



HAL
open science

Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

Lisa Piccon

► To cite this version:

Lisa Piccon. Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03135006

HAL Id: dumas-03135006

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03135006>

Submitted on 8 Feb 2021

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Lisa PICCON

Le 23 janvier 2020

**Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès
des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des
femmes (FSF)**

Directeur de thèse : Dr PERROLLAZ Cyril

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr MARES Pierre
Dr MILLION Emilie
Dr PERROLLAZ Cyril

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Lisa PICCON

Le 23 janvier 2020

**Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès
des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des
femmes (FSF)**

Directeur de thèse : Dr PERROLLAZ Cyril

JURY

Président : Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs : Pr MARES Pierre
Dr MILLION Emilie
Dr PERROLLAZ Cyril

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard		

CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUICHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. »

Simone de Beauvoir

« Il est indispensable de lire des auteures noires, en respectant les productions de connaissances et en se permettant de penser le monde par d'autres « verres optiques » et d'autres géographies de la raison. C'est une invitation à construire un monde dans lequel la différence ne signifie pas l'inégalité. Un monde où existent d'autres possibilités d'existence qui ne sont pas marquées par la violence de la mise sous silence et de la négation. Nous voulons coexister afin de construire de nouvelles bases sociales. Au final, nous cherchons à amplifier le concept d'humanité. »

Djamila Ribeiro, Chroniques sur le féminisme noir.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury ,

A Monsieur le Professeur **LAMBERT Philippe**, merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse. Je vous remercie surtout, en m'ayant accueillie dans votre cabinet médical pendant six mois, de m'avoir permis de prendre confiance en ma pratique, en ma relation avec les patients et pouvoir enfin me lancer pleinement dans le métier de généraliste. Et merci de m'avoir fait découvrir le monde de la médecine sociale, en ayant pu travailler au sein de l'association Solidarité Urgence Sétoise avec ses Lit Halte Soins Santé et son point Santé, un exercice que j'espère sincèrement réexpérimenter dans ma vie professionnelle.

A Monsieur le Professeur **MARES Pierre**, merci de me faire l'honneur de participer au jury de ma soutenance de thèse. Je vous remercie de présider et organiser un diplôme inter-universitaire didactique et important permettant le partage d'un savoir de gynécologie médicale et obstétrique aux médecins généralistes. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur **MILLION Emilie**, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon Jury. Je vous remercie pour votre aide lors des prémises de mon travail de thèse, de m'avoir aidée à organiser mes idées, à les formuler et enfin d'organiser ma grille d'entretien, un précieux outil pour ce travail. Je vous remercie de votre engagement auprès des nombreux futurs docteurs en médecine générale.

A Monsieur le Docteur **PERROLLAZ Cyril**, merci de t'être lancé dans cette aventure avec moi. Merci pour ton soutien constant, tes messages rapides au moindre questionnement ou doute, merci pour ta présence tout au long de ce travail, nos cafés Gazette et discussions intéressantes. J'espère que nos échanges ne se termineront pas avec ce travail.

A tous ceux qui m'ont aidé à effectuer ce travail,

Aux douze médecins généralistes qui m'ont offert leurs témoignages précieux, un temps pris entre deux consultations ou sur le temps de pause pour simplement m'aider.

Aux militants LGBTIQ+ et de prévention en santé sexuelle, patiente et chercheurs qui ont accepté de prendre leur temps pour répondre à mes questions et m'aiguiller dans le début de mon travail : Hélène, Marie, SOS homophobie, Coraline Delebarre, Thibaud Jedrzejewski, Candice Thiaudière. Un grand merci.

A Pr Laurent Visier pour son aide dans l'abord du sujet et l'orientation de la grille d'entretien.

Aux enseignants et professionnels qui continuent à m'apprendre la médecine générale,

Docteur Monique Toulemonde, tu m'as appris la consultation avec l'Enfant. Ton savoir, ta bienveillance avec les enfants et leurs parents, toujours les rassurer et leur redonner confiance, ta douceur lors des examens cliniques, des éléments que j'essaye de garder toujours avec moi.

Docteur Michel Guardiola, merci de m'avoir appris, quand j'étais encore un peu jeune, l'esprit critique, la réflexion, la tolérance et le respect du patient.

A l'équipe de médecine polyvalente de Caremeau : Docteurs Dorra Mnif, Marion Rougier, Thierry Baumes, Valérie Ray et toute l'équipe soignante, Coco, Céline, Jessica, Julie, Laura, Leila, Messa, Mimi, Delphine. Merci pour ce semestre, ok on n'était pas très nets ... (je pense que ça vient de vous)... mais merci pour cette belle ambiance, tout ce que vous nous avez appris, ce soutien entre les différents membres de l'équipe, un travail de collaboration entre tous, malgré un quotidien passionnant mais difficile et fatiguant. Merci pour ce bel exemple de travail d'équipe qui marche.

A l'équipe du Trait d'union et alors-CDAG du CHU de Strasbourg, qui m'ont fait découvrir durant un court stage d'externat un exercice que j'ai voulu retrouver ensuite.

A toute l'équipe du CeGIDD du CHU de Montpellier et Dr Vincent Tribout, pour m'avoir accueillie aussi gentiment durant mon stage de SASPAS, et bel et bien fait confirmer ce dans quoi je voulais m'investir. Et qui m'a fait croiser le route de Cyril !

Aux Docteurs Labau-Donnet et Cadhillac, qui m'ont aussi accueilli dans leurs cabinets médicaux et offert leurs connaissances pendant ce stage de SASPAS.

Aux Docteurs Vignal, Rigal, Cosma et Kerr pour leur accueil, pour avoir pris sur leur temps de travail pour répondre à mes questions, continuer à m'apprendre, et appuyer ma pratique en gynécologie dans le cadre du DIU de formation complémentaire à la gynécologie. Je vous remercie.

Aux médecins que j'ai ou continue à remplacer, grâce à qui je continue à apprendre leur métier de généraliste fait de savoir, d'expérience mais aussi d'humanité et de respect : Éric, Caroline, Michel, ainsi que Bénédicte, Marie-Hélène, François, Sébastien, Antoine, et **leurs secrétaires**, qui, elles aussi, me font découvrir ce métier, vu par un autre regard, Lidwine, Mégane et Sandrine.

A ma famille,

A mes parents, désolée Père je ne suis pas devenue une artiste, Mère a gagné...Mais j'en suis heureuse. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, fait découvrir, nos voyages, des principes, l'envie d'apprendre toujours et d'écouter. Et de respecter. Peut-être un peu trop de bizarrerie ?... Je crois que je peux dire que j'ai eu de la chance et que je peux vous remercier, vous avez fait de nous trois des personnes pas trop mal ! (Ah et merci pour cette aide en fin de course maman !) A votre éternelle patience, robustesse et sagesse malgré les va-et-vient houleux de la vie. Merci.

A mes deux. A Pierre et Ivan. Vous m'en avez fait voir de toutes les couleurs. Mais qu'est-ce qu'on est devenus forts tous les trois. Indestructibles. On est un peu des bras cassés, mais en vrai c'est du béton armé. A vous, de l'esquimau et la petite victime des deux grands jusqu'au sociologue (ou-je-ne-sais-pas-quoi)-taupe et programmeur(ou-je-ne-sais-pas-quoi)-fouilleur de sons. Et c'est sûr, à nos encore-nombreux crustacés chez Roger, arrosés de paillettes, à venir ! Ivan, un immense merci pour toutes tes relectures sacrément impressionnantes tout au long de ce travail.

A ma grand-mère Anne-Marie, merci pour tout ce que tu as et continues à m'apprendre et me faire découvrir, pour cette blanquette et cette alcôve toujours disponibles et réconfortantes quand je viens. Merci pour toutes ces merveilleuses vacances où tu as dû nous supporter les trois ensemble et a fait de nous de grands acteurs !

A ma grand-mère Mimi, à mes deux Grands-pères Bon-papa et Grand-papa.

A la famille Sylvain, Kanaé et Matthew, qui grossit de mois en mois, à nos vacances et galettes bretonnes à faire faillir tout le Finistère, à nos crackers post-catamaran. **A Michel.**

A la famille De Saint-Martin pour nos vacances à la Ribaute et goûters chez Claudie. A la famille **Lercher.** Au futur mariage, Tristan! **A Laura.**

A mes amis,

A mes piliers, mes gardes du corps, Mireille et Marie. Big up Chèvre mystique et Biche Flamboyante ! On en a bravé des choses ensemble. Arrosées ou non. Hurlant (enfin surtout une des trois) ou calmement. Même si y en a une qui va rider la vague je ne sais où dans le monde et l'autre qui nous fait la descendance au Brésil. On n'est pas sorti de l'auberge. Merci. Merci des millions de fois. Et même plus. Et à vos piliers respectifs à vous, **Thiago (Lui !) et Guillaume**, qui subissent vos forces indestructibles mais qui vous rendent heureuses. Je les remercie aussi. Et à mon filleul, **Cilian** (y'en a qu'un hein ?) le plus beau même, le plus legau, le plus beau des alsacien-brésilien. S'il bronzait un peu, on serait content quand même. Et à ma poupée.

Aux familles Duverger et Sabrié qui m'ont gardée sous leurs ailes pour de nombreuses vacances, repas et autres nuitées-film du mardi soir-parce mercredi-y'avait-pas-école (bon, en vrai, on parlait, on dormait pas !)

Aux petits poissons du lycée, Agathe, Siret, Marjorie, Marie frétilants à la découverte du monde, tous frais sortis de leur boîte des Pontonniers, la plus belle boîte à sardines du monde. A nos épopées estoniennes, portugaises, bretonnes et bischwilleroises. A nos rires de hyènes, à notre deuxième Agathe, à notre Thon PH et son gros chat, à notre thon au gouda. A vous aussi je lève ma plus belle tartine !

Et merci à tous **les copains des Pontos, Pfaff**, à ta vie d'aventures (ouais,ouais je viendrai rider un jour la pfof avec toi (hoho)) **A Catherine, Marlène. A toi Pauline et ton Olivier**, on est bien d'accord que Eckbolsheim, bon, ok, après Strasbourg, c'est la plus belle ville du monde hein ? **Elsa**, à toi qui m'as fait prendre confiance au pouvoir du Postérieur, à ta vie de passions, à **Reynaldo** que je découvre chaque fois un peu plus et avec plaisir.

Mathou le cachou à nos pâtes du lundi avec Marie, à nos couchers matinaux et observations du monde qui se lève tôt. A nos discussions, enfin les tiennes, interminables. Et encore, quand tu te décideras à redescendre, à encore beaucoup d'autres histoires interminables ! **Léa** la kiné au cœur beaucoup trop gros, garde -le au chaud quand même.

Alex, petit raton, mon co-dindo, à nos aventures à Eckbolsheim, en interrail, à Paris, à Montréal et avec la mère Angèle et son balai. Je t'attends chaque été pour une session Montpelliéraine je te préviens. Et en attendant, à très bientôt avec notre petit prince-très blond-brésilien.

Julia, mon poulet, mon nugget, mon chapon, ma dinde de Noël. Que puis-je dire ? De l'aquarium à la ferme réunionnaise à poules, qu'il s'en est passé des choses ? Que du bon, du croustillant, un vrai sot-l'y-laisse...Et voilà qu'elle aussi elle nous fait la descendance au bout du monde...M'enfin mon petit doigt me dit que bébé poussin va nous faire des petites odyssées à nos rencontres ?

Agathon, Musaraigne Solitaire, à Olivier et au gros chat (on l'a déjà dit), taggué sur ses chaussures, continue à construire ta petite vie strasbourgeoise, mais viens donc tâter du soleil sudiste un peu quand même.

A Emma, mon amie ! Qu'est-ce qu'ils ont été chouettes nos voyages ! A notre nouvel an-tisane, nos ascensions vertigineuses réunionnaise avec la **Chloé** et avec ton sac de chameau J'attends ta prochaine dispo mon amie ! M'enfin m'est avis que là aussi on est pas sorties de l'auberge hein... **Camille**, à notre binôme super efficace de D4... A toi aussi tes discours interminables de fin de soirées, à ton célèbre carottage de brosse à. Et puis à **Dany**, et **votre petit bout** qui va pas tarder. Hâte de le rencontrer celui-là aussi. A mes copains de P2-D1, **Laura** et **Mauricio**. Et à **Marie R** et **Marion** pour ces fabuleuses et enchanteresses soirées au penthouse.

A Chloé et **Capucine**, aka Hamster Tonique et Marmotte Bienheureuse, pour notre voyage magique au Sénégal qui restera au chaud dans ma mémoire pour encore bien bien longtemps...Merci A l'accueil de l'hôpital Le Dantec, à Hamidou, à la famille Thiam, Joe, et à Amdy. A mon anniversaire sous les étoiles.

A mes HADG. Finalement, ç'était que trois ans, mais qu'est-ce qu'on aura ri, qu'est-ce que j'aurai grandi (bizarrement). Et qu'est-ce que je m'en serai cassé des genoux et des chevilles (même si c'est bulotin qui reste maîtresse en la matière) . Turn around ! A Bandy, à Fury, Olive, Bül, Claire, Chat fou, Ivy, Fanny, Wawa et toutes qui continuent à faire vivre la roulette et les beaux principes de ce sport.

A STRASBOURG, LA PLUS BELLE VILLE DU MONDE.

A mes montpellierains,

A carêmeau, le point repère, le début de cette histoire. T'étais pas beau, mais qu'est-ce qu'on a de chouettes souvenirs tous ensemble ! Aux cointernes **Loïc**, **Léa**, **Camille**, **Marine**, **Chris**.

Aux copains qui continuent, **Antonia** à ta re-nouvelle vie Marseillaise, t'inquiète dès que la chaleur arrive, nous voilà ! **Léo** mon p'tit ! A ton courage, tes engagements et tes bouquins, reviens un peu plus sur Montpellier, ç'est pas bon de rester trop dans le Nord. **Marion** à ta petite famille qui s'agrandit, à ton ptit jeune homme tellement attachant et à Bernard ! **Momo** à tes différentes passions, t'as l'air bien dans tes baskets avec toutes ces casquettes !

Camille T, je vais le répéter, mais merci, merci à Golum, cet être sans limite qui nous fait rêver pour des siècles et des siècles à venir. A ta passion pour le poumon, cet « organe magique » et tous les moyens que tu te donnes, à nos discussions intéressantes et ce festival encrassé. A beaucoup d'autres j'espère. **A Arnaud**.

A **Mathilde** et sa nouvelle vie grenobloise! **Isa**, continue à parcourir les îles paradisiaques du monde entier, mais finis peut-être un jour ton internat ? **Charlotte**, mon ptit chauve, merci pour ce semestre magique, je crois que ça aurait été un peu moins drôle sans nos convoitages et tes bizzareries, continue, ne deviens pas trop sérieuse! **Marjorie**, que je suis contente d'avoir fait ce DIU avec toi, on a pu se voir comme ça, parce que Font-Romeu ca va bien un ptit temps hein. Et si tu pars, repasse par Montpellier, toujours !

Victor, à nos discussions interminables et passionnantes, ca me manque un peu maintenant que tu es parti à la reconquête de la capitale ...Profite de tout ça, éclate-toi professionnellement. Mon p'tit doigt me dit qu'on va pas en rester là. Hâte de lire ta thèse...

Aux Death Pouffes et Cccyx Lexis pour leurs accueils chaleureux et échappatoires !

Aux queens du DanceFloor. C'est par le dancefloor qu'on s'est rencontrées, rendons César à César hein.

Queen D, aka Dallal, Merci pour ta générosité, ton humanité, même si nos cafés-pensées me fatiguent des fois, qu'est-ce que c'est passionnant. Tu nous fais trois fois le tour du monde par an, mais t'inquiète, nous on est là, on t'attendra toujours. A ta famille adorable.

Queen O, aka Ouahida, ouais, ouais je vais y revenir à ces cours de Salsa, tu feras la pirouette déhanchée que j'en serai à répéter les pas. On va y arriver. A ta nouvelle vie, ton petit appart et son angelito en bonus! Voyons ce que tu nous réserveras après ta periode de reflexion post-thèse !

Aux gais lurons, de sacrés énergumènes pas vraiment normaux, à leurs totems parfaits.

Camille, Gazelle tonitruante, merci pour tes envies de tout faire, ta soif de vie, même si faut que je me pose de temps en temps, continue ! On parle de Golum, mais glorifions l'Australopitèque, absent pour quelque mois, mais je sais que je le retrouverai. Je te remercie aussi pour tes engagements, ta délicatesse cachée et tes attentions lors de nos discussions qui me sont aussi chères. Merci de nous avoir présenté **Louis**, Panthère (loup dirons les autres, quel pléonasme...) taciturne, moins tonitruant ça on est d'accord, mais intéressant, respectueux, qui fera un super père. A votre petit qui ne va pas manquer d'amour, et que j'ai bien hâte de prendre dans mes bras. JE SERAI UNE SUPER MARRAINE (les games sont lancés !)

Eva, Lamentin penseur, mon petit ! Merci pour cette longue période de soutien de thèses, nos échanges tellement cools et constructifs. Bon, là j'avoue je vais complètement vous abandonner avec Lulu la musaraigne, hors de question que j'y retourne ! Blague à part, merci pour toute nos discussions passionnantes, ton intérêt pour les autres, tes engagements sans faille : si je n'achète plus de bouteille en plastique, c'est que je crains ton courroux !

Lionel, Tortue farfouilleuse, continue à fureter, inventer, créer, mais viens te reposer avec nous autour d'une petite bière des fois. A **Souâd** que je compte bien continuer à connaître !

Lucille, Musaraigne rêveuse, continue à rêver et à nous offrir à manger dans ton antre. A tes prochaines aventures enchantées. Merci pour ta gentillesse, et tes observations attentives. Ourson Grincheux, Colin, continue de grincher, on rigolera bien.

Pauline, Moineau Perfide, on sait bien que ton stratagème d'aller en Bretagne, c'est encore une de tes malices ! N'embête pas trop les petits bretons, et reviens plutôt. J'ai une revanche de Scrabble à faire. Merci pour tes blagues, ton petit rire, une belle nouvelle vie à toi !

A todos mis nuevos amigos que encontré con suerte aquí en Montpellier, **Chamita Vecina Raubelk**, nos vemos pronto en Bedarieux pero ven a comer aquí también ! **Alexceli**, (y **Joris!**) cada vez un placer de verte, que lo que, y venir en tu casita de Annemasse. A tu mami y sus glandules increíbles ayaya...**Inelsi mi hija** ! Sisi vamo pronto pa tu casa, dedo cruzado. **Alejandra, Dario**, y **Mari** también un placer de conocerlos, gracias a Pamela, espero que vamos a seguir así.

A Pamela, mon pilier, mon petit havre de paix et réconfortant là-haut dans le poulailler, merci pour ta patience ces derniers mois, merci pour ton soutien qui ne s'arrête jamais, tellement fort, et pourtant je l'ai usé... Merci de rendre toujours tout tellement plus agréable, de me faire voir les choses avec tes mots. Y por hacermé sancochito, habichuelitos con arrozito...A tu familia.

Une porte qui se ferme, maintenant on va en ouvrir de bien plus belles!

« Mais arrêtez de dire que . Jimmy aime qui elle veut .

Et Jimmy va bien car Jimmy sait que désormais

Elle ira loin, aux côtés de celle qu'elle a choisi

Et Jimmy va bien car Jimmy sait que désormais

Elle ira loin , aux côtés de celle qu'elle a choisi » Aloïse Sauvage.

REMERCIEMENTS	p.16
SOMMAIRE	p.23
DEFINITIONS	p.26
ABREVIATIONS	p.27
PREAMBULE	p.29
I. INTRODUCTION	p.30
<u>I.1. CADRE CONCEPTUEL</u>	p.31
I.1 .1 Femmes qui ont des rapports sexuels avec des Femmes (FSF).....	p.31
I.1.2. Le médecin généraliste.....	p.33
I.1 3. La consultation de la Femme chez le généraliste.....	p.37
<u>I.2. CONNAISSANCES ANTERIEURES</u>	p.40
I.2.1. Contexte historique.....	p.40
I.2.2. Prise en charge française actuelle de la FSF.....	p.51
I.2.3. Particularités de santé principales et inégalités.....	p.53
<u>I.3. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS</u>	p.61
II. MATERIELS ET METHODE	p.62
<u>II.1. REALISATION DE L'ENQUETE</u>	p.62
II.1.1 Sélection des participants.....	p.62
II.1.2. Guide d'entretien.....	p.63
<u>II.2. METHODE DE RECHERCHE</u>	p.63
II.2.1. Choix de la méthode	p.63
II.2.2. Recueil des données.....	p.64
II.2.3. Retranscription des entretiens.....	p.64
II.2.4. Analyse des données.....	p.65
II.2.5. Détermination de la problématique et Méthode bibliographique.....	p.65

III. RESULTATS.....	p.66
<u>III.1. A PROPOS DES PARTICIPANTS.....</u>	p.66
III.1.1 Déroulé des entretiens.....	p.66
III.1.2. Les participantes.....	p.67
<u>III.2. LA SANTE DE LA FEMME.....</u>	p.69
III.2.1. Représentations de leur pratique vis-à-vis de la Santé de la Femme...p.69	
III.2.2. La pratique quotidienne.....	p.71
<u>III.3. DE LA CONNAISSANCE DE LA SANTE DE LA FEMME A LA COMPREHENSION DE LA PATIENTE FSF.....</u>	p.74
III.3.1. Apprentissages de la Santé de la Femme, quid de la place de la FSF..p.75	
III.3.2. Construction de sa propre connaissance comblant le manque théorique.....	p.78
III.3.3. Des élaborations cognitives pour faire face au non-connu.....	p.79
III.3.4. Comparaison avec les autres patients LGBT, pour comprendre la patiente FSF.....	p.81
<u>III.4. ABORDER L'ORIENTATION SEXUELLE DE SES PATIENTES, DES REPRESENTATIONS A LA PRATIQUE.....</u>	p.84
III.4.1. Comprendre le regard du médecin.....	p.85
III.4.2. Abord de son orientation sexuelle par la patiente FSF, les représentations du médecin.....	p.89
III.4.3. Abord du sujet par la médecin.....	p.92
III.4.4. En pratique, aborder l'orientation sexuelle en consultation.....	p.97
<u>III.5. LA CONSULTATION DE LA PATIENTE FSF.....</u>	p.102
III.5.1. Représentations des patientes FSF par les médecins.....	p.102
III.5.2. Pratique au quotidien avec les patientes FSF.....	p.106
III.5.3. Réflexions empiriques sur la santé des patientes FSF.....	p.112
<u>III.6. DES REGARDS SUR LE SUJET DE L'ETUDE.....</u>	p.123
III.6.1. Remises en question de l'étude.....	p.123
III.6.2. Apparition de problématisations lors des entretiens.....	p.124
III.6.3. Enoncés de besoins.....	p.125
III.6.4. Enoncés de propositions.....	p.127
IV. DISCUSSION.....	p.131

<u>IV.1. RESULTATS PRINCIPAUX</u>	p.131
IV.1.1. Ne pas identifier : la non-évocation de l'orientation sexuelle et l'invisibilité de la population FSF.....	p.131
IV.1.2. De la Femme à la FSF, des réalités distinctes.....	p.131
IV.1.3. Des difficultés et des inégalités par la non-systématisation des prises en charge.....	p.132
IV.1.4. Vers une problématisation et des propositions.....	p.132
<u>IV.2. FORCES ET LIMITES</u>	p.133
IV.2.1 Les limites	p.133
IV.2.2. Les forces.....	p.135
<u>IV.3. LITTERATURE ET OUVERTURES</u>	p.139
IV.3.1. L'invisibilité de la patiente FSF jusqu'à son exclusion empêche la prise de conscience médicale.....	p.139
IV.3.2. Les dysfonctions de la prise en charge actuelle.....	p.147
IV.3.3. Identifier ou ne pas identifier ?.....	p.156
<u>IV.4. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES</u>	p.160
IV.4.1. Aider à lutter contre les discriminations.....	p.160
IV.4.2. Apporter les outils aux médecins généralistes.....	p.160
IV.4.3. Une médecine sensibilisée et communautaire.....	p.166
IV.4.4. Amélioration des connaissances et de la protection des patientes FSF.....	p.168
CONCLUSION	p.171
BIBLIOGRAPHIE	p.172
ANNEXE 1	p.179
ANNEXE 2	p.180
ANNEXE 3	p.182
SERMENT	p.183
PERMIS D'IMPRIMER	p.184
RESUME	p.185

DEFINITIONS

Inégalités Sociales de Santé (ISS) : Différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.).

Les inégalités sociales de Santé ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social (1).

Maïeutique : Dans la philosophie socratique, art de conduire l'interlocuteur à découvrir et à formuler les vérités qu'il a en lui (2).

Paralogisme : Raisonnement faux dans sa forme (2). A l'instar de ce paralogisme connu « Tout ce qui est rare est cher. Un cheval bon marché est rare. Donc un cheval bon marché est cher. »

Outing : Révélation de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité de genre d'une personne LGBT à l'insu de cette dernière ou contre son gré (3).

ABREVIATIONS

AMG : Association des Médecins Gays

APA : American Psychiatric Association (anglais)

ATSEM : Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles

CeGIDD : Centre Gratuite d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIM : Classification Internationale des Maladies

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CT : Chlamydiae Trachomatis

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DIU : Dispositif Intra-utérin

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (anglais)

DU : Diplôme Universitaire

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FIV : Fécondation In-Vitro

FMC : Formation Médicale Continue

FSF : Femmes qui ont des rapports sexuels avec des Femmes

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

HSH : Hommes qui ont des rapports sexuels avec des Hommes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISS : Inégalité Sociale de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBTIQ+ ((anciennement, et encore parfois, LGBT) : Lesbienne Gay Bisexuel(le)
Transgenre Intersexe Queer et autres

MSM : Mujeres que tienen Sexo con Mujeres (espagnol)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de Santé

OS : Orientation Sexuelle

PACS : Pacte Civil de Solidarité

PCR : Polymerase Chain Reaction (anglais)

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéfience Acquise (Ancienne appellation du VIH.
Actuellement, un des stades du VIH)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Family Doctor. Caring for people (anglais)

WSW : Women who have Sex with women (anglais)

Préambule

Nous tenons à préciser que la question de la transidentité n'a pas été abordée dans cette étude. La définition de FSF inclut pourtant les personnes transgenres (l'identité de genre ne présuppose pas de son orientation sexuelle). Elle sera évoquée à quelques reprises de façon spontanée par des participantes.

Ainsi lorsque l'on évoquera les « femmes » et les « hommes », nous sous-entendrons cisgenre.

Ce choix a été fait car la question médicale de la prise en charge de personnes transgenres nécessitait une bibliographie propre à cette population (particularités endocriniennes, chirurgicales, législatives, sociales, anciennement psychiatriques, etc...). Par ailleurs, aborder la question de la minorité des FSF étant complexe en entretien, du fait des nombreuses hésitations et méconnaissances des professionnels rencontrés, aborder la question des personnes transgenres FSF, risquait de complexifier davantage le propos et par conséquent d'entraver la bonne conduite de notre projet initial.

I. INTRODUCTION

« Mais pourquoi me faut-il savoir que la patiente est « FSF », comme tu dis ? En tant que généraliste, je prends pourtant en charge toutes les femmes, et de la même manière, non ? »

Voici ce qui venait à l'esprit de mes amies et collègues remplaçantes en médecine générale avec qui nous avons traversé l'internat, lorsque nous évoquions nos expériences respectives de nos différents remplacements, en milieu rural, en ville, en Maison de Santé Pluridisciplinaire ou autre. Ces échanges portaient sur des problématiques médicales, théoriques, techniques, sociales, ou éthiques, des situations qui nous avaient marquées, difficilement ou positivement. Des groupes de pairs informels.

Par ce questionnement simple, formulé spontanément, ce médecin met pourtant en lumière ces interrogations qui semblent entourer la prise en charge médicale de cette population. Qu'est-ce qu'une femme qui a des rapports sexuels avec des femmes ? Pourquoi doit-on en parler ? Cela relève-t-il uniquement du domaine de l'intime ? Qu'est-ce que cette information apporte au médecin généraliste ? Pourquoi individualiser cette population, et « l'opposer » à « toutes les femmes » ? Comment ne pas être discriminant ? Et surtout pourquoi, pour les associations LGBTQI+, la FSF souffre « d'invisibilité » et sa prise en charge médicale est-elle une source d'inégalités ?

Cette idée de ne pas vouloir individualiser la patiente qui a des rapports sexuels avec des femmes semble partir du désir de ne pas vouloir discriminer. Leur prise en charge médicale ne semble pas différer, pourquoi vouloir donc les différencier ? Mais la prise en charge médicale est-elle vraiment la même ? Et cela ne renforce-t-il pas cette « invisibilité » décriée par les associations ?

Il semble donc exister une grande différence entre le ressenti et expérience des patientes FSF et celle du corps médical. Aussi, pour comprendre ces phénomènes, nous procéderons en premier lieu à une étude rigoureuse des différents concepts encadrant le sujet. Puis, nous allons tenter de comprendre l'évolution de la position des FSF au cours de l'Histoire française ainsi que l'évolution de la médecine sur ce sujet. Enfin, après avoir analysé les problématiques de santé propres à cette population et les inégalités sociales de santé existantes, nous étudierons enfin le regard actuel de la Médecine, et donc celui de leur médecin généraliste sur ces patientes.

I.1. CADRE CONCEPTUEL

I.1.1. Femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

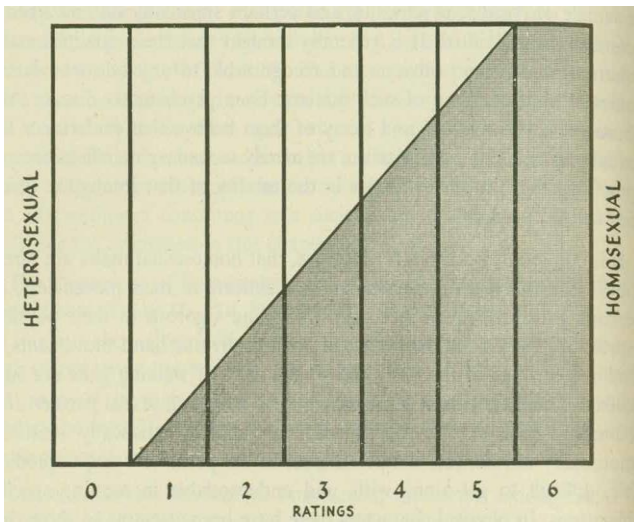
➤ **Orientation, attirance et pratiques sexuelles**

Selon le Larousse, version internet, « La définition de l'orientation sexuelle a évolué avec le temps. Elle correspond aujourd'hui à l'une des composantes de l'identité sexuelle au même titre que le genre ou le rôle sexuel. Elle peut désigner le **désir** affectif et sexuel, l'**attirance** érotique pour les personnes de même sexe (homosexualité), de sexe opposé (hétérosexualité) ou indifféremment pour l'un ou l'autre sexe (bisexualité). Elle peut porter sur le **comportement** sexuel, affectif ou sur l'identité servant à définir subjectivement la personnalité. » (2).

Dans l'enquête réalisée sur la sexualité des français, ou CSF, menée par Bozon et Bajos en 2006, de même, **l'attirance sexuelle est bien distinguée des pratiques sexuelles**. Une attirance n'entraînera pas forcément une relation sexuelle ou des pratiques avec des personnes du même sexe, (3,7% des femmes et 1,5% des hommes ont été attiré-e-s mais n'ont jamais pratiqué). Par ailleurs, seul 0,1% des femmes aux pratiques homo- ou bisexuelles de l'étude ont eu des rapports exclusivement avec des femmes (4).

Face à ces notions d'orientation, d'attirance et de pratiques sexuelles, des sociologues et sexologues ont tenté d'apporter des nuances aux catégories. La première réflexion la plus notable date de 1948, proposée par l'américain Alfred Kinsey (5).

« On ne peut cataloguer les hommes en deux catégories distinctes : hétérosexuels et homosexuels... Seul l'esprit humain invente ces catégories et tente de faire entrer de force la réalité dans des cases étriquées. Le monde vivant est un continuum avec des personnes dans la population qui n'occupent pas seulement les sept catégories de l'échelle... Même une échelle de sept points ne peut prétendre que de se rapprocher des innombrables nuances qui existent en réalité ».



Rating | Description

- 0** | Exclusively heterosexual
- 1** | Predominantly heterosexual, only incidentally homosexual
- 2** | Predominantly heterosexual, but more than incidentally homosexual
- 3** | Equally heterosexual and homosexual
- 4** | Predominantly homosexual, but more than incidentally heterosexual
- 5** | Predominantly homosexual, only incidentally heterosexual
- 6** | Exclusively homosexual
- X** | No socio-sexual contacts or reactions

Depuis, d'autres outils plus complexes ont cherché à prendre en compte toutes les identités sexuelles et pratiques sexuelles, notamment la *Klein Sexual Orientation Grid et Storms Scale* (6).

➤ Auto-identification sexuelle

Avec ces définitions déjà complexes, attribuées aux pratiques, à l'attraction, ou à l'orientation sexuelle, apparaît le concept de **l'auto-identification**, fondamental dans la compréhension de cette population. En effet, pour de multiples raisons, **un individu peut s'auto-identifier différemment de ce qu'est pourtant son comportement sexuel, ou ses attirances**. Comme élément de sa propre identité, évoqué à l'Autre ou non. Les termes d'auto-identification de la FSF peuvent être « homosexuelle », « hétérosexuelle », « bisexuelle », « queer », « gouine », « lesbienne », « sans catégorie », etc...

Cette idée est soulignée par l'étude CSF, où il est beaucoup plus fréquent d'avoir des pratiques avec des personnes du même sexe que de s'affirmer homosexuelle ou bisexuelle (4).

Ces multiples identités définies par plusieurs concepts doivent être entendues afin de prendre une individu(e) dans sa globalité et recevoir l'identité qu'elle nous présente. Il est cependant compréhensible, qu'en l'absence d'éclairage, il n'est pas aisé d'en connaître toutes les subtilités. Aussi, a été créé le terme FSF.

➤ FSF

Le terme Femmes qui ont des rapports Sexuels avec des Femmes (WSW dans la littérature anglaise, MSM en espagnol) est un terme à usage essentiellement **scientifique**. Traduit et évoqué par la sociologue française Brigitte Lhomond (7) en **1992**, le terme FSF fait suite à son analogue « HSH » (Hommes qui ont des rapports sexuels avec des Hommes). Il sera utilisé pour la première fois par les Autorités de Santé Françaises en 2010 (8).

Ce terme se veut le plus englobant et neutre possible à ce jour, et abordable pour le corps médical notamment. Il permet d'avoir une réflexion et une attention médicale objective des problématiques de santé de cette population, sans en avoir nécessairement une expertise sociologique.

Effectivement, une personne FSF peut se dire hétérosexuelle, lesbienne, homosexuelle, etc... Elle peut avoir eu des rapports avec des hommes ou jamais, ou elle peut se dire, se présenter à l'Autre, comme homosexuelle mais n'avoir jamais eu de rapport avec une femme.

Ces multiples identités, aux pratiques différentes, rendent le sujet complexe pour un médecin généraliste face à sa patiente.

I.1.2. Le médecin généraliste

➤ Généralités

La WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), en 2011, va définir les rôles et la position du médecin généraliste ainsi :

*« Les médecins généralistes [...] sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur **contexte familial, communautaire, culturel** et toujours **dans le respect de leur autonomie**. Ils acceptent d'avoir également une **responsabilité professionnelle de santé publique** envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, **ils intègrent les dimensions physique, psychologique,***

sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou **font appel à d'autres professionnels** selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services [...]. » (9).

Ces rôles sont inscrits dans la loi française du 21 juillet 2009 du Code de la Santé Publique, portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (annexe) (10).

Le généraliste doit ainsi agir selon des codes déontologiques et législatifs. Il se doit d'accueillir tout individu sans aucune discrimination ou jugement, et doit le prendre en charge dans sa globalité, tout en respectant son indépendance.

➤ **Le généraliste et ses patients**

La relation soignant-soigné, généraliste-malade ou omnipraticien-patient, cette « **compagnie d'investissement mutuel** » comme va tenter de le définir Balint (11), est une relation singulière entre un individu et un professionnel, le premier venant rencontrer le second pour son Savoir.

Seulement, ce Savoir concernera la Santé du patient, rendant ainsi ce lien tant difficile à définir, Balint rajoute à ce propos « *Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation* » (11).

Selon de multiples facteurs, mais notamment d'évolution de la société, **la relation que le généraliste entretiendra avec ses patients peut se conceptualiser en trois modèles dominants** (12).

Le médecin paternaliste ou le médecin décideur

Ce modèle, le plus ancien, repose sur un **rapport asymétrique** entre les deux individus. « *L'un a le savoir scientifique, la compétence pratique, la distance nécessaire pour juger, tandis que l'autre ne connaît de sa pathologie que ses symptômes, et est perturbé par sa souffrance* » (12).

Balint proposera les termes de **position passive du patient** bien que « *passif-coopérant* » en opposition au **rôle actif du médecin** qui détient « *la tâche exclusive* » « *de l'établissement du diagnostic* » comme cela lui est enseigné. Le médecin sera le seul à poser les questions « *pour obtenir les réponses voulues ; tout ce qu'on demande au patient, c'est de comprendre les questions du médecin et d'y répondre sincèrement* » (11).

Ce modèle va s'assouplir peu à peu, mais peuvent persister des idées chez certains généralistes que le patient, perturbé, n'est pas apte à penser et juger pleinement (12).

Le patient décideur

Ce modèle moderne, apparu en réaction à cette position paternaliste, consiste à **laisser au patient le libre-choix de toute décision**. Celui-ci devient ainsi maître des choix concernant sa Santé : « *l'acteur central, principal, est le patient-client. Le médecin est expressément assimilé à un prestataire au service de son client.* » (12).

Cependant, il persiste des limites à cette pleine-décision. Il restera toujours « *une asymétrie de connaissances entre le médecin et le patient* ». Ainsi la compréhension des diagnostics et des traitements peut rester imparfaite. Par ailleurs, dans des situations de pathologie grave avec souffrance, il peut être compliqué pour le patient de prendre une décision sereine et adaptée, et d'avoir une réflexion sur le long terme, « *entre l'idéal de rationalité de l'agent libre et la réalité de la psyché en souffrance du patient, il y a une réelle différence* ». Et enfin, le risque de la culpabilité d'avoir fait le mauvais choix peut être source d'angoisse chez le patient (12).

Le modèle de « shared decision-making model » ou « modèle de la décision partagée »

Ce modèle de relation serait schématiquement une nuance des deux autres modèles, une dynamique moderne et adaptée aux différents patients. Ou selon Balint « *le relevé d'une anamnèse se situe dans une zone frontalière entre la situation à un - le médecin examinant le patient au point de vue physique pour aboutir à un diagnostic physique - et la relation à deux, nécessaire pour un diagnostic psychologique approfondi.* » (11).

En effet, il s'agit d'apporter les informations nécessaires au patient, en s'assurant de sa bonne compréhension de son état de santé ainsi que des diverses prises en charge au

cours de sa vie. Il ne s'agit plus de rapport de domination par le médecin décideur ou par le patient souverain mais « de mettre en place un **partenariat souple**, où les compétences de chacun peuvent s'intégrer (la compétence médicale du médecin et la compétence du patient dans l'expression de ses préférences au vu de sa situation de vie) » (12).

Ainsi, le généraliste va interagir avec ses patients selon des modèles qui lui seront inculqués lors de sa formation et selon l'évolution de la société, du savoir et de l'éducation des patients sur leur santé.

➤ **Généralistes se formant à la gynécologie-obstétrique**

Le médecin généraliste, lors de sa formation universitaire peut effectuer des **stages hospitaliers dans des services de gynécologie-obstétrique** à deux occasions : lors d'un stage d'externat (deuxième cycle des études médicales), puis lors de l'internat (troisième cycle). Dans une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) d'un panel de généralistes de 2014 à 2015, 42 % des médecins ont effectué ce stage seulement lors de leur 2e cycle, 19 % au cours de leur 3e cycle uniquement, et 12 % au cours des deux cycles. Ces proportions varient fortement selon l'âge des médecins : chez les moins de 40 ans, 56 % ont effectué un semestre d'internat en gynécologie-obstétrique (et 9 % n'en ont jamais effectué), contre 26 % pour les médecins de plus de 60 ans (30 % n'en ont jamais effectué) (13).

Par ailleurs, de nombreuses **formations complémentaires** à la gynécologie-obstétrique (diplômes universitaires ou inter-universitaires (DU, DIU), formation médicale continue (FMC)) sont proposées aux généralistes. Ils peuvent les effectuer durant l'internat ou après, à leur frais ou subventionnées. Dans ce panel, 25 % des praticiens indiquent disposer d'un diplôme ou avoir suivi une séance de FMC dans ce domaine au cours des deux dernières années. La majorité d'entre eux ont moins de 40 ans.

Ces **différences générationnelles** s'expliquent en partie par l'évolution du cursus universitaire obligatoire de médecine générale. La réforme des études médicales de 2004, avec la mise en place du Diplôme d'études spécialisées et de l'internat de médecine générale d'une durée allongée à six semestres, a notamment rendu obligatoire la réalisation d'un stage en gynécologie-obstétrique ou pédiatrie.

Il semblerait, que **le degré de formation ait un impact sur la prise en charge et le suivi** : par exemple, dans le suivi de grossesse, la majorité des médecins qui l'effectue régulièrement a bénéficié d'une formation post-universitaire (13).

I.1.3. La consultation de la Femme chez le généraliste.

➤ **La Femme et sa Santé**

Selon l'analyse de 2010 menée pour le ministère de la santé, **les femmes françaises ont un moins bon ressenti de leur santé en général**. 33 % des femmes de plus de 18 ans auront un mauvais ressenti, alors que les hommes sont 27 % à le penser. Après 75 ans, 75 % des femmes et des hommes se sentent en mauvaise santé (14). La santé perçue, pourtant très subjective, est reconnue comme une mesure synthétique de l'état de santé et un bon outil de mesure des inégalités sociales de santé (15).

La femme française jusqu'à 54 ans consulte plus que l'homme : 91 % contre 84 % aura consulté un médecin pour elle-même, généraliste ou spécialiste, dans les douze derniers mois, et à une plus grande fréquence, en partie **en raison des suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause**. Après 55 ans, les différences tendront à diminuer (14).

Les femmes effectuent davantage d'actes de prévention que les hommes. **Certains actes de dépistage leur sont spécifiques, comme les frottis ou les mammographies**. Elles sont également plus nombreuses à déclarer avoir déjà fait doser leur cholestérol, en partie en raison du suivi de la prise d'une pilule contraceptive (16).

Il existe, par ailleurs, des **inégalités de santé** au sein du groupe « femmes », notamment du point de vue de l'obésité, des suivis de grossesse, et de la réalisation des dépistages. Les inégalités sont cependant moins importantes que les inégalités au sein du groupe « hommes » (16).

➤ **Spécificité du suivi gynécologique**

Selon l'étude menée pour la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale, **85 % des femmes interrogées disent avoir un suivi gynécologique**, 70 % par un gynécologue, 15 % par un généraliste (17).

41 % de ces femmes suivies par un médecin généraliste déclarent que c'est avant tout par choix personnel, mais elles sont aussi nombreuses à invoquer des raisons pratiques liées au déficit de gynécologues en France : des délais de rendez-vous trop longs chez les spécialistes (27 %) et une absence de gynécologue à proximité (13 %) (17). Cet article du Quotidien du Médecin ajoutera de même le poids du dépassement d'honoraire (18). Ainsi, parmi les femmes qui sont habituellement suivies par un gynécologue, une sur quatre consultera son médecin traitant en cas d'urgence (17).

En effet, en 2018, la France comptait 102 466 médecins généralistes inscrits, 2 795 gynécologues médicaux et 5 030 obstétriciens (19).

Plus spécifiquement, en 2015, dans Languedoc-Roussillon, 3 485 médecins généralistes sont inscrits, soit une baisse de 8.5 % sur les huit dernières années. 99 gynécologues médicaux, spécialistes en accès direct, sont inscrits, soit une baisse de 28.3 %, qui continuera à baisser selon les prévisions 2015-2020 (Les gynécologues-obstétriciens qui effectuent aussi le suivi de certaines femmes ne sont cependant pas recensés)(20). On décompte aussi 347 sages-femmes libérales ou en activité mixte dans le Languedoc Roussillon (19).

Aussi, les patientes se tournent fréquemment en premier ou second choix vers les médecins généralistes ou les sages-femmes (18).

➤ **Le généraliste et la pratique de gynécologie**

Ainsi, notamment **par appétence ou par besoin**, les généralistes effectuent des gestes gynécologiques, de prévention, de dépistage, d'éducation, de prescriptions. Parmi les 20781 consultations analysées, environ 4% d'entre elles correspondaient à un motif gynécologique, selon l'étude ECOGEN qui évaluait la distribution des motifs de consultation en médecine générale sur 128 centres nationaux (21).

Ces actes sont autorisés, reconnus et valorisés par une **rémunération spécifique** par le système de sécurité sociale française : le frottis cervico-vaginal, l'ablation ou changement d'implant sous-cutané, la pose ou changement d'un Dispositif Intra Utérin et la Première Consultation Contraception ou Prévention de 15 à 18 ans, et d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse (22).

La pratique de la Santé de la Femme par les généralistes est inégale, les facteurs favorisants et les freins sont multiples. Nous venons de le voir, la formation est inégale

selon les médecins et selon leur âge, mais aussi, par exemple, en fonction de la densité médicale : les généralistes font notamment moins de frottis quand le temps moyen d'accès à un gynécologue est inférieur à 15 minutes, ou quand la densité départementale de généralistes est soit plus faible soit plus élevée que la moyenne nationale (23).

L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie, lors de sa campagne de 2017 intitulée « La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant », affirme que 90 % des médecins généralistes assurent tout ou une partie du suivi gynécologique de leurs patientes, 99 % assurent les consultations de contraception, 88 % des médecins généralistes réalisent des frottis de dépistage, 31 % assurent la pose d'un stérilet, 54 % d'implants contraceptifs (24).

Par ailleurs, un autre facteur à prendre en compte est la **fémminisation des médecins** en activité régulière exerçant la médecine générale, qui est prépondérante chez les jeunes médecins. Dans le Languedoc-Roussillon, en 2015, parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentaient 63% des effectifs (20).

En dehors du généraliste et du gynécologue, la patiente peut trouver réponse ou prise en charge auprès **d'autres intervenants** comme les sages-femmes ou maïeuticiens. Le médecin scolaire ou infirmière sont des premiers recours pour les mineures, les gériatres spécialisés pour les patientes les plus âgées. Et enfin, au sein des centres de planification ou Planning Familial, les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic), ou bien même dans des centres d'orthogénie, certains sujets peuvent être abordés, et généralement de façon anonyme et gratuite.

I.2. CONNAISSANCES ANTERIEURES

Nous allons à l'aide de ce chapitre, apporter des éléments permettant de comprendre les positions actuelles du médecin et celles de ces patientes. En effet, il nous semble important, pour ce sujet, de bien comprendre l'évolution des droits de cette minorité en France, ainsi que le regard qu'a pu avoir la Médecine sur cette population.

I.2.1. Contexte historique

Aujourd'hui, **le groupe minoritaire LGBTIQ+ est un groupe reconnu socialement et politiquement, uni dans la dénomination, parfois très lié dans l'Histoire de leurs luttes de revendications, parfois moins sur d'autres sujets.** Il regroupe les lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queer, Intersexes et autres identités. Il est donc question d'orientation sexuelle, de pratiques, mais aussi de genre et de norme sociale. Les regards de la société sur les différents membres de ce groupe ne sont et n'ont pas été les mêmes.

L'Histoire les associera, les différenciera, les confondra, les oubliera. Parfois la personne transgenre sera associée, au regard de la loi, à l'homosexuel masculin, parfois les droits des homosexuels seront confondus, parfois, la femme ne sera pas visée par cette même loi jugeant l'homme. De nettes différences seront même observées.

Evoquer le contexte historique de la FSF est difficile, car comme nous l'avons expliqué, il s'agit d'une dénomination sociologique récente à but notamment médical, prenant en compte les pratiques et les identifications, afin de ne méconnaître aucun risque, et d'essayer d'accueillir la diversité sans jugement.

Grossièrement, il semble aisé, par exemple, de comprendre qu'une femme bourgeoise du XVIIIe siècle, mariée à son époux, ayant des relations extra-conjugales rares avec des femmes, ne connaîtra pas le même jugement qu'une femme « garçonne », de la même époque, vivant seule et s'affichant avec une compagne dans la rue. Elles sont pourtant toutes les deux FSF selon notre définition. Parfois, la Loi jugera la pratique sexuelle, et à d'autres reprises la personne homosexuelle auto-identifiée.

Par ailleurs, il est aussi crucial de penser l'évolution des droits des femmes homosexuelles, bisexuelles, donc « FSF », et l'évolution du regard de la médecine sur ces femmes dans le prisme de l'histoire de la Femme en général.

Nous ne saurons être exhaustifs et ne le souhaitons pas pour ce travail, mais sommairement nous pouvons retenir l'interdiction au divorce (abolition en 1884), l'indépendance financière (la femme mariée peut disposer librement de son salaire en 1907), ainsi que l'interdiction à la contraception et à l'avortement, comme des lois ne permettant pas aux femmes leur autonomie pratique.

De même, l'interdiction au vote (1944) ne leur permettait pas de s'exprimer directement. L'interdiction à la pratique de la médecine (première femme à accéder aux études de médecine, Madeleine Brès, en 1875) ne permettait pas l'accès aux femmes à cette science, et potentiellement d'apporter leur voix aux paradigmes dominants (25).

Il nous paraît censé de penser que la position de la Femme faite d'interdits et d'injonctions au cours de l'Histoire puisse influencer sur l'évolution de la position de cette femme issue d'un groupe minoritaire.

Nous allons, dans un premier temps, éclaircir le vocabulaire, puis, nous nous intéresserons au cadre législatif français face aux personnes homosexuelles, et ensuite au contexte de la FSF, ou de la femme homosexuelle, face à la médecine. Pour plusieurs raisons expliquées par la suite, nous débuterons par la fin du XVIIIe siècle.

➤ Particularités du vocabulaire

Jusqu'au XVIIIe siècle, les dénominations des amours entre femmes sont variées et hésitantes.

Femmes lesbiennes, faisant référence aux femmes de l'île de Lesbos, en Grèce, qui se seraient adonnées à ces amours. Il en est originaire, Sappho, prêtresse d'Aphrodite du VIe siècle avant JC et poétesse grecque chantant les amours entre femmes (Ode à Aphrodite par exemple).

Les autres termes **tribade**, et **tribadisme**, viennent du grec *tribo*, *tribein* « s'entre froter ». En 1762, apparaît pour la première fois le mot « tribade » dans la quatrième édition du dictionnaire de l'académie Française. « *Tribade : Femme qui abuse d'une autre femme* », cette définition va s'imposer auprès de tous les dictionnaires jusqu'au début du XXe siècle. Les hommes, quant à eux, seront dénommés comme pédérastes ou sodomites.

Le terme **homosexualité** apparaîtra en 1869 en Prusse. Et le terme hétérosexualité sera créé quelques années plus tard en 1880, aussi en langue allemande, puis traduit en français (26).

Il est important de bien éclaircir ces termes. Dans un premier lieu car les lois françaises et théories médicales que nous décrivons ensuite vont utiliser ces différents termes. Mais cela nous permet surtout de remarquer le changement majeur du regard sur les pratiques homosexuelles : **l'influence des mythes et arts gréco-romains dans un premier temps jusqu'à la rupture du XIXe siècle, où le savoir médical s'emparera de cette problématique en créant la dichotomie hétérosexualité-homosexualité. Un tournant majeur qui voit ses conséquences encore actuellement.**

➤ **Législation**

Avant le XVIIIe siècle, la Loi régie par l'Eglise

En France, **l'Eglise a une influence importante sur la société, la régissant par des lois morales et religieuses, jusqu'à la moitié du XIXe siècle** (27). Jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, les pratiques homosexuelles sont punies de peine de mort. « *On appelle luxure abominable celle qui consiste dans la bestialité, l'inceste, la sodomie, le commerce impudique des femmes luxuriant avec elles-mêmes, qui sont tous des crimes exécrables qui proviennent de l'impiété et de l'irreligion, et qui méritent peine de mort* » écrit Ferrière dans son Dictionnaire de Droit et pratique, en 1769 (28).

Il semblerait, cependant, que **la « doctrine chrétienne soit restée totalement muette sur la luxure entre femmes »**, mais que la femme s'habillant comme un homme risquait le même châtement que le sodomite : « *la femme qui s'habille comme en homme représente un danger. Un danger d'ordre social et non sexuel, comme ç'est le cas pour les sodomites* » (26).

Le XVIIIe siècle, rupture avec la religion

Une rupture se fera au XVIIIe siècle. En effet, **le siècle des Lumières** va remettre en question l'idéologie religieuse, et notamment sa morale sexuelle (26).

Le **6 juillet 1750** a lieu la **dernière exécution publique française pour motif d'homosexualité**, de Jean Diot et Bruno Lenoir (29). Ces exécutions auront surtout concerné les hommes (26).

En 1791, le nouveau Code Pénal, issu de la Révolution Française, **abandonne le crime de sodomie entre adultes consentants** (26). Cependant, il persiste un harcèlement policier avec des délits comme « **outrage public à la pudeur** » et « **attentat à la pudeur** ». « *Cette condamnation [morale] concerne principalement les relations entre les hommes, les femmes étant moins inquiétées en raison du peu d'intérêt qu'on leur porte à l'époque : on ne les imagine certainement pas capables d'avoir une sexualité propre sans l'intervention d'un homme, et elles ne peuvent guère s'aventurer hors du foyer.* » (27).

Le code pénal de Napoléon de 1810 ne réaborde pas ce sujet. En revanche, les lois codifiant la vie des femmes sont nombreuses. Une ordonnance est par exemple publiée en 1800, interdisant aux femmes de se « travestir en homme », concernant notamment le port du pantalon (26).

Régression des droits sous le gouvernement de Pétain et la seconde guerre mondiale

En 1942, le gouvernement de Vichy introduit dans le Code Pénal une **différence de majorité sexuelle selon l'orientation sexuelle**, par le gouvernement de Vichy. Tout acte gai ou lesbien avec un(e) mineur(e) de moins de 21 ans est passible d'amende ou de peine de prison, alors que la majorité sexuelle est de 13 ans pour les hétérosexuel(les) (27).

Lors de la seconde guerre mondiale, des personnes au comportement homosexuel furent déportées par le régime nazi, avec un symbole spécifique à l'homosexualité : le **triangle rose**. La loi ne concernait que les hommes homosexuels, environ 15 000 ont été déportés à ce titre. Les femmes aux pratiques homosexuelles, n'apparaissant pas dans le texte de loi, mais dérangeant tout de même l'ordre social, étaient alors déportées comme **asociales, voire communistes ou criminelles politiques** (30).

La fin du XXe siècle, le début d'une reconnaissance et de protection des droits

A partir des années 1980, apparaissent les mesures de protection et la fin de loi criminalisantes. En 1982, la différence de majorité sexuelle est abolie sous François Mitterrand, ainsi que la loi autorisant à annuler un bail pour « *mode de vie homosexuel* ». A partir de 1985, les discriminations visant l'orientation sexuelle sont punies (26). Le **Pacte Civil de Solidarité (PACS)** est créé en 1999, permettant ainsi une reconnaissance légale d'une union entre deux personnes du même sexe.

Le terme « **homophobie** » est mentionné pour la première fois lors de la loi instaurant la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité en 2004. Le terme « *identité de genre* » y apparaît en 2016 (27).

En 2013, une plaque à la mémoire de Jean Diot et Bruno Lenoir est apposée dans la rue parisienne, où eut lieu leur arrestation (29).

Le 23 avril 2013, le Parlement français vote l'ouverture du mariage aux couples de même sexe, sous le gouvernement de François Hollande. Le projet de loi a été mené par Christiane Taubira, ministre de la Justice d'alors (27), (ANNEXE 1).

Le 27 septembre 2019, le projet de loi pour **l'extension de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) pour les couples de femmes et les femmes célibataires** est adopté par les députés français (31).

➤ **Médecine et homosexualité féminine**

Jusqu'au XVIIIe siècle, influence de l'Eglise sur la société et ses avancées scientifiques

Au XVIe siècle, grâce à la « *levée de l'interdit religieux pesant sur les dissections du corps humain pendant tout le Moyen Age* » (26), **la science de l'anatomie progresse, et notamment les recherches sur l'anatomie des appareils génitaux.** C'est ainsi que le « **clitoris put être « redécouvert » en 1562 par [...] Fallope** ». Cette redécouverte anatomique va mettre cet organe en avant, et permettre ainsi aux médecins d'apporter des théories sur les pratiques sexuelles entre femmes. En effet, Bartholin Thomas, énoncera « *dans son chapitre XXXIV [...] à l'article « clitoris » : [...] que parce qu'il croît en quelques-unes de la grosseur du membre viril, de sorte que quelques femmes abusent du membre viril, et s'accouplent ensemble, que les Grecs appellent tribades.* » (26).

Discours, qui, selon l'historienne M-J Bonnet, « sera à la base de toutes les connaissances médicales sur les tribades » jusqu'à la fin du XIXe siècle, où le discours prépondérant deviendra ensuite celui de la psychiatrie (26).

Aussi, jusqu'à cette époque, le regard de la religion puis de la médecine différenciera bien l'homme de la femme, « le sodomite » effectuera un crime contre-nature répressible par la loi, « la tribade » un abus d'une pathologie anatomique (26).

L'expansion du savoir médical au détriment du religieux

Plus tard, au XVIIIe siècle, alors que **la France s'industrialise, les notions de progrès et de science se développent et entraînent « une confiance accrue en la science médicale » (32).**

Pour Briki, dans un contexte social difficile d'épidémies de syphilis et d'une dénatalité, « *c'est le pouvoir médical [légiste] qui prend le relais du pouvoir ecclésiastique dans le contrôle de la sexualité déviante : l'inversion et l'onanisme en deviennent les cibles principales* » (27).

Aussi, au début du XIXe siècle, **le sodomite, criminel, deviendra un inverti, qui présente une « inversion du sentiment sexuel »**. Un individu atteint d'une perversion qu'il faudra soigner pour protéger la société. La médecine légale commence donc, par exemple, chez les hommes aux pratiques homosexuelles, selon Briki, à s'intéresser aux preuves cliniques de sodomie, consentie ou non, c'est-à-dire traces de pénétration anale, qui pourront ensuite être utilisées par les tribunaux de justice. Durant toute cette première partie de siècle, ces « comportements déviants » n'intéresseront pas encore la psychiatrie, qui vient tout juste de sortir « *du 'grand enfermement' des 'indésirables sociaux, criminel(le)s et les malades mentaux, grâce à Philippe Pinel.*' » (27).

Le XIXe siècle, ou l'apparition des nouvelles pathologies de la Femme

L'historienne M-J Bonnet ajoutera **qu'à l'onanisme et l'inversion, d'autres thèmes d'études vont devenir privilégiés durant cette période comme l'hystérie, la masturbation, la prostitution.** « *Pour verrouiller le dispositif social, les médecins vont*

s'employer à conjurer le mal en identifiant le danger, en l'occurrence le clitoris dont l'activité est singulièrement incontrôlable » écrit-elle (26).

Cela entraînera l'apparition, en 1820, d'une nouvelle pathologie, **le clitorisme**. Dr Fournier écrira « *Le clitorisme est un acte au moyen duquel les femmes suppléent, par une sorte d'artifice, aux plaisirs que la nature réserve aux seules approches amoureuses des deux sexes. C'est chez les femmes, la même chose que la masturbation chez les hommes [...] Les dames de Lesbos se livraient, dit-on, avec excès au clitorisme, et s'adonnaient même entre elles, par un raffinement d'immoralité, à cette pratique réprouvée par l'amour et si contraire à la population »(26).*

Les médecins souhaitant soigner ces pathologies, des traitements vont être recherchés. Par exemple, pour traiter notamment l'hystérie et l'onanisme, la clitoridectomie sera effectuée durant plusieurs dizaines d'années au courant du XIXe siècle, puis arrêtée devant des avancées médicales sur les origines de ces pathologies (26),(27). L'organe « clitoris » perdra progressivement de son intérêt au profit des théories d'inversion et de psychiatisation (26).

Création des concepts d'uranisme puis d'homosexualité par un journaliste prussien

En 1869, Karl Maria Benkert, journaliste prussien écrira une lettre à son ministre de la justice demandant la dépénalisation de « l'homosexualité », prônant le caractère inné « et donc non condamnable » des relations sexuelles entre hommes. Le néologisme « homosexualité » vient d'être crée. Avec les travaux d'Ulrichs, juriste prussien, concluant à l'existence d'un « troisième sexe », « uranien », qui a « l'âme d'une femme dans un corps d'homme », un mouvement de revendications apparaîtra en Allemagne. (27)

Le terme homosexualité devient une définition appartenant à la psychiatrie

Les revendications de ces prussiens commenceront à intéresser les médecins et psychiatres qui s'empareront de la question, en généralisant leurs études aux hommes et aux femmes. (26), (27). « *Il faut observer, étudier et surtout combattre l'inversion sexuelle dont la cause est surtout congénitale, il ne peut s'agir que d'individus issus de familles de dégénérés. L'homosexualité est parfois acquise, cette forme seule peut trouver la guérison mais il faut surtout la prévenir en menant une véritable guerre*

contre la masturbation » écrit von Krafft-Ebing, dont l'ouvrage a connu un large succès et participera à la vulgarisation du terme « homosexualité » et au maintien de sa psychiatrisation (33).

Les psychiatres allemands échangeant largement leurs travaux avec **les psychiatres français, ceux-ci vont ainsi progressivement s'intéresser au sujet, et le développer en France** (26).

Selon Foucault, dans *l'Histoire de la sexualité*, l'homosexuel n'apparaît alors plus comme un sodomite aux actes répréhensibles, mais comme **un individu avec un passé et une histoire propre** (27).

Cependant, « la recherche sur l'homosexualité, même si elle connut un essor spectaculaire à la fin du XIXe siècle, reposa toujours sur des bases minimes. Le flou demeurait, même au milieu d'une masse inouïe de livre et d'articles » (34). Les luttes de revendications des prussiens concernaient les hommes uraniens.

Les psychiatres allemands et français ont néanmoins généralisé leurs études et conclusions des hommes aux pratiques sexuelles entre femmes, cependant elles sont moins observées, moins décrites. Charcot et Magnan écriront « *Dans les deux sexes, les phénomènes sont identiques et se déroulent de la même manière. Des cas assez nombreux ont déjà été publiés chez l'homme, les observations relatives à la femme sont rares peut-être à cause de la facilité plus grande avec laquelle celles-ci parviennent à cacher ce trouble instinctif. Toutefois, nous avons deux observations [...] qui suffisent à donner une idée de cette perversion sexuelle chez la femme.* » (26).

En 1886, l'Association médico-psychologique anglaise, qui sera l'ancêtre de l'Association Américaine de psychiatrie, va créer une première classification des pathologies psychiatriques. L'inversion sexuelle y est incluse dans le cadre de la théorie de la dégénérescence. Cette théorie s'inscrit dans les théories darwiniennes, elle sous-entend le caractère inné de cette pathologie. **Devant cette reconnaissance médicale, les invertis sont donc relégués au statut de patients psychiatriques, et seront donc en mesure de recevoir un traitement** (27).

La place évolutive de l'« homosexualité » au sein des différentes classifications psychiatriques va témoigner « des changements de paradigmes psychiatriques au fil du temps » (27) : « *en 1883 'les sensations sexuelles contraires' sont classées dans 'les états de faiblesse psychologique' (à côté du crétinisme, de l'idiotie et de la faiblesse*

d'esprit) et en 1887 classées comme 'anomalies du développement' et 'folies psychotiques dégénérescentes'. Au début du XXe siècle, [l'homosexualité] sera classée dans 'conditions mentales d'origine constitutionnelle' » (27).

Début du XXe siècle, la sexologie et la psychanalyse, de nouveaux courants pensant l'homosexualité

Un regard nouveau de la médecine sur l'homosexualité sera celui de la sexologie. Le père fondateur Ellis Havelock affirme que **l'homosexualité doit être décrite sans jugement de valeur et doit donc être retirée « d'un discours psychiatrique ou moralisateur »**(35).

Pour ses Etudes de psychologie sexuelle, débutées en 1898, il étudiera 62 cas, dont 24 d'inversion féminine. Les lesbiennes seront classées « *selon leur degré de masculinité, distinguant les 'vraies homosexuelles', viriles et recherchant activement d'autres femmes, des 'pseudo-homosexuelles', plus féminines et qui auraient été séduites. On retrouve ici le calque du couple hétérosexuel appliqué au couple lesbien [...]* » (35).

En parallèle, le médecin allemand Magnus Hirschfeld, à la toute fin du XIXe siècle popularisera le personnage d'homosexuel inverti efféminé, en confortant la théorie du « troisième sexe ». Ses études concerneront surtout les hommes. Il décrit cependant les couples de tribades où la « *partenaire virile* » est le « *mari* » et, où « *parfois la malheureuse épouse est réduite à un véritable esclavage sexuel* » (36). **Il créera l'Institut de Sexologie, véritable centre d'étude de l'homosexualité et lieu de soutien psychologique (27).**

Il fondera avec Havelock Ellis, en 1928, La ligue mondiale pour la réforme sexuelle, une association regroupant 150000 membres dans le monde, et militant pour la liberté sexuelle, l'égalité des sexes, droit au divorce, diffusion des moyens contraceptifs.

Cependant, en France et en Angleterre, l'affirmation homosexuelle demeure le fait d'une élite intellectuelle et artistique. « *Après la première guerre mondiale, l'homosexuel et la lesbienne deviennent des symboles de la modernité [...]* Parallèlement, la psychiatrie cherche activement des traitements à la 'sexualité anormale' des hommes féminins et des femmes masculines, jusqu'à recommander l'hystérectomie »(27).

Au même moment, le psychanalyste Freud proposera notamment dans son œuvre, trois cas de sexualité, ses études sur l'homo- et hétéro-sexualité. « *La théorie populaire de la pulsion sexuelle a son plus beau pendant poétique dans la fable de la division de l'être humain en deux moitiés - homme et femme -, qui tendent à se réunir dans l'amour. C'est donc avec une grande surprise que l'on apprend qu'il y a des hommes pour qui ça n'est pas la femme, mais l'homme, et des femmes pour qui ça n'est pas l'homme, mais la femme, qui représente l'objet sexuel. On dit de ces personnes qu'elles sont des 'contraires sexuels' ou mieux des invertis, le fait constaté étant celui de l'inversion* »(37).

Il semblerait pour Freud que l'homosexualité s'acquiert, et que par l'absence de but de procréation, il s'agit d'une sexualité perverse (la norme étant celle à but « procréatoire », non d'hétérosexualité) Par ailleurs, l'humain naît bisexuel, c'est à la puberté que la monosexualité se formera. Il y a des personnes « absolument inverties », de « manière amphigène » (l'inversion n'est pas exclusive), ou bien de « manière occasionnelle » (37).

Il en conclura que l'inversion, perverse d'un point de vue psychanalytique, est à prévenir mais non guérissable puisque non pathologique (37).

Comme Charcot et Magnan, comme Von Krafft-Ebing, Freud dans son étude *Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine*, remarquera que « l'homosexualité féminine a été négligée par la recherche scientifique » (26).

Nous noterons, qu'en parallèle à ces théories non pathologisantes de l'homosexualité, et relativisantes de la normalité de l'hétérosexualité, Freud théorisera sur la sexualité de la femme. Les conditions à « l'essence de la féminité » résideront dans le bon développement de la sexualité de l'enfant à la femme adulte. La stimulation clitoridienne, sexualité normale de la petite fille, égale à celle du garçon devra évoluer. Elle passera lors de la puberté, par « une nouvelle vague de refoulement » de cette sexualité clitoridienne « *Quand le transfert de la stimulabilité érogène du clitoris à l'entrée du vagin est réussi, la femme a alors changé la zone directrice de son activité sexuelle ultérieure* ». L'hystérie et la névrose seront ainsi des déséquilibres de ce développement, et l'utilisation du plaisir clitoridien, une sexualité restée au stade de « masculinité infantile » (37).

La psychanalyse des années 1950 sera le traitement de première intention pour traiter l'homosexualité, elle persistera à pathologiser l'homosexualité tout en utilisant les théories de Freud. En parallèle, d'autres traitements seront utilisés :

traitements hormonaux en vue d'une castration chimique, hypnose, suggestions, thérapies aversives (débutées en 1930 avec l'emploi des électrochocs), voire par lobectomie d'une zone précise du cerveau (débutée en Europe dans les années 1930) (27).

La codification et classification des pathologies psychiatriques, dont l'homosexualité

En 1952, lors de la création du **DSM-I** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) par l'APA, l'homosexualité est classée dans la rubrique des « **Déviances Sexuelles** » au sein de la catégorie des « troubles de la Personnalité Sociopathe ». Les publications sur l'efficacité des thérapies comportementales par aversion (associer le comportement homosexuel à un stimulus douloureux (le plus souvent l'application de chocs électriques) se multiplient à cette époque. L'évolution dans les années soixante vers une vision psychopathologisante fait de l'homosexualité la conséquence d'un environnement familial, comportemental et génétique pathologique.

En 1973, l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) vote le retrait de l'homosexualité du DSM II (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) en réponse à la pression des activistes gay et lesbiennes.

En 1992, l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), soit vingt ans après l'APA, va supprimer le diagnostic d'« homosexualité » comme « maladie mentale ». Cela s'effectue lors de sa nouvelle mise à jour de la Classification Internationale des Maladies, la CIM-10, tout en incluant une catégorie « *Troubles Mentaux et du Comportement de l'Adulte* », avec la catégorie « *Problèmes psychologiques et Comportementaux associés au Développement Sexuel et à l'Orientation Sexuelle* ». L'orientation sexuelle n'est alors pas un trouble, cependant elle peut engendrer des souffrances, et le patient peut vouloir demander un traitement pour changer. Actuellement, la CIM-10 est la référence française en psychiatrie (27).

Ainsi, nous pouvons observer ces immenses évolutions au cours de l'Histoire. D'abord, du point de vue législatif, où les pratiques homosexuelles sont passées de l'immoral au condamnable, pour en arriver à la reconnaissance d'individus ayant des droits spécifiques. Puis, d'un point de vue médical, où les pratiques homosexuelles étaient d'abord dues à une anomalie anatomique, puis étaient le fruit d'une personnalité propre, l'invertie, aboutissant à la création de

l'homosexualité, maladie mentale nécessitant un traitement. Pour enfin, en conséquence des pressions des associations militantes, et changement de paradigmes psychiatriques, en arriver à la dépsychiatisation et démedicalisation relative.

I.2.2. Prise en charge française actuelle de la FSF

En 2019, en France, la position de ces patientes a évolué au sein de la société, ainsi que le regard que lui porte la Médecine. Les connaissances médicales sont plus approfondies, l'accueil de cette population aussi. Cependant, persistent pour ces femmes de nombreuses inégalités de santé et de prise en charge.

➤ Recommandations gouvernementales et médicales

Comme nous l'avons vu auparavant, le terme FSF est apparu en France en 1992, il sera pourtant utilisé pour la première fois par les autorités de santé gouvernementales françaises en 2010, lors de la publication du plan de santé du ministère de la santé et du sport, le *plan VIH-IST 2010-2014* (8). Cette population y est reconnue comme à risque et vulnérable. Avec des problématiques propres comme notamment un risque d'Infection Sexuellement Transmissible (IST) plus important, un suivi gynécologique moindre, et manque de confiance envers les professionnels de santé.

En mars 2018, la stratégie nationale de santé 2018-2022, définie par le Gouvernement, est présentée par Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, et comprend le plan de stratégie de santé sexuelle 2017-2030 (38), reprenant les mêmes recommandations :

- Population à risque d'IST
« Populations les plus exposées aux IST (HSH [Hommes qui ont des rapports sexuels avec des Hommes], **FSF**, Trans et personnes en situation de prostitution (PSP), personnes incarcérées, ...) »
- Les discriminations par les professionnels de santé
« 44% des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes se sentent discriminées par l'attitude professionnelle des gynécologues » (référence tirée de l'enquête SOS homophobie de la commission lesbophobie 2004 (où, plus explicitement et de façon plus nuancée, « 10 % évoquent l'expérience d'au

moins une situation lesbophobe dans le milieu de santé. 44% d'entre elles concernent les gynécologues et se manifestent sous la forme d'un manque de formation et d'information sur les questions de l'orientation sexuelle, d'un déni de l'homosexualité »)

- Le dépistage du HPV

« Développer des programmes de santé sexuelle des femmes lesbiennes sous-dépistées notamment en ce qui concerne le cancer du col. »

Et pourtant, à ce jour, la Haute Autorité de Santé, le Collège National de Gynécologie et Obstétrique Française et les collèges de médecine générale n'ont publié aucune recommandation de bonne pratique concernant la prise en charge de personne FSF ou de leurs problématiques de santé spécifiques.

Cette population n'est pas évoquée non plus dans les livres référentiels de formation des étudiants en médecine, notamment dans l'ouvrage d'inféctiologie Pilly, ou les référentiels pour les Examens Classants Nationaux, ECN. (Le terme HSH est désormais utilisé, notamment pour les sujets concernant le VIH).

Le rapport des professionnels de santé aux minorités sexuelles

La prise en charge de ces patientes par le médecin et leur santé sont des thématiques de plus en plus observées ces dernières années. Les associations, ainsi que des professionnels de santé militants relayent ces faits via les médias, et soulignent notamment : l'**invisibilité** des femmes homosexuelles, ou qui ont des rapports avec d'autres femmes, dans le domaine de la santé en pratique et en recherche (39), (40). Le **malaise** de cette population face à ces professionnels est également relevé, jusqu'à parfois une **perte de confiance et rupture de soins**. Par ailleurs, en plus faible proportion, dans son rapport annuel de 2019, SOS homophobie recense les témoignages de **lesbophobie**, dont 2 % proviennent de professionnels de santé (3).

L'homosexualité n'est plus une pathologie nécessitant un traitement comme nous l'avons vu. En revanche l'idée de guérison est encore présente en France. Il est, de nos jours, en France, encore proposé par des Eglises Chrétiennes de bénéficier de thérapies de conversion, à l'instar du modèle américain (41). Une mission d'information est

actuellement dirigée par une députée, Laurence Vanceunebrock-Mialon, en vue d'une interdiction définitive, en réponse au vote d'un texte par le Parlement européen en mars 2018 (42).

I.2.3. Particularités de santé principales et inégalités

Les études françaises sur les problématiques de santé des FSF sont très rares (deux grandes études sociologiques, *Enquête sur la sexualité en France* de 2008 ou CSF (4) et *Enquête nationale sur les Violences envers les Femmes en France*, ou ENVEFF, de 2000, commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des femmes, et des thèses de médecine générale), aussi nous les utiliserons en comparaison à la littérature anglo-saxonne plus avancée et plus fournie sur cette population.

En revanche, il persiste des difficultés dans la recherche en général sur la santé des FSF. En effet, du fait de ce concept récent, les études précédentes ne prenaient généralement que l'auto-identification comme critère d'inclusion. Les résultats étaient donc très probablement largement sous-estimés, voire ininterprétables. C'est depuis peu que les études incluent l'auto-identification et les pratiques sexuelles.

Nous avons aussi souhaité étudier les inégalités majeures de santé entre les FSF et les autres femmes.

➤ Infections Sexuellement Transmissibles

Les littératures ne retrouvent pas les même résultats, il n'y a pas de surrisque retrouvé dans la littérature internationale selon cette étude de recommandations anglophone (43).

En revanche, pour les deux études sociologiques françaises, les FSF ont une prévalence d'IST plus importante. En effet, pour l'étude CSF, 12 % des FSF rapportent avoir eu une IST dans les cinq dernières années, contre 3 % des femmes exclusivement hétérosexuelle (4). Pour l'ENVEFF, 24,6 % des FSF déclarent en avoir déjà eu au cours de leur vie contre 9.4 % des femmes exclusivement hétérosexuelles ($p < 0.0001$), (il semblerait cependant que le diagnostic de mycose soit inclus par les participantes)(44) . Ces valeurs sont obtenues par mode déclaratif.

Facteurs de risques d'infection sexuellement transmissible

Les littératures internationale et française s'accordent sur les mêmes facteurs de risque et pour affirmer une **majoration des risques pour les FSF**

Le **tabac** (facteur du risque de contamination HPV) : Il est retrouvé qu'elles fument plus que les non-FSF (45), (46).

L'**alcool** (facteur augmentant la prise de risque) : Les femmes FSF consomment plus d'alcool (45), (46), (43)

Au niveau du comportement sexuel également, il est retrouvé un **multi partenariat** plus important, répertoire de pratiques plus variées et **premiers rapports sexuels à un âge plus jeune**. L'étude CSF retrouve un âge du premier rapport à 17,1 ans (4) (16,8 pour l'ENVEFF (44)) contre 18,6 pour les autres femmes (4) (18,5 ans (44)). Les FSF déclarent en moyenne 3,7 partenaires femmes et 14,1 partenaires hommes au cours de leur vie (versus 4,1 partenaires chez les femmes ayant des rapports qu'avec de hommes) (4). Et 15,5 partenaires dont 8,2 femmes au cours de leur vie pour les participantes de cette étude SexoFSF (47).

Les pratiques sexuelles

Afin de comprendre la population, et donc comprendre les risques de transmission d'IST, quelques études vont analyser les pratiques sexuelles.

Dans ces trois études internationales, il est décrit : des rapports oro-génitaux (95,2 %) et pénétration digitale du vagin (97,3 %) (48) (à 82 % dans cette étude australienne (49), et à 92 % chez ces femmes portoricaines (50)). Ainsi que, pénétration anale (27 %) et pénétration par sex-toys (53 %) (48) (un peu plus de 50 % (49), et 62 % (50)).

L'étude française SexoFSF retrouve des valeurs principales semblables : pénétration vaginale (96,1 %), suivie du cunnilingus (91,8 %) puis de la masturbation réciproque ou connexe (84,8%) et des rapports sexe contre sexe (69,6%). [...] 44,4 % des femmes déclarent des rapports pénétrants avec sex-toys, donnés ou reçus, vaginaux ou anaux(47).

Moyens de protection

Les moyens de protection accessibles aux FSF sont le préservatif externe ou interne pour les rapports sexuels avec des hommes et usage de sextoys, digue dentaire pour les rapports oro-génitaux, et gants en latex pour rapports digito-génitaux.

Il est démontré une absence ou une moins bonne protection lors des rapports entre femmes ou avec des hommes. Plus de la moitié des FSF ne connaissent pas les moyens de protection des rapports entre femmes, et elles utilisent moins le préservatif que les autres femmes lors des rapports avec des hommes (51), (48).

De même, dans cette thèse française, sur 615 femmes, elles étaient 66,3 % à toujours utiliser des moyens de protection lors de leurs rapports occasionnels avec des hommes alors que 92 % n'en utilisaient jamais ou rarement lors de leurs rapports occasionnels avec des femmes. Par ailleurs, seulement 33 % citaient la digue dentaire et 8,4 % les gants en latex comme moyens de contraception existants (52).

Chlamydia Trachomatis (CT)

La littérature internationale et française est discordante sur l'existence d'un surrisque ou non (43).

Selon l'article de Marrazzo et al (53), la prévalence de portage de Chlamydiae Trachomatis chez les femmes n'ayant que des rapports avec des femmes est présent et semblable à la prévalence des FSF ayant des rapports avec des hommes et des femmes dans les douze derniers mois. L'étude CSF démontrerait une prévalence (après avoir réalisé une analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) d'un auto-prélèvement fait par toutes les participantes) plus importante de CT en brut, chez les femmes n'ayant que des partenaires femmes dans les 12 derniers mois, mais non significatif (4).

Cependant, nous pouvons en déduire que **les FSF, ayant ou non aussi des rapports avec des hommes, sont au moins autant à risque que les autres femmes.**

Vaginoses bactériennes

Il est retrouvé que les vaginoses sont fréquentes chez les FSF, qu'elles aient des rapports avec des hommes ou non.

Le risque de vaginose bactérienne lors de rapports entre femmes augmente avec le nombre de partenaires féminines et la présence d'une vaginose bactérienne chez une partenaire. Par ailleurs, il est retrouvé une concordance de germe au sein de couples de femmes monogames.

Ces observations semblent appuyer la thèse de la **transmission des vaginoses bactériennes entre femmes**.

La méta-analyse étudiée propose, en conclusion, l'intérêt du traitement concomitant de la partenaire lors du diagnostic d'une vaginose bactérienne (54), (53).

Il n'y a cependant pas de pratique de dépistage à effectuer (43).

Human Papilloma Virus (HPV)

La littérature a d'abord prouvé **la transmission physiologique du virus HPV lors de rapports exclusifs entre femmes sans antécédent de rapport avec un homme** (55).

Puis, plus récemment, comparé le portage d'HPV par les FSF à celui des autres femmes. Les résultats discordent sur un risque majoré d'infection à HPV chez les FSF.

En revanche, **la prévalence d'infection à HPV n'est pas inférieure à la population générale de femmes** (56), (57),(50).

Il a été démontré **la présence d'HPV oncogènes chez les FSF** (56).

Dépistage par Frottis Cervico-Vaginal (FCV)

Selon la littérature internationale, **les FSF bénéficient d'un moins bon dépistage par rapport à la population générale de femmes** (46).

Il est distingué une différence significative entre les auto-identification, dans les études d'Agénor et al (58) ,(59) : les personnes s'identifiant lesbiennes ont moins de chance de bénéficier d'un frottis que les personnes se disant hétérosexuelles. De même les FSF n'ayant eu que des partenaires femmes ont une prévalence plus faible d'avoir eu un FCV dans les trois dernières années par rapport aux FSF ayant eu des partenaires hommes (59).

Vaccination

La littérature est très inégale sur la vaccination. Les populations étudiées sont de catégories d'âges différentes et de systèmes de santé différents. De plus, la généralisation de la vaccination est encore trop récente pour en tirer une conclusion claire. **Il semble que le taux est généralement faible, mais difficilement distinguable de la population de femmes en générale** (60), (61).

VIH

Le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels entre deux femmes est difficile à évaluer.

En effet, la littérature encore une fois est faible sur ce sujet. Il est souvent retrouvé que les femmes FSF contaminées ont, dans leur biographie, d'autres facteurs de risque de transmission plus importants (rapport récent avec un homme, usage de drogue intraveineuse, etc..) ne permettant donc pas d'affirmer la transmission par le seul rapport sexuel entre deux femmes.

Il existe cependant quelques études de cas prouvant la nouvelle contamination par le VIH lors de rapports sexuels au sein d'un couple de femmes sérodiscordant (62). Les risques spécifiques de transmission dans un couple sérodiscordant de femmes sont alors des rapports sexuels entraînant des plaies des muqueuses génitales, et/ou lors des menstruations.

Ainsi, **la transmission du VIH lors de rapports sexuels entre femmes est un fait prouvé, mais rare.**

➤ **Violences**

L'ensemble des études françaises et internationales s'accordent sur le fait que les FSF ont été plus victimes de violences physiques et sexuelles que les autres femmes (63) , (46), (43).

L'enquête sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) de 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, démontre une fréquence de violences physiques depuis l'âge de 18 ans très supérieure chez les femmes qui ont eu des rapports avec des femmes (coups et brutalités physique), par rapports à celles qui n'avaient que des rapports avec des hommes. 26 % des FSF avait vécu des violences conjugales par des hommes contre 9 % des autres femmes (44).

Brown et al (46) dans leur étude ne peuvent déterminer s'il s'agit du fait du partenaire masculin ou féminin.

Les agressions sexuelles depuis l'enfance (attouchements, tentatives de viol ou viols), toujours commises par des hommes, étaient également beaucoup plus fréquentes pour les FSF. En moyenne, elles sont deux fois plus nombreuses à avoir subi des tentatives de viols ou des viols, après 18 ans, 25 % vs 11 % (dont 9 % victimes de viol conjugal contre 2 % pour les autres femmes) (44).

Dans l'étude CSF qui analyse 6476 femmes sur ce thème, il sera précisé que 43% des femmes qui ont eu un rapport avec une femme dans leur vie, ont eu un rapport sexuel forcé, contre 15% des femmes qui n'ont eu de rapports qu'avec des hommes (4).

➤ **Dépression et suicide**

Le rapport de 2014 de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) effectuant une revue de la littérature anglo-saxonne puis française conclut qu'il existe un **risque suicidaire plus important, une prévalence de tentative de suicide plus importante et une prévalence de suicide plus importante chez les FSF**. Les taux diffèrent d'une étude à l'autre, mais sont toujours supérieurs par rapports aux autres femmes. Il est précisé que dans l'étude ENVEFF de 2000, les femmes qui ont eu des rapports homosexuels ont 2,5 fois plus de risques de faire une tentative de suicide que les femmes hétérosexuelles, et les femmes ayant eu des rapports hétérosexuels et attirées par les femmes 1.7 fois plus de risque (64), (65).

Ces articles évoquent le principe de « **stress minoritaire** », comme explication à ces détresses. Il n'est plus question de pathologie psychiatrique, mais d'une souffrance en conséquence de la position de minorité dans la société.

➤ **Usage de drogues illicites**

L'usage de drogues illicites, en précisant le type de drogues, en spécifiant ou non le type d'usage, est moins étudié et plus controversé auprès de cette population que d'autres addictions comme l'alcool ou le tabac, comme nous l'avons étudié ci-dessus, (43). Selon certaines études, le taux est significativement supérieur (50), d'autres retrouvent une

prévalence significativement supérieure d'usage de drogue intraveineuse uniquement chez les femmes ayant des rapports avec des hommes et des femmes dans les cinq dernières années (le sous-groupe femme n'ayant qu'exclusivement des rapports avec des femmes dans cette période n'a pas d'usage significativement supérieur) (66).

Une nouvelle étude a étudié la prise de drogue à usage sexuel chez les FSF (44% de ces FSF britanniques consommant des drogues les utilisaient à cet effet) (67)

Dans nos études référentes françaises nous n'avons pas retrouvé de valeurs précises sur ce thème.

Il apparait cependant de façon certaine que le taux d'usage n'est pas inférieur par rapport aux femmes n'ayant que des rapports avec des hommes. La prise de drogue à usage sexuel semble une réalité, sans surrisque démontré.

➤ **Procréation Médicalement Assistée (PMA)**

Les techniques de médecine de la reproduction sont actuellement interdites en France pour les couples de femmes et les femmes célibataires (le projet de loi visant son ouverture a été votée en septembre 2019, le mise en pratique n'est donc pas encore effective) (68). Les couples de femmes, pour débiter des grossesses, se dirigent donc vers les gynécologues des pays voisins, notamment l'Espagne et la Belgique, où les techniques sont accessibles à tous, mais payantes. Les grossesses débutées, le relais se fait la plupart du temps par les spécialistes français.

La loi interdisant la PMA pour ces couples, les médecins français encourent le risque de cinq ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende, s'ils l'effectuent. En mars 2016, un manifeste dirigé par René Frydman et signé par 130 médecins français publié dans le Monde, demande un assouplissement de la loi pour ces femmes, en affirmant avoir déjà eu recours à ces techniques de façon illégale (69).

➤ **Oncologie**

Devant des facteurs de risques augmentés tels que le tabac, l'alcool et le risque relatif d'obésité, il est important de chercher un impact sur l'incidence ou prévalence des cancers, oto-Rhino-Laryngologique, pulmonaire et du col de l'utérus. Un surpoids et une

nulliparité (45), plus importante pourraient laisser présager aussi à un surrisque pour le cancer du sein.

Cependant, **les différentes études, avec leurs limites, n'ont, à ce jour, pas retrouvé d'incidence ou prévalence de cancers plus élevées (70).**

Et plus précisément au niveau du col de l'utérus, où les facteurs de risques sont très clairs (moins de dépistage, tabac, multi partenariat et premières relations plus précoces), à ce jour, il semblerait qu'aucune prévalence augmentée de cancer n'a été retrouvée à ce jour.

En revanche, au sein du groupe FSF, il est retrouvé des différences significative selon l'auto-identification (hétérosexuelle, bisexuelle ou lesbienne) de prévalence de certains cancers gynécologiques (un taux de cancer du col plus bas que les personnes se disant hétérosexuelles) (71), (72).

➤ **Cardiovasculaire**

De par un moindre suivi médical, un tabagisme plus important et des facteurs secondaires comme une obésité (risque qui n'est pas retrouvé dans toutes les études (43)), ces patientes présentent aussi un surrisque cardiovasculaire.

I.3. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

Dans quelle mesure, en l'absence de recommandations médicales, le médecin généraliste doit-il alors identifier et distinguer la patiente FSF au cours de sa consultation ?

Après avoir approché le contexte historique, sociétal et médical de ses patientes et leurs rapports avec leurs médecins généralistes, nous serons en mesure de mieux cerner et comprendre les multiples éléments et dynamiques interagissant dans la relation de la patiente FSF et de son médecin généraliste. Nous allons ainsi analyser les paroles de certains généralistes sensibilisés à la médecine de la Femme, afin de comprendre leur expérience auprès des patientes FSF dans un but de modifier des comportements et pratiques, et donc d'améliorer la prise en charge médicale de ces patientes.

En second objectif, nous intéressent à des généralistes ayant fait le DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique de l'Université de Montpellier-Nîmes, nous étudierons l'expérience de ces généralistes sur l'abord de ce sujet lors de cette formation, afin de tenter d'améliorer la formation des généralistes du Languedoc Roussillon sur la population FSF.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. REALISATION DE L'ENQUETE

II.1.1. Sélection des participants

Aborder l'expérience de médecins généralistes avec des patients issus de minorités peut, en recherche qualitative, limiter l'émergence de thèmes et concepts. En effet, dans sa patientèle, le généraliste pourra n'avoir qu'un très faible échantillon de la population étudiée, et donc vraisemblablement très peu d'expérience et de pratique, et peut-être, moins de connaissances théoriques. Dans notre sujet, la recherche bibliographique semble appuyer cet argument : il existe un manque de connaissances des professionnels de santé à propos du sujet de la santé des FSF (73).

Aussi pour ces raisons, il a été choisi d'effectuer un **échantillonnage ciblé**, en sélectionnant des médecins généralistes ayant une pratique de la gynécologie médicale. Ils présenteraient potentiellement une patientèle féminine importante et un intérêt pour cette population, accroissant ainsi la chance d'un échantillon de FSF plus grand, et donc peut-être une plus grande expérience.

Par ailleurs, en objectif secondaire à cette étude, comme nous souhaitons apporter des propositions d'amélioration de la formation des généralistes dans le Languedoc-Roussillon, il nous est apparu intéressant de sélectionner parmi cette niche de généralistes pratiquant la gynécologie, celles et ceux qui avaient effectué le **DIU de formation supplémentaire en gynécologie-obstétrique pour le médecin généraliste de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes**. C'est-à-dire des médecins généralistes ayant reçu une des formations universitaires la plus complète possible en Languedoc-Roussillon en santé de la Femme.

Ainsi, les participants ont été sélectionnés par plusieurs méthodes :

- Connaissances personnelles de l'enquêtrice,
- N'ayant pu avoir accès à la liste des médecins détenteurs du DIU, recherche sur internet par le biais du site doctolib.fr en spécifiant la recherche « frottis », certains de ces généralistes effectuant des « frottis » précisaient avoir effectué le DIU de gynécologie pour les généralistes. Cette recherche a été effectuée dans les quatre départements du Languedoc-Roussillon. Exclusion des gynécologues et sages-femmes.

Les participants ont ensuite été contactés par téléphone pour leur présenter le projet, sans donner le sujet, avoir leur accord, et organiser une date d'entretien.

Il a été recherché une diversité des participants, selon des critères de sexe, d'âge, de type d'exercice, de la situation géographique. La taille de l'échantillon n'a pas été prévue à l'avance suivant le principe de saturation des données.

II.1.2. Guide d'entretien

Les entretiens ont été réalisés grâce à un **guide d'entretien centré sur l'expérience du participant**. Il a été réalisé en triangulation avec le soutien de différents chercheurs (sociologue et médecins généralistes). Des difficultés pouvaient être rencontrées à l'évocation du sujet pour de multiples raisons. Il paraissait donc primordial pour l'enquêtrice de mettre en confiance les participants, en abordant une question d'entrée générale et peu impliquante, puis de les laisser évoquer leur expérience via un effort de mémorisation. Une mise en perspective a été ensuite effectuée.

Le guide a été transformé progressivement lors des différents entretiens, selon le principe d'**analyse transversale**, (ANNEXE 2).

II.2. METHODE DE RECHERCHE

L'explicitation précise de la méthodologie de recherche, respectant la liste de contrôle COREQ (74) seront des **critères de fiabilité** et de **validation interne** de cette étude.

II.2.1. Choix de la méthode

Afin d'explorer l'expérience des généralistes avec les patientes FSF, l'usage de l'**analyse qualitative** semblait particulièrement indiqué, en effet, comme Paillé le définit dans l'introduction de son recueil, nous y effectuons « l'analyse des données qui met à profit les capacités naturelles de l'esprit du chercheur et vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences plutôt que la mesure de variables à l'aide de procédés mathématiques » (75).

Pour cela, les participants ont pu s'exprimer via le biais d'**entretiens semi-dirigés**, permettant ainsi une reproductibilité des entretiens, tout en laissant place à l'expression

de leur individualité par le biais de questions ouvertes (76), chacun « **dépositaire de [son] expérience** » (77).

Les entretiens étaient effectués par l'auteure de cette étude, remplaçante en médecine générale. Sa formation en recherche qualitative s'est faite via une session théorique et pratique organisée par le Département de Médecine Générale de Montpellier et ses lectures personnelles de référentiels (75), (76), (77).

II.2.2. Recueil des données

Des informations personnelles supplémentaires par questionnaire écrit étaient recueillies par le biais d'un questionnaire papier à la fin de l'entretien.

Lors des entretiens, l'enquêtrice avait le guide avec elle, rédigé clairement avec des questions de relance si nécessaire. Des notes étaient prises au stylo pour permettre de réaborder des sujets.

La chercheuse utilisait son téléphone personnel pour effectuer les enregistrements vocaux des entretiens. Une retranscription écrite stricte des entretiens a été faite.

Au décours des entretiens, des notes ont été prises à part sur les impressions et premiers ressentis de la chercheuse.

Ils ont été effectués jusqu'à saturation des données, obtenue lors de l'analyse transversale des entretiens. « La saturation est perceptible, concrètement, à partir du moment où la collecte des données apparaît répétitive ou stérile eu égard au phénomène concerné, compte tenu de l'interprétation qui lui est donnée, ou lorsque la même catégorie s'impose avec suffisamment de constance ou de force lors de l'analyse » (75).

II.2.3. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits le plus exactement possible grâce au logiciel Microsoft Word, en essayant de respecter les éléments non verbaux, fautes de grammaires, hésitations, etc...

II.2.4. Analyse des données

Nous avons effectué une **analyse thématique**, afin d'initier une recherche d'un sujet méconnu, « de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma (l'arbre thématique) »(75). L'analyse s'est faite au fur et à mesure, une première flottante afin de faire émerger les premières intuitions de l'enquêtrice, puis les suivantes par **thématisation continue** stricte afin d'identifier et noter les thèmes au fil de la lecture des corpus. Les **relevés de thèmes** ont été retranscrit en parallèle sur des documents Excel. Puis **l'analyse linéaire des relevés** de chaque corpus a permis leur regroupement et une hiérarchisation progressive par arbres thématiques (75).

II.2.5. Détermination de la problématique et Méthode bibliographique

Le travail bibliographique s'est effectué en plusieurs temps et dans différents champs. Un premier travail a été effectué afin de cerner le sujet de recherche via la littérature grise (des sites internet tels que *Têtu*, *Komitid*, *Yagg* ou des médias de presse comme *Le Monde* et *Libération*). Parallèlement, nous avons contacté des chercheurs référents et effectués des entretiens informels, non enregistrés, avec des militants LGBTIQ+ et personnes FSF.

Puis un travail de première recherche de travaux de thèse existants via la banque de données SUDOC. Suivi d'une recherche d'articles médicaux au sein des banques d'études internationales PUBMED, et COCHRANE en utilisant les termes MeSH

Lesbian*, bisexual wom*, WSW, homosexual wom*

Pap smear, pap test, Papanicolaou test, cervical screening, uterine cancer, cervical cancer, cervical cancer risk*

Health

Ainsi qu'en étudiant les articles cités des travaux bibliographiques sur le sujet.

III. RESULTATS

III. 1. A PROPOS DES PARTICIPANTS

III.1.1. Déroulé des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre février et juin 2019, dans des lieux choisis par les participants. Ils se sont tous déroulés dans leur cabinet médical, excepté pour P4 avec qui l'entretien s'est passé à son domicile. Chaque participant a été anonymisé et renommé de P1 à P12.

Les entretiens se faisaient toujours en tête-à-tête, sans tierce personne.

Au début de l'entretien, les participants découvraient le sujet, avec définition de certains termes, rappel du respect de l'anonymat, de la méthode d'enregistrement et du droit de poser des questions ou d'arrêter l'entretien à tout moment. Un formulaire de consentement écrit était signé au décours de ces explications (ANNEXE 3).

Aucun participant n'a interrompu l'entretien. Des participants ont fait préciser la nécessité d'anonymat lors de certains thèmes abordés.

L'enregistrement de P11 n'ayant pas fonctionné, des notes de mémoires ont été rédigées par l'enquêtrice uniquement.

Les entretiens ont duré entre 8'43" et 33'13", avec une moyenne de 24'08" et une médiane de 25'04".

Nous tenons à préciser que l'auteure connaissait certains participants, leur façon d'exercer ainsi que leur patientèle, les ayant remplacés dans leur cabinet. Les participants, en revanche, ne connaissaient pas les objectifs ni les motivations personnelles de l'enquêtrice quant à ce sujet, et ils ne leur ont pas été précisés avant la fin de l'enquête.

III.1.2. Les participantes

Les douze participantes volontaires sont toutes des femmes, âgées de 29 ans à 70ans.

Elles exercent pour la majorité en cabinet de groupe, une en Maison de Santé Pluridisciplinaire. Une médecin qui exerçait en cabinet seule est à la retraite depuis un an, mais continue son activité au sein du Planning Familial.

Une médecin s'auto-identifie homosexuelle, les onze autres hétérosexuelles.

La médecin homosexuelle est célibataire mais a un enfant, les autres sont mariées ou pacsées. Deux médecins seulement sont sans enfants.

La moitié des médecins ont précisé leur religion. La médecin homosexuelle se définit comme athée, la seule confession religieuse retrouvée est catholique. Nous ne savons si elles sont pratiquantes, une seule précise être « catholique non pratiquante ».

Huit médecins ont suivi les cours du Diplôme Inter-Universitaire de formation supplémentaire à la gynécologie-obstétrique de la faculté de Montpellier-Nîmes entre 2005 et 2019, six sont titulaires de ce diplôme (une médecin souhaitait seulement suivre les cours, une autre n'a pu se rendre à l'examen final pour raisons personnelles).

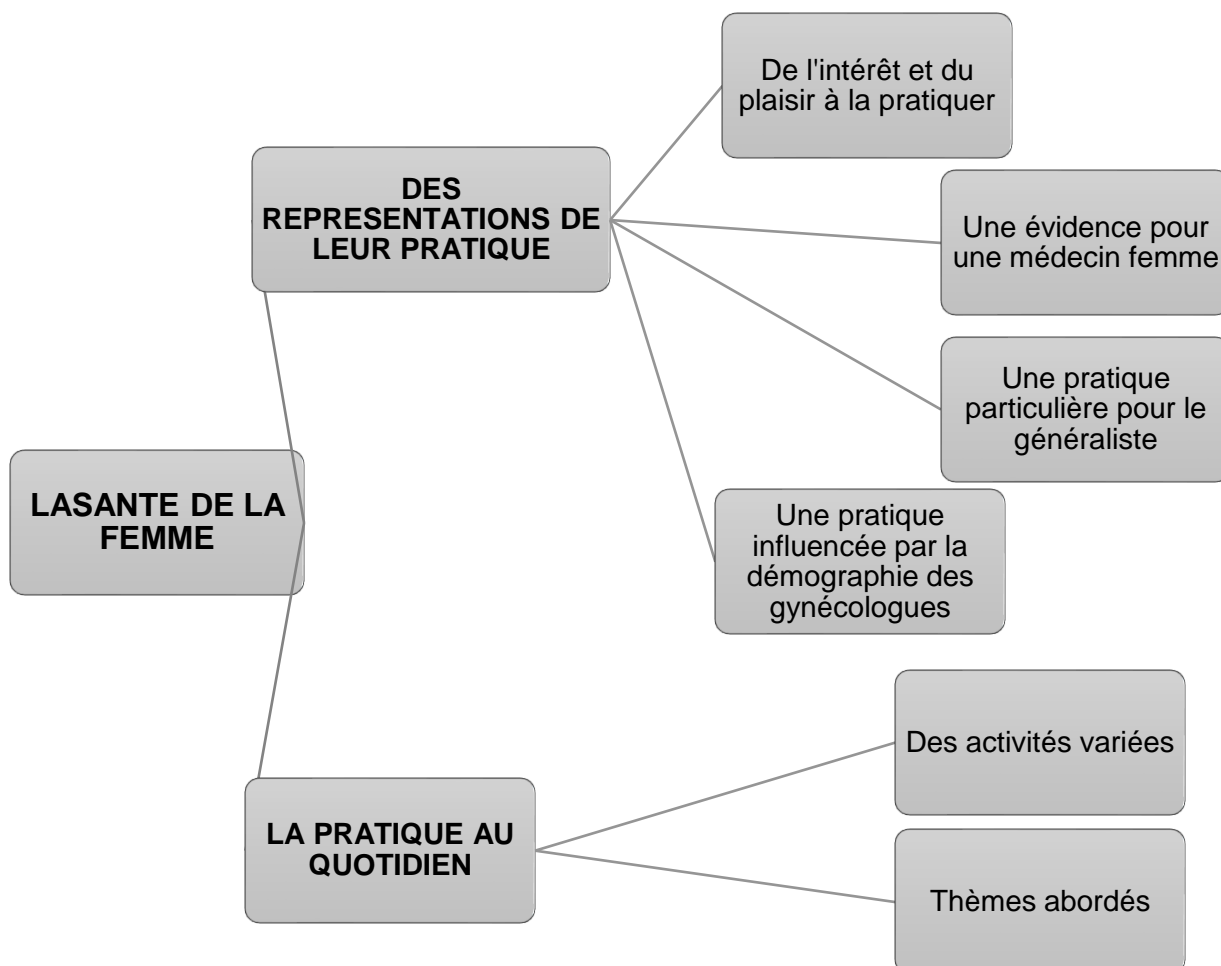
Parmi les quatre autres médecins n'ayant pas suivi cette formation : une médecin est titulaire du DIU de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique de la faculté de médecine de Lille, une médecin du DIU de sexologie de la faculté de médecine de Marseille. Certaines sont titulaires d'autres Diplômes Universitaires, dont celui d'Accueil Pédiatrique en médecine générale (trois médecins), puis celui d'entretien motivationnel (deux médecins).

Une médecin à une activité au Planning Familial. La plupart des médecins ont une activité mixte, dont trois sont ou ont été médecins de crèche.

Nom	Age	Seze	Type d'exercice	Zone	Autres ezercice	Date DIU	Statut matrimonial / enfants	OS	Religion	Remarques
P1	59	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	Agrée préfecture	/	célibataire/1 enfant	Homosexuelle	Athée	/
P2	60	Féminin	cabinet de groupe	urbain	/	2005(mais pas le diplôme final)	marier/2 enfants	Hétérosexuelle	/	/
P3	29	Féminin	MSP	rural	Médecin de crèche, DU entretien motivationnel, DU IEH, DU d'accueil pédiatrique en médecine générale, DU tabacologie	2017	pacséer/2 enfants	hétérosexuelle	Catholique	/
P4	32	Féminin	cabinet de groupe	urbain	DU d'accueil pédiatrique en médecine générale	environ 2013	en couple/0 enfant	Hétérosexuelle	/	/
P5	70	Féminin	cabinet seule (retraitée depuis un an)	urbain	Planning familial, nutrition	/	marier/2 enfants	Hétérosexuelle	/	/
P6	31	Féminin	cabinet de groupe	urbain	DU pd'accueil pédiatrique en médecine générale, médecin de crèche	environ 2016(mais pas le diplôme final)	marier/1 enfant	Hétérosexuelle	Athée	/
P7	36	Féminin	MSP	semi-rural	DU d'accueil pédiatrique en médecine générale	2009	marier/2 enfants	Hétérosexuelle	Catholique	/
P8	32	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	Du de géiatrie, DU entretien motivationnel	2019	pacséer/0 enfant	Hétérosexuelle	NSP	/
P9	33	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	/	2012	marier/1 enfant	Hétérosexuelle	Catholique	Très bon sujet!
P10	41	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	était médecin de crèche	2008	marier/2 enfants	Hétérosexuelle	/	/
P11	/	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	DIU sexologie	non fait	/	/	/	/
P12	36	Féminin	cabinet de groupe	semi-rural	/	2009 à Lille	pacséer/2 enfants	Hétérosexuelle	Catholique non pratiquante	/

III.2. LA SANTE DE LA FEMME

Les médecins généralistes pratiquent la Santé de la Femme au quotidien et de façon variée. Ils vont nous évoquer leur ressenti et leur pratique quotidienne.



III.2.1. Représentations de leur pratique vis-à-vis de la Santé de la Femme

Soigner et accompagner les patientes, une spécificité pour ces médecins : des raisons de cette pratique aux particularités.

➤ De l'intérêt et du plaisir à la pratiquer

P5 « Et moi ce boulot, je trouve que c'est un boulot passionnant. », « j'aime beaucoup moi de...de recevoir des gamines qui ont tout à apprendre... »

P4 « Ca m'intéressait simplement »

➤ **Une évidence pour une femme médecin**

P4 « En tant que femme, je me sens plus proche des femmes et de leur problèmes »

P5 « Oh, le fait d'être une femme (rire) c'est une évidence »

➤ **Une pratique particulière pour le médecin généraliste**

Une consultation différente de la consultation de médecine générale

P3 « L'ambiance est pas la même quoi, une consult gynéco j'trouve ç'est apaisant moi j'trouve... », « Fin c'est posé, on peut pas être là dans l'action, à être là à dire « Allez on se déshabille ! » puis hop on y va... »

Liée par le médecin à la maternité, et la pédiatrie

P3 « Je me disais c'est des femmes qui potentiellement vont avoir des enfants, et du coup, après, je suivrai les enfants aussi ... »

➤ **Une pratique influencée par la démographie des gynécologues libéraux**

Suivi ponctuel de la patiente en cas de forte densité de gynécologues environnants

P2 « On est à (grande ville) - euh, je pense que, peut-être que, on serait au fin fond de (département désert médical) un truc comme ça, y'aurait pas la population gynéco comme on a à l'heure actuelle, peut-être ma façon de faire serait complètement différente, mais ! »

Beaucoup de demande, en cas de faible densité de gynécologues libéraux, mais suivi non systématique

P10 « Les libéraux [...] Il y en a un [à ville]...et après [grande ville éloignée]...mais sinon, voilà, [ici] , on est que des généralistes à avoir été formés à la gynéco quoi... »

➤ **Des patientèles féminines singulières**

P5 « Bon j'étais dans un quartier où j'avais pas de pauvres, faut le dire hein... »

P4 « Une patientèle relativement féminine et jeune, de part, je pense, mon âge et mon sexe »

III.2.2. La pratique quotidienne

Les médecins vont nous évoquer leur activité ainsi que les différents thèmes ou gestes abordés en consultations qu'elles abordent avec leurs patientes femmes.

➤ Des activités variées

Les médecins ont une activité gynécologique différente et inégale

Une activité limitée

P4 « Ben en fait, au final j'en fait pas beaucoup [...] qu'on n'a pas envie que ça se sache trop, enfin moi en tout cas »

Ou importante

P6 « Là j'étais en train de calculer récemment que, j pense que 20% de mon activité c'est de la gynécologie pure. »

Le suivi gynécologique est variable, il se fait souvent indépendamment du suivi général

P9 « C'est vrai qu'il y en a que je vois que pour la gynéco aussi »

Suivi s'organisant selon les préférences de leur patientes

P8 « Ouais, ouais, oui, les patientes, elles font ce qu'elles veulent », « et puis quelques fois elles aiment bien garder leur gynéco, mais quand même c'est plus facile pour les mycoses et compagnie, d'avoir... »

Il existe un travail en réseau, avec orientation si besoin

P8 « ...J'envoie mes patientes chez la sage-femme quoi. »

➤ Thèmes abordés

Gestes techniques

Les médecins effectuent des frottis cervico-vaginaux (FCV)

P3 « Je fais entre trois à cinq frottis par semaine... »

La pose de Dispositif Intra-Utérin (DIU) et d'implant est variable

P3 « J'ai posé trois stérilets et deux implants... »

P1 « Stérilets, je ne les pose pas, parce qu'il y a trente ans, il fallait l'oxygène et le machin »

P8 « Parce que pour l'instant j'en [DIU] pose pas »

Education sexuelle et prévention

L'éducation et la prévention, thèmes importants lors des consultations pour certaines médecins

P5 « Pouvoir donner ce temps qui est, à mes yeux, fondamental quand tu démarres bien, tu es bien partie [...] Donc si tu prends la peine de bien expliquer [...] tu la prépares pour toute sa période d'activité sexuelle qui va être longue (sourire) »

Abord de la contraception

Les médecins vont poser presque systématiquement la question de l'existence d'une contraception, P12 précisera insister devant une réponse négative

P12 « Après, quand elles me disent non, c'est là où je vais poser un peu plus les questions... « pourquoi vous n'avez pas de contraception ? » »

Missions de dépistages

Les médecins auront des pratiques de dépistages différentes, en faisant une distinction entre les sérologies d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le frottis cervico-vaginal

Dépistage systématique :

Dépistage régulier des sérologies

P8 « Mais en fait, comme, j'sais pas, je suis un peu une parano des IST, moi je propose à tout le monde (sourire) »

De même, une pratique systématique du FCV

P4 « C'est évoqué plutôt régulièrement, et bah j'essaye au moins une fois par an de leur poser la question « où elles en sont de leur frottis ? » »

Parfois plutôt lors de la première rencontre avec la patiente

P12 « Quand je vois un patient pour la première fois, j'prends beaucoup plus de temps, j'prends les antécédents [...] je le prescris assez systématiquement, le bilan IST... »

Mais il est plus difficile d'être régulier dans le cadre du suivi

P12 « Après par contre, je propose pas de le refaire en régulier, c'est-à dire que si je les ai vues au début, après je vais pas forcément y penser... »

Par ailleurs, certains dépistages sont effectués avec plus de régularité que d'autres

P10 « Oui, ça je le [FCV] demande pas à tout le monde...mammo, ça c'est vrai que c'est assez régulier »

Dépistage à la demande de la patiente :

P2 « Je pose des questions, après si vraiment y'a des demandes, des choses, je fais, mais je ne suis pas non plus gynéco [...] Je propose, si y'a rien qui a été demandé, je ne fais rien de plus par rapport à elle »

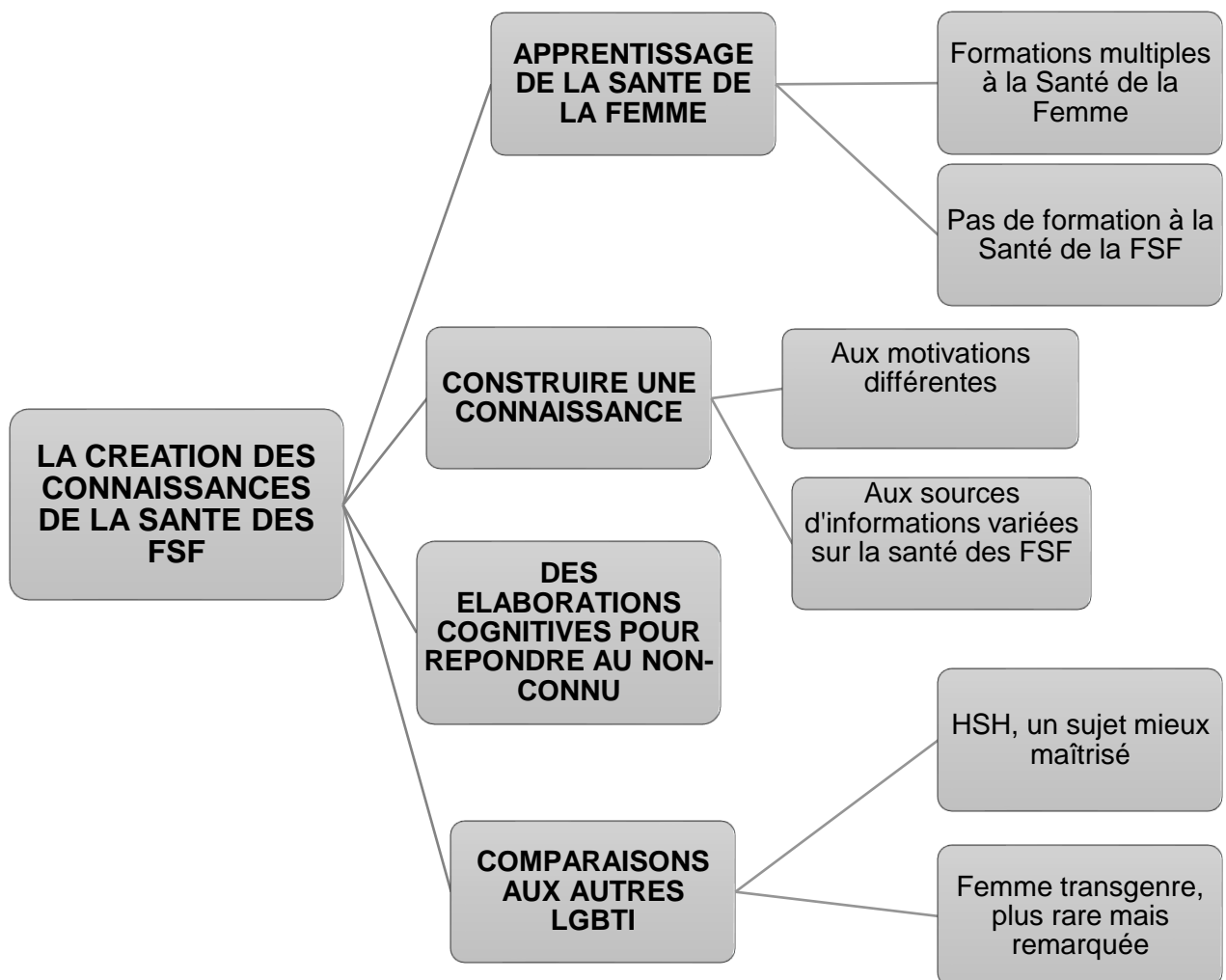
Suivi de grossesse

Suivi de grossesse de quelques patientes déjà suivies d'un point de vue gynécologique

P12 « Quand je les vois en gynéco habituellement, souvent je récupère les suivis de grossesse habituellement »

III.3. DE LA CONNAISSANCE DE LA SANTE DE LA FEMME A LA COMPREHENSION DE LA PATIENTE FSF

Les médecins se sont formés à la gynécologie par le biais de différentes formations, communes ou individuelles. Les médecins estiment n'avoir reçu aucune information sur le sujet des patientes FSF. Ils vont cependant se fabriquer une culture personnelle médicale sur le sujet. De même, pour répondre à des problématiques inconnues, les médecins vont développer des mécanismes permettant de répondre à des problématiques inconnues et comparer les patientes FSF aux autres minorités sexuelles rencontrées en consultation.



III.3.1. Apprentissages de la Santé de la Femme, quid de la place de la FSF

La plupart des médecins ont effectué un diplôme spécifique, supplémentaire au cursus général, deux autres médecins se sont formés autrement. Il ressort chez les médecins interrogés, le sentiment d'un manque ou d'une absence d'évocation du sujet dans l'ensemble des formations et référentiels. La pratique a permis cependant de répondre à certains questionnements.

➤ Formations à la Santé de la Femme

Formation à la gynécologie sans Diplôme Inter-Universitaire (DIU)

P1 « Ils ont fait des formations pour les médecins généralistes...[...] je suis allée en consultation à l'hosto »

P8 « J'allais aussi à des FMC, des DPC [...] et puis en congrès aussi de médecine générale »

Motivations et attentes des médecins ayant suivi le Diplôme Inter-Universitaire de formation complémentaire à la gynécologie

Les médecins ayant suivi l'enseignement du DIU ont décrit leurs motivations, attentes et ressenti.

Alternative au DESC (Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires) de gynécologie-obstétrique

P9 « Par contre j'ai vu les internes, c'est un internat très difficile... », « c'était des patientes que « j'explorais » pas du tout, en tant que gynécologue, et voilà... »

P12 « J'avais hésité entre le DESC de gynéco et de médecine générale... euh... donc je voulais garder la partie gynéco [...] médicale »

Impression de manque d'expérience et de formation technique

P3 « Mais j'ai trouvé que la formation que j'ai eue pendant mon internat était pas suffisante pour la médecine libérale... »

P8 « C'est la raison numéro un pour laquelle je fais le, le DIU, c'est parce que j'aimerais bien poser des dispositifs intra-utérins »

P4 « Je sais qu'il y a un p'tit stage obligatoire... »

P4 « J'avais envie de pouvoir répondre à ces questions-là, et de me sentir plus à l'aise... »

Sélectionner la patientèle future

*P3 « Aussi pour pouvoir un p'tit peu sélectionner, si on peut dire la patientèle... »,
« Pour pouvoir le marquer sur mes ordos »*

Résignation car ses collègues sont de sexe masculin :

P2 « J'allais rentrer dans un cabinet où il y avait quatre hommes, j'allais m'associer avec quatre hommes, donc je savais qu'obligatoirement, dès qu'il y aurait un problème de gynéco, ça serait pour moi »

Obligation, car reprise de patientèle

P1 « Mon prédécesseur faisait beaucoup de gynéco, et donc j'étais obligée de m'y mettre »

Ressenti

Peu d'apport théorique si réalisation du DIU lors de l'internat

P3 « Je sais pas si ça m'a apporté beaucoup plus de connaissances que le cursus, le tronc commun on va dire du DES »

Satisfaction, acquisition de compétences

P2 « Ca m'a permis de me sentir beaucoup plus à l'aise »

P8 « Je trouve assez proche de la pratique de médecine générale, excepté certains cours », « Franchement je suis assez contente, ça m'a fait une bonne remise à niveau [...] Et ça complète toute mon autoformation précédente... »

Reconnaissance de la part de ses collègues

P2 « Même mes confrères m'adressent plus particulièrement leurs patientes »

➤ **Connaissance de la Santé de la FSF**

Abord en stages

La rencontre de tuteurs a pu permettre d'évoquer des problématiques rencontrées

P7 « Je m'étais posée la question, quand j'étais en formation, quand j'étais interne au planning. J'ai dit « est-ce que ça change quelque chose, niveau frottis [pour les patientes homosexuelles] [...] niveau... parce qu'on peut se poser la question [...] et la gynéco m'avait dit « non, ça change rien, ça change absolument rien »

Les stages pratiqués dans le cadre du DIU lui a appris à aborder les sujets sans gêne

P6 « Dans mes stages aussi que j'avais fait dans le cadre de ce [DIU] [...] Les questions étaient posées simplement, et j'ai vu que, que les questions sans gêne, amènent souvent une réponse sans gêne. »

Apport insuffisant de connaissances lors de formations théoriques

Cours, congrès

P12 « Ben il y a pas, pas de formation, de truc là-dessus [les patientes FSF] ... donc c'est vrai que c'est pour ça que... »

P6 « J'ai rien lu, on m'a jamais rien appris en cours [sur ce sujet] »

Référentiels officiels

P9 « Parce que je sais que sur le CNGOF, il me semble que j'avais rien trouvé [comme information sur le sujet] ... »

DIU de gynécologie

P3 « J'ai pas l'impression [que le DIU évoque le sujet], ou j'ai pas retenu c'est possible... »

P9 « Et objectivement, tu vois ça nous est appris nulle part, et tu vois, même dans le DIU de gynécologie euh...on n'aborde absolument pas... le suivi des femmes homosexuelles... »

III.3.2. Construction de sa propre connaissance comblant le manque théorique

Les motivations des médecins à faire des formations professionnelles sont variées et inégales. Les sources d'information et de formation sur le sujet des FSF sont différentes pour chaque médecin.

➤ **Motivations personnelles**

Appétence personnelle pour la mise à jour d'un savoir théorique

P5 « Moi j'ai toujours fait beaucoup de formation continue »

P8 « J'ai beaucoup, beaucoup lu, j'ai beaucoup lu sur internet, dans des bouquins, 'fin honnêtement, je me suis un peu auto-formée hein [en gynécologie] »

Une nécessité devant l'évolution des techniques

P5 « Les techniques apparaissaient, on ne les maîtrisait pas, donc il fallait les maîtriser. »

➤ **Aux sources d'informations variées dans le domaine de la Santé des patientes FSF**

Les associations, militants, personnalités

P7 « Peut-être que si j'allais justement sur les sites, bah déjà sur Aides, ou dans tous les sites LGBT, ou tous les trucs un peu... [...] il doit y avoir des études pas trop mal faites »

P7 « J'ai cherché [...] pour l'aider. J'avais même contacté, j'avais envoyé un message privé à Baptiste Beaulieu, pour [...] ...pour lui demander un p'tit peu... »

Différents médias

P5 « Je l'ai appris par la, essentiellement, par la lecture »

Formation à la sexualité via les conférences sur le sujet VIH

P5 « Y'a des formations aussi sur le VIH par exemple [...] C'est dans ces lieux qu'on parle quand même de sexualité. »

Des proches LGBTIQ+

P2 « Parce que euh j'ai des amies euh, voilà...et donc du coup euh, ça m'aide des avoir des amies qui m'ont expliqué certains circuits et qui (rires) et qui m'ont aidées sur les réponses... »

Par les patientes

P9 « Alors j'ai toujours hein euh des patientes qui m'expliquaient... »

III.3.3. Des élaborations cognitives pour faire face au non-connu

Afin de faire face à une problématique et apporter une réponse, la médecin va, avec ses propres outils cognitifs, trouver une solution.

➤ Problématisation faisant suite à une mise en situation

Après avoir été confrontée à une situation réelle, elle va énoncer une problématique

P6 « J'ai...j'ai...j'ai recherché parce que je m'étais déjà posée la question pour une patiente vierge qui m'avait demandé s'il fallait faire des frottis [...] Donc je me suis posé la question. »

P9 « Et donc la question, je me la suis vite posée, parce...il fallait (rires) que j'y réponde ! »

A l'inverse, la problématique n'existe pas en l'absence de mise en situation

P9 « J'avais jamais eu le cas avant. En fait, je m'étais jamais posée la question. »

➤ Transposition logique

Pour répondre à un problème non décrit dans la littérature, la médecin va appliquer sa connaissance théorique de la physiopathologie et émettre une réponse logique

P6 « Mais après, c'est, c'est du bon sens, parce que le papilloma virus il circule entre les hommes et les femmes... [...] Donc il y a pas de raisons qu'entre femmes, (rires) il ne se transmette pas [...] Donc euh...ça, ça m'a paru assez évident. »

Parallèle avec le connu

P10 « Si on fait une transposition [...] avec quelqu'un qui avait des relations plus classiques, non j'ai pas vécu de différente façon [la consultation avec une FSF]»

➤ **Catégoriser pour comprendre**

P5 « Pour savoir que c'était une fille que je considérais comme étant homosexuelle, mais euh qui en fait est bi-sexuelle, c'est-à-dire qu'elle a eu des rapports avec des hommes avant, elle a fait un choix d'homosexualité, et là, il se trouve qu'elle a eu à nouveau [un rapport avec un homme], donc j pense qu'elle bi quoi voilà. »

« LP : « bisexuelle » c'est toi qui dis parce qu'elles ont « hommes et femmes », ou parce que c'est elles qui le disent ?

P9 : C'est moi qui le dis (rires) Ouais...qui le dit... »

➤ **Conclusion empirique à son expérience**

Les médecins, à force d'expérience, émettent des conclusions empiriques, sans pour autant avoir des éléments théoriques précis pour l'appuyer.

P5 « Je peux pas dire que c'est une règle stricte, mais c'est le vécu », « c'est une constatation empirique hein, je l'ai pas lu ça »

P9 « Voilà. Mais en fait, je le fais, parce que, j'sais pas, c'est important je trouve, de le savoir. Donc voilà »

➤ **Le sujet maîtrisé sera plus facilement abordé**

P12 « Parce que moi j'ai le souvenir des consults d'IVG, et c'est pour ça qu'on...que la contraception je fais attention de ...voilà soit un désir de grossesse, soit une contraception... »

Notamment lors d'une formation récente, moins avec le temps

P8 « Bah en fait, à chaque fois que je fais une formation, je pose la question après... [...] Eh puis, après, chaque fois au bout d'un moment, j'ose plus »

➤ **Usage du contre-transfert pour établir une théorie**

P7 « Bah ouais, parce que franchement, moi si je ser-, si j'étais pas médecin, et si j'étais homo, je me dirais que j'en ai pas besoin [du frottis cervico-vaginal] [...] Bah parce que, parce que, pour moi...enfin pour moi...je sais la représentation qu'ont les femmes... »

III.3.4. Comparaison avec les autres patients LGBTIQ+, pour comprendre la patiente FSF

Certains médecins vont, au cours de l'entretien, utiliser des comparaisons avec l'HSH et les personnes transgenres pour essayer de comparer, comprendre, justifier ou expliquer leurs difficultés.

➤ **Avec le patient Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH)**

L'apparence physique, un indice plus évident chez les HSH

P2 « Un homme qui va être un peu plus efféminé ou très euh, euh très apprêté tout ça, on va se dire « bon ben p'tet qu'il est homosexuel », une femme j'trouve ça se voit moins... »

L'abord de l'Orientation Sexuelle (OS) en consultation

Certains médecins ne vont pas plus aborder le sujet de l'orientation sexuelle avec les hommes qu'avec les femmes

P4 « Comme je le ferais pas non plus à ...euh à, je sais pas, euh à un garçon, qu'il soit homo ou hétéro... »

Au contraire, pour la majorité des médecins, devant des intérêts médicaux clairs il y a plus d'intérêt à connaître cette information chez ces patients que chez les FSF

P12 « Encore les hommes, ça peut p'tet...y'a p'tet des retentissements plus médicaux [...] et de prévention, mais les...les femmes, je vois pas trop ce que ça me changerait... »

Une augmentation du risque d'IST chez les HSH

P7 « Pour les femmes non. Parce que ça change absolument rien à la prise en charge. [L'homme HSH] ç'est un risque, avec toute la meilleure volonté de non-stigmatisation, ça reste un risque augmenté »

Du fait de pratiques sexuelles différentes

P1 « L'homosexualité féminine, par rapport aux mecs qui ont plusieurs partenaires - même en ayant un partenaire euh eeeeeh fidèle on va dire... ils vont te dire qu'ils ont envie d'autre chose, de, bon...- mais les filles c'est rare hein... »

Plus grande conscience des risques liés à leur sexualité pour les HSH

P9 « Les hommes ont conscience qu'au contraire...souvent les homosexuels hommes sont plus attentifs que les hétérosexuels, contrairement à ce qu'on pourrait penser, à ce genre de questions [...] Alors que les homosexuelles femmes, pour le coup, pensent être protégées en fait. »

Souffrance psychologique

La fragilité psychologique du fait de l'OS est la même pour les FSF que les HSH

P4 « Oui psychologiquement, elles sont p'tet plus fragiles ou plus en difficulté, mais p'tet comme beaucoup de garçons homosexuels aussi »

L'acceptation de soi est au contraire plus dure pour les hommes pour ce médecin

P7 « Been, alors je sais... je sais pas, j'ai l'impression quand même que les homos hommes, ont plus de mal à s'assumer que les homos femmes »

Mais cependant, elle nuance ses propos

P7 « [...] P'tet qu'elles m'en parlent plus facilement aussi ? Ou j'en sais rien [...] ...ou que je m'en fous plus que...j'en sais rien... »

P7 « Ouais là ça me fait penser à un truc. Quand j'étais enceinte de ma première fille, euh toutes les autres mamans attendaient des filles. Et alors en rigolant, je leur ai dit « oh, elles auront pas d'amoureux, c'est pas grave elles seront homos » [...] Et quand je faisais cette réflexion, eeeuh... quand même je voyais que c'était accepté chez les autres, mais que chez soi c'était pas forcément...(rires) [...] Donc bon quand je te dis qu'à (village) c'est plus facilement accepté...l'homosexualité féminine que masculine, je sais pas si...Ouais ptet pas forcément »

Les hommes HSH abordent plus facilement le sujet

P6 « Je sais pas si c'est plus assumé, ou si... ils consultent plus...je sais pas pourquoi, mais je vois beaucoup plus d'hommes qui, qui se déclarent, ou qui s'assument »

Une discrimination envers les HSH, une indifférence envers les FSF

P7 « Donc l'homo homme, il va être stigmatisé, il va être insulté, il va être... [...] c'est rugby, machin, « t'es qu'un pédédé » [...] alors que les homos femmes, j'sais pas, ça passe vachement mieux. Y'a même une des ATSEM de l'école qui a quitté son mec pour se mettre avec - avec qui elle a des enfants - pour se mettre avec une femme [...] Bah tout le monde le sait, tout le monde s'en fout. »

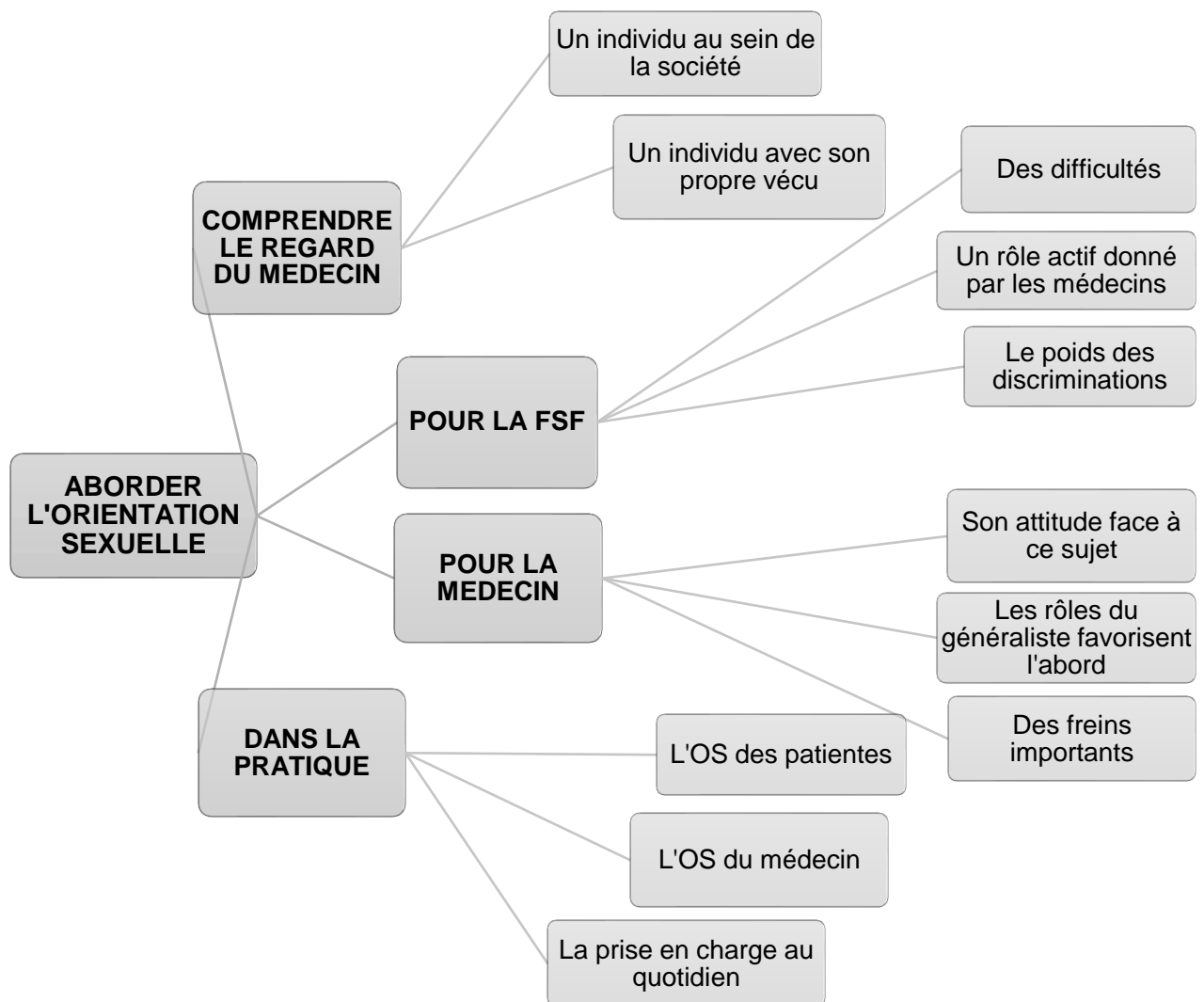
➤ **Avec la patiente transgenre**

La patiente requiert une attention particulière dans l'accueil

P8 « ...Mm, je fais hyper attention pour ma patiente transsexuelle mais pas pour les autres [les FSF] »

III.4. ABORDER L'ORIENTATION SEXUELLE DE SES PATIENTES, DES REPRESENTATIONS A LA PRATIQUE

Aborder le sujet de l'orientation sexuelle avec ses patientes est un sujet sur lequel les médecins sont très partagés. Pour certaines médecins, il sera important de comprendre le contexte dans lequel elles se situent. Elles auront des représentations sur ce sujet et sur leurs patientes. Et enfin, elles nous évoqueront dans la pratique la manière dont elles traitent cette information.



III.4.1. Comprendre le regard du médecin

Selon certaines médecins, afin de comprendre le regard du médecin et de la Médecine sur l'orientation sexuelle des patientes FSF, il est important de prendre en compte le contexte historique et sociétal dans lequel il se situe. Par ailleurs, selon ces médecins, des éléments de leur vie personnelle pourraient influencer leur pratique auprès des Femmes et plus spécifiquement des FSF.

➤ **Le Médecin au sein de la Société française**

La société, comme moteur d'améliorations médicales

Les associations de militants, à l'origine d'évolutions positives de la médecine

P5 « Indéniablement, ce mouvement [le Planning familial] a été à l'origine de progrès é-normes. [...] Sociétaux. Hein. Quand [le Planning Familial] est arrivé à mettre en place la contraception, à mettre en place les IVG... »

P5 « Le planning familial souhaite participer à la campagne pour la « PMA pour toutes » »

L'impact de l'épidémie de VIH dans les années 80 sur le rapport de la Médecine envers l'homosexualité

P5 « Le SIDA a débloqué beaucoup de choses hein ! »

La réalité des couples de citoyennes françaises bénéficiant de techniques de PMA à l'étranger, car interdites en France

P9 « Et j'pense que c'est d'actualité [illégalité de la PMA en France] en plus. C'est normal c'est l'évolution de notre société [...] ...Et je crois qu'il faut y répondre. »

Le médecin, un individu qui évolue avec la société

P5 « Donc, faut voir dans quel contexte on a grandi ! », « Je dirais que là où la société a énoooormément évolué dans le bon sens, c'est dans cette capacité d'accueil, sans jugement, parce ... [...] et je fais partie d'un ensemble, et c'est vrai que...euh...mon regard a changé. Oui. Oui, et ma façon d'aborder a changé. C'est même impressionnant ! »

Le médecin, protecteur du regard de la société

Le médecin peut être un allié face au regard des autres

P12 « Le médecin, plus simple, parce que ça reste privé, ça reste...ils nous font plus confiance à mon avis qu'à d'autres personnes, mais...parce que dans la société, c'est pas forcément évident... »

La médecine comme frein dans l'acceptation des FSF par la société

Par la formation théorique :

Pathologisation

P1 « J'ai quand même entendu d'un gynéco qu'il guérissait l'homosexualité. »

P6 « En fait, euh...y'a pas si longtemps que ça, dans les années 70-80, c'était répertorié comme trouble psychiatrique [...] Donc c'est une idée qui est quand même ancrée, et donc ils peuvent consulter en se demandant « bah, est-ce que je peux en guérir quoi, si c'est une maladie ? » [...] Y'a une génération qui a grandi avec cette idée là [...] Et des médecins, je pense aussi, qui ont grandi avec cette idée-là. Parce que ça m'étonnerait pas que des médecins plus âgés, ils aient eu des cours de psychiatrie sur l'homosexualité ! [...] Donc ça peut vraiment jouer sur la relation qu'on peut avoir avec le patient. »

Invisibilisation

P5 « Euh c'est des sujets, je pense qu'il faut que tu comprennes bien...que j'ai commencé mes études médicales sans que le mot « homo-sexuali-té » soit prononcé », « Ça existait pas hein ! Tu fais toutes tes études médicales sans savoir que ça existe... ! »

En contradiction avec la réalité des besoins

P9 « La preuve, [...] c'est qu'on aborde absolument jamais le sujet [...] Alors que c'est loin d'être rare. Quand on y réfléchit...des patientes homosexuelles, y'en a quand même hein ! »

En retard par rapport à la Société

P7 « Tu vois un p'tit peu dans les médias que...ouais... « l'institution médicale » [...] dans vingt ans, ça ira p'tet mieux ? ... »

Par l'attitude médicale :

P9 « Je crois vraiment qu'il y a...un jugement. Ou une désinformation même des médecins à ce propos, et puis...un désintérêt aussi »

P7 « J'pense que le collègue de gynéco, ils s'en foutent un peu... »

P5 « On a intérêt à être vigilant parce que l'intolérance ç'était hier... »

➤ **Le médecin avec sa propre histoire personnelle**

Identification à la patiente

Devant un mode de vie semblable

P1 « Mais le côté [...] d'être maman, ça oui, par contre, elles [les patientes FSF] viennent beaucoup plus m'en parler facilement avec moi [...] Déjà moi parce que j'ai adopté »

Identification « entre femmes »

P5 « Faut voir qu'on a une population qui nous ressemble en tant que médecin... »

P4 « Au final, moi j'ai quand même une patientèle relativement féminine et jeune, de part, je pense, mon âge et mon sexe (sourire)... »

P3 « J'me dis que entre femmes p'tet qu'on se comprend mieux que, 'fin que, d'avoir une femme médecin, après on parle p'tet un peu plus de la même chose que quand on est face à un médecin homme... »

Son propre vécu de patiente en gynécologie

Une expérience négative

P8 « Les gynécos que j'avais, je les trouvais pas géniales...elles étaient euh...beaucoup plus âgées que moi [...] Elles étaient un peu froides, on pouvait pas trop leur poser de questions, eet...fin j'me, j'me sentais pas très à l'aise. »

Identification à un modèle positif lors de la formation

P8 « Y'avait des internes de médecine générale qui faisaient leur stage là-bas, [...] Et elles étaient hyper sympas ! Et c'était vraiment vachement mieux ! [...] moi j'étais externe et tout, et j'me disais « ah c'est chouette ce qu'elles font »

Influençant la relation médecin-patiente FSF

Avec la création d'une empathie nouvelle

P8 « Et puis j'ai une amie qui aussi est euh... [...] Ouais, ouais FSF, comme tu dis (sourire) [...] j'pense que ça a aussi vachement changé [...] la manière de voir les choses : [...] Enfin son coming-out...elle a pas été bien...Enfin ça a été très compliqué pour elle...donc j'ai bien vu que ç'était compliqué dans la société actuelle malgré tout »

Ou comme potentielle source de difficultés

P6 « Ca la gênait beaucoup d'être examinée...par une femme [...] ...et elle m'a dit que ç'était très difficile pour elle, donc euh...je lui ai proposé d'aller voir un homme si elle était plus à l'aise... »

P1 « Admettons que tes parents soient [...] hyper, hyper cathos, même si toi tu te sens un peu plus libre, si t'as été élevée hyper catho, je sais pas comment tu vas aborder la consultation [avec une patiente homosexuelle] »

P12 « Mais bon après, moi, j'suis hétéro, donc c'est vrai que du coup, j'ai pas la même, euh...pas la même...voilà, j'suis pas forcément à la même place [que la patiente homosexuelle ou FSF] »

La particularité du patient-ami :

Meilleure connaissance de l'intimité, mais une séparation déontologique du personnel et du professionnel

P1 « Moi ici je parle pas de ma v...'fin...je parle pas de ma vie privée, 'fin à la fin de la consultation, si on doit dîner ensemble ce soir, donc là, mais paaas...le temps des vingt minutes, c'est médical ! Point barre. », « Y'a l'extérieur, et le professionnel »

III.4.2. Abord de son orientation sexuelle par la patiente FSF, les représentations du médecins

Les médecins ont l'impression que leurs patientes FSF ont des difficultés à évoquer leur orientation sexuelles, de ce fait, elles vont laisser leurs patientes aborder le sujet quand elles ressentiront le besoin de le faire. Les discriminations que vivent ces patientes ont un rôle dans ces difficultés et parfois cette souffrance.

➤ Des difficultés à aborder ce sujet

Selon les médecins, ces patientes ont tendance à être discrètes sur le sujet de l'orientation sexuelle

P4 « Globalement j'ai l'impression qu'elles sont super discrètes sur leur sexualité »

Voire même à ressentir une gêne au moment de l'évocation

P6 « Souvent je sens le malaise, parce qu'il y en a qui sourient ou qui rougissent. Donc euh...je le vois que [...] c'est une question difficile à aborder »

Dirigées peut-être par un sentiment de peur d'être jugée

P12 « Parce que c'est vrai, qu'il y en a parfois qui ont un peu peur du regard du médecin, par rapport au côté homosexuel [...] Enfin du médecin, comme de n'importe qui, ça peut...à partir du moment, à partir du moment où il faut le dire à quelqu'un qu'on connaît pas quoi, c'est ça. »

➤ Une position active donnée par les médecins, en dépit de ces difficultés

La patiente, maîtresse de son intimité

P9 « Elles me lancent de temps en temps des p'tits trucs qui me font comprendre...elles m'ont jamais dit « je suis homosexuelle », « j'aime les femmes » [...] Elle le dit pas. Et puis fin de l'histoire. Elle ne prononcera pas un mot de plus. »

Avec le désir contradictoire que la professionnelle de santé comprenne sans aborder le sujet

P9 « Celles qui ne me l'ont jamais vraiment avoué, mais qui me le disent à demi-mot pour que je le comprenne. »

Une position active parfois attribuée par la médecin

P4 « Si [...] elles veulent m'en parler, elles peuvent m'en parler... »

La patiente, maîtresse de la temporalité

P3 « A un moment de leur vie, eh ben un chamboulement au niveau psychologique qui vont livrer plus de choses parce que, euh ben on prend plus le temps d'écoute parce qu'il y a un problème à un instant T et ça fait remonter d'autres choses... »

P12 « Et puis après, au bout d'un moment, ils me l'ont dit...mais...est-ce qu'ils étaient sensés me le dire avant ? », « voilà, p'tet qu'elles me l'ont pas dit et que...et ben, elles me le diront après... »

Elle abordera le sujet dans l'attente inconsciente d'une prise en charge

P9 « Mais souvent, d'elles-mêmes, inconsciemment, elles cherchent des réponses aussi, si elles le disent aussi, c'est, bon, pour que je le sache », « J pense qu'elles lancent un peu...un peu la bouée quoi... [...] Elle va un peu lancer l'appât, et voir ce que ça donne quoi... »

➤ **Le poids des discriminations**

P4 « Elles sont p'tet plus stigmatisées ... »

Par la société

P8 « Donc j'ai bien vu que c'était compliqué dans la société actuelle malgré tout »

P6 « Ca reste quand même tabou souvent »

Chez le professionnel de santé

P12 « Y'a une appréhension de consulter un médecin, ne sachant pas si le médecin va avoir...un regard homophobe...ou [...] Enfin sans parler d'homophobie, mais en tout cas, des réticences, des choses... [...] pas forcément quelque chose de sévère, un peu de retrait... »

P8 « Ben je pense qu'il y a plein de médecins [...] qui s'en rendent pas forcément compte, mais qui... [...] qui ont une communication pas très nette sur le sujet... [...] Des choses un peu négatives ou... »

Sur le lieu de travail

P3 « Un conflit avec l'employeur, et en fait ç'était un truc, enfin j'sais pas homophobe ou quoi »

Dans le cadre de la religion

P6 « Après, j'ai remarqué que c'était plus tabou, pour des jeunes qui sont très croyants. »

Au sein de la famille

P1 « Maintenant t'as toujours des parents crétiens qui te foutent dehors parce que euh...voilà... [à cause de l'homosexualité de leur enfant] »

De l'influence de l'environnement socio-démographique

Les médecins estiment que l'environnement socio-culturel et démographique a une influence sur l'acceptation des patients LGBTIQ+ et sur la proportion au sein de leur patientèle

P7« C'est rare quand même ici [les patients LGBTIQ+] [...] un milieu socio-culturel pas...très funky, ou pas très ouvert... »

P9 « Donc tu vois, j'pense que ç'est aussi dans un village, tu sais...Ca change beaucoup de choses... »

P2« Après, je pense que euh, oui j'pense que ça vient aussi du quartier, mais y'a beaucoup d'homosexuels [...] je pense que dans ce cabinet, alors je ne sais pas si ç'est la localisation géographique ou pas. »

P1« Mais j'ai l'impression que ça se tasse un peu... [...] Bon c'est qu'une impression, ou alors à (sa ville d'exercice), on est un peu pistonnés, je sais pas [...] ptet qu'il y a des régions où ça se passe plus mal, ou je sais pas... »

Vers une évolution positive de l'acceptation sociale

P1 « Ca se passe... Moi j'ai l'impression, mais le problème c'est que je connais pas les statistiques nationales, 'fin,' fin c'est pas que ça m'intéresse pas... [...] Voilà. J'ai l'impression (raclement de gorge) que ça se passe un peu mieux. »

III.4.3. Abord du sujet par la médecin

Aborder l'orientation sexuelle, une thématique complexe pour les médecins. Les médecins vont décrire leur position avec leurs patientes, puis malgré des rôles intrinsèques de généralistes favorisant, nos médecins participantes expriment plusieurs freins importants à l'évocation de ce sujet.

➤ **Représentations de leur position avec leurs patientes lors de l'abord du sujet**

La plupart des médecins auront une position passive dans la relation aux patientes FSF

P3 « Là dans le peu de cas que je t'ai raconté ben je l'ai su mais un peu par hasard parfois... », « on prend ce que les gens ont envie de nous dire... »

Certains médecins, au contraire, auront un rôle actif

P6 « C'est moi qui lui ai posé des questions [...] Et c'est là que j'ai la réponse. », « Euh c'est moi qui vais chercher l'information. En général. »

Afin d'avoir les informations nécessaires à une bonne prise en charge

P5 « ... Généralement... j'ai, j'ai, à peu près, toujours su, je pense, l'orientation de mes patients, oui...oui...

LP : Pourquoi ?

P5 : Bah parce que c'est une évidence... »

➤ **Les rôles intrinsèques du généraliste, facteurs favorisant l'abord du sujet**

La protection du secret médical

P12 « J'pense qu'ils savent qu'ici c'est secret médical. »

La création d'une relation de confiance, dans la durée, induite par le suivi au long cours des patientes

P3 « C'est le temps et là, le lien qu'il peut y avoir entre le, le médecin et son patient, qui, qui fait qu'on peut arriver à ce genre de confidences »

P9 « La patiente, elle voulait voir personne, alors qu'elle avait des questions [...] et elle attendu que je revienne moi, parce que je pense qu'elle a confiance en moi »

Connaissance de la vie personnelle des patients

P8 « Le médecin de famille doit connaître la vie conjugale »

Intérêt de l'éducation et de la prévention

P9 « Et du coup, même s'ils ont rien de particulier à me dire, quand ça se produit, ils pensent à me le dire parce que je leur ai expliqué que ... »

Généraliste, allié de la patiente face au spécialiste

P5 « Bon, parce que moi la patiente, elle me l'avait dit, je le savais parfaitement, mais euh...ça qu'elle m'avait dit à moi, elle était peut-être pas aussi bien à l'aise pour le dire à la dermato qui consulte la peau »

Position d'expert du médecin FSF

P1 « Ah oui [...] pour me parler de ce sujet, et bon...moi j'en parle très librement [de l'homosexualité], mais je parle pas de moi [le médecin se définit homosexuelle], je parle de ça en général »

➤ **Freins à l'évocation du sujet**

« L'intime »

Ce frein majeur à l'évocation du sujet de l'orientation sexuelle, décrit par tous les médecins : l'intimité, et le « devoir » de la respecter.

L'intimité, le lieu des libertés

P5 « Après, dans l'intimité, c'est bien un endroit, où on peut faire comme on a envie »

La limite de l'intérêt médical : l'intimité ?

P3 « Et on n'est pas obligé de, enfin s'il n'y a rien de plus à, à faire derrière au niveau prise en charge de, de voilà, on prend ce que les gens on envie de nous dire »

P2 « Parce que pour moi, leur problématique, qui est une problématique à la limite sexuelle, n'implique pas de problématique médicale en soi »

En présence d'un intérêt médical, les limites changent

P10 « Oui, en général, je demande si les rapports sont douloureux etc...mais je pense pas forcément à demander [l'OS] »

P1 « Mais moi la sexualité des gens ne m'intéresse, enfin ne m'intéresse pas, ça ne me regarde pas [...] Après si...je vois des choses...par exemple, tu vois des condylomes partout, beeh...là tu rentres un peu dans le vif du sujet »

Si la patiente souhaite exprimer une plainte « intime », le médecin l'accueillera

P12 « Par exemple, j'ai des patientes qui ont du vaginisme, et tout ça...est-ce qu'on met [...] c'est plus du parti psychologique, de l'intime, c'est pas forcément...mais bon, à partir du moment où il y a une plainte, ou un mauvais ressenti, euh... »

L'intime, des frontières différentes pour les patients et les médecins

P7 « Baah...nan, moi la réaction que j'ai, c'est de prendre ça comme une information banale en fait. Si la personne me dit « oui je suis homosexuelle », je dis « Ah. Ah, bah c'est bien. » [...] Parce que pour lui, c'est une information importante qu'il me donne, mais on va pas en faire des caisses quoi. »

Les difficultés à recevoir l'intime

P3 « C'est vrai que des fois, enfin moi j'trouve quand on apprend des choses, ben aussi intime des fois, ben on se sent bête parce qu'on se dit « bon là j'ai pas énormément de recul »

Peur de gêner

P12 « Mais c'est vrai que je pose pas la question directement la question...ben...p'tet de peur de les mettre mal à l'aise...ou je sais pas... »

P4 « Globalement j'ai l'impression qu'elles sont super discrètes sur leur sexualité, et du coup, on n'en a quasiment pas parlé ... »

Sentiment d'intrusion

P12 « Leur poser ça [la question de l'Orientation sexuelle] ...peut être intrusif... »

Un manque de connaissances

P9 « Je crois qu'il y a de la gêne de la part de certains médecins, peut-être aussi d'aborder le...peut-être qu'ils ont peur que si on répond « oui », ils ne savent pas quoi dire derrière, parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec la question... »

Contre-transfert

P3 « Mais je trouve que c'est intrusif, enfin si j'avais en face de moi quelqu'un qui me disait « alors vous êtes en couple ? et alors un homme, une femme ? » (Sourire) enfin [...] ça peut être un peu déroutant... »

Un désintérêt

P7 « 'Fin c'est pas que j'm'en fous, c'est que l'orientation sexuelle des gens pfiou...enfin si, j'm'en fous », « elle m'a dit je suis lesbienne [...] alors moi j'aime pas ce terme... »

Limites liées à l'organisation de la consultation

Rythme

P3 « Le rythme des consultations, c'est pas toujours propice à la confiance »

Aspect financier

P3 « Ca manque un peu [de temps pour se livrer], dans un rythme quand il y'a, p'tet moins que dans d'autres spécialités, mais enfin malgré tout un peu ce truc de rentabilité, on peut pas voir dix patients par jour... »

Moins de confiance lors du partage de patientèle au sein du cabinet de groupe

P8 « C'est plus un partage de patientèle... [...] Que...qu'en médecin traitant. 'Fin j'suis pas la confidente ou... »

Patiente accompagnée en consultation

P9 « Une espèce de carcan, alors elles viennent avec leur maman en consultation [...] Et donc j'ai jamais l'occasion d'aborder ça. »

P6 « Ca reste quand même tabou souvent, et ça je le fais que quand on est seuls, face à face [...] C'est pas une question que je pose comme « est-ce que vous fumez ? » alors qu'il y a quelqu'un à côté quoi. »

Manque de suivi

P3 « C'est pas des personnes qui consultent beaucoup aussi, enfin tu vois je sais pas, parce que si, j'me dis, si ç'est des femmes jeunes ou, ou du moins qui ont pas de problème de santé... [...] Elles viennent p'tet une fois par an pour un certificat de sport ou quoi... [...] Et là, j'demande pas... »

Limites liées au praticien

Moins de relation de confiance des patientes envers le médecin remplaçant

P9 « J'avais eu des patients homos-, des patientes homosexuelles, mais ç'est vrai que ç'était pas forcément le, dans le cadre de mon cabinet, alors ç'était pas forcément la...la même chose... [...] Y'avait...elles se confiaient moins... »

Le médecin de famille, ses limites dans la confiance

P6 « J'ai des patientes qui me disent « mon médecin, je me sens trop proche de lui pour faire le frottis, parce que...bah...il connaît toute ma famille...il me suit depuis longtemps... [...] Y'a presque une, une...ç'est pas une relation amicale, mais ils sont tellement proches, que l'intimité devient problématique. »

Avec une perte de neutralité

P6 « Et donc [les patientes disent] 'je préfère voir quelqu'un de neutre pour faire mon suivi gynécologique' »

Conscience de ses propres limites

P8 « Enfin j'me vois pas poser la question « est-ce que vous avez des rapports avec des hommes ou des femmes ? » quoi. »

III.4.4. En pratique, aborder l'orientation sexuelle en consultation

Les médecins sont divisés, ainsi certaines abordent directement le sujet, d'autres non, elles ont tout de même parfois connaissance, par d'autres moyens, de l'orientation ou pratiques sexuelles de leurs patientes. L'orientation sexuelle du médecin sera parfois connue des patientes. Enfin, les médecins évoqueront leur prise en charge après connaissance de l'orientation sexuelle de leurs patientes.

➤ Connaissance de l'orientation sexuelle de la patiente

Par évocation directe de la patiente

Il s'agit du motif de consultation

P9 « Elles viennent plus avec des questions... ou par habitude, parce que...elles avaient...jusqu'à présent, elles étaient avec des hommes...ou bien parce qu'on leur a toujours dit qu'il fallait venir... parler de ce bilan... »

Au décours de consultations

P5 « Je pense que c'est parce qu'on parle, et que les gens voient qu'ils peuvent parler, plutôt que questionner [la patiente] »

Abord direct assez rare

P6 « Mais ça ne m'est jamais arrivé que les gens viennent s'asseoir en face de moi, et de dire 'voilà, je suis homosexuelle' [...] Les femmes, c'est très rare qu'elles m'en parlent spontanément, c'est vraiment quand je vais chercher l'info... »

P4 « Elles m'ont jamais parlé de leur homosexualité ou quoi que ce soit. »

Connaissance d'un milieu hors professionnel

P1 « Soit je le sais, parce que c'est des gens que je connais à l'extérieur »

Par évocation directe du médecin

Demande systématique

« LP : et est-ce que tu précises le..., quand tu demandes, justement, si c'est avec un homme ou une femme ?

P9 : Oui. [...] Systématiquement. »

P9 « Oh très directement. En fait, je pose des tas de questions, je leur demande les antécédents particuliers, les allergies, s'ils ont des enfants...et puis, j'te parle pour...même on peut l'faire à tout le monde, au moins pour les adultes pour le coup, et je leur demande s'ils sont en couple « oui, non » « avec un homme, avec une femme », voilà... »

Lorsque l'information est nécessaire

P6 « Non. Je le demande que s'il y a une consultation orientée sur un problème sexuel. [...] Ou, ou « ça me brûle quand je fais pipi » ou ...voilà chez les hommes ou chez les femmes, je demande les pratiques précises. Voilà. [...] S'ils viennent parce qu'ils ont mal au dos, j'ai pas de raison de leur demander leur orientation sexuelle. [...] Mais en pratique, euh...euh je suis amenée à parler de ça, comme je fais beaucoup de gynécologie... »

Jamais

P8 « Non, je pose pas la question, je trouve que ç'est pas ma place. Enfin je pose pas la question non plus pour les hétéros quoi, donc... »

Par évocation indirecte

Par déduction :

Sous-entendus

P9 « Celles qui ne me l'ont jamais vraiment avoué, mais qui me le disent à demi-mot pour que je le comprenne. », « des p'tits trucs qui me font comprendre [...] elles m'ont jamais dit 'je suis homosexuelle', 'j'aime les femmes'...et y'en a une maintenant je sais que...mais elle m'a jamais dit que ç'était avec des femmes... »

P3 « Elle me dit tout le temps 'ma copine m'a dit ça' mais euh, pareil je sais pas si ç'est 'copine' dans le sens amitié ... »

Visibilité par le couple et les enfants

P10 « Ooh, j'avais dû les voir séparément, puis untelle m'avait dit 'je suis la compagne de...'.voilà... »

P8 « J'ai quelques patientes en tête, je sais qu'elles sont euh...avec des femmes notamment parce qu'elles ont eu des enfants avec des femmes »

Déduction plus difficile des célibataires

P7 « Bah en fait...homo seule...je pense que j'en ai pas en fait. Dans ma patientèle...Ou je le sais pas... »

Apparence physique

P4 « Une qui fait un peu masculine », P1 « Qui fait garçon manqué »,

P3 « Une femme j'trouve ça se voit moins... », P1 « je m'en doutais fort »

Dénomination par un membre de la famille :

P3 « Enfin y'en avait une, ç'était la mère biologique, et l'autre ben...il l'appelait aussi 'maman' quoi »

Partage des informations entre confrères

P1 « Quand j'ai reçu le courrier de sortie, le médecin spécialiste avait écrit qu'elle, qu'elle était venue avec sa compagne »

Abord du sujet par « obligation »

Prescription d'une contraception, situation la plus rencontrée par les médecins

P3 « C'était sur un, sur une contraception [...] j'lui posais la question « est-ce que vous avez une contraception ? » comme on peut le demander. Et elle, elle m'a dit euh, qu'elle en avait pas besoin parce qu'elle était avec une femme. »

Vaginose

P8 « C'est elle qui m'a demandé si ç'était contagieux, et si avec une autre femme ç'était contagieux, etc... »

Dyspareunies et examen gynécologique difficile

P3 « Et, et en fait, c'est parti, elle, parce qu'elle était pas très à l'aise pendant l'examen. Et elle m'a dit, ben, on a fini l'examen, et en fait, elle m'a dit 'Faut que

j'vous dise, euh, je, je, moi je suis, enfin je pense que, que j'aime les femmes, et que du coup ç'est pour ça que j'ai des rapports douloureux' ... »

Eliminer le risque d'une Grossesse Extra-Utérine (GEU)

P7 « Elle m'a dit 'nonon...' alors elle m'a dit 'je suis lesbienne' en espagnol [...] parce que j'essayais d'insister ! Bon alors c'était en espagnol, je lui demandais, 'ben votre dernier rapport ?' »

➤ **Connaissance de l'orientation sexuelle du médecin**

Non évoquée

P1 « Mais moi, ici, on n'en parle pas, ici je suis pas, pas 'moi-homo' et elles sont pas homo, c'est une patiente avec un médecin quoi... », « Moi ici je parle pas de ma v...'fin...je parle pas de ma vie privée »

Le bouche-à-oreille

« P1 : Je pense qu'elles le s...

LP : Ça se sait du bouche à oreille quoi ? ...

P1 : Voilà. »

Visibilités indirectes

A l'inverse, une autre médecin P3, hétérosexuelle, a dans son cabinet, une photo de son compagnon et de leurs enfants.

➤ **Prise en charge après connaissance de l'OS**

Volonté d'un traitement égalitaire

La majorité des médecins souhaitent ne pas les distinguer des autres femmes

P2 « 'Fin je pense pas les considérer autrement que comme d'autres femmes, en fait, tout simplement »

Ne pas distinguer ces patientes des autres femmes pour ne pas être discriminante

P4 « Je veux pas stigmatiser, j'me dit 'bah ouais c'est très bien, elles assument, elles viennent toutes les deux, parfait'. Voilà, j'ai pas envie de revenir sur la question sur le truc non plus quoi. »

Avec l'usage d'un vocabulaire varié

P7 « Non-stigmatisation », P6 « Une forme de ségrégation aussi... », P1 « ...J'allais dire raciste... »

Avec parfois une interdiction déontologique à différencier

P1 « Je fais pas de différence. Voilà. Et je n'ai pas un discours différent, par rapport à la sexualité des gens. Et ça, je me l'interdis »

Pas de répercussion dans la prise en charge pratique

N'entraîne pas ou peu l'abord d'autres problématiques

P6 « Deux femmes qui viennent ensemble. Donc je sais qu'elles vivent ensemble. [...] Mais on en parle pas, parce qu'elles consultent pour d'autres problèmes de santé. [...] Comme c'est pas un problème médical, qu'est-ce que je vais en parler en consultation, si...si le patient n'a pas de questions particulières ? [...] J'ai rien à leur apprendre. Eeuh, je pense que la, la relation ne doit pas être différente que ça soit une personne homo ou hétéro. Du coup...j'en parle pas simplement, parce que... [...] Y'a rien à dire en fait. (Mange) »

P2 « Bon euh eeeeh prise en charge particulière ? Moi, perso, non. »

Sujet clos, car n'a pas connaissance d'autres informations à donner

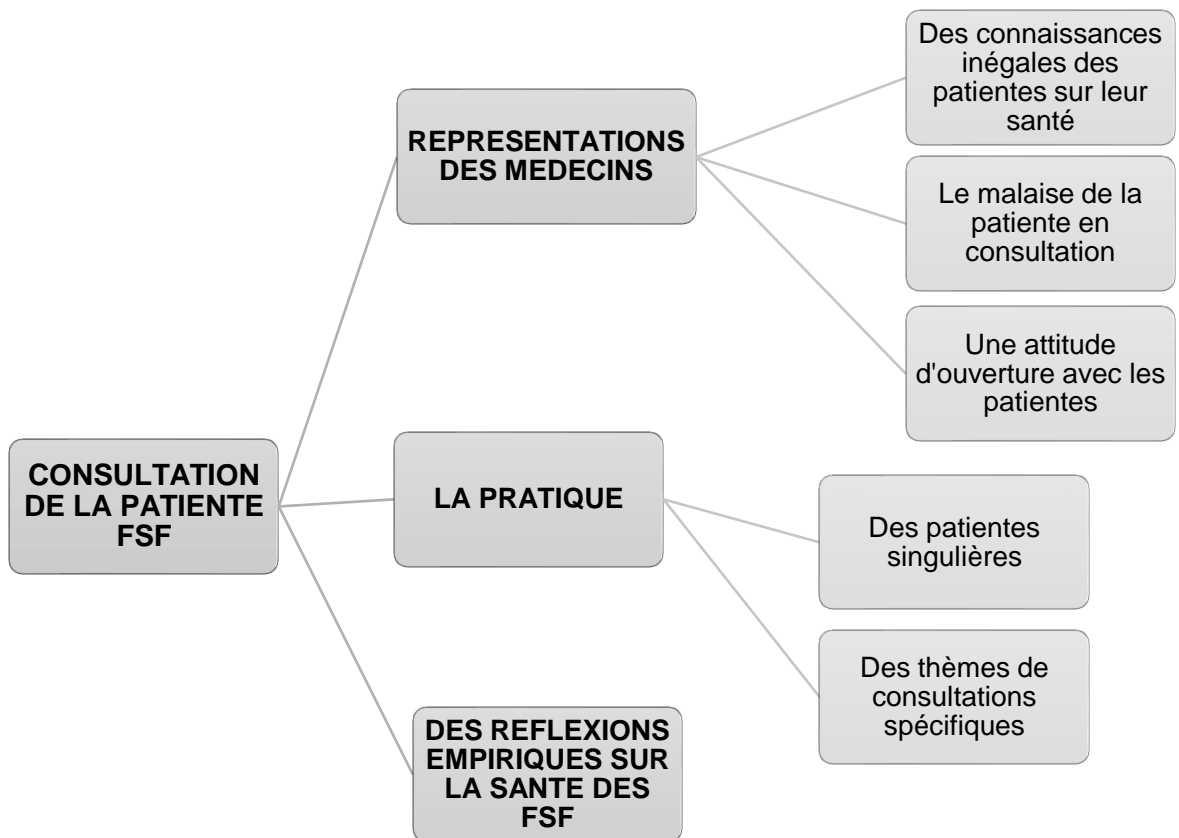
P8 « Non c'est juste sur cette, ce motif-là...Fin c'est vrai qu'on s'est pas étendues sur la question [...] Ben non, c'était la seule information que j'avais pour elle (rire)»

Prise en charge ciblée

P9 « Donc je lui ai demandé, et elle m'a dit que 'oui', elle était homosexuelle. Et du coup, j'ai plus ciblé ma consultation sur la vaccination HPV, sur euh...en effet les dépistages, euh...et...et... »

III.5. LA CONSULTATION DE LA PATIENTE FSF

Les médecins interrogés ont des représentations variées sur leurs patientes, de leurs connaissances et attitudes. De même, les médecins disent avoir un sentiment positif de leur propre attitude avec leurs patientes FSF. Les médecins ont aussi abordé leur quotidien, en évoquant différents thèmes abordés en consultation. Elles ont tout au long des entretiens formulés des réflexions et conclusions sur la Santé des FSF.



III.5.1. Représentations des patientes FSF par les médecins

Les médecins vont avoir un regard sur les connaissances et croyances qu'ont les patientes FSF de leur Santé, ainsi que leur appréhension en consultation à l'abord de certains sujets. En parallèle, elles ont en majorité l'impression d'avoir une attitude positive dans leur accueil. Elles évoquent leur patientèle en général.

➤ **Des connaissances inégales des FSF sur leur Santé**

Leurs connaissances

La patiente en position de patiente-experte

P2 « Comme toujours dans ces cas-là, eeuh les patients sont toujours beaucoup plus au courant que nous ne le sommes... »

Pourtant des représentations différentes sur leur Savoir

P5 « Je pense qu'elles sont conscientes des risques inhérents à leur sexualité comme toute femme »

P8 « Euh...j'pense qu'elles sont pas du tout au courant effectivement »

Accès à la connaissance

Certains médecins estiment avoir peu de questions de la part de ces patientes

P3 « J'ai pas souvenir qu'elles me posent beaucoup de questions »

P12 « Le plus, le maximum de questions, c'est par rapport au projet de grossesse généralement... »

D'autres médecins ont beaucoup de questionnements de la part des patientes

P9 « Hmm...elles viennent plus avec des questions... »

Leurs croyances

Sentiment d'absence de risque d'IST :

Du fait de l'absence d'homme dans la relation

P9 « Comme 'Maintenant, j'ai plus de rapport avec les hommes' [...] vu qu'elle avait été avec des hommes du coup, elle comprenait que (tousse) un suivi pour elle, c'était logique, ' Mais si au bout de vingt ans, j'suis toujours avec une femme, est-ce que je dois faire des frottis ?'... »

P9 « Même pour le SIDA, les infections VIH. [...] Et même en utilisant des objets. Elles pensent qu'elles ont moins de risques »

P7 « Je savais qu'elle était lesbienne, et je savais qu'elle risquait de se dire qu'elle en avait pas besoin [de faire un FCV] ! »

Amalgame entre l'absence de risque de grossesse non désirée et l'absence de tout autre risque lié à la sexualité

P9 « Parce qu'elles se disent 'j'peux pas tomber enceinte, super', et puis voilà, ça s'arrête là. Voilà, on peut rien attraper. Si on tombe pas enceinte, on attrape rien [...] Qui dit pas de grossesse, dit rien du tout. [...] Pas de sperme, pas de maladie, pas de... [...] »

Voire un sentiment de protection

P9 « Alors que les homosexuelles femmes, pour le coup, pensent être protégées en fait. »

Induisant un sentiment de libération

P9 « Elle me l'a dit pour que je le sache, et puis, savoir, pour moi, en termes de suivi gynéco... [...] ...ça allait changer des choses. Elle aurait aimé je pense que je lui dise que ç'était plus la peine ! (Rire) »

➤ **L'attitude des patientes FSF en consultation**

Surprise lors de l'apport d'informations contraires par le médecin

P6 « Dans le dépistage, dans les frottis, dans...l'examen des seins...dans euh...voilà, dans toute la gynécologie...je, je trouve que euh...elles se sentent moins...je sais pas si « concernées » c'est le bon terme mais...elles tombent des nues quand je leur parle de, de ça...(sourire)...parce que je sais pas pourquoi... »

Appréhension

P12 « Je pense qu'elles ont pas mal d'appréhension à consulter, y'en qui me le disent 'Voilà, on a des amies, qui nous ont dit que vous pourriez nous suivre, parce qu'on savait pas si vous accepteriez ou pas ?' ... »

P9 « Et donc là, elle a attendu de voir la tête que je faisais... »

➤ **Proportion variée de patientes FSF au sein de la patientèle générale**

Les médecins semblent avoir un nombre de patientes FSF très inégal.

Parfois absentes

P10 « Alors, ici non...euh...non, d'autres mais que je vois pas forcément au cabinet...les patientes de...non, non. Là au cabinet, non... »

Mais après réflexion, certains évoquent l'inexactitude de leur affirmation :

P3 « Mais logiquement, il devrait en avoir plus finalement [...] ben parce que j'imagine que dans ma patientèle y'en a sûrement d'autres... »

Parfois très peu

P4 « J'en ai quelques autres, mais, pas des masses quand même [...] j'dois être à quatre. »

Parfois un certain nombre

P2 « Nous avons quand même dans l'ensemble beaucoup de, beaucoup d'homosexuels, quels qu'ils soient. »

III.5.2. Pratique au quotidien avec les patientes FSF

Les médecins nous décrivent une patientèle FSF variée et singulière. Ce sont des patientes qui consultent chez leur médecin généraliste avec des motifs de consultations variés, parfois communs à toutes les femmes, et parfois pour des problématiques engendrées par leur orientation ou pratiques sexuelles.

➤ **Une patientèle variée, aux divers profils**

Les médecins ont reçu des patientes FSF différentes et singulières

P7« Elle avait l'âge, genre 35 ans... », P1 « c'est une petite gosse qui a quinze ans [...] Elle fait du taekwondo à un très haut niveau... », P9 « ce sont deux sœurs, qui habitent – qui, du coup, ont la cinquantaine hein », P3 « 'Fin elle devait avoir vingt-et-un an et un petit de trois ans », P7 « C'était des touristes », P7 « elles ont 80 ans, un truc comme ça »

Aux pratiques sexuelles variées

P9 « C'était une femme qui avait au départ des rapports avec des hommes »

P9 « Et même en utilisant des objets. », « Les rapports anaux, y'a les rapports buccaux », « parce que généralement il y a eu des pénétrations X, Y »

Aux identités sexuelles variées

P7 « Bi », « Lesbienne »

P9 « Homosexuelle »

Apparaît la notion de différence entre pratiques et orientations sexuelles

P5 « Mais bi, « bi-moins » quoi ça veut dire, 90% homo et 10... »

P3 « Elle acceptait p'tit à p'tit de, ben d'aimer les femmes, enfin j'pense, après je sais pas, elle se définissait pas comme bi ou... »

Apparaît la notion de différence entre genre et orientation sexuelle

P8 « Mais en réalité, je ne sais pas quelles sont...enfin je ne sais pas si elle [patiente transgenre] a des rapports avec des hommes ou avec des femmes... »

Représentation des médecins des couples de femmes qui semblent fidèles, sans pratiques sexuelles à risque

P2 « Autant la population homosexuelle femme...euh...fin pour moi euh...eeeuh...fin quand même ...ça...elles sont très softs quoi »

P1 « Elles sont assez fidèles quoi, une fois qu'elles sont casées euh, 'fin...soit elles vivent ensemble, et c'est une rupture comme dans un couple hétéro [...] C'est rare que les nanas elles se tapent cinquante nanas dans la semaine quoi »

➤ **Motifs de consultation et thèmes abordés spécifiques à son orientation sexuelle**

La pathologie psychiatrique « homosexualité »

P6 « Une patiente qui m'a demandé 'Est-ce que c'est une maladie ? Parce que ma mère m'a dit d'aller me faire soigner' »

Souffrance psychologique

P3 « Ben après je l'avais revue parce que c'était un rempla régulier [...] 'fin chaque fois après ç'était plus pour parler... [...] c'était plus du coup soutien psy quoi... »

Soutien aux patientes et aux parents, spécificité du médecin FSF

P1 « La gosse est venue plusieurs fois parler avec moi, donc ça, par contre, elle savait à qui elle parlait. »

P1 « J'ai des parents qui sont venus me voir pour me parler de l'homosexualité de leurs enfants »

La spécificité du FCV

L'exemple de ce médecin qui précise qu'elle a proposé le FCV à la patiente FSF en connaissance de son orientation sexuelle

P7 « Elle va avoir 25 ans. Et eeeuh...je sais qu'elle est homo. Je lui ai dit 'tu penses à tes frottis hein', euh...et elle, elle me dit 'mais je suis homo'...'mais je, on s'en fout'... »

Questionnements abordés

P6 « Après, elle m'a posé la question notamment s'il fallait quand même qu'elle fasse des frottis, parce qu'elle en avait jamais fait... »

Education de la patiente FSF

Certains médecins ont orienté leur consultation et éduqué les patientes sur leur santé

P9 « Eh ben du coup, on a parlé surtout de l'HPV »

Gynécologie

Pathologies gynécologiques rencontrées

P8 « Ensuite j'ai une patiente...c'est rigolo, parce qu'en fait elle est bisexuelle, donc elle avait [...] des vaginoses euh récidivantes »

Utilisation à visée non contraceptive de la pilule

P9 « Elle prenait la pilule pour d'autres raisons : c'est une patiente qui a des migraines cataméniales [...] Il est- on a convenu ensemble, du coup, que pour l'instant, elle la gardait. »

P1 « Bah j'dis 'c'est pas parce que t'as une copine que [...] tu peux avoir la pilule comme un traitement, si tes règles sont anormales, etc ...' »

Des questionnements qui ont motivés une consultation

P9 « Elle revient en me disant qu'elle n'est plus avec un homme, mais à présent elle était avec une femme [...] Voilà, elle s'était posé mille questions, qu'elle s'était jamais posées ! [...] Une des causes principales, c'est 'Qu'est-ce que je fais de ma contraception ? A votre avis ? Est-ce que je la continue ? Est-ce que je l'arrête ?' »

P5 « Patiente qui était homo, et, et qui avait de l'acné... [...] (rires) Le problème du Roacutane ! Eh ben, je peux te dire que ça avait été un morceau ! Parce que, eh oui, eh oui ... On doit signer le protocole, et on doit avoir un test de grossesse tous les mois... »

Chez ces patientes remémorées lors de l'entretien, la question de leur suivi gynécologique :

Des médecins ont effectué et initié le suivi de leur patiente, même lors d'un « changement d'orientation sexuelle »

P9 « Est-ce que ça changeait quelque chose pour moi de le savoir [qu'elle était maintenant avec une femme], elle me l'a dit pour que je le sache, et puis, savoir, pour moi, en termes de suivi gynéco [si] [...] ça allait changer des choses »

P6 « Elle avait pas de gynécologue »

Certains médecins disent ne pas effectuer son suivi gynécologique

P10 « Moi j'la suis pas »

D'autres sont hésitants

« La patiente dont je suis le médecin traitant...qui est bisexuelle...euh...je ne me rappelle p...j'pen-, j'crois qu'elle a un gynéco enfin, donc ç'est pas...c'est pas moi qui fait le suivi gynéco »

Procréation Médicalement Assistée (PMA)

Beaucoup de médecins ont été confrontés au sujet de la Procréation Médicalement Assistée et à son illégalité en France pour les couples de femmes

P2 « ... Des bilans que j'ai prescrits ou des euh...stimulations que j'ai prescrites...Voilà en parallèle de, de choses éventuellement...un arrêt maladie...pour pouvoir aller faire son, son [gynécologue à l'étranger] [...] Elles ont déjà la prescription qui a été faite par le médecin étranger [...] Comme ça ne se fait pas en France »

Des questionnements

P2 « Ca m'a été posée comme question. Eeeuh autrement dit, qu'est-ce qui...questions ou des aides également, dans le cadre de euh...PMA. »

Proximité du généraliste dans cette démarche

P9 « Ben ne serait-ce que 'Qui va être enceinte ? Qui va porter le bébé ? Qui...'[..] Elles me posent beaucoup de questions sur 'il aura deux mamans, pas de papa' »

Les médecins ont effectué ensuite le suivi de grossesse habituel

« LP : Comment ça se passe ?

P12 : ...

LP : Normalement ? (Rires)

P12 : (sourire) ben oui... »

➤ **Des consultations qui ont été parfois difficiles**

P2 « C'était quand même quelque chose de quand même un peu compliqué, je l'avais orientée vers une pédopsy à l'époque »

P6 « ...Je lui ai répondu oui, mais ça la gênait beaucoup d'être examinée...par une femme eet [...] et elle m'a dit que c'était très difficile pour elle, donc euh...je lui ai proposé d'aller voir un homme si elle était plus à l'aise... [...] ...mais je lui ai dit que c'était quand même indiqué [d'avoir un suivi gynécologique] »

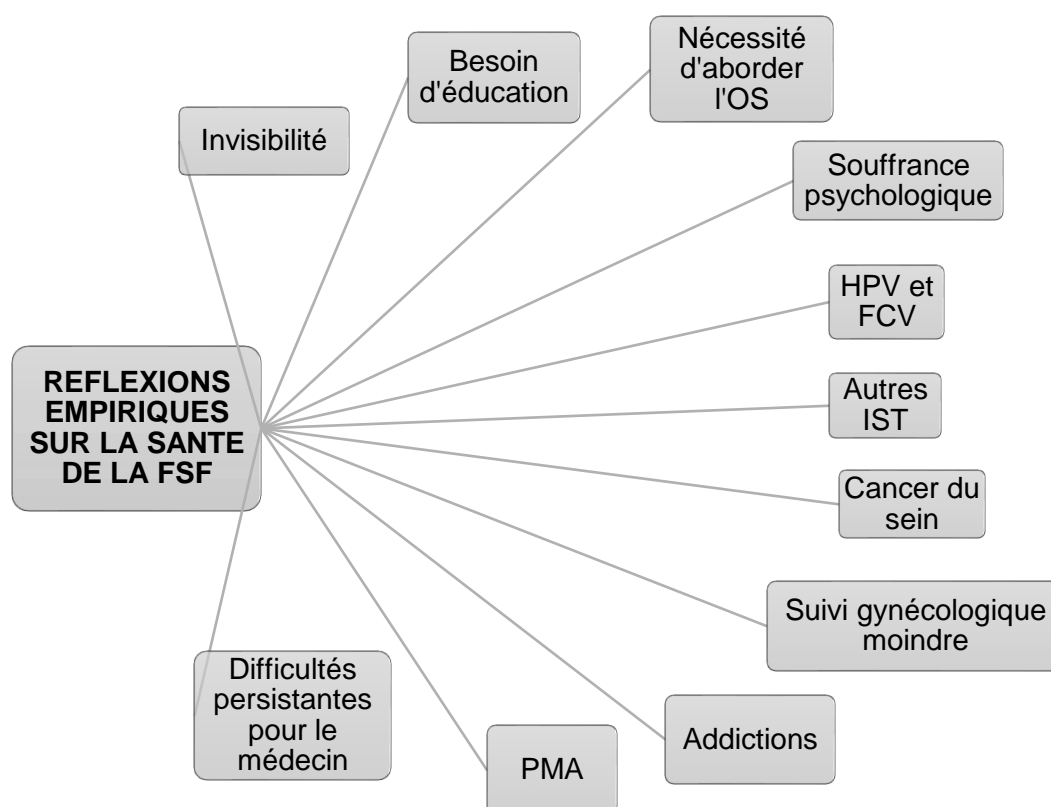
Sensation d'inconfort

P7 « Quand elle m'a dit ça, j'ai dit 'Ah bah vous êtes ensemble !', moi... [...] Et elles se sont regardées 'eeeuh...pas encore...euh' eeeuh...boon...j'ai... [...] ...j'ai pas posé la bonne question...(rires), eeeuh...et donc ça a été, j'ai un peu galéré quand même à lui faire dire [...] Et j'y pense pas assez... »

P2 « On m'a posé la question de savoir si euh 'Est-ce que vous m'auriez...pourriez m'orienter euh vers euh quelqu'un qui ne serait pas homophobe ?' »

III.5.3. Réflexions empiriques sur la santé des patientes FSF

Grâce à leurs connaissances, leurs constructions mentales, leurs représentations et leurs pratiques, les médecins vont avoir des réflexions théorisant sur la santé des patientes FSF.



➤ Invisibilité des patientes

Les patientes FSF, des sujets moins visibles que les autres femmes

P12 « J pense que c'est un sujet dont on ne parle pas trop », « consulte moins », « qu'elles ont pas mal d'appréhension à consulter »

➤ Nécessité d'une éducation adaptée pour ces patientes

Les connaissances des patientes sur leur Santé étant inégales, influencées par de fausses croyances, il est important d'insister sur l'information et la prévention

P9 « Donc ça, j'aime bien insister là-dessus. [...] je leur réexplique un p'tit peu... (bruit de vaisselle) comment on peut attraper le VIH, les hépatites, même syphilis. Enfin voilà. Que y'a les, voilà, que les rapports muqueuses peuvent suffire [...] Enfin, là j'explique tout ça. »

➤ **Nécessité d'aborder le sujet de l'orientation sexuelle**

L'avis des médecins diffère comme nous l'avons vu auparavant. Les médecins pensant que c'est une information à chercher donneront cependant des techniques pour l'aborder, car cela apporte des bénéfices selon eux.

Aborder le sujet n'est pas évident, cela requiert certaines dispositions et attentions

Être à l'aise avec le sujet

P6 « J pense que c'est juste...une pratique de terrain [...] Les questions étaient posées simplement, et j'ai vu que, que les questions sans gêne, amènent souvent une réponse sans gêne »

P6 « Donc après, une fois qu'on a pris l'habitude d'évoquer ces sujets, y'a moins d'appréhension, et j pense que c'est un cercle un peu vertueux quoi... »

Demande une attention, un effort

P5 « Bon ben, tu sais pas où tu vas, donc tu es prudent »

L'empathie, sentir le non-verbal

P6 « Souvent je vois qu'il y a un petit malaise, et je demande très clairement 'Est-ce que c'était avec un homme ou une femme ?' [...] Et c'est là que j'ai la réponse»

P5 « Que tu mettes pas le masculin [pour évoquer les partenaires], tu sens que tu peux pas le mettre...Pourquoi tu peux pas le mettre ? Ben c'est du feeling...Moi j'appelle ça du feeling... »

Améliorée par l'expérience

P5 « C'est la bouteille hein »

Ouvrir un espace pour la différence

P5 « Si tu, déjà, tu lui mets pas l'étiquette de « ton mari » ou de « ton conjoint », elle pourra plus facilement exprimer qu'elle a une copine ! », « 'Amie' c'est bien hein ! Ya pas l'écriture ! »

P9 « Et du coup, même s'ils ont rien de particulier à me dire, quand ça se produit, ils pensent à me le dire parce que je leur ai expliqué que [...] c'était important...pour certaines choses... »

P5 « Quand les gens sentent qu'ils peuvent exprimer quelque chose, ils l'expriment »

Expliquer la raison médicale qui conduit à aborder ces questions intimes

P9 « Alors, souvent c'est lors d'une première consultation- et je leur explique que c'est pas du voyeurisme, c'est parce que, pour moi, moi pour mon suivi, c'est important de savoir... »

P6 « Donc j'explique souvent pourquoi il y a des questions intimes, et ça aide, j'ai remarqué que ça aidait vraiment des gens à répondre en confiance [...] Parce que, ils savaient que c'était pas euh...euh...une discussion de café où on parle de sa vie sexuelle... [...] Mais être dans un but strictement professionnel ou médical. »

Aborder le sujet apporte des bénéfices dans la relation médecin-patiente

Conclusion faite devant l'absence de réactions négatives

P6 « En tout cas, on m'a jamais répondu 'ça vous regarde pas', quand j'ai posé cette question [...] (mange) Alors que...on pourrait me répondre ça. »

P9 « Ils sont un peu soulagés »

Aide la patiente à aborder le sujet

P9 « Je crois vraiment que, des fois, ça évite la gêne de... 'A un moment donné je vais devoir le dire' »

Banalise le sujet

P9 « Ca dédramatise tout le truc quoi »

P6 « Et le fait de poser la question, sans gêne, et sur le même ton qu'on demanderait 'est-ce que vous fumez ? Combien de cigarettes ?' [...] Euh... 'est-ce que vous avez des rapports à risque ?', 'Avec des hommes, avec des femmes ?', 'sans préservatif ?'. Voilà, sur la, le même discours [...] Je pense que ça met un pied d'égalité médical, sur ces questionnements là. »

Améliore la relation médecin-patient

P9 « Et donc on en a parlé [de son orientation sexuelle], je lui ai expliqué, enfin bon voilà, donc elle a...paru soulagée, et c'est vrai que maintenant, il y a une relation un p'tit peu privilégiée... [...] C'est-à-dire que maintenant elle est plus à l'aise, elle me parle de ça, elle sait, parce que ces parents sont toujours pas au courant... »

➤ Une fragilité, détresse psychologique fréquente

La détresse psychologique, un risque important

P6 « en dehors du risque sexuel, ça serait [...] peut-être le moral... [...] Mais plutôt dans l'autre sens : une personne qui va être mal dans sa peau, anxieuse, [...] très préoccupée...peut-être, je pourrais chercher s'il y a une homosexualité soit non assumée...soit refoulée, soit...qui lui pose problème au quotidien »

Assumer son orientation sexuelle ou ses pratiques favorise le bien-être mental

P6 « Alors y'en a certains qui l'assument complètement, qui sont très à l'aise avec ça, et qui en parlent ouvertement. Et puis d'autres qui sont très tourmentés, très tracassés. Qui, qui peuvent avoir des angoisses importantes, un syndrome dépressif, et...et...on met du temps à savoir d'où ça vient, et c'est avec la confiance et le temps, que ça peut se dénouer. »

Les violences conjugales existent entre femmes

P8 « Et du coup, je sais que dans les femmes qui sont victimes de violences conjugales... [...] Eh ben y'en a plein qui se font taper par un homme, mais y'en a aussi pas mal qui se font taper par une femme »

Les patientes FSF à l'adolescence, une période de souffrance exacerbée :

L'homosexualité, cause importante de suicide chez l'adolescent

P1« C'est une des premières causes de suicide chez l'ado... »

Abord du sujet spécifique au moment de l'adolescence

P9 « Alors. Je leur demande quand ils me disent qu'ils ont des rapports, ou qu'ils commencent à me poser des questions là-dessus »

Importance de l'éducation des parents

P1 « Voilà. Et la seule chose que je dis, c'est : 'mais c'est votre enfant, aimez-le'. J'lui dit après euh 'après c'est sa vie, il la changera ou il la changera pas' »

➤ **Human Papilloma Virus et Frottis cervico-vaginal, les incertitudes et les inégalités**

Un désaccord sur le risque de contamination au virus HPV

Le risque de contamination par HPV est présent chez les FSF, avec ou sans antécédents de rapport masculin, avec la nuance de lésions peut-être moins graves.

P9 « Bon p'tet pas au niveau du col, mais ne serait-ce que des condylomes un peu profonds, tu vois...bon... »

P5 « Ces papilloma virus sont très contagieux donc... [...] Pas besoin de grand-chose pour s'en attraper hein. »

Au contraire, le risque de contamination est peut-être diminué en l'absence d'antécédent de rapport avec un homme

P2 « Peut-être un peu moins, oui. Oui. Alors le risque par rapport au frottis...pfft ! alors ça ç'est une bonne question, par rapport à ça par exemple...euh...(souffle) en toute logique, il y a moins de risque... », « effectivement le suivi du frottis chez les femmes homosexuelles, je n'en ai pas la moindre idée. » P12

Incertitudes sur la régularité du dépistage

Les patientes FSF ont des dépistages du cancer du col de l'utérus moins réguliers que la population générale féminine

P6 « Et souvent je remarque qu'elles sont moins à jour [au niveau dépistage du cancer du col] que les femmes qui... [...] ...ont des rapports avec des hommes »

Au contraire pour ce médecin, ses patientes FSF ont un dépistage régulier puisque toutes ses patientes ont un suivi régulier

P4 « Non, c'est pas selon les femmes, c'est évoqué plutôt régulièrement, et bah j'essaye au moins une fois par an de leur poser la question « où elles en sont de leur frottis ? » [...] »

LP : Et elles [ces deux femmes en couple] font leur suivi ?

E4 : Ouais, bah oui je pense, parce que moi je suis vachement carrée là-dessus. »

Précautions à prendre avant la réalisation d'un frottis cervico-vaginal

P9 « [...] Réalisation de frottis chez des homosexuelles qui n'avait eu que des rapports sexuels avec des femmes, donc toujours la première question à poser c'est « est-ce qu'il y a eu déjà pénétration ou pas ? [...] [mais] généralement il y a eu des pénétrations X, Y, et que...en plus, elles sont demandeuses de leur suivi »

➤ **Autres Infections sexuellement transmissibles (IST)**

Des incertitudes sur les risques de transmission des autres IST

Cette population présente les mêmes risques que la population féminine générale

P3« Oui, alors je dirais le dépistage classique quoi comme toute les femmes »

Cette population ne nécessite peut-être pas la même fréquence de bilans

P7 « Eeeuh, aah tiens...bah non ! Eeeuh. Non. C'est-à-dire, alors c'est vrai que j'ai le bil-, le dépistage MST sur un nouveau couple hétéro, hyper facile, à proposer. Ou quand je propose une pilule, je dis, je propose facilement « est-ce que vous avez besoin d'un bilan MST ? [...] Mais c'est vrai que peut-être, peut-être si je savais que la femme était homo je proposerais ptet moins facilement. »

Cette population présente moins de risques

P2 « Je pense qu'il n'y a pas de suivi particulier que d'autres à faire, voire à la limite moins... [...] les pathologies gynécologiques, outre transmissibles euh où elles sont effectivement moins sujettes »

Les moyens de protection lors des rapports sexuels entre femmes, une des problématiques de prévention

P9 « Ah ça, c'est difficile ... je ... ça, vraiment, je dirai c'est le problème principal. »,
« C'est assez compliqué parce que donc le préservatif féminin, pour elles c'est une aberration dans le... [...] Voilà... donc c'est loin d'être commode. »

Proposition alternative donnée par le médecin

P9 « Donc je leur dis la solution, c'est de, probablement de faire des sérologies, de, de, « d'en parler entre vous », c'est pas évident non plus parce que voilà... »

Les vaginoses à Gardnerella Vaginalis sont uniquement transmissibles entre femmes

P8 « Le gardnerella ça se transmet entre femmes [...] c'était une particularité quoi, qu'on devait pas traiter le partenaire homme, mais que parfois il fallait traiter la partenaire femme [...] de femme à homme mais de femme à femme ça se transmet »

➤ **Dépistage du cancer du sein semblable à la population générale**

Les FSF ont le même risque que la population générale féminine

P2 « Qu'elle soit éligible au dépistage du cancer du sein, comme tout un chacun oui, ça, ça tombe absolument sous le sens voilà »

➤ **Le suivi gynécologique, une autre inégalité de santé**

La gynécologie est peu abordée avec les patientes FSF

P2 « C'est que paradoxalement, dans ma population d'homo féminines, elles me demandent pas particulièrement de suivi gynéco »

Par l'absence de besoin de contraception

P6 « Elle avait pas de gynécologue parce que... comme y'a pas la contraception, j'pense que ça met quand même un frein à la consultation [...] chez les femmes qui ont des rapports avec des femmes... [...] « Pourquoi elles iraient voir un médecin en fait ? la gynécologie je la pratique beaucoup à travers la nécessité d'une contraception... [...] Et les femmes viennent parce que, elles veulent pas être

enceintes, et donc il leur faut quelque chose ces femmes-là [les patientes FSF] qui ont pas besoin de contraception, euh...elles vont pas ressentir forcément le besoin de faire un frottis... »

Le dépistage d'IST, une des seules portes d'entrée non excluante

P6 « Donc, la, la voie d'entrée c'est parfois plus le dépistage des IST qui, pour lesquelles elles sont concernées aussi [...] Et ça permet de faire un p'tit point gynécologique »

➤ **Addictions**

Consommation d'alcool plus importante que dans la population féminine générale, ce qui nécessite une vigilance particulière dans sa prise en charge

P5 « Il y a beaucoup d'alcool [...] C'est festif. [...] », « Ça, ça, ça implique d'avoir un regard, un peu sur les risques de l'alcoolisme chez la femme [...] ça oui, ça oui, là tu vois par contre j'ai un tilt là !" »

Absence de surconsommation de drogue

P5 « J'ai par remarqué la toxicomanie de la même manière par exemple [par rapport au surrisque de l'alcool chez les FSF] »

P6 « Bah l'addiction je l'associerais au trouble anxieux en général. Et pas forcément au trouble anxieux lié à l'homosexualité. »

Le goût du risque

P5 « Parfois, un truc aussi que j'ai remarqué, c'est le goût de la vitesse [...] Le goût de la vitesse, le risque quoi en fait... »

➤ **Procréation Médicalement Assistée, une réalité et des difficultés**

Les généralistes, souvent confrontés à la PMA de leurs patientes, décident de les accompagner malgré son illégalité

P2 « Prescrire [...] enfin tous, tous ces trucs là pour les aider dans leur cheminement »

Indépendance des patientes quant au parcours à l'étranger et des techniques

P12 « C'est elles qui s'étaient déjà renseignées, qui avaient tout le projet... »

La connaissance des techniques est inégale selon les médecins

Des médecins ont peu de connaissances de la technique engagée par les patientes

P12 « Alors je sais pas trop...les réseaux, les coordonnées, je sais pas trop... »

Au contraire, d'autres médecins ont des connaissances importantes, et les apporteront aux patientes

P9 « Elles faisaient jusqu'à présent leurs p'tites affaires dans leur coin : Soit elles allaient à Barcelone, soit, la majorité ne vont pas à Barcelone, elles trouvent un donneur volontaire...[...]...elles font à la seringue. », « il y a des sites aussi où des homosexuels se rencontrent, hommes, femmes pour faire des enfants ensemble aussi... »

Particularité du médecin FSF ayant une position d'expert et aidant activement les patientes

P1« Je commence à avoir de l'ancienneté on va dire...et donc je leur donne des tuyaux », « Tentatives de FIV etc...à (villes espagnoles) [...] Donc là, j'ai un peu chapeauté. J'ai même chapeauté des inséminations euh...comment, on va dire euh...artisanales »

Avec implication personnelle

P1« Alors comme c'est anonyme, j'aide dans certaines grossesses, donc je suis tata plusieurs fois, euh... »

L'illégalité, sources de difficultés

Risques pour les patientes

P9 « Ce qui est pour moi est plus que douteux, sachant que le mec, elles le connaissent pas, il a fourni des sérologies...parfois elles datent de plus d'un an...bon...(rires) bref. [...] Et qu'elle était contente parce qu'elle avait économisé ses 1500 euros d'insémination en Espagne...euh. Bon. »

Questionnements éthiques

P9 « Il y a beaucoup de tabous à ce sujet-là, mais même entre elles, c'est loin d'être évident [...] parce qu'elles sont perdues en fait aussi sur ce qui est « bien/pas bien » ...Et le fait que ça puisse pas se faire en France, pose problème aussi... »

Peur du non respect lors de l'anonymat lors de l'entretien

P2 « Comme ça ne se fait pas en France, euh, eeeuh, d'avoir des prescriptions des choses comme ça...éventuelles, pour aider euh...voilà. Des trucs comme ça. »

➤ **Des questionnements et difficultés persistantes des médecins**

PMA

P9 « Et puis elles savent pas, donc elles me viennent me voir ça...et je sais pas forcément répondre à toutes leurs questions...J'ai une idée mais plutôt très personnelle que médicale sur la question [de la PMA interdite en France] [...] C'est pas tout à fait...c'est un p'tit peu compliqué. [...] Alors moi c'est ce qui me pose problème »

P12 « Après moi j'suis, j'ai été gênée plusieurs fois, où elles m'ont demandé de prescrire des médicaments...mais que je suis pas gynéco, j'ai dû les renvoyer parce que...vers le gynéco, parce que je leur ai dit que ça je peux pas vous le prescrire... »

Sur la méconnaissance des pratiques sexuelles entre femmes et donc de la physiopathologie des IST

P12 « Après je connais pas [le risque de transmission d'HPV] Parce que, voilà, parce qu'après elles peuvent aussi avoir des rapports euh... »

Difficultés à informer sur les moyens de protections qui sont inadaptés

P9 « Donc je leur dis la solution, c'est de, probablement de faire des sérologies, de, de, « d'en parler entre vous », c'est pas évident non plus parce que voilà... »

Réaliser un frottis cervico-vaginal sans pénétration antérieure

P9 « La question « qu'est-ce que je fais si elle me dit qu'elle a jamais rien eu...euh...genre c'est pas à moi de mettre un spéculum... [...] j'estime que c'est pas à moi euh...d'aller... « pénétrer » ma patiente, pour la première fois... »

Pour soutenir ces patientes

P12 « Même des, des, enfin la discussion, si elles sont pas à l'aise euh...qu'elles ont pas discuté avec leur famille [de leur orientation sexuelle] ...qu'elles savent pas comment...comment faire j'pense que ça pourrait être bien... », « Et ça c'est vrai, je vais pas forcément savoir comment les conseiller... »

Questionnements éthiques

P7 « Que d'un...en fait t'as peut-être pas forcément le droit, même, de faire ce genre de [recherche sur l'OS] ...je sais pas, au niveau discrimination... »

Dossier partagé, partage de l'information

P8 « Parce que ça me gêne un peu de le noter, dans le sens où tout le monde a p'tet pas à le savoir... »

P6 « Je remarque, puisque tu me le dis, je marque pas s'ils sont hétéros, mais je note s'ils sont homos [...] (sourire) c'est p'tet une forme de ségrégation aussi [...] Et le truc c'est que si je fais un courrier à un spécialiste, ça apparaît du coup. »

Absence de correspondants référents à qui adresser les patients

P12 « J'ai pas de correspondants...c'est vrai que j'ai pas de corresp-... », « quand il y a un projet de grossesse, vers qui on les oriente »

P2 « Questions ou des aides également, dans le cadre de euh...PMA. »

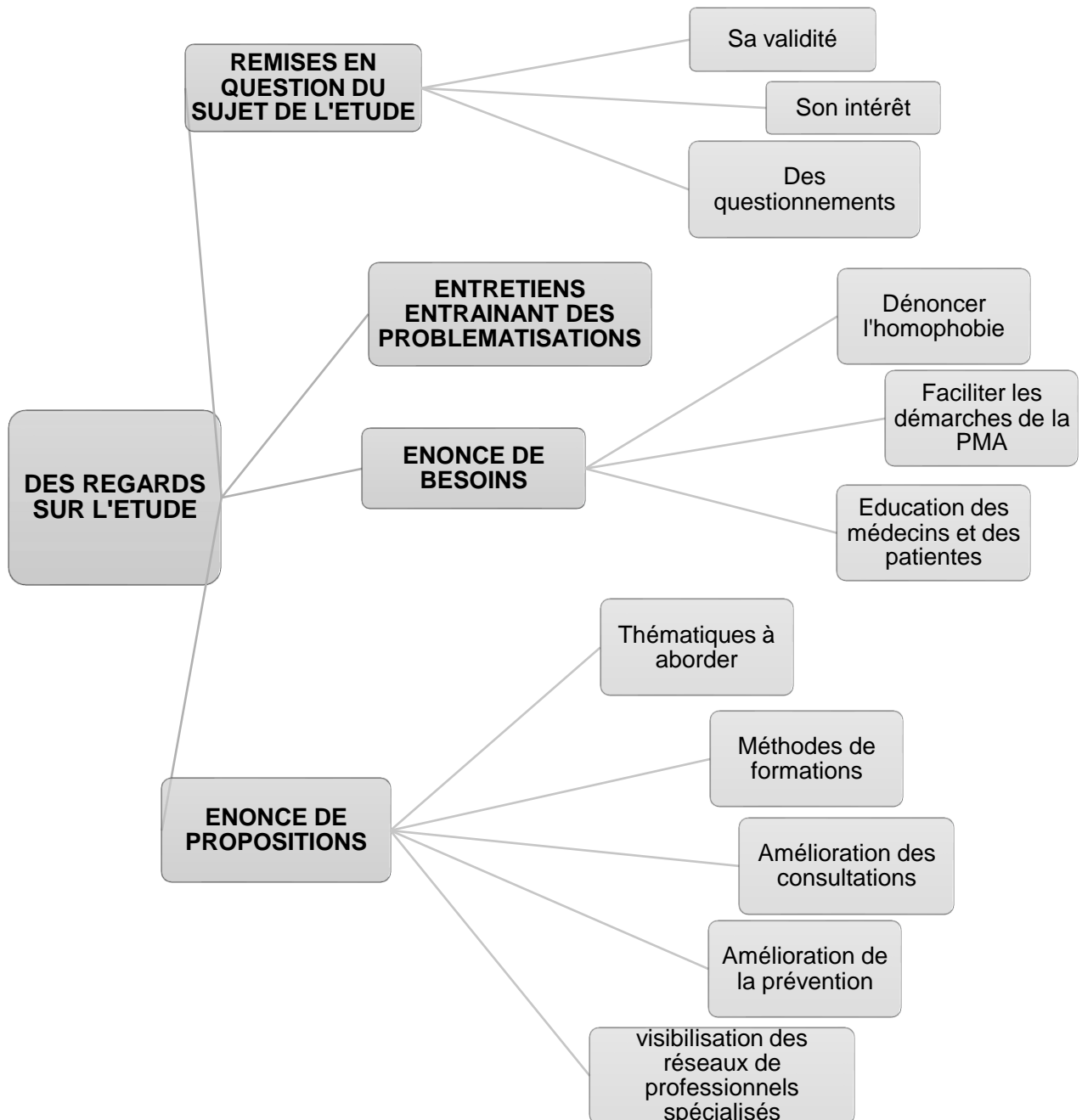
La possible discrimination des confrères et la difficulté d'en parler

P2 « Après c'est un p'tit peu compliqué, après on connaît des spécialistes, on connaît pas obligatoirement euh quelle est leur euh opinion par rapport à ce genre de chose [au sujet de l'homosexualité] ... »

P8 « J'me dis qu'il y a quand même plein de médecins qui sont pas très...pas très ouverts...[...] Hm...enfin après c'est des collègues, c'est toujours difficile d'en parler »

III.6. DES REGARDS SUR LE SUJET DE L'ETUDE

Tout au long des entretiens, les médecins interrogées vont émettre des réflexions sur le sujet de l'étude, sur l'absence ou le besoin de modifications dans les pratiques, et énonceront des propositions.



III.6.1. Remises en question de l'étude

Certains médecins ne verront pas, à l'issue de l'entretien, d'intérêt à modifier leurs pratiques, n'ayant pas de raisons valides à leurs yeux. D'autres se questionneront en proposant des réponses.

➤ **Sa validité**

P8 « (silence) (rire) c'est compliqué ... Ben c'est-à-dire que je fais pas assez de gynéco pour avoir une...[...] j'en ai pas assez quoi [de patientes FSF] [et] je pense que tu vas surtout interroger des gens qui sont déjà ouvert sur la question en fait »

➤ **Son intérêt**

P1 « 'Fin ça m'étonnerait que les cinq ans qui me reste je fasse une consultation homo hein [...] alors il faudra que ta thèse elle me fasse voir des choses que je n'ai pas fait pendant trente ans ! Alors là je serai un mauvais docteur hein »

P8 « Bah que ça me semble pas fréquent, mais ç'est p'tet plus fréquent que je crois. Mais ap, après hmm...je , enfin ça changera pas ma prise en charge, si ce n'est l'écoute et le soutien quoi...[...] Et...et après, ça se trouve j'irai à un congrès, et ils diront que peut-être que comme pour les violences faites aux femmes, les femmes elles attendent qu'une chose c'est qu'on leur pose la question (rire) [...] : ...mais...[...] ca commence à faire beaucoup...on peut pas être bon sur tout... »

➤ **Des questionnements**

P6 « Hmm... après la question d'en parler plus, c'est dans quel but, et qu'est-ce que ça changerait ? Peut-être juste de ...hm...de hm...mettre les médecins à l'aise avec cette problématique là, et qu'ils osent poser la question »

III.6.2. Apparition de problématisations lors des entretiens

Au cours des entretiens, avoir un temps de réflexion sur ce sujet va permettre à certaines médecins de prendre du recul sur sa pratique, par phénomène de Maïeutique, et vont ainsi évoquer un manque de connaissances et un besoin de réponses.

P2 « Bah ç'est toujours la même chose, quand on se pose pas la question t'es toujours très sûr de toi ! A partir du moment où tu te poses la question, bah tu as pas la réponse, tu te dis « ah bah oui tiens, ç'est une bonne question ... » Eh oui,

si tu me donnes une réponse, oui, je veux bien modifier ma façon de faire le choses (rires) »

P3 « J leur dit pas, enfin, parfois, hm... si p'tet juste je demande s'ils sont en couple, mais s'ils disent oui, je demande pas si c'est un homme ou une femme... [...] J me dis qu'il faudrait, que dans ce cas j'arrive à, à trouver un moyen de poser une question un peu, enfin qui soit pas vexante ou qui soit pas... »

P4 « Ben qu'est-ce que ça m'évoque que je n'y connais franchement rien [...] Mais maintenant je me pose la question ! Je vais te poser plein de questions après quand t'auras fini ! (Rires) »

III.6.3. Enoncés de besoins

➤ Dénoncer l'homophobie

Pour un médecin, la découverte de propos homophobe nécessite la dénonciation auprès du conseil de l'ordre de médecins, sans connaître les termes exacts du délit.

P6 « Mais [de la part du] corps médical, on ne m'a jamais rapporté de propos homophobes. Sinon, je pense que je ferais une déclaration auprès du conseil de l'ordre ! [...] Si on m'avait rapporté, qu'un médecin avait pu avoir des propos comme ça, pour moi c'est, c'est une forme de « harcèlement », c'est pas le bon mot, mais... « maltraitance verbale » ? je sais pas comme on dit... »

➤ Faciliter les démarches de PMA

Pour certaines médecins, améliorer les conditions d'accès à la PMA pour ces femmes permettrait de simplifier les démarches et « normaliser » le suivi des patientes

P9 « en tout cas que ça puisse se faire en France, ça serait plus pratique et puis ça permettrait de répondre à ces questions là... »

P12 « On attend le côté légal en France, parce que c'est vrai que ça bloque, moi j'ai pas-...Souvent elles viennent avec les infos... [...] Mais moi c'est vrai, que je manque d'infos dessus. »

➤ **Education des médecins et des patientes**

Education des patientes

Rassurer en verbalisant la patiente sur sa sexualité

P9 « Et je crois que, parce que c'est quelque chose qui est normal, je crois que, voilà, il faut leur dire [aux patientes] »

Education des futurs médecins

Un médecin évoque l'importance de rappeler la normalité de ces pratiques et orientations sexuelles lors du cursus universitaire des futurs médecins, afin de réduire les discriminations lors de consultations

P1 « Déjà il faut répéter aux médecins, que c'est pas une maladie [...] C'est normal déjà. [...] Euh moi j'pense qu'il faut en parler à la fac »

P1 « Je pense que vos générations médicales, seront beaucoup plus confrontées librement à ce type de couples [...]. Et après, en plus, vous allez voir donc des féminisations ou des masculinisations [...]. Mais vous allez voir des couples qui vont arriver avec des enfants et des grossesses ou maintenant je pense bientôt la PMA, la, la grossesse pour autrui »

Amélioration de la formation des médecins

P4 « Bah justement, que [...] on n'est pas formé sur ça, que on n'a pas trop d'info, on pourrait p'tet justement nous former ou au moins nous mettre à disposition des ressources documentaires... »

Afin de diminuer leur gêne à l'abord de ces problématiques

P9 « Et je crois qu'il y a de la gêne de la part de certains médecins, peut-être aussi d'abord le... peut-être qu'ils ont peur que si on répond « oui », ils ne savent pas quoi dire derrière, parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec la question [...] En gynéco en particulier, mais même euh... on est très peu informés... »

Une médecin cite l'exemple du bénéfice pour les patientes lors d'une meilleure formation en amont

P9 « On dévie du sujet, parce que ça concerne les hommes. Mais j'ai fait, un, une formation l'autre fois sur l'HPV, enfin voilà...et en fait, ils disaient qu'il fallait chez les homosexuels, au moins une fois par an, faire un prélèvement HPV anal. [...] Moi j'le fais pas, je le savais pas hein...Je suis honnête... [...] Et alors quand [les patients] me parlaient des relations un peu machin, bon on le faisait [le prélèvement anal] [...] Tu vois, par exemple, je savais pas... »

III.6.4. Enoncés de propositions

➤ Des exemples de thématiques à aborder lors des formations

Expliquer l'intérêt médical à aborder le sujet de l'orientation sexuelle

P12 « Bah pour la formation, s'il y a des spécificités, ça serait pas mal, de l'avoir... [...] ... qu'on aborde le sujet. »

Préciser des spécificités de santé de cette population

P7 « Moi je suis très mal informée...sur...sur euh...le taux ou le risque de transmission par exemple. D'un VIH, d'une syphilis dans les rapports homos féminins [...] Je suis très, très mal informée. Et est-ce que, par exemple ben il faut mettre un préservatif féminin, ou pas ? j'pense pas. Du coup, j'pense qu'il y aucun moyen de prévention ? [...]»

➤ Des méthodes de formations

Travailler la mise en situation

P1 « Pas vraiment un cours magistral, mais presque tu vois, un jeu de rôle. Ou du théâtre. Voila, pour le côté pratique »

Repenser les moyens d'aborder ces thèmes lors de cours théoriques

P12 « Pff...comme dans les cours à la fac ? ... [...] Alors soit au DIU, ou même dans le, dans le...les cours de gynéco... [...] Euh...il doit y avoir un item sexualité ou quelque chose comme ça j'pense, je sais plus... [...] Euh...après dans le DIU,

on peut en parler également...après ça peut être sous forme de FMC...y'en a souvent »

➤ **Amélioration de la consultation**

Amélioration de l'attitude du médecin

Apprendre à accueillir la patiente FSF

P5 « Moi, je pense que...(silence)... Accueillir, c'est le grand mot. [...] Accueillir...pas toujours facile d'accueillir... »

P8 « vu qu'il y a plein de questions un peu compliquées comme ça [l'orientation sexuelle, les violences conjugales, etc...] ...j pense que l'idéal c'est de rester le plus ouvert possible, et de laisser la porte ouverte à toutes les questions...et du coup comme ça ben s'ils ont des questions, et ben ils les posent, et puis voila. »

Apprendre au praticien à être à l'aise pour aborder le sujet

P6 « Peut-être juste de ...hm...de hm...mettre les médecins à l'aise avec cette problématique là, et qu'ils osent poser la question. [...] C'est un comparatif peut être abusif, mais dans la dépression, on nous apprend qu'il faut poser la question, est-ce que vous avez eu des idées suicidaires ? [...] Et que ça va pas faire que les gens se suicident »

Adaptation des conditions de consultation

Prendre un temps d'écoute quitte à allonger le temps de la consultation

P3 « J'dirais d'avoir p'tet plus de temps de consult et d'écoute enfin, d'être moins dans un rythme de, de « interrogatoire-examen » parce que c'est vrai que c'est le genre de choses qui vient, ben quand on peut vraiment se poser et pas finalement qu'on passe plutôt vingt minutes plutôt à discuter plutôt que... »

Un bénéfice aussi pour le médecin

P3 « Mais c'est vrai que des fois de prendre le temps avec des patients et d'écouter les gens, ça fait du bien aussi »

➤ Amélioration de la prévention

Inclure les patientes FSF dans les campagnes de dépistage

Préciser, à l'écrit, le caractère « orientation sexuelle » lors des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus

P7 « Ouais, ou d'ailleurs tu vois, parce que j'-, parce qu'on a affiché dans la salle, le truc de la sécu « le frottis, c'est de 25 à 65 ans » tout ça... [...] J'ai même pas regardé, ou peut-être ça serait bien qu'ils y mettent le « homo ou hétéro » [...] ou "bi" »

Améliorer les campagnes d'informations pour cette population

Multiplier et préciser les campagnes d'informations, afin que les patientes se sentent concernées par l'information

P9 « Je crois qu'il y a vraiment un manque d'information sur les populations homosexuelles et général, bisexuelles encore plus. Parce que souvent on retient que ce qu'on veut [...] Et donc il y a quand même des choses à gérer, surtout s'assurer qu'ils comprennent bien que, dans les deux types de relations, il y a des risques différents, il y a...qu'il faut pas penser être tranquille...enfin voilà... »

➤ Amélioration et visibilisation des réseaux des professionnels

Pour les médecins

Création d'un réseau de correspondants « spécialiste LGBT » si ça n'est pas déjà le cas

P12 « Mais c'est vrai que s'il y avait des réseaux, y'a p'tet des réseaux particuliers, ça pourrait être intéressant pour orienter les patients. « Des noms pour pouvoir s'informer plus facilement... »

Proposition de correspondants nécessités

P12« Quand il y a un projet de grossesse, vers qui on les oriente... »

P12 « Des, des, enfin la discussion, si elles sont pas à l'aise euh...qu'elles ont pas discuté avec leur famille...qu'elles savent pas comment...comment faire j'pense que ça pourrait être bien [d'avoir quelqu'un vers qui adresser] ... »

Pour les patientes

Un répertoire de professionnels « spécialisés » à la disposition des patientes

P12 « Un p'tit livret avec les coordonnées [de professionnels de santé] ...euh...utiles pour les patientes ...voilà... »

Disponible via un site les référençant, mais que le médecin n'ait pas à payer pour y être référencé

P12 « J'avais reçu un mail, comme quoi, euh...ils faisaient un réseau de médecin gay-friendly pour que les gens puissent savoir vers qui s'orienter... [...] ...mais là après du coup c'était payant alors [...] ce qui est un peu bête (sourire) [...] parce que bon si c'est pour être un annuaire de...juste de promotion pour nous...c'est pas le but... »

Donner de la visibilité à ces correspondants

Promouvoir les sites internet

P12 « Et après, ben peut-être en parler un peu plus s'il y a des réseaux...Des noms pour pouvoir s'informer plus facilement... [...] Que les patientes soient informées des réseaux, et que les médecins aussi... »

Visibiliser les associations, et favoriser la communication

P7« Peut-être que si j'allais justement sur les sites, bah déjà sur Aides, ou dans tous les sites LGBT, ou tous les trucs un peu... [...]il doit y avoir des études pas trop mal faites. [...] Et puis de toute façon, j'pense que c'est vraiment plus les asso qui sont meilleures (rires) que... »

IV. DISCUSSION

IV.1. RESULTATS PRINCIPAUX

IV.1.1. Ne pas identifier : la non-évocation de l'orientation sexuelle et l'invisibilité de la population FSF

La majorité des médecins ne posent pas la question de l'orientation sexuelle. L'impression d'une **gêne chez leur patiente** ainsi que **leur crainte de discriminer** vont avoir un effet synergique pour ne pas évoquer le sujet. En l'absence d'intérêt médical, la relation médecin-patient bascule : **la patiente devient alors maîtresse de son intimité, et le médecin passif** recevra l'information. En revanche, en présence d'un risque identifié, les frontières de l'intime et du non-franchissable évoluent.

Les médecins se questionnent sur **l'influence de leur propre vécu** dans leur relation aux femmes et à ces patientes : leur genre, leur vécu de patiente, leur éducation, voire même leur orientation sexuelle. De même, la psychiatrisation de l'homosexualité, l'évolution rapide du regard de la société sur les minorités sexuelles, un désintérêt des instances scientifiques et de certains médecins, peuvent être des explications à l'invisibilité des patientes FSF en Médecine. Tous les médecins sont unanimes, **elles n'ont jamais eu de cours évoquant ce groupe d'individues.**

Pour une minorité de médecins, il s'agit pourtant d'une incohérence, car les personnes homosexuelles sont une réalité. Elles affirment **l'importance d'identifier les patientes FSF.**

IV.1.2. De la Femme à la FSF, des réalités distinctes

Les médecins vont, pour la majorité, avoir une **pratique de la Santé de la Femme importante.** Des **pratiques inégales** avec certains gestes, des suivis et des dépistages réguliers ou à la demande des patientes. **Ces médecins vont aussi recevoir en consultation des patientes FSF.** La plupart des médecins connaîtront l'orientation sexuelle de leur patiente de façon **indirecte**, puisque peu la demandent systématiquement.

Les médecins vont avoir de nombreuses représentations, notamment la **méconnaissance des patientes de leurs risques inhérents à leurs pratiques sexuelles.** Les médecins pensent donner une impression **d'ouverture d'esprit** sur le sujet.

IV.1.3. Des difficultés et des inégalités par la non-systématisation des prises en charge

En l'absence de recommandations, fortes de pratique, de représentations, d'une formation personnelle et de systèmes de réflexions, **les médecins vont se construire une culture médicale personnelle sur la santé des patientes FSF**. Parfois, en l'absence de mise en situation, les médecins n'auront pourtant **pas conscientisé de problématiques**. Elles ne systématiseront pas, pour la majorité, leurs théories personnelles à toutes les patientes, les situations seront résolues au cas par cas. D'autres médecins, confortables avec le sujet, au contraire, **insisteront sur certaines thématiques** à chacune de leurs patientes. Les médecins qui en ont conscience vont parfois ressentir des difficultés, des méconnaissances et des inconforts. Pour ces médecins, des difficultés qui auront comme répercussions une **moins bonne prise en charge ces patientes : un suivi gynécologique moins régulier, des dépistages parfois moins réguliers, une appréhension des patientes**.

IV.1.4. Vers une problématisation et propositions

Lors des entretiens, plusieurs médecins, par phénomène de **maïeutique**, vont prendre conscience de **problématiques** et vont exprimer **un besoin de réponse et une nécessité de connaissances**, d'autres médecins n'expriment pas le besoin de changement. Certaines médecins se demandent l'intérêt de rechercher l'**orientation sexuelle de leur patientes**, et ne souhaitent pas changer leurs pratiques.

Certaines, au contraire, évoquent la nécessité de **dénoncer les discriminations en santé**, la **nécessité d'améliorer la formation théorique** sur les spécificités de cette population, et de la **formation pratique afin d'apprendre à accueillir les différences**. Dans un but de pouvoir recevoir les patientes sans gêne et répondre à leurs questionnements et problématiques.

Par ailleurs, il est invoqué la nécessité de **visibiliser les référents** (associations ou professionnels de santé spécialisés dans la santé des minorités LGBTIQ+) pour les médecins et les patientes.

Enfin, la nécessité d'améliorer les **campagnes d'informations** pour les patientes afin de lutter contre leurs méconnaissances

IV.2. FORCES ET LIMITES

« Entre la position de 'membre' et de celle 'd'étranger', le sociologue ne peut choisir, mais doit habilement passer de l'une à l'autre pour réfléchir ses données et produire des analyses » (77).

IV.2.1 Les limites

➤ La posture de l'enquêtrice

« **La fécondité du travail de terrain dépend de l'aptitude du chercheur à entretenir une double distance critique, à 'être un étranger'**. La première distance critique est celle qu'il doit entretenir à l'égard de sa position sociale, de ses propres jugements et sentiments [...], la seconde est la distance critique par rapport aux personnes ou groupes qu'il étudie et la méfiance par rapport au point de vue que ces groupes ou personnes développent à propos d'eux-mêmes, surtout lorsqu'il s'agit de groupe ayant un statut élevé (comme les médecins) » (77).

En effet, pour l'enquêtrice, **médecin généraliste et non naïve sur le sujet**, sa distance avec les participantes a été une difficulté et une limite importante lors de nombreux entretiens : lorsqu'un médecin abordait une problématique ou spécificité sur la patiente FSF, notable pour elle, l'enquêtrice démontrait, involontairement, dans sa gestuelle ou verbalement, qu'elle comprenait ce dont voulait parler le médecin, aussi, il nous semble que le sujet se terminait plus rapidement puisque la participante voyait qu'il n'y avait pas d'autres éléments à apporter, entraînant une probable **déperdition d'information**. A l'inverse, quand un sujet, dont n'avait pas la notion l'enquêtrice, le sujet nous a semblé plus approfondi.

Le regard de généraliste de l'enquêtrice, de même, ne permet pas de sortir du **paradigme de médecine**. Même si l'enquêtrice voit des **motivations personnelles**, elle est aussi médecin. Une possible perte dans l'analyse.

Par ailleurs, les participantes pouvaient avoir des **questionnements sur l'orientation sexuelle et motivations de l'enquêtrice à effectuer cette étude**, ne permettant pas de libérer complètement leur parole par **phénomène de désirabilité sociale**. Il est probable qu'après avoir eu connaissance du sujet exact, les médecins se questionnaient sur la position sur le sujet de l'enquêtrice, limitant probablement les

propos extrêmes. Aussi, par exemple, nous ne retrouvons pas de position homophobe lors de ces entretiens.

Enfin, **nous connaissons personnellement trois médecins**, dont deux en les ayant remplacé, nous avons peut-être plus accès au mode de pensée de ces médecins, avec un risque d'interprétation et de subjectivité important dans l'analyse.

➤ **La sélection des participants**

L'absence de participants masculins est une des limites les plus importantes à notre sens. En effet, lors de la seconde vague d'entretiens, nous avons cherché à contacter des hommes généralistes pratiquant la gynécologie sans avoir forcément effectué le DIU, malheureusement, après rappel d'un généraliste nous n'avons pas réussi à concrétiser le rendez-vous. Les deux autres hommes contactés n'ont pas donné suite. A notre sens, avoir le regard d'un homme sur la patiente FSF aurait été important. Sur leurs motivations à la pratique de la gynécologie, sur leurs représentations de la relation médecin-patient. En effet, selon nos participantes, il semble s'agir d'une pratique fortement genrée. Il serait intéressant dans un second travail d'étudier ces expériences.

➤ **Le déroulement des entretiens**

L'introduction de l'entretien commençait par une question générale afin de mettre en confiance la participante, elle consistait à évoquer les motivations à faire le DIU. Il s'en est suivi la **focalisation des participantes sur le sujet de la santé gynécologique des FSF**. Même si les problématiques les plus fréquentes concernent bien la santé gynécologique, des thèmes comme l'éthylisme et la souffrance psychique sont très fréquents. Nous pensons que les médecins ont pu ne pas y penser.

La problématique essentielle du sujet, l'invisibilité. Il s'agit d'un sujet non commun pour les généralistes, puisque que cela ne concerne qu'une minorité de patientes au sein de leur patientèle. Mais de plus, s'agissant justement d'une population invisibilisée dans plusieurs sphères de la société, les efforts de mémorisation de la part des médecins peuvent être particulièrement difficiles.

En revanche, de façon générale, l'abord de sujets rares rend toujours l'entretien plus difficile, avec des efforts de mémorisation plus importants, et pouvant rendre des propos incohérents ou contradictoires. Nous ne pouvons conclure avec certitude d'une confusion, dans certains entretiens, induite par ce sujet ou par le fait de l'Inhabituel pour le médecin généraliste.

Du fait de la **complexité de la dénomination FSF**, comme nous l'avons abordé dans l'introduction, et de la méconnaissance des généralistes, il a été complexe pour elles de parler de l'identité FSF. Aussi, la majorité du temps, les médecins évoqueront des patientes identifiées ou s'identifiant « homosexuelle », les autres identités du spectre « FSF » ne sont que très peu évoquées.

➤ **Les limites de l'analyse thématique des verbatims**

Une étude par émergence de catégories par théorie ancrée ou phénoménologique nous aurait semblé plus approfondie et adaptée, pour son « *écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les 'faire parler'* » (75). Seulement, l'auteure ayant effectué une **recherche importante au préalable**, la position naïve du chercheur nécessaire à la Grounded Theory selon Glaser and Strauss n'était plus, et la **maîtrise insuffisante** de la méthode et **l'impossibilité d'une triangulation** risquait d'induire des conceptualisations incorrectes pour l'étude phénoménologique.

IV.2.2. Les forces

➤ **Le choix de la méthodologie**

Les entretiens semi-dirigés ont permis une **approche centrée sur le vécu des médecins** tout en permettant une relative **reproductibilité** dans les entretiens.

Le choix de l'analyse thématique, par défaut comme nous l'avons expliqué plus haut, nous a tout de même permis d'effectuer une étude purement **descriptive**, respectueuse des propos des participantes, et de « *livrer le plus d'informations pertinentes possibles sur les phénomènes analysés [et d'] illustrer comment l'expérience se déploie et non seulement combien de fois elle se reproduit* » (75).

➤ **La posture de médecin maîtrisant le sujet de l'étude**

« *La qualité du travail de terrain dépend de l'aptitude du chercheur à comprendre en finesse l'univers symbolique des catégories utilisées par les personnes étudiées. Ceci suppose une sensibilité qui ne peut souvent être acquise sans une familiarité prolongée avec cet univers symbolique. Le chercheur devient ainsi membre de la communauté étudiée* »(77). Effectivement, l'enquêtrice, « *membre de la communauté* » de médecins et maîtrisant pleinement le sujet d'étude, celle-ci pouvait comprendre les sous-entendus, expressions, et autres éléments donnés inconsciemment par les participantes, cela a pu créer des moments de connivence, et d'empathie, permettant ainsi une prise de confiance par les participantes.

➤ **La sélection des participants**

Avoir uniquement des participantes femmes nous permet d'étudier exclusivement le regard féminin sur la patiente qui a des rapports avec des femmes, **excluant ainsi tout conflit de genre**, et ainsi, de découvrir d'autres éléments influençant la relation médecin-patient. Un intérêt évidemment non généralisable, les généralistes sont des deux sexes, mais nous tirons de ces résultats un intérêt intellectuel particulier.

Au sein du panel de participantes, trois n'ont pas effectué le DIU de gynécologie de Montpellier-Nîmes, et une l'a effectué à l'université de Lille. Nous avons ouvert notre sélection pour inclure ces médecins (une médecin FSF « assumée », une médecin travaillant pour l'association militante Planning Familial, et une médecin ayant suivi les enseignements d'un DIU de sexologie) car leur expérience nous semblait extrêmement enrichissante et intrigante. Evidemment, elles n'avaient en revanche pas de regard sur le diplôme inter-universitaire de la faculté de Montpellier-Nîmes, nous n'avons donc pas utilisé leurs témoignages pour répondre à notre second objectif de l'étude.

Nous pouvons tout de même remarquer que le témoignage de la médecin ayant obtenu son diplôme à Lille est intéressant, car il ne semble que peu différer des autres.

Par ailleurs, il a été bénéfique de s'entretenir avec des médecins d'âges différents, exerçant dans les différents départements de l'ancien Languedoc-Roussillon, avec des

modes et dans des zones d'exercices différentes, permettant ainsi d'enrichir nos résultats et analyses.

➤ **Evoquer à haute voix, réfléchir et écrire sur ce sujet : un pas vers la visibilité des patientes auprès des généralistes**

« *La parole ne se restreint pas à l'acte d'émettre des mots, mais à celui de pouvoir exister* » (78).

Avoir effectué des entretiens avec ces médecins participantes nous a semblé bénéfique. Ces médecins ont ainsi pris un temps de leur quotidien pour réfléchir à ce sujet, peu fréquent dans leur pratique voire inexistant. Et comme nous avons pu le voir, ces entretiens ont permis l'émergence de réflexions et questionnements. Ce travail a donc visibilisé ce sujet et ces patientes auprès de ces douze médecins.

Nous évoquerons cette anecdote le confirmant : une des participantes, quelques jours après son entretien, nous a envoyé un message par téléphone. Il s'agissait d'un lien internet d'un article de *Le Généraliste* qui traitait de la santé des FSF, et d'une étude quantitative en cours (79).

➤ **Comprendre l'expérience des généralistes pour apporter des solutions à leur inconfort**

Recevoir l'expérience de ces généralistes et l'analyser nous a permis d'apporter des éléments de compréhension sur leur point de vue, et de pouvoir proposer des solutions adaptées de changements d'attitude, de prise en charge, et de formations sur la santé des FSF.

Par le biais de ce travail, nous avons essayé de créer un pont entre les incompréhensions des patientes et les difficultés des médecins, afin d'améliorer la discussion et l'entente. Un travail, que nous estimons important, dans une période où un fossé peut se creuser entre la médecine et les individus. Une période de « *mouvement social des patients* » (80), où ceux-ci, armés de connaissances, vont pouvoir être à même de critiquer le système actuel de médecine, de percevoir les défaillances voire, parfois, des maltraitances. Leur « *empowerment* »(80), une

nécessité indiscutable, peut mettre cependant le médecin en difficulté, celui-ci n'étant pas familiarisé, par sa culture et sa formation, aux remises en question de la part des patients. Une période où, parallèlement, les femmes tentent de prendre confiance et donner de la force à leur voix, de lutter contre les différents systèmes d'oppression, dont fait partie parfois la Médecine. Le sujet des « violences gynécologiques » en est un exemple.

Il nous a ainsi paru crucial de comprendre les représentations, méconnaissances et propres peurs de généralistes concernant cette population. Afin de proposer des outils pour lutter contre ces attitudes, sources de malaise chez les patientes allant jusqu'à leur abandon du suivi médical.

IV.3. LITTERATURE ET OUVERTURES

IV.3.1. L'invisibilité de la patiente FSF jusqu'à son exclusion empêche la prise de conscience médicale

➤ **L'invisibilité sociétale et médicale**

Que ce soit la femme homosexuelle ou les pratiques sexuelles entre femmes, le **sujet est invisible dans la société**. « *Les lesbiennes ont toujours été historiquement moins visibles que les gays [...] L'inscription des lesbiennes dans l'espace des villes n'a pas non plus produit de quartiers spécialisés, et les établissements lesbiens sont beaucoup moins nombreux que les gais. Les lieux lesbiens sont ainsi souvent temporaires* » (81).

En effet, l'homosexualité féminine se heurte à ce « double fardeau » : l'homosexualité et son « statut social femme, marqué par les subordinations » (81).

Ce statut de femme qui est le fruit de constructions pour Simone de Beauvoir (82), selon sa célèbre réflexion « *on ne naît pas femme, on le devient* » : l'environnement, les codes, les sociétés, les cultures genrent les individus. La femme FSF a été élevée, guidée et assignée femme comme toutes les autres. Et hétérosexuelle. Elle découvrira son identité, orientation sexuelle plus tard, « *progressivement* » (83) dans un second temps, en entrant dans un processus de « *deshétérosexualisation* » (83). Ainsi, le rôle de la femme, maternante, protectrice, tendre sera enseigné à l'individuelle FSF. Elle ne fera pas de bruit.

Aussi, comment sa sexualité pourrait être différente ?

Elle ne fera pas de bruit, sans violence. « *Dans le cosmos hétéro, la lesbienne n'existe pas en tant que personne à part entière et la sexualité lesbienne apparaît le plus souvent comme un ersatz visible de la sexualité hétéro qu'elle chercherait à reproduire en vain à l'aide d'objets sexuels* » (84). Elles sont « *plus softs* », « *ça se voit moins* », « *l'homo homme, il va être stigmatisé, il va être insulté [...] alors que les homos femmes [...] tout le monde le sait, tout le monde s'en fout !* » disent de même nos participantes. **La sexualité sans phallus, donc incomplète, ne pose pas de problème à la société.** Les hommes aux pratiques homosexuelles dérangent, la société se représente l'acte sexuel, cela est visible et remis en question. Et effectivement, nous l'avons étudié dans l'introduction de ce travail, historiquement, les

femmes aux pratiques homosexuelles ont moins souffert de persécutions actives que leurs homologues masculins. Cependant, l'autonomie de la Femme a été bridée, comment pouvait alors la femme homosexuelle exprimer ses amours, et les vivre librement ?

Les médecins de cette étude vont pour la majorité comparer ces patientes aux autres minorités LGBT et parfois aux hétérosexuels. Une association quasi-constante afin de les comprendre, en les associant puis les distinguant. Si la femme FSF n'est pas différente des autres femmes et il leur faut alors réfléchir aux autres membres de la minorité LGBT pour pouvoir les définir. Un principe qui nous fait penser à cette interprétation de pensées de Simone de Beauvoir dans *Deuxième Sexe*. « *L'intellectuelle française montre, dans son parcours philosophique sur la catégorie du genre, que la femme n'est pas définie en elle-même, mais par rapport à l'homme et à travers le regard de l'homme. [...] Le monde n'est pas présenté aux femmes avec toutes les possibilités, sa situation lui impose cette place de l'Autre* » (78). **La femme FSF sera très souvent définie par rapport aux autres.**

➤ **L'invisibilité médicale et l'épidémie du VIH**

Le danger de la maladie sexuellement transmissible, fruit d'une « *sexualité récréative* » des homosexuels masculins (83), ne concerne ainsi pas les femmes, chez qui « *la norme de la fidélité amoureuse et sexuelle apparaît déterminante dans la définition du couple* » (83). Représentations que nous décrivent les médecins de notre étude, et notamment la médecin FSF. Ce sera d'ailleurs elle qui l'affirmera le plus.

Une sexualité, donc sans risques, désintéressant les chercheurs, scientifiques et médecins, ayant comme conséquence d'intensifier la perception de non-risque, comme le conclut Coraline Delebarre avec ce paralogisme :

« *Nous ne produisons des données en sexualité que lorsqu'il y'a risque. Nous ne produisons pas de données concernant la sexualité entre femmes. Donc la sexualité entre femmes n'est pas à risques* » (85).

Par ailleurs, le sous-risque de transmission du virus VIH, démontré lors de l'introduction, participe largement à l'invisibilité de ces patientes dans le discours médical.

En effet, ce « peu de risques », minimisé depuis l'épidémie des années 1980 et devant des preuves scientifiques, a d'importantes conséquences. La sociologue Brigitte Lhomond affirmera que « *l'arbre cacherait la forêt, celle des autres comportements qui sont chez elles statistiquement plus fréquents que chez les hétérosexuelles. Plutôt que de se focaliser sur la transmission sexuelle entre femmes [du VIH], il semble nécessaire de prendre la juste mesure des autres risques qu'elles encourent, risques souvent niés ou minimisés, et de tenter d'y remédier par une information appropriée* »(86).

Ainsi cette absence ou le peu de risque de transmission du VIH occasionnera une absence de discours de prévention sur la santé sexuelle de ces personnes, et probablement une mauvaise perception des risques d'exposition aux autres IST par les patientes et les professionnels de santé (87), (88), (4).

En parallèle à cette idée, deux de nos médecins participantes ont émis une autre remarque intéressante : il s'agirait de l'absence du risque de grossesse lors d'un rapport sexuel entre femme qui serait à l'origine de la mauvaise perception des risques d'autres IST. Car il « libère » de la nécessité de l'utilisation du préservatif, et donc par la même occasion libèrerait des autres risques. Il s'agit d'une interprétation de représentations, il n'y a pas de logique physiopathologique dans cette idée.

➤ **L'intérêt médical versus l'intime**

Pour la quasi-totalité des participantes de l'étude, le rôle même du médecin va perpétuer cette transparence : le médecin généraliste aura besoin d'éléments cliniques pertinents afin d'arriver au diagnostic et au bon déroulé de sa tâche : soigner sa patiente. Le non-nécessaire ne sera donc pas recherché. **Penser l'orientation sexuelle des patientes comme une information sans intérêt médical légitime ainsi le fait de ne pas évoquer le sujet. Et cette information sera reléguée au domaine de l'intime, cet espace dont est propriétaire la patiente, dans lequel le médecin ne cherchera pas à entrer, qu'il respecte.**

Cette attitude est appuyée par le D^r Faroudja, président de la section éthique et déontologie au Conseil national de l'Ordre des médecins, lors d'un entretien pour *Libération*, en citant l'article 51 du code de déontologie médicale (inclus dans le Code de Santé Publique, article r.4127-51) : « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients* » (89).

En effet, « *pour lui, il est tout simplement 'impensable' que le médecin soit 'intrusif' dans la vie intime de son patient. 'Il faut laisser les patients venir aux médecins. Le patient pourrait être choqué de ce genre de questions. Celles-ci sont légitimes uniquement si nous faisons face à un problème médical d'ordre gynécologique, sérologique ou urologique'* » (90).

➤ **Une éthique médicale**

La majorité de nos médecins participantes vont affirmer le désir clair de ne pas discriminer, de ne pas traiter différemment leurs patientes, quelque soit leur orientation sexuelle. Jusqu'à cette formulation d'une de nos participantes : « *avec toute la meilleure volonté de non-stigmatisation, ça reste un risque augmenté [les pratiques sexuelles des HSH]* » imageant ce **réel conflit personnel entre l'intérêt médical et son éthique personnelle.**

En effet, identifier et distinguer les patientes FSF serait contradictoire avec l'idéal « universaliste » républicain français des médecins : « je traite tout le monde de la même façon » (91).

➤ **Présomption d'hétérosexualité et hétéronormativité, « quand la médecine est malade de son jugement normatif »(90)**

La seule visibilité du couple

La majorité des médecins vont nous rapporter avoir des couples de femmes, ou le savoir car elles évoquent leur compagne, ont un enfant, etc...Et les médecins, lors de l'effort de mémorisation, vont se souvenir en premier de leurs patientes en couple. La sociologue Natacha Chetcuti, retrouvera cette même observation « *pour se dire à son entourage, la stratégie la plus courante est de se présenter en tant que couple de*

femmes ». Effectivement, dans l'étude de Dr Jedrzejewski, les femmes affirment de façon significative que les médecins sont plus au courant de leur orientation sexuelle quand elles sont en couple. (88). Et pourtant, selon l'étude CSF, les FSF sont le plus souvent des femmes célibataires (4).

En effet, face à ce poids de la norme, se présenter par son couple « permet d'abolir la différence que crée le fait de dire : 'Je suis lesbienne' grâce au présupposé universel de l'amour et de la norme du couple qui en découle, dans lequel s'insère légitimement la sexualité » (83).

De la ressemblance à l'incompréhension

Nous avons pu entendre les médecins interrogées, évoquer le poids de leur genre, leur orientation sexuelle et leur propre éducation dans la pratique de la Santé de la Femme et l'accueil des FSF. « *L'évidence* » d'être une femme pour mieux la soigner, et mieux la « *comprendre* » diront même certaines. Une ressemblance dangereuse qui pourrait invisibiliser le différent. Est-il possible que ces médecins pour la majeure partie toutes mères et hétérosexuelles puissent-elles dans le quotidien ne pas oublier les femmes qui ne veulent pas d'enfants, et/ou qui ont une compagne ? Peuvent-elles rapidement, le temps d'une courte consultation, imaginer ces autres modes de vies ? Il semblerait que le poids du contre-transfert et de l'identification à son propre modèle soit justement source d'oubli des minorités sexuelles. « *Les imaginaires médicaux sont des imaginaires hétéronormatifs où le rapport au corps des LGBTI est inconnu ou passé sous silence* » selon le sociologue Arnaud Alessandrin (39).

L'hétéronormativité et présomption d'hétérosexualité invisibilisent et, parfois jusqu'à nier, l'existence de la patiente FSF. Dans leur travail auprès de femmes FSF, les Dr Pasquier et Richard indiquent l'importance d'identifier et d'analyser cet hétérosexisme qui « *altère la communication avec les patient.e.s et impacte l'accès aux soins* » (92).

➤ **Jusqu'à l'exclusion de la FSF du groupe « Femme »**

L'abord de la gynécologie excluant les patientes étiquetées « homosexuelles »

« *La première visite gynécologique pour obtenir une contraception est devenu un rite individuel important [...]. En France, les femmes entrent massivement, et de plus en plus tôt dans un long parcours de surveillance gynécologique, centré sur le suivi de la pratique contraceptive, des grossesses et des ménopauses [...] par leurs conseils, les gynécologues invitent les femmes à s'inscrire dans une sexualité hétérosexuelle, conjugale, vaginale et pénétrative, qui répond favorablement au désir masculin* »(81).

Une des médecins interrogées dans notre étude nous fait effectivement part de cette idée : **dans sa pratique, l'abord de la gynécologie est excluant pour les femmes ayant des rapports avec des femmes.** La patiente n'ayant pas de motif de consultation ou de questionnements autour de la contraception et peu de grossesse, les thèmes « gynécologie, dépistages, éducation, prévention de la Femme » ne seront donc abordés. Eventuellement, le thème de dépistage des IST par sérologies peut permettre ensuite, pour elle, d'axer la consultation sur les questions de dépistages et prévention.

Et en effet, les patientes se sentent parfois exclues par ces questions ne les concernant pas (93), (94). Ou ne se sentent pas concernées par ces thèmes, ne voient donc pas l'intérêt de consulter un gynécologue ou aborder ces thèmes avec sa ou son généraliste (94). Une explication donc au moindre suivi et dépistages.

Un cheminement propre de certaines femmes FSF de deshétérosexualisation

Effectivement, la femme homosexuelle se retrouvera parfois confrontée aux questions de la « femme », de la « féminité » et « la procréation » « *se dire femme peut dans certains cas mettre à nu le caractère construit de la catégorie ' femme ' et de la féminité, entendue comme la capacité à mettre au monde des enfants. La capacité à la procréation et aussi à la mise en continuité de la filiation est alors remise en cause par le fait d'être homosexuelle* » (83).

Une remise en question, avec parfois, par la grossesse une renormalisation, ou bien un cheminement en opposition jusqu'à la rupture de la norme sociale.

« Les lesbiennes ne sont pas des femmes », la création d'un autre groupe

Cette affirmation en 1978 de la lesbienne radicale française Monique Wittig, puis reprise dans son œuvre *La pensée Straight*, reprend la pensée de Simone de Beauvoir là où elle s'était arrêtée, c'est-à-dire, nous l'avons vu, la Femme n'est qu'un produit de la civilisation la rendant dépendante de l'homme.

Pour Wittig, le patriarcat est un système politique et repose sur l'hétérosexualité. La femme dépend socialement de l'homme, « *l'obligation de reproduction de l'espèce qui incombe aux femmes est le système d'exploitation sur lequel se fonde économiquement l'hétérosexualité* » (95). Ainsi, les femmes lesbiennes n'ayant pas de rapports aux hommes, celles qui « *résistaient [...] étaient accusées de pas être de 'vraies' femmes[...]. On [les] accusait dans le même mouvement de vouloir être des hommes. C'est impossible et précisément, un des aspects de l'oppression subie par les lesbiennes consiste à mettre les femmes hors d'atteinte pour [les lesbiennes] puisque les femmes appartiennent aux hommes. Une lesbienne donc doit être quelque chose d'autre, une non-femme, une non-homme* » (95).

Cette même position dans laquelle les médecins ont placé les femmes aux pratiques homosexuelles au cours de l'Histoire, pour essayer de les définir, comme étudié dans l'introduction. En évoquant d'abord la « *grosseur de leur membre viril* » plus grand que la normale (26), dont elles abusaient plus que les autres femmes, puis des comportements plus « *virils* », « *une masculinité* » (36).

➤ **Cependant, s'agit-il d'exclure un risque ou d'une hétéronormativité excluante ?**

La situation la plus rencontrée évoquée dans les témoignages de personnes FSF : la question de la **contraception** (39). Et la majorité de nos médecins l'affirmeront aussi, elles apprendront l'orientation sexuelle de leur patiente lors de l'abord de cette question « Avez-vous une contraception ? ». Au « pourquoi » du généraliste après la réponse négative de la patiente, celle-ci devra lui expliquer qu'elle n'en a pas besoin,

non pas parce qu'elle souhaite un enfant, mais parce qu'elle a des rapports avec une ou des femmes. La patiente, selon la situation ou l'interlocuteur, peut se sentir obligée d'expliquer, de se justifier, voire parfois jusqu'à avoir le sentiment d'avouer.

Cependant, nous le savons, les raisons les plus fréquentes de ne pas prendre de contraception sont le désir de grossesse, la méconnaissance des différents moyens, et peurs liées aux conséquences des traitements hormonaux.

Aussi, le non-hétérosexuel est-il oublié des automatismes du médecin ? Ou, dans le cadre de la contraception, en son absence, l'urgence est d'éliminer tout risque de grossesse non-désirée ? **Il semble donc s'agir simplement du fonctionnement réflexif et déductif habituel du généraliste : partir du fréquent et urgent pour ensuite envisager le rare, excluant donc de base la minorité et le rare.**

Autre situation clinique « urgente » décrite dans l'étude qui a nécessité d'aborder la question de l'OS : le retard de règles et des douleurs abdominales. Le premier réflexe du médecin est d'éliminer une grossesse extra-utérine (GEU). Cependant, après avoir insisté face à des réponses évasives, la médecin est soulagée : la patiente lui dit finalement qu'elle est « lesbienne ».

Il est évident que l'urgence et la gravité de la GEU doit faire agir le médecin avec précision et rapidité. L'absence de rapport avec un homme n'est pas la première question à poser. Cependant, par la suite le médecin rapporte un moment d'inconfort, « *J'ai un peu galéré quand même à lui faire dire [...] Et j'y pense pas assez...* ».

Dans ces deux exemples, il est évident que le médecin se doit d'éliminer l'urgence et le risque pour ses patientes, l'homosexualité de sa patiente n'est pas un facteur de risque, au contraire elle exclut le risque. Cependant, de nombreuses femmes le vivent comme une exclusion frontale de leur identité.

Nous pensons retrouver là un conflit de prismes : le médecin naïf des subcultures queer et LGBTIQ+ ne comprend pas l'homosexualité comme le comprend l'individue issue de cet univers. Le médecin voit l'homosexualité comme une sexualité, un facteur de risque ou non. Au contraire, parfois, pour l'individue, il peut s'agir de son identité, son histoire, son mode de vie, une culture, une lutte.

Une situation difficilement améliorable lors de la formation médicale, en revanche, nous pensons que travailler avec les médecins et étudiants à l'abord de questions intimes ou potentiellement excluantes pour des patientes différant de la norme sociétale française, permettrait d'améliorer les dialogues et diminuer progressivement l'écart entre ces deux prismes.

IV.3.2. Les dysfonctions de la prise en charge actuelle

- **La gêne, la crainte et le manque de connaissances : une entrave à une prise en charge sereine et adaptée**

Les patientes FSF

Les sentiments et attitudes que se représentent les médecins de leurs patientes dans notre étude sont effectivement avérées par plusieurs thèses françaises interrogeant des patientes FSF (88), (94), (90), (52), (93), (96).

Manque de connaissances sur leur santé

Tous les travaux quantitatifs et qualitatifs démontrent un **manque de connaissances des patientes sur leur santé**, avec l'impression d'une absence de risques sexuels, une immunité voire une association du risque uniquement aux hommes (94). Pouvant entraîner l'absence d'intérêt à évoquer l'orientation sexuelle lors d'une consultation (88). Seule l'étude quantitative de Dr Radix-Leroy (52), auprès de 615 femmes FSF, retrouve que les connaissances générales sur les IST sont bonnes, que 99% sont conscientes que les rapports sexuels entre femme peuvent être vecteurs d'IST. Cependant, le suivi gynécologique reste faible pour ces mêmes femmes et un tiers environ ne se sentent tout de même pas concernées par les IST.

Appréhension à aborder le sujet avec son médecin

Par ailleurs, une **appréhension et une crainte à aborder le sujet avec leurs professionnels de santé sont majeures**, par peur du jugement, jusqu'à la peur de lesbophobie (57% des patientes dans l'étude de Dr Jedrzejewski (88)), des patientes qui ont déjà été confrontées à une attitude discriminatoire, un refus de soins ou non (88), (92). Avec une **peur de rupture du secret médical** de la part du médecin, moins

de 20% des 1142 FSF de l'étude de Dr Jedrzejewski, mais allant jusqu'à 49% à le craindre quand l'entourage de ces patientes n'est pas au courant (88).

Il semblerait que **les FSF interrogées estiment le gynécologue (comme la population féminine générale) plus légitime** pour réaliser le suivi et le dépistage, elles en parlent donc moins avec le médecin traitant. En revanche quand celui-ci l'évoque, cela favorise le dépistage régulier (88), (93).

Le malaise des médecins

Par ailleurs, **ces patientes ressentent de la part de leurs médecins une gêne, une peur de discriminer, et des méconnaissances** des ces professionnels sur la Santé des FSF (94) (différence d'avec les gays, où avec le VIH les choses « *sont plus codifiées* » (92)).

Des patientes évoquent un hétérosexisme et hétéronormativité de la part des professionnels de santé (92), (94).

Pouvant parfois entraîner un **manque de confiance** : 42,4% des répondants pensent qu'un médecin généraliste peut être induit en erreur dans sa prise en charge du fait de la prise de conscience de leur sexualité (88), le sociologue Alessandrin affirmera d'ailleurs : « *La confiance est mise en péril lorsque le soignant part du principe que le patient est hétérosexuel ou cisgenre. Ces représentations hétéronormatives, erronées concernant les patients LGBTI, décrédibilisent le professionnel à leurs yeux : ils ne peuvent plus croire en son aptitude à trouver le bon traitement* » (97).

En position d'experte

Enfin, effectivement, dans certaines situations, des patientes se retrouvent dans cette position de « **patient-expert** » à devoir « **rassurer et informer** » le **professionnel de santé, en lui apportant de la documentation** (94).

Des positions, sentiments et attitudes qui perpétuent le mauvais contact avec leur médecins référents, et leurs méconnaissances sur leur santé.

Les médecins

L'abord de la sexualité

« *L'abord de la sexualité, une problématique en médecine générale, où les généralistes vont avoir une 'pratique informelle' qui ira 'de l'évitement', ou au moins de l'expression des réticences à aborder la sexualité, à l'obtention d'une formation dans ce domaine, en passant par des modes d'investissement intermédiaire* » (98).

Nous retrouvons dans notre étude ces positions différentes, des médecins évitantes aux médecins formées qui auront des connaissances et ne ressentiront aucune gêne à l'abord de l'orientation sexuelle. **Nous devons donc bien entendre qu'une médecin gênée pour aborder la sexualité en général pourra être gênée pour évoquer le sujet de l'orientation sexuelle. En effet, nombre de médecins de notre étude voit l'homosexualité uniquement comme une sexualité, et non comme une identité à part entière.**

Par ailleurs, nous noterons un élément intéressant : la médecin ayant effectué le DIU de sexologie et ayant des consultations dédiées à la sexologie, n'aborde pas d'elle-même l'orientation sexuelle, comme la majorité de nos participantes, et n'a eu aucune formation sur ce sujet au cours du DIU. **Il peut donc y avoir un double frein : savoir aborder la sexualité, puis pouvoir sortir du prisme de l'hétéronormativité médicale habituelle.**

L'absence de formation

Effectivement, l'absence d'évocation des sujets de santé concernant les minorités sexuelles au cours des multiples formations des médecins les empêchent d'apporter des réponses aux patientes. **Ce manque de connaissances théoriques, laisseront les généralistes dans des situations inconfortables, de doute. Les médecins vont l'affirmer dans cette étude. En revanche, les médecins à l'aise, ayant des connaissances, auront une conduite adaptée avec éducation des patientes.**

L'évitement

L'évitement dans l'abord de la sexualité, mais aussi pour d'autres sujets, probablement, comme le suggère une médecin de l'étude : **éviter pour ne pas se retrouver face à ses propres méconnaissances et inconfort.**

La discrimination et la pathologisation

La lesbophobie de la part de professionnels de santé est une réalité, comme retrouvé dans l'introduction et évoqué dans les thèses françaises auprès de FSF ((3), (88), (94), (92)), en revanche, nous ne l'avons pas observé consciemment avec nos médecins participantes. La méthodologie de cette étude est probablement un frein, comme nous l'avons discuté, à l'expression d'idées plus extrêmes.

En revanche, le poids du regard de la Médecine sur ces femmes au cours de l'Histoire et de la - encore récente - psychiatrisation, comme l'ont pensé deux médecins de notre étude, ont probablement un impact important chez certains professionnels de santé. Pour rappel, le retrait de l'homosexualité du CIM-10 par l'OMS a été effectué en 1992 en France, cela signifie que la génération de médecins de plus de cinquante ans ont commencé leur études en ayant une formation pathologisante de l'homosexualité. Il s'agit d'une génération encore très active. **Il est fort à penser que cela ait un impact sur le regard de certains médecins sur ces patientes. Et un impact, en plus des autres facteurs étudiés plus haut, sur le manque de formation.**

La patiente-experte et la patiente actrice

Dans son travail sur les représentations des généralistes sur les HSH, Dr Perrollaz a aussi pu remarquer ce rôle de patient expert donné aux patients sur certains sujets, permettant ainsi aux médecins de « **se désresponsabiliser de leur rôle de prévention vis-à-vis de cette population. Dans ces situations, l'expertise revient au patient et le médecin réduit son rôle à celui du prescripteur** » (99), à l'instar de la position des médecins de notre étude lors de sujets comme la PMA.

Par ailleurs, nous l'avons vu dans les modèles de relation médecin-patient, le médecin est historiquement dans une position active, la patiente passive, répondra et apportera

les éléments au médecin. Dynamiques qui évoluent, certes, avec le « modèle de la décision partagée ».

Ne pas poser la question, et décider pour la patiente qu'elle devra être actrice sur ce sujet, signifie peut-être la mettre dans une position inconfortable et inhabituelle. Elle se retrouve, de « discrète », avec de « l'appréhension », à devoir prendre la parole et questionner le médecin. A l'instar de cette médecin, dans notre étude, qui évoque une incompréhension diagnostique car elle n'avait pas l'élément « orientation sexuelle ». La patiente a pris la parole et a demandé, après un certain temps, à ce médecin si ses pratiques sexuelles avec des femmes ne pouvaient pas être la source de réinfections. Ce qui a effectivement permis ensuite de comprendre l'étiologie à cette vaginose « chronique », le médecin ayant remis en cause son diagnostic et effectué des recherches.

➤ **De l'informalité et des incohérences**

Prise en charge et formation

Des connaissances informelles qui sont obtenues grâce à la plasticité des médecins face à l'inconnu, à des formations inégales, à une appétence et une curiosité propre à chaque médecin, une ouverture d'esprit, et parfois l'expertise de proches LGBTIQ+ **Autant d'informalités et d'inégalités dans la formation de ces médecins sur le sujet, qui peuvent ainsi entraîner des inégalités de prise en charge des patientes FSF.** Effectivement, l'étude quantitative de Dr Ottavioli retrouve que 89,7 % des enquêtés rapportaient des pratiques différentes du suivi gynécologique si la patiente était FSF ou supposée hétérosexuelle (100).

L'exemple de la transmission d'HPV

Chez quelques-unes de nos médecins participantes, la réflexion du risque d'infection HPV est fait par déduction, grâce aux connaissances physiopathologiques. Ainsi après réflexion, il paraît logique pour elles que les femmes FSF soient à risque d'infection à HPV. Le poids de la représentation de la sexualité inoffensive entre femmes est ainsi « contre-carré » par une bonne connaissance physiopathologique de la transmission

et infection. Ainsi lorsque des patientes FSF leur ont demandé l'utilité du dépistage, certaines médecins ont pu y répondre de façon appropriée.

Nous avons pu observer ce fait chez les médecins plus jeunes de notre étude, ce qui nous laisse à penser le rôle positif de la formation complémentaire du DIU et de la formation universitaire.

En revanche, la médecin qui a une bonne connaissance physiopathologique mais aussi une connaissance exacte des pratiques sexuelles, va, en plus, apporter une information exacte et adaptée à ses patientes FSF. Et, au contraire, si les connaissances sont moins affirmées, cela a pu entraîner des doutes chez quelques médecins de notre étude sur la nécessité de dépistages, et sur leur régularité par rapport aux femmes ayant des rapports uniquement avec des hommes.

Cet exemple nous laisse donc à penser que **les formations actuelles proposées aux généralistes, notamment le DIU de la faculté Montpellier-Nîmes, améliorent leurs connaissances théoriques sur le risque de transmission d'HPV et sa physiopathologie et permettent d'améliorer le dépistage par FCV des patientes FSF, quand la patiente aborde ce sujet. Cela n'est cependant pas suffisant pour permettre aux médecins d'adapter leur discours préventif et éducatif aux patientes FSF, ne tenant pas compte de leurs pratiques sexuelles singulières. Le poids des représentations et imaginaires des pratiques sexuelles peuvent encore conduire à des méconnaissances de risques.**

Une médecin qui se dit « ouverte d'esprit », mais une patiente qui sent un médecin gêné

La différence majeure de représentations entre les patientes et nos médecins serait peut-être celle-ci : les patientes sentent les médecins gênés et évitants. Nos participantes affirment pourtant toutes être « ouvertes » sur le sujet, ne pas avoir de « problème » lorsque leurs patientes leur en parlent.

Presque toutes les médecins décrivent une méconnaissance des patientes sur leurs risques. Cependant les médecins n'évoquent pas pour autant le sujet, n'insistent pas

sur les sujets méconnus des patientes. Le besoin d'éducation est reconnu pour la majorité de ces médecins, mais très peu vont éduquer les patientes FSF.

A l'inverse, ce médecin de notre étude qui pose systématiquement la question de l'orientation sexuelle à ses patients, se sent à l'aise, dit avoir plusieurs patientes FSF et donc les éduque de façon adaptée car elle sait qu'elles ont des méconnaissances. Une autre médecin le fera, au cas par cas, de façon informelle.

Ces impressions de méconnaissances des patientes sont le fruit de représentations, fondées sur un ressenti, au cas par cas, les médecins n'ont pas été informées des réelles inégalités. **Nous pensons donc que ces médecins ne sont probablement pas actrices, elles peuvent ne pas se sentir légitimes à systématiser leurs pratiques, leurs impressions n'ayant pas été confortées de façon officielle. A l'inverse, une médecin à l'aise avec ce sujet, en confiance avec ses connaissances, pourra rompre ce cercle de non-dit. La patiente ne sentira plus de gêne, et la médecin agira activement à dépister et éduquer ses patientes de façon appropriée.**

La dysfonction du traitement égalitaire

Un traitement égalitaire, ne pas distinguer les patientes pour ne pas discriminer, signifie : une patiente FSF (cisgenre, pour rappel) a un corps de femme et un appareil génital de femme, nécessitant donc un suivi comme une autre femme, avec les mêmes dépistages cytologiques, échographiques et sérologiques. Une femme qui sera reçue comme toute femme en consultation. Une femme, qui, quand elle sera enceinte aura un suivi, comme toutes les femmes, « *normalement* ». Pourtant, au fur et à mesure de nos entretiens, **les médecins vont chacune nous apporter et décrire des situations pratiques spécifiques à leurs patientes FSF.** Des situations vécues, ou dont elles ont la connaissance.

En observant nos médecins, nous découvrons la **nécessité d'une problématisation pour visibiliser le sujet** (un questionnement d'une patiente, une situation clinique, etc...). La problématique va créer ainsi le besoin d'y répondre, et de rechercher un moyen d'y arriver. Certains médecins vont donc adapter leur prise en charge en fonction des besoins réels et la nécessité d'une réponse, les poussant à la chercher.

Dans un but d'une meilleure prise en charge de sa patiente. **Cela reste cependant aléatoire, tous les médecins n'ont pas la même appétence à la formation continue personnelle.**

Parallèlement, beaucoup de participantes disent ne pas avoir d'intérêt médical à connaître l'orientation sexuelle, mais en conclusion de la réflexion induite par l'entretien, certaines se mettent à se poser et à formuler des questions, et se rendent compte d'un manque de connaissances.

Je n'aborde pas le sujet de l'orientation sexuelle,

Car il n'y a pas d'intérêt médical.

Mais. Finalement. En suis-je si sûre ? Ai-je vraiment les connaissances pour l'affirmer ?

Le problème est inexistant, invisible comme nous l'avons vu auparavant, d'où une absence de questionnement. Pas de questionnement, donc pas de problématisation ni de prise de conscience. En revanche, après réflexion lors des entretiens, apparaissent des formulations de problématisation et émergence de problématiques.

Nous sommes donc en mesure de penser que, **comme ces médecins n'abordent pas le sujet, les patientes non plus, il n'y a donc pas de questionnement spécifique à leur Santé, et donc pas d'émergence de problématique. Il n'y a donc pas de changement de prise en charge et pas de conscience de différence.**

Apporter les connaissances aux médecins pourrait permettre de contrer cet argument « d'absence d'intérêt médical ».

Par ailleurs, de ce traitement égalitaire découle ce paralogisme, une des origines au moindre dépistage par FCV :

Si je fais le frottis à toutes mes patientes femmes,

Et si la patiente FSF est une femme,

Alors je fais le frottis à mes patientes FSF.

(Même si je ne sais pas qu'elles sont FSF)

Les médecins en réfléchissant ainsi, selon cette logique, n'ont pas besoin de poser la question de l'orientation sexuelle, puisque leurs patientes bénéficieront du même suivi.

Seulement, il s'agit d'un fait non valide, les FSF ne bénéficient pas du même suivi. Nous l'avons démontré tout au long de ce travail.

La compréhension de ce mécanisme nous permet d'expliquer le résultat contradictoire de Dr Ottavioli dans son étude quantitative de 165 généralistes : « L'intérêt du [frottis cervico-vaginal] semble bien compris puisqu'on ne retrouve aucune différence significative de pratique, y compris quand la patiente ne mentionne pas de rapports avec des hommes. Cela contraste avec la réalité d'échappement des FSF au dépistage et leurs représentations liées à cet examen »(100).

Il est nécessaire de distinguer la patiente FSF des autres femmes pour pouvoir lui faire comprendre l'importance de ce dépistage dans sa situation propre.

➤ **Des inégalités de santé modifiables**

« Être lesbienne n'entraîne pas de pathologies, mais des inégalités sociales de santé »(92).

Après ce travail, nous pensons pouvoir regrouper les problématiques de santé décrites dans l'introduction en deux groupes distincts :

-Des problématiques d'origine sociale et sociétale, dont le facteur « stress minoritaire » serait une des origines majeure. Une origine plausible aux prises de toxiques augmentées, augmentations des syndromes dépressifs et risque suicidaire. En revanche, la problématique des violences nous semble être le fruit d'origines plus complexes, que nous ne saurons décrire ici.

-Des problématiques et inégalités d'origine majoritairement médicales : un suivi gynécologique faible, un taux de dépistage du cancer du col de l'utérus plus faible, des méconnaissances des patientes. **Nous avons ainsi pu observer au fil de ce travail les mécanismes et origines de ces inégalités dans les pratiques des médecins. Cette invisibilité, méconnaissances, inconfort et exclusion sont, pour une grande partie, à l'origine de ces inégalités.**

Nous pouvons affirmer ce fait : ces inégalités d'origine médicale sont donc modifiables et améliorables.

IV.3.3. Identifier ou ne pas identifier ?

➤ De l'importance et des bénéfices à aborder ce thème

Les médecins de notre étude vont avoir des positions et des motivations différentes.

Les médecins avec une **prise en charge holistique** de leurs patients verront comme une évidence à connaître l'orientation sexuelle de ses patientes, un élément de leur identité. L'autre vision d'un médecin, ayant les bonnes connaissances sur la santé des FSF, cherchera l'élément « orientation sexuelle » de la patiente quand elle estimera **l'information nécessaire à sa prise en charge et au diagnostic**.

Connaitre l'orientation sexuelle et pratiques des patientes est donc important pour le dépistage ciblé, pour l'éducation des patientes FSF de façon appropriée et de lutter contre leurs méconnaissances. Cela permettra, de même, d'avoir les éléments permettant un diagnostic et éviter l'errance diagnostique.

Un bénéfice dans la relation médecin-patient, créant une relation « privilégiée », « de confiance », pouvant apporter de la sécurité, et de soutien, notamment chez les adolescents. Les patientes sont reconnues dans leur identité entière (101).

Et enfin « La visibilité permet [...] d'agir contre une stigmatisation, porteuse de discriminations » (81).

➤ Sous certaines conditions

« Les personnes discriminées ou discriminables veulent être traitées comme tout le monde et en même temps être prises en considération dans leur spécificité. C'est-à-dire pour leur pathologie, mais aussi pour des caractéristiques comme l'âge, ou justement l'identité de genre ou de sexualité. » nuance Arnaud Alessandrin (96).

La posture du médecin

Selon nos médecins, l'attitude, l'expérience et la pratique sont des éléments nécessaires à l'abord de la question. Une posture rassurante, bienveillante, un environnement de confiance, de secret médical, d'écoute. En tant que médecin, être empathique, se sentir à l'aise avec le sujet, pouvoir bien poser la question, afin de « *banaliser le sujet* » et d'effacer toute gêne.

Penser le moment pour aborder la question : soit systématiquement au premier entretien ou soit selon l'évolution de la relation médecin-patiente.

Ainsi aborder la question de l'OS peut-il s'apprendre ou cela fait-il appel à des capacités naturelles du médecin ?

Comme le détaille le sociologue Arnaud Alessandrin, « il n'y a pas de règles en la matière. Certains patients ont une approche fonctionnaliste traditionnelle du soin. Le soignant est là pour soigner. Il y a une privatisation de tout ce qui relève de l'intime, on n'en parle pas. À l'inverse, d'autres y vont en leur nom propre et cherchent une réputation, un nom, ce qui engage l'identité du soigné et du soignant».

La distinction est la même du côté du soignant. Certains sont très à l'aise sur les questions liées à l'intime, d'autres non. « *Pour régler l'affaire, il y a ce qu'on appelle le marché, et la réputation de bon accueil du soignant* », conclut Arnaud Alessandrin dans cet article de *Le Généraliste* (102).

Entendre la posture de la patiente FSF

Nous l'avons vu, la patiente a une appréhension majeure à aborder ce sujet. « Se rendre visible, notamment dans l'espace public [...] suppose dans tous les cas une prise de risque productrice d'effets sociaux : des regards stigmatisants, aux agressions verbales, sexuelles ou physiques » (83) .

Par ailleurs, comme la sociologue Chetcuti l'explique « chez les lesbiennes, la difficulté à se nommer ne réside pas tant dans le contenu du stigmatisme que dans l'impossibilité d'être, puisque l'innommable est la conséquence de l'indiscernable, du méconnaissable » (83). **La patiente n'est peut-être pas en mesure de se définir et donc d'en parler avec son médecin.** Cela est donc important à comprendre : le médecin ne peut pas non plus obliger sa patiente à faire son coming-out (à l'instar de cette patiente qui ne donnera jamais son orientation sexuelle, comme nous l'a rapporté sa généraliste dans notre étude. Elle ne sait peut-être tout simplement pas ce qu'elle est.)

Ces sont des positions propres à chaque personne, évolutives dans le temps, que le médecin ne peut comprendre le temps d'une consultation mais dont il faut avoir conscience.

➤ **Au danger du délabrement de la relation, de la discrimination et de l'intrusion**

Une première problématique, fréquente, à l'origine d'une perte de confiance de la patiente en son médecin : **donner son orientation sexuelle est actuellement un risque. Le médecin, du fait de méconnaissances, risque de la traiter moins qu'une autre femme (88), (103), de diminuer la fréquence des dépistages.** Effectivement, un médecin de notre étude nous l'a rapporté, au début de ses études « *je les traitais moins* », d'autres se questionnent sur la nécessité d'un dépistage aussi régulier que la population féminine générale.

Ensuite, obliger la patiente à donner son orientation sexuelle peut être vécu comme une agression, et de même, devenir délétère pour la relation « Parmi les femmes ayant parlé de leur orientation sexuelle 10,9% déclarent que ça leur a posé problème de le faire et 8,8% déclarent que le contexte dans lequel cela a été abordé leur a semblé inapproprié » (88).

L'outing

« L'outing, une pratique courante. La neurologue a-t-elle absolument besoin de savoir que le patient que vous lui adressez est LGBT ? [...] Et elle est trop souvent inscrite noir sur blanc sur les dossiers médicaux, sans se soucier du fait qu'il appartient aux patient.e.s de la divulguer selon leur choix à des personnes de confiance »(3).

L'outing, un acte lesbophobe des médecins pour cette association protégeant les personnes LGBTIQ+. Il s'agissait justement d'un questionnement de nos médecins. Tous les médecins n'ont pas le même jugement sur l'homosexualité, donc l'indiquer dans les courriers et dossier médicale peut devenir un risque supplémentaire pour la patiente.

Jusqu'au risque extrême de trop distinguer(92)

« Des auteur.e.s mettent en garde contre les dangers d'une nouvelle pathologisation sur les bases de résultats d'études épidémiologiques et d'un usage détourné de leurs conclusions à des fins de discriminations et de stigmatisations. Considérer les lesbiennes comme un groupe à risque pourrait, par exemple, être utilisé par les assurances pour augmenter le prix des cotisations »(92).

En conclusion, le médecin se doit d'aborder le sujet afin de soulager les patientes, tout en leur assurant du respect du secret médical, et leurs apporter ensuite progressivement des informations les concernant. Le médecin doit aussi avoir la capacité à comprendre les craintes de sa patientes, et donc ne pas dépasser les limites exprimées de la patiente.

Il est important de parler à la patiente avant d'évoquer l'orientation sexuelle à un confrère, et de ne pas le faire sans son accord.

➤ **Particularité de l'homosexualité du médecin**

Notre étude a pu étudier l'apport de l'orientation sexuelle du médecin, une médecin étant FSF, d'autres médecins se questionnant sur le rôle de leur hétérosexualité dans leur relation aux patientes. Ce médecin ne pose pas la question de l'orientation sexuelle à ses patientes. La médecin FSF, a une vision ancrée de la fidélité et du peu de prises de risques sexuels.

Une réalité comme nous l'avons vu, mais probablement renforcée par sa propre expérience personnelle, ses amitiés, et par son âge, empêchant de même de réfléchir sur d'autres patientes FSF que les patientes s'identifiant homosexuelles. Nous pouvons penser que ce médecin n'imagine pas le multi-partenariat des FSF retrouvé dans nos études.

En revanche, ce médecin « assumant » son orientation sexuelle, la patientèle est au courant. **Un espace est donc ouvert, de façon visible pour les patientes FSF, un fait décrit dans EGaLe-MG « Le fait d'avoir préalablement identifié le ou les médecins généralistes consultés comme gay, lesbienne, lesbienne- ou gay-friendly ou même plus simplement d'en avoir identifié un comme le médecin généraliste que l'on consulte pour les problèmes sexuels, facilite drastiquement le coming-out ».**

Celle-ci a une forte position de **médecin-experte**, accompagnant, conseillant les patientes et éduquant les parents et ses patientes.

IV.4. PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS

IV.4.1. Aider à lutter contre les discriminations

➤ Compléter la formation déontologique et juridique aux futurs médecins

Le médecin généraliste ne peut connaître ni maîtriser toutes les problématiques de santé de ses patients, et il a, comme nous l'avons vu, ses propres représentations, culture et convictions, en revanche, il a le devoir de soigner tout le monde ou, au minimum, d'orienter les patients vers un confrère plus apte ou prêt à répondre au besoin. Ce devoir est énoncé, comme nous l'avons étudié dans l'introduction, par la WONCA et repris dans le Code de Santé Publique.

Compléter la formation de déontologie et juridique des futurs médecins

Il est important de rappeler lors de la formation des futurs médecins, lors de cours sur la déontologie et juridique, notamment les peines auxquelles le médecin encourt en cas de discriminations ou de refus de soins. De même, il faut donner les outils aux médecins pour qu'il puisse agir si une patiente rapporte des faits de discriminations de la part de confrère ou dans d'autres sphères de la société.

IV.4.2. Apporter les outils aux médecins généralistes

Un médecin mal à l'aise sur ce thème, nous l'avons étudié, n'aidera pas la patiente. Il est donc important de créer les outils pour que celui-ci puisse se sentir légitime face à ses patientes.

➤ Lutter contre la pratique informelle et inconfortable du médecin

Rédiger des recommandations scientifiques officielles sur cette population, simples, accessibles à tout médecin cherchant une réponse. Le médecin connaîtra ainsi les problématiques de santé principales ou bien, s'il le souhaite, pourra y avoir accès facilement, comme conclu de même dans l'étude EGaLe-MG (88). Par exemple, établissement d'une fiche de recommandations de bonnes pratiques par l'HAS (par méthode de consensus ou Delphi, par exemple), ou bien par le CNGOF et les collèges de médecine générale.

Inclure dans les formations existantes ces spécificités quand les sujets sont abordés. Par exemple, lors de l’item sur le cancer du col de l’utérus et son dépistage, évoquer les patientes FSF qui nécessitent le dépistage au même titre que les autres femmes.

Créer des outils accessibles aux généralistes afin qu’ils puissent orienter les patientes

Par exemple, permettre l’accès facile aux médecins à une brochure papier ou internet, référençant des numéros et adresses d’associations (Aides, Sos-homophobie, le Refuge, etc...), de centres de santé sexuelle, CeGIDD ou médecins « LGBTIQ+-friendly » ou spécialisé en santé sexuelle (cf. ci-dessous), qui exercent dans les environs du généraliste. , vers qui le médecin démuné pourra adresser sa patiente.

➤ **Améliorer leur accueil des patientes FSF**

Les FSF ont peur du regard du médecin, qui pourtant, de par son rôle et son obligation de secret médical, devrait être un lieu sûr pour pouvoir le dire. Une amélioration du dialogue entre les patiente et son médecin est un attente des patientes retrouvée dans plusieurs travaux français (96), (94), (88). Retrouver la confiance des patientes (une fois les connaissances appuyées), en apprenant à poser les bonnes questions, écouter les patientes, reconnaître les différences et les entendre.

Comme le préconise la commission nationale consultative des droits de l’homme (CNCDH), lors de son avis voté en 2018 sur les maltraitances dans le système de Santé, après consultation de spécialistes : « *Recommandation n°18 : La Commission recommande de repenser la formation des médecins, en développant la prise en compte des qualités humaines* » (104).

Amélioration de la formation pratique, avec une pratique holistique centrée sur le patient

- Travaux pratiques lors de la formation des externes et internes. Exemple de travaux proposés aux internes de médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes « Approche centrée Patient: relation professionnelle Médecin-Patient », ainsi que les récents « Groupe de formation à la relation thérapeutique », les mettant en situation pratique, avec jeux de rôles notamment.

- Continuer à favoriser ou ouvrir des terrains de stage abordant les questions de sexualité, et gynécologiques pratiques pour les futurs médecins généralistes (CeGIDD, orthogénie, planning familial, gynécologie médicale libérale)

Faire comprendre à la patiente « son ouverture d'esprit »

Si le médecin généraliste est ouvert sur ce sujet et souhaite améliorer l'accueil de ses patientes FSF, donner des signes directs ou implicites pour que la patiente se sente en sécurité et en confiance, nous l'avons vu, elle ne comprendra pas « l'ouverture d'esprit du médecin » si cela n'est pas explicité par le médecin. C'est à lui de faire comprendre le message à sa patiente.

Par exemple, avoir des flyers dans la salle d'attente sur le sujet ou d'une association LGBTIQ+, être répertorié sur un site « LGBTIQ+-friendly », le bouche à oreille, poser la question de l'orientation sexuelle, avoir des questions inclusives (cf. exemples plus bas), etc...

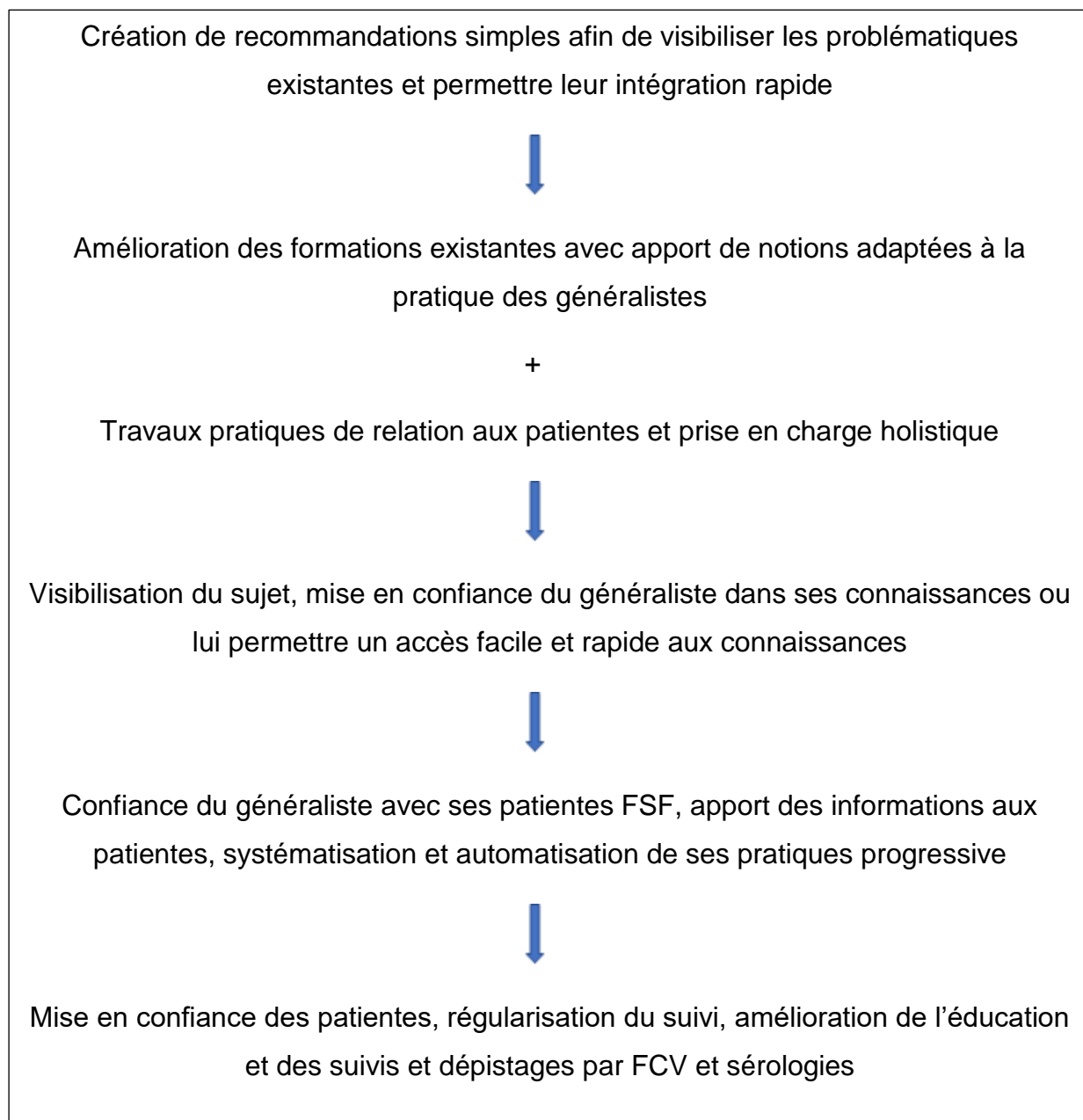
➤ **DIU de formation complémentaire à la gynécologie-obstétrique pour les généralistes de la faculté Montpellier-Nîmes**

Apporter les informations sur la santé des femmes FSF de façon plus visible. Par exemple, importance lors des cours portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus de prononcer explicitement la phrase et/ou l'inscrire « Le frottis concerne toutes les femmes dès 25 ans, que la femme ait des rapports avec des hommes ou des femmes » ou autre phrase semblable, afin de visibiliser le sujet et le faire entendre aux généralistes.

Continuer à favoriser les stages pratiques pour permettre notamment au généraliste de poser des questions, à aborder des sujet « intimes », et observer des confrères spécialistes dans leurs pratiques.

Discuter la possibilité d'ouverture en stage CeGIDD des CHU (Centre hospitaliers Universitaires) de Nîmes et Montpellier pour des consultations de dépistage et de gynécologie-vénérologie.

Notre étude nous a permis d'identifier des mécanismes de fonctionnement des généralistes afin de permettre des améliorations adaptées, réalisables et accessibles à tous les généralistes. La réalisation de ces améliorations suit le raisonnement suivant :



Nous proposons ainsi un exemple de recommandations et discours non excluant à proposer aux médecins généralistes :

Problématiques majeures des patientes FSF

- Sous-dépistage du cancer du col de l'utérus
- Suivi gynécologique moins régulier
- Risque augmenté d'antécédents de violence physique et sexuelle
- Consommation plus importante d'alcool et de tabac
- Risque augmenté de dépression et suicide, notamment chez les jeunes femmes
- Facteurs de risques d'IST augmentés, prévalence et incidence d'IST non-inférieures aux autres femmes (excepté le VIH).
- Transmission de vaginose bactérienne lors de rapports sexuels entre femmes.
- Méconnaissances des patientes sur leurs risques d'IST et la nécessité du frottis

Recommandations

- Informer la patiente en précisant verbalement « qu'on ait des rapports avec des hommes ou avec des femmes » de la nécessité du frottis et des dépistages par sérologies à la même régularité que la population générale féminine. Vérifier leurs anciennetés.
- Vigilance sur les addictions, les violences et risque suicidaire
- Orienter vers des collègues habitués si doute
- Dénoncer des actes de lesbophobie
- Ne pas demander l'orientation sexuelle si mal à l'aise avec le sujet malgré les informations données

« Petits trucs »

Demander l'orientation sexuelle des patients et distinguer ces patientes des autres femmes, un bénéfice si

- On souhaite accueillir avec bienveillance les personnes FSF
- On a des informations à donner à la patiente (cf recommandations ci-dessus)
- On le fait dans un cadre bienveillant (patiente seule, ne pas brusquer si ne veut pas continuer la conversation, rappeler le secret médical, ne pas donner l'information aux confrères sans l'accord de la patiente)

Faire comprendre à ses patientes FSF que l'on est bienveillant, les patientes ne peuvent pas le savoir sinon.

- Affiche ou signe distinctif dans la salle d'attente
- Poser la question « Etes-vous en couple avec un homme ou une femme en premier interrogatoire si vous êtes à l'aise. La patiente aura entendu que vous êtes ouvert .

Formulations possibles inclusives

- « Etes-vous en couple ? Avec une femme, un homme ? »
- « Avez-vous eu des rapports sexuels avec des femmes et/ou des hommes ? »
- « Le frottis concerne toutes les femmes dès 25 ans, que vous ayez des rapports avec des hommes ou des femmes.»
- Usage du neutre « votre partenaire, votre ami-e »

Eviter des questions excluantes, fermées, sans connaître l'orientation sexuelle de ses patients

- « Avez-vous un copain ou un époux ? »
- « Lors des rapports avec votre compagnon, avez-vous des douleurs ? »

IV.4.3. Une médecine sensibilisée et communautaire

En parallèle à l'amélioration des pratiques de tous les généralistes, **les patientes FSF ont besoin de pouvoir consulter des professionnels de santé spécialisés dans les questions de santé sexuelle des minorités. Ils auront connaissances des cultures LGBTIQ+ et seront formés à prendre en charge et d'accueillir les différentes identités des minorités sexuelles de façon entière et appropriée.**

« Un lieu où les patients se sentent pris dans leur globalité. Une présomption d'homosexualité , qui soulage les patientes de cette appréhension majeure » (88).

Consultant chez des professionnels de santé ou des centres de santé sexuelle, les patientes auront les réponses à leurs questionnements, et n'auront plus cette appréhension « d'annoncer » son orientation sexuelle, ni de jugement ou lesbophobie.

Il s'agit donc de pouvoir multiplier les solutions pour ces patientes, afin de leur permettre de reprendre confiance en elles, améliorer leurs connaissances et potentiellement leur dépistages, suivis médicaux et gynécologiques.

- **Des professionnels de santé sensibilisés et formés à la santé sexuelle et communautaire**

Visibiliser, proposer et créer des enseignements non obligatoires sur la santé de minorités LGBTIQ+ à la faculté ou lors de FMC

Par, exemple de la formation à la santé sexuelle donnée par des associations, SOS-homophobie notamment, aux externes volontaires de la faculté de médecine de Strasbourg, qui vont intervenir dans des lycées.

Visibiliser les formations déjà proposées par les associations à l'attention des professionnels de santé

Exemples de l'association de professionnels de santé *Pour une M.E.U.F* offrant des formations inclusives et féministes à d'autres professionnels de santé, de l'association suisse *Les Klamydia's* ayant rédigé une brochure sur la santé des FSF à l'attention des gynécologues(105) et le site belge *gotogyneco.be* proposant des « *trucs et astuces* » pour les professionnels de santé.

Comme la CNCDH qui préconise la formation par des associations ou patients issus des groupes minoritaires « *Recommandation n°19 : La Commission recommande de développer*

l'observation et la pratique de l'examen clinique tout au long des études de médecine et d'associer les patients, et notamment les patients issus de groupes sociaux exposés aux discriminations, à la formation » (104).

Visibilisation des professionnels de santé sensibilisés et formés aux questions de santé sexuelle, formalisation de ces regroupements, et permettre la diffusion de ces contacts aux généralistes.

Exemple de *l'association des médecins Gay (AMG)*, des listes comme *Médecins LGBT-Friendly*, où les médecins cotisent pour y apparaître.

➤ **Les centres de santé sexuelle**

Continuer, favoriser et multiplier les projets en cours

Déjà en 2010, dans son plan national (8), le ministère des Solidarités et de la Santé préconisait, avec des financements, l'expérimentation de centre de santé sexuelle. En parallèle, le premier centre de santé sexuelle, le 190, ouvrait en 2009, centre privé issu de l'association Sida Info Service puis de Aides. Suivant le modèle anglo-saxon de centres communautaires de santé sexuelle, modèle qui préconise l'existence de centres de santé uniquement pour les femmes, bissexuelles et lesbiennes. **Des centres pluridisciplinaires visant à répondre aux missions de dépistage, d'éducation et information, de soutien psychologique, et suivis infectiologiques, addictologiques et gynécologiques notamment.**

En Mai 2019, le ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ont lancé un appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) pour des projets d'expérimentation nationale de centre de santé sexuelle communautaire : quatre projets ont été sélectionnés (certains des centres de santé privé et associatifs préexistants) : à Paris, Lyon, Marseille, et Montpellier projet porté par l'association AIDES Occitanie (106).

L'Aller vers les FSF

-Penser l'intérêt de travailleurs communautaires femmes, dans un but pair-aidance, afin d'aller vers ces patientes qui ne se sentent pas concernées. Par exemple, au 190, et dans certaines associations montpellieraines par exemple, le personnel est

majoritairement de sexe masculin, pouvant peut-être participer au renforcement de cette représentation « les gays ont besoin d'un suivi, les lesbiennes non ».

-Repenser la communication de ces centres de santé auprès de ce public (affiches montrant un couple de femmes, etc...)

IV.4.4. Amélioration des connaissances et de la protection des patientes FSF

➤ Un travail en Santé publique pour lutter contre les méconnaissances des patientes

Un travail sociétal et de santé publique, sur la visibilité de cette population afin de permettre sa reconnaissance et son existence. Dans le champ de la Santé, repenser et améliorer les messages de prévention afin de lutter contre leurs méconnaissances (en plus du travail vu précédemment, de prévention par le généraliste).

Modification des slogans de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en nommant explicitement « les femmes qui ont des rapport avec des femmes », et non, comme il est écrit sur la campagne actuelle de dépistage, « *toutes les femmes* » (107), il peut s'agir d'un terme dans lequel certaines FSF ne se sentent pas concernées.

Création et multiplication des affiches grand public indiquant la nécessité de dépistages d'IST pour les FSF

Exemple des affiches de l'INPES promulguant l'intérêt de dépistages réguliers, représentant plusieurs configurations de couples ou célibataires, excepté un couple de femmes. Ce qui renforce ces méconnaissance et sentiment de « non-risque ».

Création, visibilité des sites internet ou brochures regroupant les contacts des professionnels de santé sensibilisés et formés

L'exemple du site internet existant proposant une liste de professionnels sensibilisés *Médecins LGBT-Friendly*. Autre site internet, *GynandCo*, qui référence des professionnels exerçant la gynécologie (gynécologues, sages-femmes, généralistes). Il s'agit cette fois-ci de patientes qui inscrivent les professionnels, selon des critères d'inclusivité comme « LGBT-friendly », « accès handicapé », « position à l'anglaise », etc...

➤ **Amélioration de la protection et dépistages**

Favoriser la vaccination HPV aux jeunes adolescents, femmes et hommes, comme le recommande depuis très récemment l'Haute Autorité de Santé(108)

Amélioration et recherche des moyens de protection des IST peu utilisés par les femmes lors de leurs rapports sexuels entre femmes

Etude des conditions des tests HPV des femmes de plus de trente ans récemment préconisés par l'HAS et étudier leur usage dans les centres de santé sexuelle(109)

➤ **Contribuer à l'empowerment des patientes**

L'empowerment, selon la définition de la base de données en santé publique, « *un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies, et donc d'acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique* », sont les nouveaux objectifs de la médecine moderne, en parallèle à la relation médecin-patient de décision partagée. Aider les patientes à leur empowerment, « conduire à des actions émancipatrices qui sont en général facilitées par les groupes de pairs d'où émergent des solutions innovantes »(80).

Favoriser, financer, visibiliser et continuer l'information par les professionnels de santé, par pair-aidance

Par exemple, dans un but de vulgarisation médicale et apport de connaissances aux citoyens, des vidéos d'information médicale réalisées et présentées par des professionnels de santé comme *Viens Voir le Docteur*, qui présente entre nombreuses vidéos, quelques vidéos sur la santé des minorités LGBTIQ+, comme la série plus ancienne *Comment ça va les filles ?* présentée par un psychologue-chercheuse accessibles sur la plateforme YouTube.

De nombreuses associations de militants LGBTIQ+ diffusent par internet ou papiers des brochures et vidéos afin d'apporter directement l'information à ses patientes, afin de lutter contre les inégalités sociales de santé créées par les méconnaissances des patientes et des professionnels de santé. Des exemples de brochures pour les patientes *Tombez la Culotte*, de SOS-Homophobie, des suisses *Klamydia's*, des belges *gotogyneco.be*.

Visibiliser les formations de travailleurs communautaires femmes, un pair-aidance pour les FSF

Devant une institutionnalisation de cet empowerment, à l'instar d'autres groupes de patients, l'association AIDES associé à la CNAM propose une formation à la santé communautaire pour obtenir le statut de « Responsable d'action communautaire en santé et en travail social », il serait intéressant de favoriser cet accès à des femmes volontaire afin de visibiliser et favoriser l'accès à l'information aux FSF.

CONCLUSION

Chaque médecin vient de sa propre culture, a ses propres appétences et limites, et la médecine étant un bien vaste sujet, cela empêche l'excellence dans chaque domaine.

Cependant, comme la littérature l'indique, et comme le montre les résultats de notre étude, nous pensons qu'il faut armer les médecins de connaissances théoriques sur la santé des patientes FSF. Il suffit de recommandations simples et aisément intégrables pour ces médecins polyvalents.

En parallèle, il est important de travailler l'abord de questions dites « difficiles » par des mises en situations pratiques ou stages, pour aider les médecins à « banaliser » le sujet des différentes orientations sexuelles, à acquérir une aisance, qui ne fait justement pas toujours partie de ses « capacités naturelles ».

Afin de lutter contre cette informalité inconfortable, de libérer les médecins de cette interdiction « déontologique » à ne pas distinguer ces patientes des autres femmes, de pouvoir les légitimer dans leur abord de questions « intimes », d'agir aisément.

Afin de retrouver cette attitude « active » à laquelle ils sont habitués, et ainsi pouvoir réassurer les patientes FSF, pouvoir leur redonner confiance en leur apportant des informations claires sur leur santé, leur assurer du respect du secret médical, avoir des pratiques systématiques, tout en sachant reconnaître et accepter leurs craintes. Donc, plus généralement, améliorer leur prise en charge et diminuer les inégalités de santé qui entourent cette population.

Enfin, un médecin malgré des connaissances affirmées, ne se sentant pas à l'aise pour aborder ce thème, ne doit pas le faire, au risque d'aggraver le malaise dans la relation avec sa patiente FSF. Il faut cependant qu'il soit en mesure d'orienter la patiente, si celle-ci avait des questionnements.

Par ailleurs, il est important, en parallèle au travail avec les médecins généralistes, de continuer à permettre et améliorer l'accès des patientes FSF à l'information sur leur Santé par d'autres biais, comme son empowerment et l'accès à des centres de santé communautaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. ISS: Définition et concepts du champ [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
2. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - Accueil [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie>
3. SOS homophobie. Rapport sur l'homophobie 2019. KTL Editions. Paris; 2019. 163 p.
4. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. La découverte. Paris; 2008. 612 p. (Hors collection sociale).
5. Kinsey AC, Suttner J, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948. 804 p.
6. Kinsey Institute IU. Prevalance of Homosexuality study [Internet]. Disponible sur: <https://kinseyinstitute.org/research/publications/kinsey-scale.php>
7. Lhomond B. Lesbiennes : un risque moins sexuel que social. *Arcaat Sida Civ.* nov 1992;(43-44):88.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan national lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2010 nov. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014-3.pdf
9. WONCA Europe [Internet]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 [Internet]. Code de la Santé Publique, 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36
11. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot et rivages. Paris; 1996. 418 p.
12. Mouillie J-Ma, Lefève C, Visier L, politiste, Todorov T, Goffette J. La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorder. In: Manuel pour les études médicales. Les belles lettres. Le Kremlin-Bicêtre; 2007. (Médecine & sciences humaines).
13. Buyck J-F, Lelièvre F, Tuffreau F, Herault T, Muriel Barlet, Hélène Chaput, Claire Marbot, Raphaël Andler, Arnaud Gautier, Carmen Kreft-Jais, Viêt Nguyen-Thanh. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. DRESS Ministère Santé [Internet]. oct 2016;(977). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du-suivi-de-la>
14. Montaud A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handiap-Santé 2008. DRESS Ministère Santé [Internet]. févr 2010;717. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-et-recours-aux-soins-des-femmes-et-des-hommes>
15. Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Rev Francaise Aff Soc.* 2008;(1):29-47.
16. Fourcade N, Gonzalez L, Rey S, Husson M. La santé des femmes en France. DRESS Ministère Santé. mars 2013;(834):6.

17. FNCGM. La gynécologie médicale en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html>
18. Foul M. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. Le Quotidien du médecin.fr. 2018. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
19. DRESS. Effectifs des médecins en 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
20. Le Breton-Lerouvillois G, Rault J-F. La démographie médicale En Région Languedoc-Roussillon Situation en 2015 [Internet]. 2015 p. 69. (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
21. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : Revue de littérature [Internet] [Thèse de doctorat en Médecine Générale]. Université Angers; 2018. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/search/node/guyomard>
22. Calmes JC. Nomenclature des actes de médecine générale [Internet]. Syndicat MGFrance. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/exercice/toute-la-nomenclature/telechargements>
23. Maj C. Facteurs individuels et contextuels associés à l'absence de pratique du dépistage du cancer du col par les médecins généralistes en France. In: Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/pratiques-et-conditions-d-exercice-des-medecins-generalistes>
24. URML Normandie. La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant [Internet]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/gynecologie-parlez-a-medecin-traitant-2/>
25. Bonnet M-J. Histoire de l'émancipation des femmes. Ouest-France. Rennes; 2012. 127 p.
26. Bonnet M-J. Les relations amoureuses entre les femmes. XVIè-XXè siècle. Odile Jacob. Paris; 2001. 411 p.
27. Briki M. Psychiatrie et homosexualité, lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales et 1850 à nos jours. Université de Franche-Comté: Presses universitaires de Franche-Comté; 2009. 232 p. (thesis).
28. Ferrière CJ de. Dictionnaire de droit et de pratique. Brunet; 1769. 728 p.
29. Brossat I. Affaire Diot-Lenoir : briser le silence, 250 ans plus tard. L'Humanité [Internet]. 10 janv 2014; Disponible sur: <https://www.humanite.fr/tribunes/affaire-diot-lenoir-briser-le-silence-250-ans-plus-556623>
30. Allezard C. Sortir les lesbiennes du placard (4/4) : Les persécutions nazies [Internet]. LSD, La Série Documentaire. 2019. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/sortir-les-lesbiennes-du-placard-44-les-persecutions-nazies>
31. Projet de loi relatif à la bioéthique [Internet]. 343. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta/ta0343.asp>
32. Corriveau P. La repression des Homosexuels au Quebec et en France, du bûcher à la mairie. Septentrion. Québec; 2006. 242 p.

33. Von Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis : étude médico-légale avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*. Camion blanc Camion noir. Rosières-en-Haye; 2012.
34. Tamagne F. *Histoire de l'homosexualité en Europe, Berlin Londres, Paris 1919-1939*. Seuil. Paris; 2000. 692 p.
35. Ellis H. *Etudes de psychologie sexuelle. Le livre précieux*. Paris; 1966.
36. Hirschfeld M. *Anomalies et perversion sexuelles*. Correa et Guy Le Prat. Paris; 1957. 204 p.
37. Freud S. *Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905)*. Points. Paris; 2012. 234 p.
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030* [Internet]. p. 74. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
39. *Le grand malaise des LGBTI face au monde de la santé* [Internet]. Libération.fr. 2018. Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2018/01/16/le-grand-malaise-des-lgbti-face-au-monde-de-la-sante_1622823
40. Beaulieu B. *En médecine aussi, les lesbiennes sont invisibles* [Internet]. Alors voilà. France Inter; 2019. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/alors-voila/alors-voila-08-avril-2019>
41. Adénor J-L, De Rauglaudre T. *Dieu est amour*. Flammarion. Paris; 2019. 303 p.
42. Héraud X. *Thérapies de conversion: quels enjeux pour la mission d'information de l'Assemblée ?* [Internet]. www.Komitid.fr. 2019. Disponible sur: https://www.komitid.fr/2019/09/27/therapies-de-conversion-mission-information-assemblee-nationale/?fbclid=IwAR16-W153tBLKhIPLFvRvdxsMOBlwqzt4-obUgNB7pl3TH5OM_bwonBXmS4
43. Knight DA, Jarrett D. *Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women*. Am Fam Physician. 1 mars 2017;95(5):314-21.
44. 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. 1 oct 2005;33(10):776-82.
45. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, et al. *Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women*. Am J Public Health. avr 2001;91(4):591-7.
46. Brown R, McNair R, Szalacha L, Livingston PM, Hughes T. *Cancer Risk Factors, Diagnosis and Sexual Identity in the Australian Longitudinal Study of Women's Health*. Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health. oct 2015;25(5):509-16.
47. Delebarre C. *A propos du « lesbian bed death » : Quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes? [Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire « Etude de la Sexualité Humaine »]*. [Paris]: Université de Paris V – René Descartes UFR de médecine; 2018.
48. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. *Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014*. Epidemiol E Serv Saude Rev Sist Unico Saude Bras. 08 2018;27(4):e2017499.

49. Douglas C, Deacon R, Mooney-Somers J. Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. *Sex Health*. juin 2015;12(3):249-56.
50. Soto-Salgado M, Colón-López V, Perez C, Muñoz-Masso C, Marrero E, Suárez E, et al. Same-Sex Behavior and its Relationship with Sexual and Health-Related Practices Among a Population-Based Sample of Women in Puerto Rico: Implications for Cancer Prevention and Control. *Int J Sex Health Off J World Assoc Sex Health*. 2016;28(4):296-305.
51. Silberman P, Buedo PE, Burgos LM. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev Salud Pública*. févr 2016;18:1-12.
52. Radix-Leroy M. Évaluation des connaissances en matière d'infections sexuellement transmissibles des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes et des déterminants de ces connaissances [Thèse de doctorat en Médecine Générale]. [Paris]: Université Paris XI , Faculté de Médecine-Paris Sud; 2019.
53. Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging Sexual Health Issues Among Women Who Have Sex with Women. *Curr Infect Dis Rep*. févr 2012;
54. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS, Fairley CK, Law M, McNair RP, et al. Factors Associated with Bacterial Vaginosis among Women Who Have Sex with Women: A Systematic Review. *Plos One*. déc 2015;10(12):e0141905.
55. O'Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus-associated cervical intraepithelial neoplasia following lesbian sex. *Obstet Gynecol*. oct 1996;88(4 Pt 2):702-3.
56. Branstetter AJ, McRee A-L, Reiter PL. Correlates of Human Papillomavirus Infection Among a National Sample of Sexual Minority Women. *J Womens Health* 2002. sept 2017;26(9):1004-11.
57. Reiter PL, McRee A-L. HPV infection among a population-based sample of sexual minority women from USA. *Sex Transm Infect*. févr 2017;93(1):25-31.
58. 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):68-73.
59. 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.
60. McRee A-L, Katz ML, Paskett ED, Reiter PL. HPV vaccination among lesbian and bisexual women: Findings from a national survey of young adults. *Vaccine*. 20 août 2014;32(37):4736-42.
61. Agénor M, Peitzmeier S, Gordon AR, Haneuse S, Potter JE, Austin SB. Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. *Ann Intern Med*. 21 juill 2015;163(2):99-106.
62. Chan SK, Thornton LR, Chronister KJ, Meyer J, Wolverton M, Johnson CK, et al. Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV — Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 14 mars 2014;63(10):209-12.
63. Rothman EF, Exner D, Baughman A. The prevalence of sexual assault against people who identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. avr 2011;12(2):55-66.

64. Beck F, Firdion J-Ma, Legleye S, Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis des sciences sociales et Perspectives*. [Nouvelle édition 2014]. INPES. Paris; 2014. 140 p. (Santé en action).
65. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Violence against women and suicide risk: The neglected impact of same-sex sexual behaviour. *Soc Sci Med*. 1 avr 2006;62(8):2002-13.
66. Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, et al. Women Who Report Having Sex With Women: British National Probability Data on Prevalence, Sexual Behaviors, and Health Outcomes. *Am J Public Health*. 1 juin 2007;97(6):1126-33.
67. Hibbert MP, Porcellato LA, Brett CE, Hope VD. Associations with drug use and sexualised drug use among women who have sex with women (WSW) in the UK: Findings from the LGBT Sex and Lifestyles Survey. *Int J Drug Policy*. 26 juill 2019;
68. Administration française. Procréation médicalement assistée (PMA) [Internet]. Service-Public.fr. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31462>
69. Frydman R. « Nous, médecins, avons aidé des couples homosexuels à avoir un enfant même si la loi l'interdit ». *Le Monde* [Internet]. 17 mars 2016; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/17/pour-la-creation-d-un-veritable-plan-contre-l-infertilite_4884871_3232.html
70. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health*. 5 déc 2013;13(1127).
71. Boehmer U, Miao X, Ozonoff A. Cancer survivorship and sexual orientation. *Cancer*. 15 août 2011;117:3796-804.
72. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG- Int J Obstet Gynaecol*. févr 2017;124(3):381-92.
73. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017 déc. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
74. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
75. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4è édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 1-430 p.
76. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz, A-M, Imbert P, Letrilliant L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.
77. Kivitz J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016. 329 p.
78. Ribeiro D. *La place de la parole noire*. Anacaona. Condé-en-normandie; 2019. 97 p.
79. Le Blanc A. Une jeune généraliste lance une enquête inédite en France sur la santé lesbienne [Internet]. *Le Généraliste*. 2019. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/08/02/une-jeune-generaliste-lance-une-enquete-inedite-en-france-sur-la-sante-lesbienne-_319412

80. Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. John Libbey Eurotext. Montrouge; 2017. (La Personne en Médecine).
81. Bozon M. Sociologie de la sexualité. 4è. Malakoff: Armand Colin; 2018. 187 p.
82. De Beauvoir S. Le deuxième sexe, I. Gallimard. Paris; 1976. 408 p. (Folio/essais; vol. 1).
83. Chetcuti N. Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi. Payot et Rivages. Paris; 2010. 300 p.
84. Vörös F. Cultures pornographiques. Anthologies des porn studies. Amsterdam. Paris; 2015. 319 p.
85. Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. Sexologies. 1 juill 2019;28(3):96-103.
86. Lhomond B. Les risques de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. juin 1996;(46).
87. Collet M. lesbiennes et VIH : des besoins de santé ignorés. avr 2008;(204):27-8.
88. Jedrzejewski T. EGaLe-MG: état des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
89. France. Code de la santé publique. Édition 2017. Paris: Dalloz; 2017. (Codes Dalloz Professionnels).
90. Moran A. Les médecins devraient-ils connaître l'orientation sexuelle de leurs patients ? Libération.fr [Internet]. 6 juin 2017; Disponible sur: http://www.liberation.fr/france/2017/06/06/les-medecins-devraient-ils-connaître-l-orientation-sexuelle-de-leurs-patients_1574663
91. Jablonski O, Le Talec J-Y, Sideris G. Santé gaie [Internet]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/2056>
92. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires Inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
93. Auguste G. Perception de l'utilité du frottis cervico-utérin: étude qualitative auprès de femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine henri Warembourg]: Lille 2 droit et santé; 2016.
94. Rouanet M. Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes: étude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
95. Wittig M. La pensée straight. Editions Amsterdam. Paris; 2018. 153 p.
96. Gerbault Peurrière M, Bottet A. Le suivi gynécologique des femmes homosexuelles. 3è congrès francophone de médecine générale Océan Indien; 2019 avr; Saint-Gilles-Les-BAins.
97. Le Blanc A. Arnaud Alessandrin, sociologue : « Les médecins et les LGBTI, une relation de suspicion » [Internet]. Le Généraliste. 2018. Disponible sur:

https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/03/01/arnaud-alessandrin-sociologue-les-medecins-et-les-lgbti-une-relation-de-suspicion-_313965

98. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP. Paris; 2010. 423 p.
99. Perrollaz C, Tribout V. Prise en charge des problématiques de santé des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes: influence des représentations des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes; 2017.
100. Ottavioli P. Différences de suivi gynécologique et visibilité des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : enquête de pratique auprès de médecins généralistes rhônalpins [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2019.
101. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? Scand J Prim Health Care. 2007;25(1):58-62.
102. Le Blanc A. Thèse « Homogen » : la difficulté d'aborder l'orientation sexuelle. Le Généraliste [Internet]. 1 mars 2018; Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/03/01/these-homogen-la-difficulte-daborder-lorientation-sexuelle_313963
103. DAVIS V. Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. Journal SGO. n°87. mars 2000;5.
104. CNCDH. Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux. Paris; 2018 mai p. 76.
105. Suivi gynécologique & cancers | Lausanne | Les Klamydia's [Internet]. les klamydias. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.klamydias.ch/suivi-gynecologique-cancers>
106. DGOS. Appels à manifestation d'intérêt [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lffs-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/appels-a-manifestation-d-interet>
107. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
108. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus
109. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

**Assemblée nationale
XIV^e législature
Session ordinaire de 2012-2013**

Deuxième séance du mardi 29 janvier 2013

Ouverture du mariage aux couples de personnes de même sexe

Discussion, en première lecture, d'un projet de loi

[...]

Mme Christiane Taubira, garde des sceaux [concluant son discours]

*« Nous avons donc décidé d'ouvrir le mariage et l'adoption aux couples de même sexe.
[...] Nous en sommes si fiers que je voudrais le définir par les mots du poète Léon-
Gontran Damas :*

*L'acte que nous allons accomplir est « beau comme une rose dont la tour Eiffel
assiégée à l'aube voit s'épanouir enfin les pétale ».*

Il est « grand comme un besoin de changer d'air ». [...]

Il est « fort comme le cri aigu d'un accent dans la nuit longue »

ANNEXE 2

Question 1:

Qu'est-ce qui vous a amené à vous former et pratiquer la gynécologie en cabinet ?

Relances :

Qu'est-ce qui vous intéresse dans cette pratique ?

Quelles étaient vos motivations à faire cette formation ?

Que vous a apporté ce DIU dans votre pratique quotidienne ?

Cela a-t-il modifié vos rapports à vos patientes, leur prise en charge ou suivi ?

Effectuez-vous une Médecine de la Femme ?

Question 2 :

Souvenez-vous de votre dernière consultation avec une patiente FSF , de cette semaine ou ce mois-ci par exemple, pourriez-vous m'en parler ?

Relances :

Pourriez-vous me décrire le déroulé de cette consultation en commençant par le motif ? (Motif, examen clinique, diagnostic, thérapeutiques, informations, dépistages, autres)

Qu'avez-vous fait ? qu'avez-vous prescrit ? la patiente vous a-t-elle demandé des informations ?

Qu'avez-vous répondu / ressenti ?

Lors de la consultation, l'OS a-t-elle été évoquée ? (La connaissiez-vous d'avant, ou découverte lors de cette consultation ?) . Dans quel cadre avait-elle été évoquée pour la première fois ?

Qu'avez-vous ressenti ?

L'OS est-elle révoquée lors d'autres consultations ? Vous consulte-t-elle pour des motifs en rapport à son OS ? Le prenez-vous en compte dans son suivi ? Y portez-vous de l'importance ?

Question 3 :

Vous m'avez évoqué cette patiente, maintenant plus généralement pourriez vous me parler de vos consultations avec vos autres patientes FSF ?

Relances:

Quels sont les motifs de consultation ?

Etes-vous plus attentif(ve) à certaines questions chez cette population ?

Que faites-vous de cette information ? Avez-vous l'impression qu'elle a modifié vos prises en charge ?

Ces patientes se distinguent-elles des autres patientes femmes ?

Avez-vous des sujets abordés propres à cette population et importants ?

Etes-vous plus attentif(ve) à certaines questions chez cette population ?

Questions 4:

Si vous deviez résumer cet entretien ?

Relances :

Que retenez-vous de cet entretien ?

Cela vous fait-il réfléchir à certains points particuliers

Question 5 :

Auriez-vous des propositions à faire ? Des idées ou ouvertures sur ce sujet de recherche ?

Quelles sont vos remarques ? Sur vos réflexions/ évocation/expérience ?

ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Bonjour, tout d'abord, je tiens à vous remercier de m'accueillir et d'accepter de prendre de votre temps pour cet entretien, planifié par téléphone.

Je m'appelle Lisa Piccon, actuellement remplaçante en médecine générale depuis un an, j'effectue ce travail de recherche pour ma thèse.

Cet entretien portera sur le sujet des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes, ou FSF. Population incluant toutes les femmes qui ont, ou ont eu, un ou des rapports avec d'autres personnes s'identifiant femme également. Personnes se définissant elle-même, par exemple, de bisexuelle, homosexuelle, hétérosexuelle ou autre.

Je tiens à vous préciser que l'enregistrement se fera par le biais de cet appareil. La durée de l'entretien se fera en fonction de votre vécu, de 45 min à 1h environ, voire plus. Vos propos seront retranscrits à l'identique par écrit. Votre anonymat sera totalement respecté et protégé.

Au cours de cet entretien, sachez surtout qu'il n'y a absolument pas de mauvaise ou bonne réponse, ce que je désire connaître c'est votre avis sur la question. Je ne porterai aucun jugement et aucune critique sur votre discours. Il vous est tout à fait possible de refuser de répondre à certaines questions ou bien même d'arrêter l'entretien quand vous le souhaitez. Et surtout, n'hésitez pas à m'interrompre si une question n'est pas claire.

Par ailleurs si vous avez quelque question avant de débiter, je vous écoute.

Avant de commencer, je vous remercie de bien vouloir signer le consentement qui m'autorisera à utiliser ces données, et à les publier pour ce travail de thèse.

Je, _____, déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant :

Fait à _____, le _____

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Expérience de généralistes sensibilisés à la gynécologie auprès des patientes femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

RÉSUMÉ

Introduction : Des problématiques de santé spécifiques aux patientes FSF sont démontrées. Depuis 2014, par le biais des plans de santé, le ministère de la Santé évoque la vulnérabilité de cette minorité. Cependant, la méconnaissance des praticiens et les inégalités sociales de santé persistent.

Objectifs : Comprendre l'expérience de généralistes, sensibilisés à la gynécologie, auprès des patientes FSF. Puis étudier leur expérience sur l'abord de ce sujet lors du DIU de formation complémentaire à la gynécologie de la faculté de Nîmes-Montpellier.

Méthode : Une étude qualitative réalisée auprès de douze généralistes du Languedoc Roussillon par des entretiens semi-directifs avec analyse des verbatims par analyse thématique continue.

Résultats : Ne pas distinguer pour ne pas discriminer, associé à l'invisibilité des FSF, perpétue la non-évocation du sujet. Pourtant, les médecins interrogés décrivent des situations pratiques spécifiques aux FSF. Le manque de formation, la gêne, des représentations, rendent leur pratique informelle et non systématisée. L'expérience et l'appétence personnelle à la formation leur permettent de se créer une culture personnelle sur le sujet. Certaines médecins se poseront la question de l'intérêt du sujet de l'étude n'ayant pas de raisons valides à distinguer ces patientes des autres femmes, d'autres évoqueront le besoin d'amélioration de connaissances, et de visibilité de réseaux de référents sur le sujet.

Conclusion : Dans la pratique, la patientèle FSF est minoritaire. Cependant, visibiliser le sujet en énonçant des recommandations permettrait d'apporter les connaissances aux généralistes et ainsi de se sentir légitimes dans leurs pratiques. Ce qui aiderait à améliorer leur relation aux patientes, leur éducation, et donc de diminuer les inégalités de santé modifiables.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : FSF, généraliste, gynécologie, invisibilité, relation médecin-patient, analyse qualitative

Faculté de médecine de Montpellier - 2 Rue de l'École de Médecine - 34090 Montpellier – France

Directeur de thèse : Docteur PERROLAZ Cyril