro A, Bachmann L, Bajos N, Hamel C. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. Nouv Quest Féministes. 2010;29(3):4-13.
10. Clair I. Pourquoi penser la sexualité pour penser le genre en sociologie ? Cah Genre. Juin 2013;54(1):93-120.
11. Revillard A. L'identité lesbienne entre nature et construction. Rev Mauss. 2002;19(1):168-82.
12. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Rev Med Suisse. 2011;7:1712-7.
13. Agence européenne pour les droits fondamentaux. Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne - Chiffres pour la France [Internet]. 2013 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://fra.europa.eu/fr/publication/2014/enquete-sur-les->

personnes-lgbt-dans-lue-enquete-sur-les-personnes-lesbiennes-gays

14. La santé des LGBT, un tabou médical [Internet]. Lemonde.fr. 13 mars 2017 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : http://abonnes.lemonde.fr/sciences/article/2017/03/13/la-sante-des-lgbt-un-tabou-medical_5093851_1650684.html
15. Le grand malaise des LGBTI face au monde de la santé [Internet]. Libération.fr. 16 janv 2018 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2018/01/16/le-grand-malaise-des-lgbti-face-au-monde-de-la-sante_1622823
16. Aller chez le médecin, prendre soin de sa santé : le parcours semé d'embûches des personnes LGBT [Internet]. Huffingtonpost.fr. 17 janv 2018 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/2018/01/17/pour-les-personnes-lgbt-aller-chez-le-medecin-prendre-soin-de-sa-sante-un-parcours-seme-dembuches_a_23335703/
17. Entre « méfiance » et « humiliation » : le parcours du combattant des personnes LGBTI chez le médecin [Internet]. Francetvinfo.fr. Mars 2018 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/choix/enquete-franceinfo-entre-mefiance-et-humiliation-le-parcours-du-combattant-des-personnes-lgbti-chez-le-medecin_2595434.html
18. Perrin C. Isabelle Mimeault : Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes. *Nouv Quest Féministes*. 2006;25(2):123-7.
19. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet]. SOS homophobie. 2015 [consulté le 16 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/edito/enquete-sur-la-visibilite-des-lesbiennes-et-la-lesbophobie>
20. Steele LS, Timmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract*. Déc 2006;23(6):631-6.
21. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice? *Womens Health Issues*. Déc 2013;23(6):e341-6.
22. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. Mai 2013;13:442.
23. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. *Pratiques, genre et santé*. La Découverte. Paris; 2008. 612 p. (Hors Collection Social).
24. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N. Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL) 2011. InVS, ANRS; 2011.
25. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual orientation disparities in Papanicolaou test use among US women: the role of sexual and reproductive health services. *Am J Public Health*. Févr 2014;104(2):e68-73.
26. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *J*

Gomens Health. Févr 2010;19(2):229-37.

27. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, et al. Reproductive health screening disparities and sexual orientation in a cohort study of U.S. adolescent and young adult females. *J Adolesc Health*. Nov 2011;49(5):505-10.

28. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, et al. Influence of Hormonal Contraceptive Use and Health Beliefs on Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use. *Am J Public Health*. Févr 2014;104(2):319-25.

29. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 12 déc 2014 [consulté le 12 mai 2018];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276097/>

30. INCa. Module de formation e-learning sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus [Internet]. [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation>

31. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. Lesbians' Sexual History With Men: Implications for Taking a Sexual History. *Arch Intern Med*. Déc 1999;159(22):2730-6.

32. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. Oct 2000;76(5):345-9.

33. Bauer GR, Welles SL. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health*. Août 2001;91(8):1282-6.

34. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005;Vol. 33(10):776-82.

35. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. Cigarette Smoking Among Lesbians, Gays, and Bisexuals: How Serious a Problem? (United States). *Cancer Causes Control*. Oct 2004;15(8):797-803.

36. Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. Adult health behaviors over the life course by sexual orientation. *Am J Public Health*. Févr 2012;102(2):292-300.

37. Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK, King BA, Alexander T, Zhao X. Tobacco Product Use Among Sexual Minority Adults: Findings From the 2012-2013 National Adult Tobacco Survey. *Am J Prev Med*. Avr 2016;50(4):e91-100.

38. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. *J Urban Health*. Sept 2006;83(5):970-9.

39. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam*

Med. Déc 2000;9(10):1043-51.

40. Matthews AK, Brandenburg DL, Johnson TP, Hughes TL. Correlates of underutilization of gynecological cancer screening among lesbian and heterosexual women. *Prev Med.* Janv 2004;38(1):105-13.

41. Robinson K, Galloway K, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG.* Févr 2017;124(3):381-92.

42. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* Juin 2001;91(6):947-52.

43. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pr.* Juin 2000;50(455):481-2.

44. Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, et al. Abnormal Pap tests and human papillomavirus infections among HIV infected and uninfected women who have sex with women. *J Low Genit Tract Dis.* Janv 2014;18(1):50-6.

45. Hodson K, Meads C, Bewley S. Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* Févr 2017;124(3):393-402.

46. Chan SK, Thornton LR. Likely female-to-female sexual transmission of HIV--Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014;63(10):209-12.

47. Lhomond B. Lesbiennes et VIH : une mise au point. *Triangul'ère.* 2002;(3).

48. Collet M. Des besoins de santé ignorés. *J Sida.* 2008;(204).

49. Marrazzo JM, Stine K, Wald A. Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians. *Sex Transm Dis.* 2003;30:890-5.

50. Campos-Outcalt D, Hurwitz S. Female-to-female transmission of syphilis: a case report. *Sex Transm Dis.* Févr 2002;29(2):119-20.

51. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* Juin 2004;80(3):244-6.

52. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health.* Juill 2011;101(7):1284-90.

53. Meyers D, Wolff T, Gregory K, Marion L, Moyer V, Nelson H, et al. USPSTF recommendations for STI screening. *Am Fam Physician.* Mars 2008;77(6):819-24.

54. LeFevre ML, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* Déc 2014;161(12):I-30.

55. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. Juin 2015;64(RR-03):1-137.
56. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician*. Juill 2006;74(2):279-86.
57. Power J, McNair R, Carr S. Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Cult Health Sex*. Janv 2009;11(1):67-81.
58. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet*. Janv 2013;120(1):42-5.
59. Devillard S. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST [Rapport de stage]. Université Toulouse Le Mirail; 2011.
60. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin*. Oct 2015;65(5):384-400.
61. Boehmer U, Miao X, Maxwell NI, Ozonoff A. Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open*. Mars 2014;4(3):e004461.
62. Dibble SL, Roberts SA, Robertson PA, Paul SM. Risk factors for ovarian cancer: lesbian and heterosexual women. *Oncol Nurs Forum*. Févr 2002;29(1):e1-7.
63. Dibble SL, Roberts SA, Nussey B. Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Womens Health Issues*. Avr 2004;14(2):60-8.
64. Clavelle K, King D, Bazzi AR, Fein-Zachary V, Potter J. Breast Cancer Risk in Sexual Minority Women during Routine Screening at an Urban LGBT Health Center. *Womens Health Issues*. Août 2015;25(4):341-8.
65. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. Déc 2013;13:1127.
66. Fohet C, Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynecol Obstet Fertil*. Mars 2004;32(3):228-32.
67. Lhomond B. Qu'est-ce qu'un rapport sexuel? Remarques à propos des enquêtes sur les comportements sexuels. *Mots Lang Polit*. 1996;49(1):106-15.
68. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Éditions La Découverte. Paris; 2003. 356 p.
69. Eguavoën S. Femme et lesbienne : quels enjeux? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique [Internet] [Mémoire]. Département de Maïeutique, Université Versailles Saint-Quentin-

- en-Yvelines; 3 juill 2015 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998/document>
70. Baille R, Chalier J. Entretien avec Michel Bozon, « Remettre son corps ». *Esprit*. Août 2017;7:45-7.
71. Sandfort T. Homosexual and bisexual behavior in European countries. In: Hubert M, Bajos N, Sandfort T, (ed) Homosexual and bisexual behavior in European countries. UCL Press. London; 1998. p. 68-105.
72. Lhomond B, Michaels S. Homosexualité/hétérosexualité : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux USA. *J Anthropol*. 2000;(82-83):91-111.
73. Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, Whitlock E, Charney P, Carter RA. Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. *Arch Fam Med*. Oct 2000;9(9):843-53.
74. Rothblum ED, Factor R. Lesbians and their sisters as a control group: demographic and mental health factors. *Psychol Sci*. Janv 2001;12(1):63-9.
75. Chetcuti N. *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Payot. 2010. 300 p.
76. Garcia M-C. Natacha Chetcuti, « Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi ». *Lectures* [Internet]. 2011 [consulté le 12 mai 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1337>
77. ILGA. Lesbian and bisexual women's health: common concerns, local issues [Internet]. 2006 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/lesbian_and_bisexual_womens_health_report.pdf
78. Conseil de l'Europe. La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe [Internet]. Déc 2011 [consulté le 12 mai 2018] p. 145. Disponible sur: https://www.coe.int/t/commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_fr.pdf
79. Lebas I. Éducation à la vie affective et sexuelle à l'école. *Dialogue*. 2011;193(3):89-100.
80. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Paris: Haut conseil de la santé publique; mars 2016 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=550>
81. Bousquet D, Laurent F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. Paris: Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000367/>
82. HCSP. Évaluation du Plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010-2014 [Internet]. Paris: Haut conseil de la santé publique; 2016 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=547>
83. Jedrzejewski T. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à GILES Cécilia

leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Internet] [Thèse]. Université Paris Diderot; 18 oct 2016 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5210_JEDRZEJEWSKI_these.pdf

84. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouv Quest Féministes*. Oct 2010;29(3):44-57.

85. Agénor M, Muzny CA, Schick V, Austin EL, Potter J. Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Prev Med*. Févr 2017;95:74-81.

86. Berrut S. Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande [Internet] [Mémoire]. Université de Genève; 2016 [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://doc.rero.ch/record/259101>

87. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian--does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. Mars 2007;25(1):58-62.

88. McNair RP, Hegarty K, Taft A. From silence to sensitivity: a new Identity Disclosure model to facilitate disclosure for same-sex attracted women in general practice consultations. *Soc Sci Med* 1982. Juill 2012;75(1):208-16.

89. Delebarre C. A propos du « Lesbian bed death »: quelles réalités sexuelles chez les FSF ? Résultats de l'enquête SexoFSF [Internet]. AFRAVIH 2018 - 9ème Conférence sur internationale francophone VIH/hépatites; 4 avr 2018 [consulté le 12 mai 2018]; Bordeaux. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=YkfVjN5Qax0>

90. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique [Thèse]. Université Paris X Nanterre; 9 déc 2008.

91. Besnier A. La violence féminine, du vécu au transmis. L'Harmattan. Paris; 2004. 200 p.

92. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social, *Sexual Violence Against Women and Homosexuality : Male Violence and Social Control*. *Nouv Quest Féministes*. 2013;32(1):46-63.

93. Bajos N, Bohet A, Guen ML, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Popul Sociétés*. Sept 2012;(492):4.

94. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(4):238-43.

95. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psy*. Sept 2002;27(3):81-92.

96. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. Sept 2003;129(5):674-97.

97. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. The Impact of Institutional

Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *Am J Public Health*. Mars 2010;100(3):452-9.

98. Bozon M. *Sociologie de la sexualité*. Nathan. Paris; 2002. 128 p.

99. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. In: *Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires* [Internet]. Agence nationale de recherche sur le sida. Paris; 2003 [consulté le 12 mai 2018]. (Collection Sciences sociales et sida). Disponible sur: http://semgai.free.fr/doc_et_pdf/homo_anrs_crips2004.pdf

100. Saulnier CF. Deciding who to see: lesbians discuss their preferences in health and mental health care providers. *Soc Work*. Oct 2002;47(4):355-65.

101. Mulligan E, Heath M. Seeking open minded doctors - how women who identify as bisexual, queer or lesbian seek quality health care. *Aust Fam Physician*. Juin 2007;36(6):469-71.

102. Seaver MR, Freund KM, Wright LM, Tjia J, Frayne SM. Healthcare preferences among lesbians: a focus group analysis. *J Womens Health*. Mars 2008;17(2):215-25.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il s'inscrit dans le cadre d'une **recherche sur le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes**, pour l'obtention du diplôme de sage-femme. L'objectif de mon étude est de **connaître votre expérience en matière de suivi gynécologique, qu'elle soit positive ou négative**. Ces résultats pourront servir à **améliorer l'information** autour de la santé gynécologique et à **sensibiliser/former les professionnels** à l'accueil des femmes.

Sentez-vous à l'aise pour répondre le plus honnêtement possible, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous êtes gênée par une question, vous êtes libre de ne pas y répondre. **Toutes les informations** recueillies dans le cadre de cet entretien **resteront confidentielles** et **l'ensemble des propos seront anonymisés** lors de la publication des résultats de l'étude.

I. EXPERIENCE DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

Pour rentrer dans le vif du sujet...

A. [Connaissance des modalités et des recommandations en matière de suivi gynécologique](#)

I.A.1. Que pouvez-vous me dire du suivi gynécologique d'une femme ? Comment cela se passe-t-il ? Quels sont les examens qui peuvent être réalisés ?

I.A.2. Qu'est-ce qu'une femme attend du suivi gynécologique (si elle en attend quelque chose) ?

B. [Expérience personnelle du suivi gynécologique](#)

I.B.1. En ce qui vous concerne, avez-vous actuellement un suivi gynécologique ?

I.B.2. **(Si oui)** A quand remonte votre dernière consultation (que ce soit avec un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme) ?

(Si non) Avez-vous déjà consulté pour un motif gynécologique, que ce soit avec un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme (en cabinet ou à l'hôpital) ?

(Si a déjà consulté) Reprendre le fil du suivi gynécologique depuis la dernière consultation jusqu'à la première consultation (ordre anti-chronologique), en s'adaptant au parcours et à la mémoire de l'interviewée.

(Si n'a jamais consulté) Se rendre directement à la question **B.35.** du guide d'entretien.

Pour l'ensemble du suivi, interroger les paramètres suivants :

Les déterminants de la démarche de consultation

I.B.3. Qu'est-ce qui vous a amené à consulter ?

I.B.4. Avez-vous été encouragée à consulter par une ou plusieurs personne(s) de votre entourage ?

I.B.5. Aviez-vous des craintes, des appréhensions ?

I.B.6. Comment avez-vous choisi le/la professionnel-le à consulter ? Qui était-il/elle ?

La relation avec le/la professionnel-le de santé

I.B.7. Comment vous êtes-vous sentie accueillie par le/la professionnel-le ?

I.B.8. Comment caractériseriez-vous la relation qui s'est instaurée entre vous ?

Le dévoilement de l'orientation sexuelle

I.B.9. Avez-vous évoqué votre orientation sexuelle ?

I.B.10. Est-ce lui/elle qui vous l'a demandé ou avez-vous pris l'initiative de lui en parler ?

I.B.11. Comment le lui avez-vous dit ?

I.B.12. A quel moment de la consultation lui en avez-vous parlé ?

I.B.13. Pensiez-vous que c'était une information importante à lui communiquer ?

I.B.14. Vous êtes-vous sentie à l'aise au cours de cet échange ?

La prise en compte de l'orientation sexuelle au cours de la consultation

I.B.15. Comment s'est déroulée la consultation ?

I.B.16. Si le sujet avait été évoqué, avez-vous le sentiment que votre orientation sexuelle a été prise en considération dans le déroulement de la consultation ? Qu'est-ce qui vous amène à le penser ?

I.B.17. Comment s'est déroulé l'examen gynécologique ?

I.B.18. Quels sont les dépistages qui vous ont été proposés ?

I.B.19. Quelles sont les informations qui vous ont été données ?

I.B.20. Vous a-t-on donné des adresses ou orientée vers des lieux/associations ressources en lien avec l'homosexualité ?

I.B.21. Quelles sont les prescriptions qui vous ont été faites ?

Le vécu de cette expérience de consultation

I.B.23. Au final, comment caractériseriez-vous cette expérience de consultation gynécologique ?

I.B.24. Avez-vous échangé avec d'autres à propos de cette expérience de consultation ou de sujets relatifs à la gynécologie (famille, ami(e)s, partenaire, professionnels, associations, internet/forums...) ?

En retraçant l'histoire personnelle du suivi gynécologique, penser à interroger les ruptures et continuités :

I.B.25. Quel âge aviez-vous lors de votre première consultation gynécologique ?

I.B.26. A quelle fréquence avez-vous consulté ?

I.B.27. Y a-t-il eu des périodes où vous avez beaucoup consulté ou pas du tout consulté ?

I.B.28. Si oui, comment l'expliquez-vous ?

I.B.29. Qu'est-ce qui vous a incité à reprendre un suivi gynécologique s'il y a eu une ou plusieurs périodes d'interruption ?

Si cela n'a pas été abordé auparavant, recueillir l'expérience dans les domaines suivants :

I.B.30. Avez-vous déjà utilisé une méthode de contraception ?

I.B.31. Avez-vous déjà réalisé une interruption volontaire de grossesse ?

I.B.32. Avez-vous déjà réalisé des dépistages pour les infections sexuellement transmissibles ?

I.B.33. Avez-vous déjà eu un examen des seins et/ ou un frottis dans le cadre du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ?

I.B.34. Avez-vous un projet de maternité ?

(Si n'a jamais consulté)

I.B.35. Quelles sont les raisons qui vous ont amenée à ne pas consulter en gynécologie ?

I.B.36. Pensez-vous que certains événements (de santé, la conception d'un enfant...) pourrait vous amener à consulter un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste ?

I.B.37. Parlez-vous de ces sujets avec d'autres (famille, ami(e)s, partenaire, professionnels, associations, internet/forums...) ?

II. REPRESENTATIONS DE SOI

J'aimerais maintenant que vous me parliez de vous, de la représentation que vous vous faites de vous-même et de votre sexualité.

A. Identification en tant que femme et rapport au corps (de femme)

II.A.1. Est-ce que vous vous sentez être (une) femme ? Quel est votre rapport à la féminité ?

II.A.2. Vous sentez-vous à l'aise avec votre corps ? Diriez-vous que votre rapport au corps est plutôt apaisé, conflictuel... ?

II.A.3. Quel est votre rapport au toucher, à la nudité, à la pudeur ?

B. Orientation sexuelle : attirances, comportements, identité

II.B.1. Si l'on considère l'ensemble des partenaires que vous avez eus, quel était leur sexe ?

Que pouvez-vous me dire de ces relations, brièvement ?

II.B.2. Aujourd'hui, quelles sont vos pratiques en matière de sexualité ? Avez-vous des rapports homosexuels et/ou hétérosexuels ?

II.B.3. En termes d'attirance, de désir, diriez-vous que vous êtes attirée plutôt par des femmes ou par des hommes ? Si vous êtes attirée par les deux, est-ce de manière équivalente ou avez-vous plus de désir pour l'un ou pour l'autre ?

II.B.5. Est-ce que cela a toujours été ainsi ou bien cela s'est modifié dans le temps ?

II.B.6. Vous identifiez-vous en tant que lesbienne ?

C. Affirmation de l'orientation sexuelle vis-à-vis du reste du monde

II.C.1. Avez-vous révélé votre homosexualité à votre entourage (familial, amical, professionnel) ? Comment cela s'est-il passé ?

II.C.2. Comment vous sentez-vous dans ce rapport aux autres ?

II.C.3. Fréquentez-vous des associations, des lieux de socialisation lesbiens ?

III. REPRESENTATIONS DE LA SANTE GLOBALE ET LA SANTE GYNECOLOGIQUE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions plus générales.

A. Comportements de santé

III.A.1. Qu'est-ce que la « bonne santé » selon vous, si elle existe ?

III.A.2. Quelle importance accordez-vous à la santé au quotidien (habitudes de vie, consultation de professionnels..) ?

III.A.3. Dans votre famille, est-ce qu'il y avait/a un discours sur la santé, la prévention... ?

III.A.4. Avez-vous un médecin traitant ? Si oui, quels rapports entretenez-vous avec lui ?

B. Perceptions de la santé gynécologique

III.B.1. Qu'est-ce que la « santé gynécologique » selon vous ?

III.B.2. Pensez-vous qu'il y ait un intérêt, pour une lesbienne ou une femme ayant des rapports sexuels avec des femmes, à aller consulter en gynécologie ?

Est-ce différent ou semblable aux femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?

III.B.3. Avez-vous déjà vu ou reçu des informations sur le suivi gynécologique des lesbiennes ou des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?

Si oui, où ?

Si non, pensez-vous qu'il existe des lieux ou des supports où l'on peut trouver une information destinée à ces femmes ?

IV. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Pour conclure, j'aurais besoin de renseignements très simples vous concernant.

IV.1. Quel âge avez-vous ?

IV.2. Exercez-vous une profession ou êtes-vous en formation ? Si oui, laquelle ?

IV.3. Quel est votre niveau d'études ?

IV.4. Avez-vous une couverture maladie ? Une mutuelle ?

IV.5. Dans quel type de logement habitez-vous ?

IV.6. Dans quelle ville résidez-vous ? (*grande ville, ville moyenne, petite ville, village...*)

Dans quelle ville avez-vous grandi (enfance, adolescence, début de vie adulte) ? (*grande ville, ville moyenne, petite ville, village...*)

IV.7. Êtes-vous célibataire, en couple, pacsée, mariée, divorcée ?

IV.8. Avez-vous des enfants ?

Merci beaucoup d'avoir partagé votre expérience dans le cadre de cette étude. Avant de clore cet échange, avez-vous des **remarques complémentaires sur les points que nous avons abordés ?** Pensez-vous à **des questions que je n'aurais pas posées et qui vous sembleraient pertinentes pour le sujet ?**

Annexe 2 : Texte de présentation de l'étude pour l'appel à participation

Bonjour,

Dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme, je souhaite recueillir l'expérience de femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en matière de suivi gynécologique.

Toutes les expériences sont les bienvenues, que vous ayez actuellement un suivi régulier ou que vous en ayez eu un par le passé, que vous ayez ponctuellement consulté pour un motif gynéco ou que vous n'ayez jamais consulté. Plus la diversité des parcours sera grande, plus riche sera cette recherche !

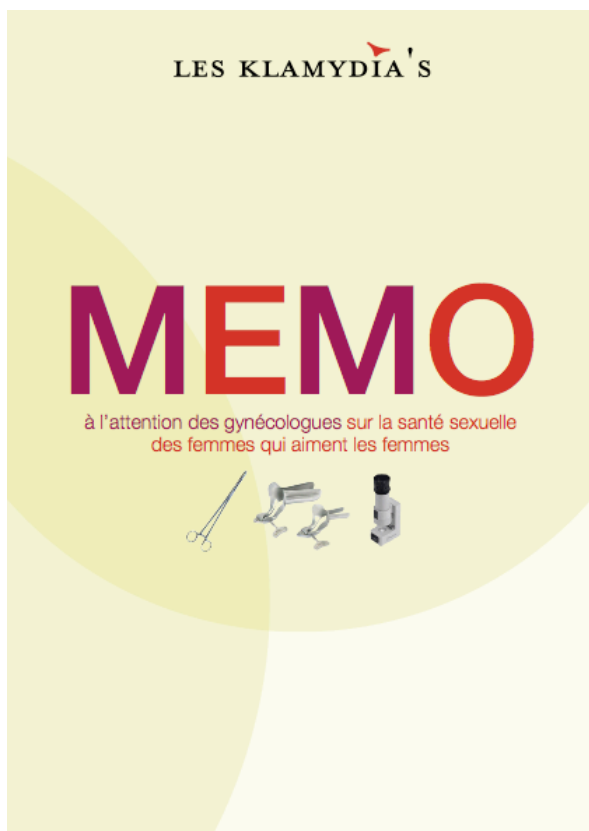
L'entretien peut s'effectuer en face à face, par téléphone ou par Skype. Il dure environ 1 heure. L'ensemble des propos recueillis resteront bien entendu confidentiel et seront anonymisés lors de la rédaction du mémoire.

Merci de me contacter si vous vous sentez concernée par ce sujet (giles_cecilia@yahoo.fr) et/ou de partager largement cet appel autour de vous !

Très bonne semaine,

Cécilia

Annexe 3 : Support d'information - Les Klamydia's



Introduction

Il n'est pas toujours évident pour les femmes* qui aiment les femmes de parler de leur sexualité à leur gynécologue. Il est pourtant important que la ou le gynécologue dispose de quelques informations sur leur vie sexuelle afin de mener à bien sa consultation. Certaines femmes ne se sentent pas accueillies dans leur spécificité et n'osent plus consulter. Ces expériences négatives peuvent constituer un frein dans leur accès aux soins et avoir des conséquences sur leur santé.

Ce mémo à l'attention des gynécologues se propose de rappeler les besoins spécifiques des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) en matière de santé sexuelle et de regrouper quelques informations qui pourraient leur être transmises lors des consultations.

* L'emploi du mot « femme » a été choisi dans ce document pour en alléger la lecture. Notre propos inclut toute personne qui s'identifie comme femme et toute personne qui se sent concernée, indépendamment de son identité de genre, de son orientation sexuelle, de l'aspect de ses organes génitaux ou des termes qu'elle utilise pour se définir.

1. Quelques rappels

- Si la/e médecin n'est pas à l'aise avec l'orientation ou la vie sexuelle de sa patiente, elle/il ne devrait pas hésiter à lui proposer de consulter un confrère/une consœur.
- Au contraire, si elle/s'il se sent à l'aise avec l'orientation et la vie sexuelle que peuvent avoir ses patientes, elle/il peut le signaler dans sa salle d'attente (par exemple par un petit drapeau arc-en-ciel).
- Lors de l'entretien, la/e gynécologue adoptera un langage inclusif et laissera à la patiente la possibilité de dire qu'elle a des rapports sexuels avec des femmes (si l'entretien suit l'ordre de questions suivant: « Vous avez des rapports sexuels ? Vous avez un mode de contraception ? Vous n'avez pas de désir d'enfant ? », elle/il risque de mettre une FSF mal à l'aise tout en ayant l'impression que la patiente n'agit pas de manière responsable). Exemple de question ouverte qui laisse la possibilité à la patiente de dévoiler son orientation sexuelle: « Avez-vous un ou une partenaire ? ».
- Il se peut que la patiente, quel que soit son âge, ne soit jamais allée, pour différentes raisons (mauvaise expérience, sous-estimation de la nécessité du suivi, appréhension), chez un-e gynécologue auparavant ou que sa dernière consultation remonte à plusieurs années. La valorisation de sa démarche actuelle pourra favoriser un suivi régulier.
- Il se peut que la patiente soit une personne transgenre. Il est alors recommandé d'utiliser les termes et le genre qu'elle emploie pour parler d'elle-même. Il est important qu'une femme transgenre sous hormonothérapie et/ou ayant eu une vaginoplastie puisse être suivie par un-e gynécologue et qu'un homme transgenre ayant conservé tout ou une partie de ses organes génitaux féminins et/ou n'ayant pas eu de mastectomie puisse l'être également.

- Certaines FSF ont, occasionnellement ou non, des relations sexuelles avec des hommes et peuvent pour cette raison avoir besoin d'une contraception. D'autres souhaitent prendre une contraception induisant une aménorrhée (exemple: la pilule en continu) pour des raisons de confort.
- Des études ont montré que près des trois-quarts des FSF ont ou ont eu à certaines périodes de leur vie des partenaires sexuels masculins, et souvent des partenaires multiples et à risque. Proposer un test VIH peut donc avoir tout son sens.
- Certaines FSF pratiquent la pénétration, d'autres pas. Il ne faut donc pas hésiter à proposer d'utiliser un spéculum plus petit.
- La sexualité en elle-même n'a pas d'incidence sur le risque de développer un cancer du sein. Les FSF présentent cependant plus de risques d'être concernées par le cancer du sein dans la mesure où elles ont moins souvent un enfant avant l'âge de 30 ans. En outre, certaines études indiquent que les FSF consomment en moyenne plus de tabac et d'alcool que les autres femmes.
- Si une patiente confie à son médecin qu'elle vient de faire son coming out et qu'elle traverse pour cette raison une phase difficile, elle/il pourra lui suggérer de s'adresser à une des associations lesbiennes, gaies, bi et trans locales et lui remettre des flyers. Ces associations sont à même de prendre le relais sur ces questions.
- Les FSF peuvent aussi avoir un désir d'enfant. L'insémination avec donneur n'étant pas autorisée en Suisse pour les couples de femmes et les femmes célibataires, certaines femmes se rendent dans des pays où cela est possible comme la Belgique ou l'Espagne. Certaines peuvent aussi avoir eu un ou plusieurs enfant-s issu-s d'une précédente relation avec un homme ou souhaiter en avoir dans le cadre d'un projet de coparentalité (par exemple un couple de femmes et un couple d'hommes ou un homme seul qui conçoivent et/ou élèvent un/des enfant-s ensemble).

2. Quelques informations à destination des FSF pouvant être mentionnées lors de la consultation

Une femme qui a des relations sexuelles avec des femmes devrait être suivie par un-e gynécologue
Le contrôle gynécologique et des seins est préconisé pour toutes les femmes – quelle que soit leur sexualité – et qu'elles aient une sexualité ou non.

Un rapport sexuel sans pénétration comporte des risques de transmission d'infections sexuellement transmissibles
Il est possible d'attraper une IST ou une vaginite lors d'un rapport sexuel entre femmes (certaines caresses, cunnilingus, tribadisme, pénétration, anulingus, etc.). Les plus courantes sont les mycoses, les condylomes, la chlamydia, l'herpès, le trichomonas et la gardnerella. Même s'il est moindre que lors de relations hétérosexuelles, le risque qu'une femme transmette le VIH à une autre lors de relations sexuelles existe néanmoins (contact de muqueuses avec du sang, dont le sang des règles). La transmission d'autres IST est en revanche nettement plus fréquente. Il est donc recommandé également aux FSF de se faire dépister régulièrement pour les IST et de se faire vacciner contre l'hépatite B et les HPV. Si la patiente contracte une IST, sa ou ses partenaires devront également être traités.

Il existe des moyens de protection pour éviter la transmission des IST entre femmes
Les digues dentaires protègent efficacement contre plusieurs IST lors de rapports buccaux-génitaux ou buccaux-anaux. Etant donné qu'il est très difficile de s'en procurer dans les pharmacies, une alternative consiste à utiliser du film alimentaire (autre que celui pour le micro-ondes qui est poreux) ou de fabriquer un rectangle de latex avec un préservatif masculin ou féminin coupé dans sa longueur après avoir respectivement ôté le réservoir et les anneaux.
Comme il peut être embarrassant de proposer à une partenaire d'utiliser une digue dentaire – et de fait peu de femmes l'utilisent – il est nécessaire de consulter régulièrement la/e gynécologue pour un contrôle, notamment un dépistage des IST. En cas de douleurs, démangeaisons, brûlures ou d'écoulement anormal, il faut prendre rendez-vous rapidement avec la/e gynécologue.

Les jouets sexuels se nettoient avec du savon
Toutefois le savon ordinaire ne suffit pas à supprimer tous les germes présents sur un sex toy. Il est conseillé après le lavage au savon de le nettoyer avec un désinfectant adapté.
De manière générale, il est conseillé de recouvrir les sextoys d'un préservatif (à utiliser avec du lubrifiant à base d'eau) et de le remplacer à chaque changement de partenaire et/ou d'orifice.



Vous trouverez plus d'informations à partir de ce lien: www.klamydias.ch
Rubrique: Ressources / Pour les professionnels de la santé
Rubrique: Ressources / Suivi gynécologique & cancers
Contact: lesklamydias@gmail.com

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'État. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.