



HAL
open science

Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine

Louise Frigo, Claire de Guibert

► To cite this version:

Louise Frigo, Claire de Guibert. Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03371388

HAL Id: dumas-03371388

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371388v1>

Submitted on 8 Oct 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année 2021

Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine.

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Louise FRIGO

[Données à caractère personnel]

Claire DE GUIBERT

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 05/10/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Docteur Guillaume DE VERICOURT

Mme le Docteur Aurélie FINKEL

Mme le Docteur Julia TARRAGON, directrice de thèse

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-P11	ALDALADJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIFLIX-BARTHÉLEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-P11	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNEIENNE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-P11	DOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAI Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-P11 émérite	DRAMILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAUIT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-P11	CESDRON Jean-Yves	Immunologie
PU PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVEY Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRÉNOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PH-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLOIN Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DFRANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIEBICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PH-PH	GARRAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUJIN Éira	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Petrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRÉNOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRANIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LADLANCIE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LIPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLANE Marie-Reine	Bactériologie - virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; Hépatologie ; Adictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIDILOT Denis	Pneumologie ; Addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILLET Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-FRANCOISE Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRÉNOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PICLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	FOIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie , Transfusion
PU PH	POLOSAN Mirco	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PH-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PH-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Généraliste
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive réanimation
PH-PH	THIEFFRON Julien	Généraliste
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGAÑO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PH-PH	ZADINI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

GLOSSAIRE

Bisexualité : attirance amoureuse ou sexuelle pour les personnes du genre opposé ainsi que pour les personnes de son propre genre.

Cisgenre : personne dont le genre correspond à celui qu'on lui a attribué à la naissance.

Coming-out : action de divulguer son orientation sexuelle ou son identité de genre.

Digue dentaire : carré de latex ou de polyuréthane utilisé comme protection contre les infections sexuellement transmissibles.

Discrimination : fait de distinguer et de traiter différemment quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne.

Divulgateion : action de répandre dans le public une information d'abord considérée comme secrète, confidentielle.

Hétérocentrisme : système de comportements favorisant l'hétérosexualité en dépit des autres orientations sexuelles.

Hétéronormativité : système de normes et de croyances qui renforce l'imposition de l'hétérosexualité comme seule sexualité ou mode de vie légitime.

Hétérosexualité : attirance amoureuse ou sexuelle pour les personnes de genre opposé.

Homoparentalité : parentalité qui est assumée par une ou des personnes qui s'identifient comme homosexuelles.

Homophobie : expression de dégoût, crainte ou mépris à l'égard de l'homosexualité ou des personnes homosexuelles.

Homosexualité : attirance amoureuse ou sexuelle pour les personnes du même genre.

Identité de genre : expérience individuelle du genre d'une personne, qui peut correspondre ou non à son sexe biologique ou assigné à la naissance et qui peut impliquer, avec son consentement, des modifications corporelles, des choix esthétiques ou toute autre expression de genre, dont l'habillement ou la façon de se conduire.

Inclusif : qui intègre une personne ou un groupe, en mettant fin à leur exclusion.

Influenceur, influenceuse : personne qui influence l'opinion ou la consommation par son audience sur les réseaux sociaux.

Intimité : caractère de ce qui est intérieur, secret.

Invisibilité : discrimination par laquelle les besoins, les désirs, les droits ou encore la production culturelle et intellectuelle d'une minorité sont ignorés, ridiculisés ou rendus inaccessibles.

Lesbienne : personne se définissant de genre féminin qui éprouve une attirance amoureuse ou sexuelle pour une personne de genre féminin.

Lesbophobie : expression de dégoût, crainte ou mépris à l'égard des personnes lesbiennes.

LGBT-friendly : personne qui manifeste de la bienveillance à l'égard des personnes LGBTQ+.

Minorité sexuelle : groupe de personnes dont l'identité, l'orientation ou les pratiques sexuelles diffèrent de celles d'un groupe dominant.

Norme sociale : ensemble des règles de conduite qu'il convient de suivre au sein d'une société ou d'un groupe social.

Orientation sexuelle : profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des personnes du genre opposé, du même genre ou de plusieurs genres, impliquant ou non la capacité d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec ces personnes.

Non binaire : façon de parler du genre, sans se restreindre aux genres binaires homme et femme ; personne qui considère que son identité de genre ne relève pas de la norme binaire, c'est-à-dire qu'elle ne se considère pas comme étant exclusivement femme ou homme.

Pansexuel : attirance amoureuse ou sexuelle pour les personnes de tous les genres, y compris non binaires.

Queer : personne n'adhérant pas à la vision binaire des genres et des sexualités, et ne voulant pas être catégorisée selon les normes sociétales.

Relation libre : relation interpersonnelle dans laquelle chaque personne désire être avec l'autre, en étant en accord pour former une relation non-monogame.

Safe place : endroit garantissant une sécurité et une écoute aux personnes habituellement marginalisées, à cause d'une ou plusieurs appartenances à certains groupes sociaux.

Santé sexuelle : la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. (Définition de l'OMS)

Transgenre : personne qui ne s'identifie pas, ou pas seulement, au genre qu'on lui a assigné à la naissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

DMG : Département de Médecine Générale

ENIPSE : Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FG : Focus Group

FIV : Fécondation In Vitro

FSF : Femme ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

HPV : Papillomavirus Humain

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT : Acronyme faisant référence aux personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bissexuelles et transidentitaires

LGBTQ+ : Acronyme plus large incluant les personnes queer, le + inclut les autres identités et orientations

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OS : Orientation Sexuelle

PACS : Pacte Civil de Solidarité

MG : Médecin Généraliste ou Médecine Générale

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SVT : Science de la Vie et de la Terre

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	7
LISTE DES ABREVIATIONS	9
RÉSUMÉ	12
ABSTRACT	13
INTRODUCTION	14
MATERIEL ET METHODE	17
Type d'étude	17
Méthode de recrutement	17
Critères d'inclusion et d'exclusion	18
Recueil des données	18
Analyse des données	19
RÉSULTATS	20
Caractéristiques des participantes	20
Entretiens	21
Thématiques mises en évidence	21
<u>L'environnement favorisant la divulgation</u>	21
Difficultés des FSF à divulguer leur OS	21
L'attitude bienveillante du médecin	22
Un abord inclusif de la sexualité	23
<u>Le moment de la divulgation</u>	25
L'abord de l'OS dans la consultation : le rôle du MG	25
Quand poser la question de l'OS au cours d'une consultation ?	25
Comment aborder la question de l'OS ?	26
Avis des FSF sur un questionnaire systématique intégrant l'OS	27
<u>Et après ? Accompagnement des FSF par les MG</u>	28
Réactions des MG, comment recevoir l'information ?	28
Attentes des FSF envers leur MG	29
<u>Santé sexuelle des FSF</u>	30
Prévention des IST chez les FSF : accès à l'information	30
Problématique des moyens de protection : insuffisants ?	31
Méconnaissance des MG sur la santé homosexuelle	32
La réalité de la PMA en France	33

DISCUSSION	35
Forces et faiblesses du travail	35
Forces de l'étude	35
Méthodologie adaptée à la question de recherche	35
Réalisation des entretiens	35
Analyse des entretiens	35
Limites de l'étude	36
Confrontation aux données de la littérature	37
Les enjeux de la divulgation pour la FSF	37
L'accueil bienveillant des FSF par les MG	38
La relation de confiance médecin-patient	39
Perspectives	40
Invisibilisation des FSF dans la formation médicale	40
Moyens de protection à disposition des FSF	41
PMA chez les couples de femmes	43
CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXES	50
ANNEXE 1 - Annonces pour le recrutement des participantes	50
ANNEXE 2 - Guide d'entretien évolutif	51
ANNEXE 3 - Grille de codage	53
ANNEXE 4 - Conseils aux médecins généralistes	60
ANNEXE 5 - Focus group	61
ANNEXE 6 - Entretien 15	90
ANNEXE 7 - Entretien 9	100
REMERCIEMENTS	107

RÉSUMÉ

Comment faciliter l'abord de l'orientation sexuelle en médecine générale chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes : point de vue des patientes, étude qualitative en France métropolitaine.

Contexte : La connaissance des spécificités des personnes, notamment de leur orientation sexuelle (OS), est nécessaire à une prise en charge égalitaire et individuelle.

Les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) sont une population vulnérable sur le plan médico-psycho-social. Tout médecin sera amené au cours de sa carrière à prendre en charge des FSF. Afin de leur offrir des soins de santé spécifiques, il apparaît donc nécessaire de connaître leur OS.

Il existe des différences majeures entre les représentations des médecins et des patients concernant l'abord de leur OS en consultation : les médecins généralistes (MG) posent peu la question de l'OS à leurs patientes alors que les FSF souhaiteraient davantage en parler.

Objectif : L'objectif principal de ce travail était de décrire les attentes des FSF sur la façon d'aborder leur OS en consultation de médecine générale. L'objectif secondaire était de faire émerger des conseils à destination des MG.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée auprès de FSF vivant en France métropolitaine, à l'aide d'entretiens individuels et collectifs semi-dirigés réalisés en 2021.

L'analyse des données a été réalisée par méthode thématique, en double codage, à l'aide du logiciel NVivo 12.

Résultats : 19 FSF ont été interrogées. Pour la plupart des FSF, il est important que leurs MG connaissent leur OS et elles préfèrent que ce soit eux qui abordent le sujet. Elles proposent qu'ils créent un environnement accueillant dans leur cabinet, par leur attitude bienveillante, un langage inclusif non hétéronormé ou encore par l'affichage de signes visibles LGBT-friendly. Elles souhaitent que le MG pose la question lorsque le sujet est médicalement nécessaire (essentiellement motif gynécologique, psychologique, contraception, santé sexuelle) ou en cas de suivi global. La question peut être intégrée à un questionnaire systématique posé pendant l'anamnèse ou lorsque le mode de vie de la patiente est abordé.

Les FSF attendent de leur MG un respect de leur OS, une absence de jugement, une capacité d'écoute, de soutien et des connaissances en santé sexuelle des minorités sexuelles.

L'accès à une information sur la prévention des IST chez les FSF semble difficile et les FSF déplorent le manque de connaissance de leurs MG. Les moyens de protection actuellement disponibles sont très peu utilisés par les FSF.

Conclusion : Les FSF attendent de leurs MG l'utilisation d'un langage inclusif, une attitude ouverte et l'absence d'hétéronormativité pour faciliter la divulgation de leur OS. Elles attendent qu'ils abordent davantage l'OS. Il apparaît nécessaire de renforcer la formation théorique des MG sur la santé sexuelle des FSF.

Mots clés : *médecine générale, orientation sexuelle, divulgation, FSF*

ABSTRACT

Facilitating the way sexual orientation is addressed for women who have sex with women in general practice consultations : a qualitative study on the patients' viewpoint in mainland France.

Context : The awareness of people's specificities, and in particular of their sexual orientation (SO) is mandatory for an individual and equal healthcare treatment. Women who have sex with women (WSW) represent a vulnerable demographic on medical, psychological and social aspects that any practitioner will be confronted within the course of their career. Thus, it appears necessary to be aware of their SO in order to provide them with specific healthcare. Major differences exist between the ways patients and practitioners view addressing the topic of SO during a consultation : general practitioners (GPs) rarely ever ask female patients about their sexual orientation, while WSW would want to see the topic covered more often.

Objective : The main objective of this research was to describe the expectations WSW have when it comes to the way the topic of their SO is addressed in general practice consultations. The secondary purpose of this research was to develop advice destined to GPs.

Methodology : A qualitative study was led amongst WSW living in mainland France, by the way of semi-directive interviews, both individual and collective, taking place in 2021.

The data analysis was carried out following a thematic methodology with double coding, using the software NVivo 12.

Results : 19 WSW were interviewed. It appeared that most of the interviewed subjects deem important that their GP be aware about their SO, and also prefer that the subject be brought about by the GPs. The subjects would like for GPs to create a welcoming climate in their practice, and that they themselves engage in accepting behaviours, i.e. by using inclusive, non-heteronormative terms or by displaying visible LGBT-friendly elements. The subjects wish for their GP to address the topic of SO when it is of medical importance (regarding birth control and/or gynaecological, psychological or sexual health) or when the GP handles the patient's regular medical monitoring.

The question could be included in a systematic survey during the anamnesis, or whenever the patient's lifestyle comes into question. The WSW want their GP to show respect for their SO, as well as a lack of judgement, an ability to listen to and support their patients and knowledge about the sexual health of sexual minorities.

The access to information on the prevention of Sexually Transmitted Diseases (STDs) between WSW is difficult, and the subjects regret the lack of knowledge of their GP when it comes to these topics. WSW use very few of the currently available means of protection.

Conclusion : WSW expect from their GPs use of an inclusive language, an open-minded perspective and a lack of heteronormative attitudes to ease them into disclosing their SO. They also expect SO to be addressed more frequently in consultation. Further reinforcement of the theoretical training GPs are provided with when it comes to the sexual health of WLW appears necessary.

Keywords : *general practice, sexual orientation, disclosure, WSW*

INTRODUCTION

Les médecins généralistes (MG) sont les acteurs privilégiés des soins primaires. Ils ont le rôle complexe d'être les premiers interlocuteurs des patients, qui se présentent à eux dans leur individualité, avec une grande diversité de motifs et de symptômes. Ils ont également un devoir d'accueil, de respect et de soins pour toute personne, conformément au Serment d'Hippocrate : « *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.* ».

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé sexuelle, dont l'orientation sexuelle (OS) est un déterminant, fait donc partie intégrante de la santé des individus.

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) font partie des minorités sexuelles. Les minorités sexuelles sont regroupées sous le sigle LGBTQ+ rassemblant différentes expressions d'identité de genre (IG) et d'OS. Par le terme FSF, nous incluons toutes les femmes, qui ont ou qui ont eu une relation amoureuse ou sexuelle avec une femme.

Les FSF sont une population vulnérable sur le plan médico-psycho-social. Il est connu que les personnes homo-bisexuelles présentent un risque suicidaire augmenté. Les discriminations qu'elles vivent et l'isolement dans un groupe minoritaire, engendrant une perte de confiance en soi, peuvent expliquer ce sursis (1). Les FSF présentent un risque plus élevé d'IST, ainsi qu'une moindre réalisation des dépistages (2). Les FSF consomment davantage d'alcool et de tabac. Elles présentent plus de facteurs de risque de développer des cancers de l'endomètre et

de l'ovaire, par un moindre usage de contraception hormonale, et un nombre moins élevé de grossesses. Elles réalisent moins de dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus, et moins d'exams gynécologiques, pouvant aboutir à un diagnostic plus tardif (3).

Les droits des personnes homosexuelles en France ont évolué ces quarante dernières années. L'homosexualité est décriminalisée en 1982 (4). En 1999 est créé le PACS, ouvert aux personnes de même sexe et de sexe opposé (5). Une loi de 2004 pénalise les discriminations, propos injurieux et diffamatoires publics à l'égard des personnes homosexuelles (6). En 2005, un décret élargit la pénalisation aux discriminations, propos injurieux et diffamatoires privés (7). Le mariage des couples du même sexe est autorisé par une loi de 2013. Elle permet l'adoption conjointe des couples homosexuels, et l'adoption par un membre du couple de l'enfant de son conjoint de même sexe (8). La loi relative à la bioéthique, promulguée le 02 août 2021, ouvre la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules (9).

La connaissance des spécificités des personnes, notamment de leur OS, est nécessaire à une prise en charge égalitaire et individuelle. Comme le définit cet article québécois (10) : « *Des [participants] partagent la croyance qu'un traitement semblable à l'endroit de toutes les catégories d'usagers et d'usagères signifie l'absence de discrimination, ce qui ne tient pas compte de leurs statuts sociaux inégaux. Au contraire, traiter pareillement des personnes de statuts sociaux différents équivaut à pratiquer de la discrimination.* ».

D'après une étude réalisée par l'IFOP (11) en 2019 auprès de la population française majeure, 17,3% des français déclarent une attirance pour une personne du même sexe ; 3,2% se définissent comme homosexuels. Tout médecin sera amené, au cours de sa carrière, à prendre en charge des FSF. Afin de leur offrir des soins de santé spécifiques, il apparaît donc nécessaire de connaître leur OS.

Il existe des différences majeures entre les représentations des médecins et des patients concernant l'abord de leur OS en consultation : plusieurs études ont relevé des freins empêchant les médecins de poser la question, par exemple la peur de choquer, de s'immiscer (12) alors que les patients interrogés seraient plutôt enclins à aborder le sujet, et à y répondre, mais attendent de leur médecin qu'il pose la question (13). Nous souhaitons donc interroger des FSF, en 2021, pour recueillir leurs vécus et leurs attentes concernant l'abord de leur OS en consultation de médecine générale.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les attentes des FSF sur la façon d'aborder leur OS en consultation de médecine générale.

L'objectif secondaire est de faire émerger des conseils à destination des MG pour aborder l'OS des patientes en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels et collectifs semi-dirigés, auprès de femmes vivant en France métropolitaine.

Une déclaration à la CNIL a été déposée le 21 janvier 2021.

2. Méthode de recrutement

Le recrutement a été réalisé dans un but de variation maximale. Pour cela, nous avons réalisé un échantillonnage raisonné. Nous avons contacté des associations locales regroupant des personnes LGBTQ+, qui ont relayé notre annonce sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram) (**ANNEXE 1 - Annonces pour le recrutement des participantes**). Les participantes nous ont contactées après avoir lu ces annonces. Des annonces ont également été déposées dans des commerces et des salles d'attente médicales, avec la même stratégie de recrutement. Nous n'avons pas eu de réponses de participantes à ce type d'annonce. La méthode boule de neige a également été utilisée auprès des premières participantes.

La première prise de contact a été réalisée par téléphone ou par mail, pour recueillir l'accord des participantes et déterminer la date et l'heure de l'entretien. Au cours de ce premier contact, nous avons réalisé une présentation de l'étude aux participantes en donnant une information sur le recueil de données personnelles sensibles.

Les caractéristiques de chaque participante étaient recueillies (âge, catégorie socioprofessionnelle) afin de réaliser un échantillonnage ciblé en sélectionnant des patientes pour leurs caractéristiques extrêmes.

Si la participante était retenue, nous lui transmettions par mail ou téléphone (selon la préférence de la participante) une « fiche d'information aux participantes » et un « formulaire de non-

opposition ». Les participantes nous ont ensuite fait parvenir par mail le formulaire de non-opposition signé.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient : toute personne de plus de 18 ans se reconnaissant dans l'appellation "femme qui a ou qui a eu une relation amoureuse ou sexuelle avec une femme".

Initialement, notre recrutement était limité à la Région Rhône-Alpes pour la faisabilité des entretiens en présentiel. Au vu du contexte sanitaire (deuxième et troisième vague de Covid-19 avec restrictions de mobilité), nos entretiens ont été réalisés en visioconférence, ce qui a permis d'élargir le recrutement aux participantes vivant en France métropolitaine.

Les critères d'exclusion étaient : personne mineure, absence de consentement à la participation à l'étude ou à l'enregistrement audio des entretiens, lieu d'habitation en dehors de la France métropolitaine.

4. Recueil des données

Les deux doctorantes ont participé à la réalisation d'entretiens individuels et collectifs avec les participantes. Ces entretiens étaient semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien validé par le DMG de Grenoble, qui a été évolutif au cours des entretiens afin d'être plus pertinent. Le guide d'entretien a été testé avec une FSF volontaire au préalable de l'étude. (**ANNEXE 2 - Guide d'entretien évolutif**).

Au début des entretiens, étaient rappelés aux participantes leur libre participation, le caractère anonyme de l'étude, la nécessité d'un enregistrement audio. Nous avons également pu fournir des réponses à d'éventuelles questions des participantes, avant de débiter l'entretien.

Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone après accord écrit des participantes. Après chaque entretien, les enregistrements ont été intégralement retranscrits manuellement sur fichier texte et les fichiers audios ont été détruits une fois la transcription terminée.

Les entretiens ont été arrêtés après vérification de la saturation des données par réalisation de 2 entretiens supplémentaires n'apportant pas de nouvelle information.

5. Analyse des données

L'analyse des données a été un processus évolutif, qui a débuté après le premier entretien. Elle a été réalisée au fur et à mesure du recueil des données, pour permettre de vérifier la suffisance des données et d'adapter le guide d'entretien.

Une méthode d'analyse thématique des données a été choisie.

Un double codage a été réalisé sur l'ensemble des verbatims. Un premier codage des données a été fait indépendamment par les deux doctorantes, puis ces codages ont été comparés et mis en commun.

Le logiciel NVivo 12 a été utilisé pour l'analyse thématique des données. (**ANNEXE 3 - Grille de codage**).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participantes

19 FSF, de 21 à 57 ans ont participé à l'étude : 15 se définissaient comme lesbiennes, 4 ne se définissaient pas et 1 se définissait comme pansexuelle. 7 FSF étaient militantes dans des associations luttant pour les droits des personnes LGBTQ+. Elles étaient issues de catégories socio-professionnelles diverses.

15 participantes étaient en couple, 1 en relation libre. 3 FSF avaient des enfants : F15 par PMA à l'étranger, F14 et F13 d'une précédente union hétérosexuelle, F6 était en cours de PMA. 8 FSF rapportaient avoir entretenu des relations avec des hommes par le passé, 3 par pression sociale ou familiale, 1 librement. 14 participantes avaient un suivi gynécologique régulier, 5 participantes ne réalisaient pas de suivi gynécologique régulier.

Tableau 1 - Caractéristiques des participantes

Partici-pantes	Âge	Orientation sexuelle	Militante LGBTQ+	Catégorie socioprofessionnelle	Situation amoureuse	Enfant	Durée entretien
P1	30	Lesbienne	NON	Salariée	En couple	NON	22'
P2	31	Lesbienne	NON	Secrétaire	En couple	NON	20'
P3	24	Lesbienne	OUI	Etudiante	En couple	NON	54'
P4	29	Lesbienne	NON	Salariée	Célibataire	NON	20'
P5	22	Lesbienne	NON	Etudiante	En couple	NON	45'
P6	34	Lesbienne	NON	Indépendante	En couple	En PMA	45'
P7	30	Lesbienne	NON	Conductrice engins	En relation libre	NON	48'
P8	21	Pansexuelle	NON	Etudiante	En couple	NON	50'
P9	33	Lesbienne	OUI	Salariée	En couple	NON	40'
P10	53	Ne se définit pas	NON	Médecin	En couple	NON	38'
P11	57	Ne se définit pas	NON	Enseignante	En couple	NON	38'
P12	22	Lesbienne	OUI	Etudiante	Célibataire	NON	50'
P13	52	Ne se définit pas	NON	Enseignante	En couple	OUI	24'
P14	46	Ne se définit pas	NON	Infirmière	En couple	OUI	20'
P15	42	Lesbienne	OUI	Cadre	En couple	OUI	46'
P16 (FG)	31	Lesbienne	OUI	Salariée	En couple	NON	110'
P17 (FG)	26	Lesbienne	OUI	salariée	Célibataire	NON	110'
P18 (FG)	30	Lesbienne	OUI	Ingénieur	En couple	NON	110'
P19 (FG)	28	Lesbienne	OUI	Salariée	En couple	NON	110'

2. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés de janvier à mai 2021. Nous avons réalisé 15 entretiens individuels et 1 entretien de groupe avec quatre participantes. Nous n'avons pas réalisé d'autre entretien de groupe, par difficulté de recrutement.

Les entretiens individuels ont duré 37 minutes en moyenne (de 20 à 54 minutes).

Le choix était laissé aux participantes quant au vouvoiement ou au tutoiement réciproque. 18 participantes ont choisi le tutoiement. F13 a choisi le vouvoiement.

1 entretien a été réalisé en présentiel et 15 en visio-conférence, en utilisant les applications Whatsapp ou Zoom, au vu du contexte sanitaire à cette période (Covid-19).

3. Thématiques mises en évidence

3.1. L'environnement favorisant la divulgation

3.1.1. Difficultés des FSF à divulguer leur OS

La divulgation de leur OS par les FSF en consultation est difficile : « *C'est dur à dire, on ne sait jamais comment aborder le sujet.* » (F7). Il en résulte que certaines FSF n'ont pas divulgué leur OS à leur MG : 5 FSF car leur MG ne leur a pas posé la question : « *elle n'a posé aucune question, et effectivement, forcément ça se voyait pas sur mon visage, donc je lui en ai pas parlé.* » (F14), 10 FSF par peur de la réaction du MG, 4 FSF ne jugeaient pas la divulgation médicalement nécessaire.

Les FSF ont des réticences à divulguer leur OS à leur MG, par peur de leurs réactions.

La plupart des FSF décrivent la peur d'une réaction homophobe ou d'un jugement de la part du médecin : « *et si il me regarde en se disant : "ah tiens, en v'là encore une !"* » (F17).

F11 a peur de gêner son MG : « *Parce que ça peut créer un malaise, je ne sais pas, d'avoir une vieille lesbienne en face de soi (rire). Et je n'ai pas envie d'imposer ça.* » (F11).

F6 exprime la peur de subir une discrimination dans les soins reçus si elle divulgue son OS : « *est-ce que ça va changer sa façon de s'occuper de moi ?* » (F6).

Ces appréhensions sont majorées par le contexte sociétal. Pour F3 : « *Quand on voit que les thérapies de conversion ne sont pas encore interdites en France [...] Donc il y a encore des médecins qui préconisent ça. C'est une part infime des médecins, mais il y a un risque de tomber sur ce médecin-là.* » (F3). Des expériences antérieures négatives majorent ces appréhensions : « *Quand on a vécu des trucs un peu négatifs, ne serait-ce que dans sa famille, ou ailleurs [...] on a un peu peur des réactions de l'autre.* » (F15).

Ces peurs entraînent une stratégie de choix par les FSF des MG qu'elles consultent, par le biais de réseaux de médecins LGBT-friendly. F18 déplore le peu de professionnels répertoriés : « *ça existe, mais effectivement, comme dit Laura, le fait de voir que la liste est tellement minime, notamment pour les gynécos, en fait ça fait peur.* » (F18). Le bouche-à-oreille entre membres de la communauté LGBTQ+ est également utilisé : « *pour moi le gynéco, c'est que des copines qui sont lesbiennes et qui m'ont dit "lui il est ok sur le sujet".* » (F17).

Certaines FSF choisissent des médecins pour leur appartenance LGBTQ+ : « *une copine [...] m'a dit : "moi je vais voir cette gynéco, en plus elle est homo si tu veux".* » (F11). F16 ajoute : « *j'ai [...] choisi des médecins parce que j'avais parié qu'ils étaient homos [...] je me dis ok il y aura moins de jugement.* » (F16).

3.1.2. L'attitude bienveillante du médecin

Il existe une certaine posture que peut prendre le MG afin de montrer à la FSF son ouverture d'esprit, et ainsi gagner sa confiance : « *nous ce qu'on attend c'est de l'ouverture d'esprit, de la tolérance etc* » (F16).

11 FSF évoquent une relation de confiance nécessaire à la divulgation de leur OS : « *une relation de confiance qui est indispensable dans cette relation patient-médecin, elle est indispensable, elle ne s'achète pas, et elle se construit au fur et à mesure du temps.* » (F10) ; « *je me suis aussi sentie à l'aise parce qu'il y avait ce climat de confiance générale* » (F18).

L'écoute par le MG et le temps qu'il consacre à la consultation sont également importants pour la divulgation : « *pour que cette parole de l'autre vienne, à mon avis, dans un entretien médical, le seul truc important c'est l'écoute, et l'écoute c'est le temps.* » (F10). F18 ajoute : « *Des fois il y a des généralistes, on sent bien qu'ils sont entre deux rendez-vous, ils sont à la bourre. [...] Du coup c'est pas forcément avec 10 minutes à l'arrache... évidemment il faut prendre un peu de temps.* »

Une expression non verbale neutre est appréciée. L'inverse, pouvant être interprété comme une absence de tolérance, d'après F11 : « *elle ne m'a jamais rien dit [...] c'était juste parce qu'elle avait un look un peu rigide [...] ouais je sais pas je me suis dit : "non, là je pense qu'elle va pas pouvoir me comprendre elle".* » (F11).

3.1.3. Un abord inclusif de la sexualité

F8 et F9 proposent que les MG puissent présenter à leurs patients le fonctionnement de leur cabinet, en exprimant leur ouverture d'esprit, leur neutralité de jugement, et la possibilité pour le patient de se confier : « *idéalement, si il arrivait dans la discussion, où il s'introduit, à parler du fait qu'il a toute sorte de clients, de tous les horizons, de tous les milieux, de tous les genres [...] Je pense qu'il faudrait qu'il fasse une petite présentation un peu comme ça, là c'est sûr qu'après on n'hésite plus à lui dire quoi.* » (F9).

Il est important de rappeler et d'expliquer l'existence du secret professionnel, car certaines FSF craignent que leur OS soit dévoilée à leurs proches : « *Le généraliste c'est le médecin de*

famille, donc j'aurais rien dit ; par crainte que mes parents l'apprennent, par un biais détourné. » (F16). Il est possible également de demander à des parents de quitter la consultation afin de recevoir une jeune seule : « si c'est une première visite, pour une jeune ado, qui est peut-être encore avec ses parents, je suis pas sûre que ce soit top et qu'elle soit à l'aise. Ça pourrait être très déstabilisant pour elle. » (F4).

Une autre façon de montrer son ouverture d'esprit est d'afficher des signes LGBT-friendly dans le cabinet médical, comme le proposent 7 FSF : « une communication dans les salles d'attente. Peut-être mettre des prospectus sur la sexualité, sur découvrir son homosexualité [...] mettre un petit sticker derrière l'écran d'ordinateur : "je suis médecin friendly, ouvert d'esprit." » (F3) ; « si elle a une tasse sur son bureau avec le drapeau gay » (F9).

Aborder les sujets de santé sexuelle permet aux FSF d'être plus à l'aise pour divulguer leur OS : « Le fait d'en parler, tu peux te dire ok mon médecin n'est pas fermé. » (F3).

Les FSF suggèrent de ne pas préjuger de l'hétérosexualité ni de relations uniques des patientes, en utilisant un langage inclusif : « j'ai apprécié le fait que ça soit, que quand elle pose la question de avec qui j'avais des relations sexuelles, elle mentionne les femmes, d'une manière fluide et normale. » (F8). F5 ajoute : « les médecins demandent toujours si on a UN partenaire régulier, mais [...] on peut avoir changé de partenaire assez récemment, ou avoir plusieurs partenaires. Et c'est un peu gênant quand on nous demande est-ce que vous avez UN partenaire régulier de dire "ah bah je vois trois personnes en ce moment". » (F5).

F8 pense que ces questions inclusives sont plus respectueuses : « Je pense que les prises en charge du coup seraient vachement plus fluides, et respectueuses, et pas déshumanisantes et pas stigmatisantes. » (F8).

3.2. Le moment de la divulgation

3.2.1. L'abord de l'OS dans la consultation : le rôle du MG

La majorité des FSF souhaiterait que ce soit leur MG qui aborde le sujet de l'OS : « *mais un généraliste ça me semble important qu'il ait cette info, et qu'il la demande franchement ce serait le mieux, c'est ce qui me mettrait le plus à l'aise.* » (F6). Cela éviterait les difficultés que présentent les FSF lors des coming-out : « *si jamais d'eux-mêmes ils abordaient un peu ce sujet, pour éviter que le patient de lui-même ait à faire une sorte de coming-out à chaque fois qu'on va chez un médecin différent [...] ça ce serait pas mal quoi.* » (F9).

3.2.2. Quand poser la question de l'OS au cours d'une consultation ?

Selon les FSF, il existe des moments où il semble opportun d'aborder la question de l'OS :

- lors du recueil des antécédents, pendant la première consultation : « *ça pourrait être abordé, comme on pose les questions sur les antécédents* » (F14),
- en questionnant le mode de vie : « *simplement l'ouverture de savoir si on a un partenaire ou est-ce qu'on en a pas ça amène aussi vers d'autres questions, d'autres suivis derrière. Je pense que c'est une bonne manière d'ouvrir le sujet.* » (F17),
- en abordant le suivi gynécologique et la contraception : « *la solution de parler de la contraception et d'enchaîner sur ce sujet, je trouve que c'est facile pour les médecins qui sont moins à l'aise.* » (F1),
- en abordant la santé sexuelle : « *ou de choses qui ont rapport au sexe* » (F8),
- lors d'une consultation pour des difficultés psychologiques : « *d'en parler ou d'essayer de comprendre les jeunes dans leur identité. Quand ils ne sont pas bien, essayer de leur dire si c'est en rapport avec leur sexualité, ou pas du tout ?* » (F3),
- lors d'une consultation pour un bilan global : « *si c'est un bilan de où j'en suis dans ma santé* » (F8).

Une majorité affirme l'absence d'intérêt pour une consultation ponctuelle sans lien avec la sexualité, par exemple une virose respiratoire : « *Si [...] j'ai la grippe ou une rhino, je vais pas lui parler de ça. Y a aucune raison pour que je lui parle de ça.* » (F8).

Une majorité des FSF pense qu'il y a un intérêt à divulguer leur OS au MG de façon générale, pour respecter leur intégrité : « *je me dis, faut qu'il connaisse la personne en entier* » (F9), et pour que la prise en charge médicale soit globale : « *C'est aussi pertinent que d'autres questions sur le mode de vie du patient, je pense, et ça ne devrait pas être tabou. C'est une partie intégrante de la santé sexuelle.* » (F5).

3.2.3. Comment aborder la question de l'OS ?

Les FSF souhaitent que le MG aborde le sujet de manière indirecte et progressive au fil d'une conversation : « *Je trouve ça bien la manière dont ça s'est passé avec ce médecin ; c'est-à-dire que c'est pas une question directe sur l'orientation sexuelle, ça vient dans la conversation comme ça* » (F11). Une question directe peut être perçue comme agressive et intrusive : « *pas poser soi-même la question de "c'est quoi ton orientation sexuelle" à son patient ou à sa patiente. Je trouve pas ça pertinent. Et intrusif.* » (F8).

Les FSF proposent les formulations suivantes :

- « *c'est facile de dire à une femme jeune "est-ce que vous avez une contraception?". Et donc c'est facile de dire "non", pourquoi ? "parce que je suis lesbienne"* » (F1),
- « *"Est-ce que vous avez un, une, ou des partenaires sexuels en ce moment ?"* » (F5),
- « *"est-ce que vous avez une sexualité active?", "non" : bon à la limite, le sujet est clos, en tout cas pour cette consultation ; mais "oui", ok bah "est-ce que vous voulez m'en dire plus sur votre ou vos partenaires ?"* » (F16).

F6 ajoute qu'il faut prêter attention aux termes choisis : « *il y en a qui trouvent que lesbienne c'est une insulte [...] on ne sait pas forcément comment les personnes interprètent les choses, donc je pense qu'il faut utiliser des termes les plus neutres possibles.* » (F6).

Certaines FSF soulignent l'importance de laisser la possibilité au patient de ne pas répondre à ces questions : « *trouver une formulation qui permette à l'ensemble des patients de pouvoir répondre ou pas, et de sentir que c'est possible de dire "non je n'ai pas spécialement envie de détailler"* » (F16). 5 FSF insistent sur la nécessité de réitérer la question de l'OS, notamment car elle peut évoluer au cours de la vie : « *Peut-être qu'il pose la question à plusieurs reprises. Je pense que c'est des choses que je n'aurais pas dit la première fois, mais peut-être la deuxième, peut-être la troisième.* » (F1).

3.2.4. Avis des FSF sur un questionnaire systématique intégrant l'OS

Nous avons recueilli l'avis des FSF concernant l'intégration de la question de l'OS dans un questionnaire systématique de santé, complété lors du premier rendez-vous avec un MG.

5 FSF ne sont pas favorables à l'ajout de la question de l'OS à ce questionnaire de santé. Certaines ont peur du jugement du MG, ou trouvent la question intrusive : « *Je trouve ça intime et personnel.* » (F8). Pour d'autres, l'OS n'est pas une information médicale : « *poser directement la question, c'est un peu comme si c'était aussi important que les antécédents médicaux. Alors que je trouve que non, ça n'a rien à voir.* » (F3), et « *poser la question ça voudrait dire qu'on ne peut pas évoluer dans le temps* » (F3).

14 FSF y sont favorables. Pour F13 : « *Dans la mesure où c'est un nouveau médecin qui doit un petit peu connaître ses patients pour pouvoir se mettre au mieux à leur service, je serais pas plus choquée que ça, pas plus qu'il me demande si je fume.* » (F13).

Pour d'autres, le questionnaire systématique permet de normaliser la question de l'OS, intégrée au milieu d'autres : « *Et puis cette question-là, au milieu des antécédents, elle ne viendrait pas du tout comme un cheveu sur la soupe. Mais au contraire, elle ferait partie de tout ce qu'il y a à savoir : vous faites du sport, vous fumez, vous êtes allergique...* » (F16).

F4 et F7 seraient étonnées de la question, mais y répondraient volontiers : « *si la consultation n'avait pas de lien avec mon orientation sexuelle, je pense que je trouverais ça un peu bizarre qu'on me pose la question au début ; mais je me dirais aussi que c'est agréable qu'on s'intéresse à moi.* » (F7).

3.3. Et après ? Accompagnement des FSF par les MG

3.3.1. Réactions des MG, comment recevoir l'information ?

Après leur divulgation, les FSF rapportent des réactions variées, majoritairement adaptées, mais parfois inappropriées de la part des professionnels de santé.

3 FSF décrivent une discréditation de leur OS : « *Il dit : "ah oui, mais moi aussi à cet âge-là j'avais des doutes. [...] oui, t'es jeune, ça va changer, c'est qu'une passade"* » (F12) ; F15 ajoute : « *il m'a sorti un truc un peu convenu [...] "comment vous pouvez savoir que vous n'aimez pas les hommes, si vous n'avez pas essayé ? Vous ne voulez pas essayer ?"* » (F15).

F7 raconte une réaction de provocation de la part de la psychologue à qui elle a divulgué son OS : « *Et je crois qu'elle m'avait juste dit "et moi je t'attire par exemple ?"* » (F7).

F12 s'est vue poser des questions inappropriées en lien avec son OS : « *C'est ça, il n'a pas été intrusif sur les questions sexuelles, mais plutôt sur comment je me plaçais avec les filles, qu'est ce qui me plaisait chez elles. [...] c'était vraiment le malaise, complètement.* » (F12). F5 raconte également : « *J'ai eu une fois une remarque d'une médecin qui a sous-entendu que c'était lié à un trauma.* » (F5).

10 FSF rapportent une réaction adaptée et bienveillante : « *elle m'a demandé comment je le vivais et tout ça, parce que c'était assez nouveau. [...] enfin c'était naturel quoi.* » (F5).

L'absence de jugement et de gêne du MG est appréciée lors de la divulgation : « *ce qui m'a mise en confiance avec ma médecin c'est que ça s'est vu totalement dans sa réaction qu'elle était parfaitement à l'aise avec ce sujet.* » (F1).

Lors de la divulgation, les FSF souhaiteraient que leur MG s'intéresse à leur OS et à leurs éventuelles interrogations : « *Ce que j'aurais aimé par exemple, c'est qu'elle me dise : "est-ce que vous vivez bien votre homosexualité ? Est-ce que ça se passe bien avec votre entourage ? Est-ce que vous subissez des discriminations ?"* » (F3), et qu'ils parlent de santé sexuelle : « *je trouve ça bien qu'elle m'ait posé des questions sur mes relations sexuelles [...] alors qu'on ne me les avait jamais posées avant* » (F1).

3.3.2. Attentes des FSF envers leur MG

Les participantes ont évoqué certaines attentes qu'elles avaient envers leur MG :

- la reconnaissance de la légitimité de leur homosexualité : « *je me suis dit "bah voilà, on a quelqu'un en face qui nous reconnaît en tant qu'entité, de couple" [...] c'est vraiment une sensation que j'ai eue.* » (F14),
- capacité d'adaptation de leur prise en charge à l'OS des patientes, sans discrimination liée à leur OS : « *Justement, je voudrais pas qu'elle soit différente, qu'elle soit claire, nette et précise, que je sois prise en compte, et pas que ce soit différent, mais que l'orientation de la personne soit prise en compte* » (F12),
- capacité d'orienter les FSF vers d'autres professionnels de santé ou associations, s'il n'a pas de compétence en santé sexuelle LGBTQ+ : « *ça peut être ça aussi ; à minima de l'écoute, de l'empathie, et quand on estime qu'on n'est pas compétent ou que c'est hors du champ, d'avoir un réseau de confrères à recommander quoi* » (F16),

- faire de la consultation un lieu sûr : « *En gros montrer que, que c'est une safe place* » (F8) ; « *on devrait pouvoir aller voir un médecin sans flipper* » (F16),
- capacité d'écoute et de soutien psychologique : « *que le médecin puisse aborder le sujet, je pense que ça peut faire du bien, ça permettrait d'avoir un lieu où elle puisse en parler.* » (F7),
- capacité à parler davantage des risques et prévention en santé sexuelle : « *en matière de prévention faire savoir qu'il y a des risques, et qu'il y a aussi des moyens pour lutter contre ces risques ; mais que ces moyens, quand on est une femme lesbienne, sont vraiment insatisfaisants.* » (F16).

3.4. Santé sexuelle des FSF

3.4.1. Prévention des IST chez les FSF : accès à l'information

Toutes les participantes déplorent un manque d'informations concernant la transmission des IST chez les FSF : « *à partir du moment où je suis passée à être avec des femmes, et ben... zéro information. En mode : ok... mais du coup je risque de le transmettre ? En fonction des pratiques, je peux le refiler à quelqu'un ?* » (F19). Les informations dont elle dispose sont souvent incomplètes et peu précises : « *même dans les informations sur les modes de protection entre femmes, c'est pas vraiment expliqué dans les détails. C'est juste "protégez-vous au maximum", mais on ne sait pas trop de quoi on se protège et comment ! [...] c'est l'information la plus dure à trouver : quel rapport engendre quel risque.* » (F5).

Peu de FSF questionnent leur MG, souvent par peur : « *Et moi je n'ai pas osé demander... parce que je ne me suis pas sentie à l'aise de dire : "et au fait, est-ce qu'en me faisant pénétrer par autre chose qu'un pénis, il peut m'arriver des choses ?"* ; *c'est super dur à dire, et c'est le genre de phrases qui sont hyper difficiles à prononcer* » (F17).

Elles cherchent et trouvent des informations sur la transmission et la prévention des IST via différents réseaux : d'autres FSF de leur entourage, les réseaux sociaux, le réseau LGBTQ+, les pharmacies, internet, les études supérieures, ou encore les documentations officielles : « Par exemple *“Tomber la culotte” pour les lesbiennes, fait par l'ENIPSE* » (F3).

3.4.2. Problématique des moyens de protection : insuffisants ?

Quelques FSF ont longtemps pensé qu'elles ne s'exposaient pas à un risque d'IST : « *Mais ma femme s'est posée la question, et à ce moment-là ça m'a interrogée. Je me suis dit : “ah du coup il y a un risque”. J'en n'avais pas conscience du tout.* » (F6).

D'autres ont conscience de ce risque, mais la plupart des FSF n'utilise pas de moyen de protection : « *j'ai appris qu'il y avait des digues dentaires, je savais même pas que ça existait, j'en ai jamais vu une de ma vie d'ailleurs* » (F19) ; « *On sait toutes que ça existe [la digue dentaire], mais comme un mythe un peu lointain, mais personne n'a jamais vu en action quoi.* » (F9).

Elles n'utilisent pas de moyens de protection, pour plusieurs raisons : le coût financier, la difficulté de s'en procurer : « *on parlait de protections dont j'avais jamais entendu le nom, j'ai essayé d'en acheter... PERSONNE (avec insistance) ne savait ce que c'était (rires), euh, même sur internet on n'en trouve pas, le flou total.* » (F9), et surtout les difficultés d'usage. Elles les jugent inadaptées aux pratiques sexuelles féminines : « *les possibilités, elles sont quand même vachement limitées ! Ce qu'on nous vend c'est une digue dentaire ! Déjà ça s'appelle une digue dentaire, c'est un morceau de plastique comme ça d'épais (montre quelques centimètres avec ses doigts), je veux dire... enfin... c'est pas pratique du tout, il faut le tenir, en fait, ça a été étudié pour les dentistes ; ça n'a pas été étudié pour nous, comme une capote aurait pu être étudiée pour un pénis.* » (F18).

F12 s'est résignée à ne pas se protéger et à faire des dépistages réguliers : « *je suis obligée de prendre ce risque, pour avoir une vie sexuelle. [...] « j'ai rendez-vous pour une prise de sang tous les 3 mois. »* ».

3.4.3. Méconnaissance des MG sur la santé homosexuelle

Certains MG semblaient désemparés après la divulgation, d'après 3 FSF : « *je pense que vraiment c'était la première fois qu'il avait une patiente femme homosexuelle [...] il ne savait pas trop quoi me répondre.* » (F5).

Les FSF évoquent un manque de connaissances des MG concernant la transmission des IST chez les FSF : « *J'ai demandé à ma médecin comment je pouvais attraper une MST, elle n'a pas su me répondre.* » (F3), ainsi qu'une méconnaissance majeure des MG sur la sexualité des FSF : « *j'ai vraiment senti qu'elle n'y connaissait rien du tout ! Mais vraiment elle était perdue* » (F12). 3 FSF ont reçu de leur MG des informations fausses ou contradictoires sur la transmission des IST chez les FSF.

3 FSF se sont vues déconseiller le suivi gynécologique recommandé aux femmes en population générale : « *Elle m'a dit "pour moi une lesbienne ça a moins besoin de faire des frottis, on peut démarrer plus tard, on peut les espacer d'avantage, mais faut quand même les faire de temps en temps".* » (F6). Une gynécologue ne comprenait pas l'intérêt d'un suivi gynécologique pour F18 : « *et je dis : "bah en fait, c'est une femme" ; et elle m'a dit : "bah pourquoi vous venez là alors?"* ».

Plusieurs FSF évoquent les préjugés des médecins sur la virginité des FSF : « *et pas que ce soit à moi d'apprendre à une gynécologue que oui, je ne suis pas vierge, mais oui, j'ai des rapports sexuels avec des femmes* » (F12). La compagne de F6 s'est vue refuser un examen gynécologique car le gynécologue la supposait vierge : « *la première fois qu'elle est allée chez un gynéco, il n'a pas voulu l'examiner [...] si elle était vierge, puisqu'elle n'avait jamais*

couché avec un homme, il fallait qu'elle le reste. C'était pas lui qui allait faire quelque chose. Et ça c'est pas normal. » (F6). F17 ne réalise pas de suivi gynécologique par peur d'être confrontée à ces préjugés : « moi je suis toujours pas allée voir de gynéco, de peur de recevoir ces questions-là, qui induisent que parce qu'on a des relations sexuelles avec des femmes, il n'y a par exemple jamais de pénétration. ».

Les FSF pensent que ce manque de connaissances est lié à un défaut dans la formation médicale : « s'il y a tant de médecins qui considèrent qu'entre femmes on n'a pas de sexualité, qu'on risque rien, il y a probablement un petit souci dans la formation » (F16), et souhaitent que davantage de cours de santé sexuelle LGBTQ+ soient dispensés dans la formation médicale : « dans leur formation je pense qu'il faudrait y avoir beaucoup plus de choses dessus, et l'éducation à la lesbophobie, à la biphobie, et à la transphobie aussi » (F8).

3.4.4. La réalité de la PMA en France

F6 et F18 nous confient l'existence de PMA clandestines et de "PMA maison" en France : « Il y a quelques gynécos qui travaillent en partenariat avec des banques de sperme dans d'autres pays ; qui font des trucs clandestinement. » (F6) ; « Et j'ai aussi notamment pas mal de copines en couple qui commencent à faire des "PMA maison" ! » (F18). Il est important que les MG connaissent l'existence de ces PMA, pour pouvoir accompagner leurs patientes : « j'imagine qu'en tant que médecins généralistes, je pense que c'est important que vous soyez au courant que ça existe, et qu'il y en a de plus en plus qui sont faites. [...] Donc être conscientes que si vous avez des couples de lesbiennes dans vos patientes, ça peut arriver, et peut-être que... essayer peut-être de les accompagner dans ce truc là. » (F18).

Il existe un certain nombre de facteurs modifiables par le MG pour faciliter l'abord de l'OS des FSF en consultation. Nous les avons regroupés et synthétisés dans un document en annexe.

(ANNEXE 4 - Conseils aux médecins généralistes)

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses du travail

1.1. Forces de l'étude

1.1.1. Méthodologie adaptée à la question de recherche

Le choix d'une étude qualitative s'est fait par la volonté de faire émerger des idées nouvelles à partir des expériences personnelles et diverses des participantes, afin de mieux comprendre leurs attentes. Cette étude n'a pas de valeur représentative d'une population.

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés a permis aux participantes de s'exprimer librement, autour des sujets choisis.

1.1.2. Réalisation des entretiens

La réalisation d'entretiens individuels et collectifs a été effectuée dans un but de triangulation des méthodes, afin de renforcer la validité interne de l'étude.

L'ouverture du recrutement aux FSF vivant en France a permis de réaliser un échantillonnage en variation maximale, avec des âges, des catégories socio-professionnelles et des situations personnelles diverses.

L'ambiance informelle donnée aux entretiens, notamment par le tutoiement respectif, a pu permettre aux FSF de se sentir plus en confiance et de nous confier des récits et pensées plus authentiques.

1.1.3. Analyse des entretiens

Nous avons réalisé une triangulation de l'analyse des données, en effectuant un double codage pour la totalité des entretiens, ce qui a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

L'analyse des données a été réalisée de manière séquentielle, ce qui a permis d'adapter le guide d'entretien en fonction des réponses des participantes et de la question de recherche. Pour

limiter le biais d'investigation, les codages des premiers entretiens ont été relus et corrigés une fois l'ensemble des entretiens réalisés et codés.

1.2. Limites de l'étude

Effet de soumission de groupe :

Lors de l'entretien de groupe, les participantes ont pu être influencées par les réponses et les avis des autres participantes. Cependant, le nombre réduit de participantes et l'attitude bienveillante des chercheuses a permis aux participantes de livrer leurs impressions personnelles individuelles.

Biais de mémoire :

Les participantes étaient interrogées sur les expériences antérieures avec le corps médical, et elles peuvent se souvenir plus facilement de leurs expériences négatives car ce sont des expériences qui marquent plus.

Biais lié au statut de l'enquêteur :

Le terme "chercheuse" était initialement utilisé par les enquêtrices pour se présenter aux participantes. Au fil des entretiens, les enquêtrices se sont rapidement présentées en tant que "médecins" afin de rendre les échanges plus authentiques et personnels, de justifier leur intérêt pour le sujet et de renforcer la confiance des participantes. Cependant, cela a pu conduire à ce que les participantes se sentent moins libres de leur parole.

Biais de recrutement :

Les participantes connaissaient le sujet de l'étude avant d'y participer. Elles étaient donc déjà à l'aise pour aborder leur OS et réaliser un entretien. Cela a pu exclure des FSF n'étant pas à l'aise pour parler de leur OS avec leur MG.

Biais de réalisation :

Les deux chercheuses étaient novices dans la réalisation d'entretiens. Malgré la réalisation d'un entretien test, les chercheuses ont progressé au fil de la réalisation des entretiens, ce qui peut expliquer la courte durée des premiers entretiens.

Biais de confirmation d'hypothèses :

Les chercheuses ont pu privilégier les informations qui venaient confirmer leurs hypothèses et parfois influencer les réponses des participantes par la formulation des questions.

2. Confrontation aux données de la littérature

Dans la littérature internationale, nous avons retrouvé un grand nombre de données concordantes avec nos résultats.

2.1. Les enjeux de la divulgation pour la FSF

Le choix de la divulgation ou non de leur OS par les FSF présente de nombreux enjeux.

L'abord spontané par le MG de l'OS facilite la divulgation, en atténuant la gêne ressentie par la FSF (14), notamment si la question est posée tôt dans la relation avec le patient (15).

En effet, la peur de l'homophobie est encore très présente (16) (17), décourageant certaines FSF de divulguer leur OS. Dans plusieurs études, les participants LGBT ne divulguaient pas leur OS par crainte de recevoir une mauvaise réaction du MG, une stigmatisation ou une discrimination dans le soin (18) (19). Dans une étude irlandaise (20), 26 % des participants LGBT ont déclaré qu'ils ne révéleraient pas leur orientation sexuelle à un professionnel de santé par crainte d'une réaction négative

De plus, des expériences négatives antérieures avec des professionnels de santé peuvent également limiter une divulgation (16). Les participants anticipent une discrimination, ce qui

diminue leur consommation de soins (18). Dans une étude américaine de 2014 (21), plusieurs participantes ont décrit des changements et parfois un renoncement dans leur recherche de soins, suite à une mauvaise expérience médicale.

Le choix de la divulgation ou non dépend également de la pertinence médicale ressentie par la FSF (13). Une étude américaine a réalisé une modélisation de la réflexion des FSF sur leur décision de divulguer leur OS à un professionnel de santé (22). En amont de la consultation, les FSF décident si elles souhaitent la divulguer, si elles souhaitent ne pas la divulguer ou si elles accepteront de la divulguer si on leur demande. Dans une étude norvégienne (23), les FSF rapportent un intérêt à la divulgation pour une question d'intégrité, pour expliquer certaines situations vécues ou encore lorsqu'il y a un intérêt médical.

Dans la littérature, d'autres moments privilégiés pour la divulgation de l'OS que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude sont cités : dans cette étude anglaise (24) basée sur des situations d'oncologie, il est évoqué le moment de l'inscription d'une personne de confiance dans le dossier médical.

2.2. L'accueil bienveillant des FSF par les MG

D'après une revue de littérature (13) reprenant 31 articles, publiée en 2018, l'utilisation d'un langage inclusif, une attitude ouverte et l'absence d'hétéronormativité sont des facilitateurs de la divulgation.

L'utilisation d'un langage non hétéronormé semble primordial pour de nombreuses FSF, afin de ne pas restreindre une éventuelle divulgation et faire preuve d'une ouverture d'esprit (25). Au contraire, l'utilisation d'un langage hétéronormé semble entraver la poursuite des conversations autour de l'OS (15) et peut, du fait d'une absence de divulgation, entraîner la prescription d'une contraception de manière injustifiée (19). Le système de santé

hétéronormatif renforce l'invisibilité des personnes LGBT, rendant difficile la divulgation de leur OS par peur d'une discrimination (20).

Faire preuve de bienveillance, d'ouverture d'esprit, exprimer un intérêt pour la question de l'OS, sans formuler de préjugés, peut augmenter les chances de divulgation (17) (25).

La présence de signes visibles LGBT-friendly dans le cabinet médical facilite également la divulgation (21) (26), ce qui permettrait de créer un lieu où les FSF se sentent respectées, acceptées et en sécurité. Par exemple, des FSF proposent d'afficher le symbole arc-en-ciel sur les portes, gage de respect de toutes les OS (27). Dans une étude américaine (28), des participants ont également suggéré l'affichage de documents ou d'autocollants LGBTQ+ promouvant l'égalité des genres et des OS.

2.3. La relation de confiance médecin-patient

Une relation de confiance entre la FSF et son médecin est un élément clé facilitant la divulgation de son OS par la FSF (13) (15).

Plusieurs études (16) (17) rapportent également que certaines FSF recherchent des professionnels de santé appartenant eux-mêmes à la communauté LGBT car elles se sentent plus en sécurité pour divulguer leur OS. Certaines FSF ont souligné leur souhait d'un choix possible au sein de services médicaux, de professionnels appartenant à la communauté LGBT (20).

Pareillement, dans notre étude, certaines FSF choisissent de consulter prioritairement des médecins appartenant à la communauté LGBT ou LGBT-friendly, recensés sur des sites internet. Ce choix s'explique par une plus grande confiance vis-à-vis de ces médecins considérés plus bienveillants.

La confidentialité de la consultation fait partie intégrante de la confiance qu'a le patient dans son médecin.

La peur du non-respect du secret médical est évoquée dans plusieurs études comme étant un frein à la divulgation de l'OS. Certaines FSF appréhendent le fait que le médecin répète leur OS à leur famille (15) ou encore qu'ils en parlent de manière informelle, hors nécessité médicale, entre professionnels de santé (19). Ces éléments laissent penser que certains patients ont des méconnaissances concernant le secret médical. Dès lors, il nous semble important de leur rappeler l'existence de ce secret professionnel et le champ des informations qu'il couvre. L'expression par le MG de la garantie de la confidentialité des informations transmises pourrait renforcer la relation de confiance entre le patient et le médecin.

3. Perspectives

3.1. Invisibilisation des FSF dans la formation médicale

Dans notre étude, les FSF rapportent un manque de connaissance des MG en santé sexuelle LGBTQ+. Ce manque de connaissances a déjà été décrit : dans une étude irlandaise (20) publiée en 2014, 41 % des participants pensent que les professionnels de santé ont des connaissances suffisantes sur les questions LGBT. Dans une étude finlandaise récente (29), les participantes évoquent notamment un manque de connaissance des médecins sur la santé sexuelle des FSF, ce qui les pousse à rechercher des informations par elles-mêmes.

On peut comprendre leur point de vue, quand on s'intéresse aux enseignements reçus par les médecins lors de leur formation. Une étude réalisée dans des universités américaines et canadiennes (30) rapporte un temps médian de 5 heures d'enseignement consacré aux problématiques LGBTQ+ dans l'ensemble du cursus médical.

En France, les thématiques de santé sexuelle non hétérosexuelle semblent majoritairement absentes de l'enseignement médical. Dans les référentiels de gynécologie (31) et d'infectiologie (32) utilisés dans l'enseignement médical, nous n'avons trouvé aucune information concernant la santé sexuelle des minorités sexuelles.

La majorité des documents francophones évoquant les risques, le dépistage et la prévention des IST dans les relations homosexuelles féminines ont été réalisés par des associations (33) (34). Ce manque de formation est reconnu par les autorités françaises, puisque le Ministère de la Santé a publié une "Stratégie nationale de santé sexuelle" (35) avec un agenda 2017-2030 contenant plusieurs objectifs, dont celui de "renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé". Plusieurs propositions sont faites, comme intégrer la thématique de santé sexuelle dans le 3e cycle d'études médicales, proposer des terrains de stage en CeGIDD et développer des formations continues sur ces thématiques.

En 2015, SOS homophobie a publié une "enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie" (36). Cette enquête rapporte que la majorité de la lesbophobie dans le monde médical se traduit par de l'incompréhension de la part des professionnels de santé. Une formation spécifique des médecins aux problématiques de santé sexuelle des FSF pourrait diminuer cette incompréhension et ainsi diminuer la lesbophobie dans le milieu médical.

3.2. Moyens de protection à disposition des FSF

Dans notre étude, une majorité des FSF rapporte une absence de conscience du risque d'IST durant les débuts de leur vie sexuelle. Pareillement, dans une autre étude française (37), les FSF avaient une faible conscience du risque d'IST, ne protégeaient pas leur rapports sexuels et réalisaient peu de dépistages. D'après cette même étude, les FSF les mieux informées sont celles intégrées dans des associations LGBT, ce qui induit une inégalité de soins.

Cette absence de perception du risque d'IST est renforcée par l'absence de campagnes d'information publique sur la santé sexuelle des FSF et le risque de transmission des IST. Le manque de connaissances de certains professionnels de santé de premier recours renforce également cette croyance. Pour combler ce manque d'information et lutter contre les inégalités de soins chez les FSF, le Planning Familial de l'Isère a mis en place en 2019 une campagne de prévention de santé sexuelle lesbienne (38). Un des quatre axes de cette campagne est l'information sur l'existence du risque d'IST, l'importance des moyens de protection et de la réalisation des dépistages chez les FSF, tout comme chez les hétérosexuels.

Dans notre étude, aucune FSF n'utilisait régulièrement de moyens de protection. Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres études. De nombreuses FSF n'utilisent pas de moyens de protection pendant les rapports sexuels, même lors de pratiques sexuelles à risque élevé. Dans une étude américaine (39), l'utilisation de moyens de protection variait entre 11% et 34%, en fonction du type de rapport.

Une étude australienne (40) interrogeant 330 FSF, retrouvait une utilisation de la digue dentaire dans les 6 derniers mois chez moins de 10 % d'entre elles. De même, dans une étude suisse (41), 71% des FSF n'ont jamais utilisé de moyen de protection contre les IST dans les rapports lesbiens, et 13% en utilisent "souvent ou toujours". Dans notre étude, les FSF expliquent le peu d'utilisation de ces moyens de protection par leurs difficultés d'usage, et la faible perception du risque d'IST.

Les moyens de protection actuels à disposition des FSF sont la digue dentaire, les gants, et les préservatifs masculins. Les digues dentaires ont historiquement été créées pour les chirurgiens dentistes puis secondairement utilisées en prévention sexuelle. Les préservatifs masculins ont été créés pour protéger les rapports sexuels incluant un pénis. Ces moyens de protection n'ont pas été pensés et créés pour les relations homosexuelles féminines.

Il existe sur Internet un certain nombre d'articles et de vidéos partageant des méthodes de fabrication artisanale de digue dentaire à partir de gants ou de préservatifs masculins.

Au lieu de recommander la fabrication artisanale de protections sexuelles, l'invention et la promotion de produits spécifiques adaptés aux pratiques sexuelles des FSF pourraient permettre d'améliorer les connaissances des FSF concernant le risque de transmission des IST, et encourager la protection de leurs rapports sexuels.

De plus, il est important de rappeler que l'OS déclarée peut être différente des pratiques sexuelles. Dans cette étude (42), 18% des FSF ont eu un partenaire masculin dans les 6 derniers mois. Ceci implique de prêter attention au risque individuel d'IST, afin de proposer une prévention adaptée, ainsi qu'une contraception en cas de rapport hétérosexuel.

Le manque de formation des médecins et le manque de moyens de protection adaptés aux pratiques sexuelles des FSF sont le reflet de leur invisibilisation dans le monde médical et plus généralement dans la société actuelle. Dans un podcast diffusé en décembre 2020 (43), un écrivain, militant et médecin appartenant à la communauté LGBTQ+ évoque et explique l'invisibilisation de cette communauté, et tout particulièrement des FSF, dans le monde médical.

L'enquête (36) publiée en 2015 par SOS homophobie confirme l'invisibilité des lesbiennes dans la société actuelle. Parmi les FSF interrogées, 26% ont fait un coming out à toute leur famille, 18% à leurs collègues et la majorité des FSF feraient attention à leur environnement avant de tenir la main de leur partenaire en public.

3.3. PMA chez les couples de femmes

Des participantes de notre étude ont évoqué la réalisation de PMA à l'étranger. Dans une étude réalisée en 2008 en Belgique (44), le nombre de femmes françaises s'étant rendues chaque année entre 2003 et 2005 dans des centres d'assistance à la procréation pour bénéficier d'une

insémination artificielle avec don de sperme est estimée à 400, ce chiffre augmentant à plus de 600 par an en 2006 et 2007.

D'autres participantes nous ont parlé des "PMA maisons". Ces PMA artisanales consistent en l'introduction vaginale de sperme, généralement commandé sur Internet, à l'aide d'une seringue ou d'une pipette. Des informations et conseils pour leur réalisation sont disponibles via de nombreux articles amateurs ou associatifs sur Internet.

Certains médecins accompagnent déjà ces femmes réalisant des PMA illégalement en France. Le 17 mars 2016, pour la première fois, en signant un manifeste (45) paru dans le journal Le Monde, 130 médecins et biologistes français, reconnaissent publiquement avoir bravé la loi et notamment aidé des couples homosexuels à avoir des enfants.

Le projet de loi de révision de la loi de bioéthique, promulguée le 2 août 2021, prévoit d'élargir l'accès à la PMA aux couples de femmes. Ceci va modifier les pratiques futures des médecins généralistes, notamment par la nécessité d'une formation spécifique des médecins généralistes afin d'accompagner les FSF dans leur désir de maternité.

CONCLUSION

Les FSF souhaitent majoritairement que ce soit le MG qui aborde la question de l'OS. Elles souhaitent que le MG pose la question lorsque le sujet est médicalement nécessaire (essentiellement motif gynécologique, psychologique, contraception, santé sexuelle) ou en cas de suivi global. La question peut être intégrée à un questionnaire systématique posé pendant l'anamnèse, notamment lors de la première consultation de la patiente, ou lorsque leur mode de vie est abordé.

Les FSF attendent du MG qu'il crée un environnement propice à la divulgation : par une attitude bienveillante, une ouverture d'esprit ou la mise en avant de signes LBGT-friendly visibles dans le cabinet. Elles souhaitent que le MG pose la question progressivement, au fil de la conversation, en utilisant un langage inclusif.

L'univers médical, majoritairement hétéronormatif, participe à l'invisibilisation des FSF en santé. Les FSF ont besoin d'être reconnues et respectées afin d'optimiser leur suivi médical et de lutter contre les discriminations de soin qu'elles subissent.

En sortant d'un modèle de pensée binaire où la responsabilité de la divulgation serait celle de la FSF ou celle du médecin, nous proposons la possibilité d'une responsabilité partagée. Le médecin créerait un environnement inclusif par son attitude et en abordant les questions de santé sexuelle, pour que la FSF se sente légitime de divulguer son OS.

Il nous semble indispensable d'inclure la prise en charge des personnes LGBTQ+ dans la formation médicale afin que les FSF puissent bénéficier de recommandations adaptées, notamment concernant le suivi gynécologique et la prévention des IST.

THÈSE SOUTENUE PAR : Claire de Guibert et Louise Frigo

TITRE : COMMENT FACILITER L'ABORD DE L'ORIENTATION SEXUELLE EN MÉDECINE GÉNÉRALE CHEZ LES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES : POINT DE VUE DES PATIENTES, ÉTUDE QUALITATIVE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE.

CONCLUSION :

Les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) sont une population vulnérable sur le plan médico-psycho-social. Tout médecin sera amené au cours de sa carrière à prendre en charge des FSF. Afin de leur offrir des soins de santé spécifiques, il apparaît donc nécessaire de connaître leur orientation sexuelle (OS). Il existe des différences majeures entre les représentations des médecins et des patientes concernant l'abord de leur OS en consultation : les médecins généralistes (MG) posent peu la question de l'OS à leurs patientes alors que les FSF souhaiteraient davantage en parler.

L'objectif principal de ce travail était de décrire les attentes des FSF sur la façon d'aborder leur OS en consultation de médecine générale. L'objectif secondaire était de faire émerger des conseils à destination des MG.

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de FSF vivant en France métropolitaine, à l'aide d'entretiens individuels et collectifs semi-dirigés réalisés en 2021.

Nous avons interrogé 19 FSF. Pour la plupart des FSF, il est important que leurs MG connaissent leur OS et elles préfèrent que ce soit eux qui abordent la question. Pour faciliter la divulgation de leur OS, elles proposent qu'ils créent un environnement accueillant dans leur cabinet, par leur attitude bienveillante, un langage inclusif non hétéronormé ou encore par l'affichage de signes visibles LGBT-friendly.

Elles souhaitent que le MG pose la question lorsque le sujet est médicalement nécessaire (essentiellement motif gynécologique, psychologique, contraception, santé sexuelle) ou en cas de suivi global. La question peut être intégrée à un questionnaire systématique posé pendant l'anamnèse ou lorsque le mode de vie de la patiente est abordé.

Les FSF attendent de leur MG un respect de leur OS, une absence de jugement, une capacité d'écoute et des connaissances en santé sexuelle des minorités sexuelles. L'accès à une information sur la prévention des IST chez les FSF semble difficile.

Il semble nécessaire de renforcer la formation théorique des MG sur la santé sexuelle des FSF.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

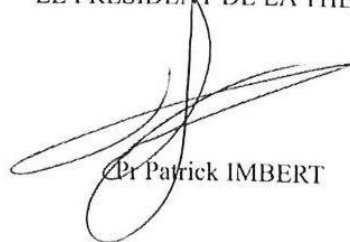
Grenoble, le 15/09/21

LE DOYEN



Pr Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr Patrick IMBERT

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire acquis des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis: Inpes; 2010.
2. Bauer GR, Welles SL. Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health*. août 2001;91(8):1282-6.
3. 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.
4. Légifrance. Loi n°82-683 du 4 août 1982 ABROGATION DE L'ART. 331 (AL. 2) DU CODE PENAL; En conséquence, les actes impudiques ou contre nature commis avec un mineur de même sexe (homosexualité ne seront plus punis de peines correctionnelles.
5. Loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité.
6. Loi n° 2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité.
7. Légifrance. Décret n° 2005-284 du 25 mars 2005 relatif aux contraventions de diffamation, d'injure et de provocation non publiques à caractère discriminatoire et à la compétence du tribunal de police et de la juridiction de proximité.
8. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. 2013-404 mai 17, 2013.
9. Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique. [Vie publique.fr](http://viepublique.fr).
10. Lamontagne L, Heffernan D, O'Brien K, Tatlock C, Brotman S, Ritchie M, et al. Avec la collaboration du comité Santé des lesbiennes (comité consultatif). :222.
11. OBSERVATOIRE DES LGBTPHOBIES Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/116079_Ifop_FJR_2019.06.24.pdf
12. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France.
13. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. mars 2018;68(668):e187-96.
14. Becoming Seen, Becoming Known: Lesbian Women's Self-Disclosures of Sexual Orientation to Mental Health Service Providers: *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*: Vol 16, No 3.
15. Law M, Mathai A, Veinot P, Webster F, Mylopoulos M. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 9 déc 2015;16(1):175.
16. MS AMB, PhD SAQ, PhD RTA. Experiences of Lesbians in the Health Care Environment. *Women Health*. 11 oct 2001;34(1):45-62.
17. Boehmer U, Case P. Physicians don't ask, sometimes patients tell. *Cancer*. 2004;101(8):1882-9.
18. Furlotte C, Gladstone JW, Cosby RF, Fitzgerald K-A. "Could We Hold Hands?" Older Lesbian and Gay Couples' Perceptions of Long-Term Care Homes and Home Care. *Can J Aging Rev Can Vieil*. déc 2016;35(4):432-46.

19. Marques AM, Nogueira C, Oliveira JM de. Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care Women Int.* 2 sept 2015;36(9):988-1006.
20. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs.* 2015;10(3):230-40.
21. Johnson MJ, Nemeth LS. Addressing Health Disparities of Lesbian and Bisexual Women: A Grounded Theory Study. *Womens Health Issues.* 1 nov 2014;24(6):635-40.
22. Roller CG, Sedlak CA, Draucker CB, Veney A, Leifson MA, Sanata JD. Managing the Conversation: How Sexual Minority Women Reveal Sexual Orientation. *J Nurse Pract.* 1 juin 2016;12(6):e259-66.
23. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(1):58-62.
24. Fish J, Williamson I. Exploring lesbian, gay and bisexual patients' accounts of their experiences of cancer care in the UK. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(1):e12501.
25. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(1):58-62.
26. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzyński T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *Br J Gen Pract.* mars 2018;68(668):e187-96.
27. McDonald C. Lesbian Disclosure: Disrupting the Taken for Granted. *Can J Nurs Res Arch.* 1 mars 2006;42-57.
28. Quinn GP, Sutton SK, Winfield B, Breen S, Canales J, Shetty G, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 3 avr 2015;27(2):246-61.
29. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs.* 2016;25(23-24):3497-510.
30. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA.* 7 sept 2011;306(9):971-7.
31. Body G, Deffieux X, Deruelle P, Graesslin O, Huissoud C, Riethmuller D, et al. *Gynécologie, obstétrique.* 2018.
32. Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales: prépa ECN, tous les items d'infectiologie.* 6e éd. Paris: Alinéa plus; 2019.
33. Tomber la culotte [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/tlc-2bis-web.pdf>
34. Sur le bout des lèvres [Internet]. SOS homophobie. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/sur-le-bout-des-levres>
35. *strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf* [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
36. SOS homophobie (Association). *Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie.* 2015.
37. Elsevier. *Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : déterminants, enjeux, perspectives.* Elsevier Connect.
38. DOSSIER DE PRESSE - Campagne lesbiennes et FSF - mars 2019.pdf [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.planning->

- familial.org/sites/default/files/2019-04/DOSSIER%20DE%20PRESSE%20-%20Campagne%20lesbiennes%20et%20FSF%20-%20mars%202019.pdf
39. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;120(1):42-5.
 40. Richters J, Prestage G, Schneider K, Clayton S. Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sex Health.* juin 2010;7(2):165-9.
 41. Descuves A, Berrut S. La santé des femmes qui aiment les femmes. :63.
 42. Schick V, Rosenberger JG, Herbenick D, Reece M. Sexual behaviour and risk reduction strategies among a multinational sample of women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 1 oct 2012;88(6):407-12.
 43. Baptiste Beaulieu, prendre soin - Camille - Binge Audio [Internet]. Baptiste Beaulieu, prendre soin - Camille - Binge Audio. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.binge.audio/podcast/camille/baptiste-beaulieu-prendre-soin-2>
 44. Pennings G, Autin C, Decler W, Delbaere A, Delbeke L, Delvigne A, et al. Cross-border reproductive care in Belgium. *Hum Reprod.* 1 déc 2009;24(12):3108-18.
 45. Le manifeste des médecins contre la PMA [Internet]. Le manifeste des médecins. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lemanifestedesmedecins.fr/>

ANNEXES

ANNEXE 1 - Annonces pour le recrutement des participantes

Recherche participantes pour une étude sur les attentes des femmes homosexuelles sur l'abord de leur orientation sexuelle avec leur médecin généraliste.

Nous sommes 2 chercheuses dans les domaines de la sociologie et de la santé, et nous cherchons des participantes pour notre étude.

QUI :

- toute femme ou personne se considérant du genre féminin,
- majeure,
- se reconnaissant dans l'appellation « femme qui a, ou qui a eu, une attirance amoureuse ou sexuelle avec une femme »,
- vivant en région Auvergne-Rhône-Alpes.

COMMENT : un unique entretien individuel ou collectif, anonyme, durant environ 30min-1h (possibilité de réalisation en visio)

NOUS CONTACTER :

Claire : [Données à caractère personnel]

Louise

e-mail :

N'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations, merci de votre aide !

Annonces publiées sur Instagram :



2 internes en médecine (Claire & Louise) recherchent des participantes pour leur thèse : Décrire au mieux les attentes des femmes homosexuelles ou bisexuelles sur la façon d'aborder leur orientation sexuelle en médecine générale. Ce sera sous forme d'un entretien de 30min-1h, anonyme. Si tu es intéressée pour les aider dans leur étude, tu peux les contacter sur theselouiseclaire@gmail.com

Ou directement :

[@louisefrigo](https://www.instagram.com/louisefrigo)



La prise en compte de l'homosexualité dans nos échanges avec les médecins

Le sujet vous intéresse ?
2 internes en médecine font leur thèse sur ce sujet, ça vous tente de les aider en échangeant sur zoom ?

Nous on l'a fait, on vous met en contact si vous êtes intéressées 😊

[#MEDECINEETHOMOSEXUALITE](https://www.instagram.com/MEDECINEETHOMOSEXUALITE)

Envoyer un message

ANNEXE 2 - Guide d'entretien évolutif

Est-ce que vous préférez qu'on se tutoie ou qu'on se vouvoie ?

As-tu bien lu le document envoyé par mail ? As-tu des questions concernant cet entretien ?

Pour rappel, l'entretien est totalement libre et anonymisé, tu es libre de répondre ou non aux questions, il n'y a pas de mauvaise réponse, la bonne réponse est celle que tu penses vraiment. Au cours de l'entretien, si j'utilise des termes inadaptés ou si mes propos sont maladroits, n'hésite pas à m'interrompre et à me le signaler.

- Est-ce que tu te définis sur le plan de ton orientation sexuelle, et si oui, comment ?
- Quand est-ce que tu t'es rendu compte que tu étais attirée par des femmes, et comment ça s'est passé ?
- A qui est-ce que tu en avais parlé à l'époque ?
- Tu en avais parlé à ton médecin à l'époque ?

Si oui : est-ce que tu peux me raconter ? Comment tu t'es sentie (face à telle ou telle réaction) ?

Comment as-tu réagi ? Qu'est ce que tu as pensé de sa réaction ?

- Est-ce qu'il y a d'autres médecins avec qui tu as pu en parler ? D'autres professionnels de santé ?
- Est-ce que tu as déjà eu des mauvaises expériences avec des médecins, du fait de ton OS ?
- Au contraire, est-ce qu'il y a eu des médecins avec qui ça s'est particulièrement bien passé, qui t'ont mis à l'aise ?
- Après en avoir parlé avec eux, comment était ta relation avec ces médecins ?
- Selon toi, quelles seraient les prises en charges médicales qui diffèrent selon l'OS de la personne ?
- Idéalement, si tu rencontrais un nouveau médecin, comment voudrais-tu que soit abordé ce sujet ? Tu préférerais que ce soit toi qui en parles ou le médecin qui pose la question ? Comment il poserait la question ?
- Comment pourrait-on améliorer l'abord de ce sujet en consultation médicale ? As-tu des idées de comportements à avoir, de choses à dire ou ne pas dire, pour te mettre à l'aise ?
- Qu'est ce que tu penses du fait de demander l'orientation sexuelle en même temps que le médecin demande les antécédents, les traitements, le mode de vie ? Comment tu te sentirais si on te posait la question de cette manière ? Peu importe le motif de consultation ?
- As-tu envie que ton médecin le sache ?

- Est-ce que tu t'es déjà posé la question de la transmission des IST entre femmes ? En as-tu déjà parlé à des professionnels de santé ? Où as-tu trouvé des réponses ?
- As-tu un suivi gynécologique ? As-tu déjà vu un gynécologue ou une sage-femme ?
- J'ai fait le tour de mes questions, est-ce que tu as envie de me raconter d'autres choses ?

Uniquement si la participante n'y a pas déjà répondu :

- âge ?

- situation professionnelle ?

- en couple ? enfants ?

- impliquée dans des associations LGBT ?

- proposer de relayer l'annonce

- si jamais tu penses à des nouvelles choses sur ce sujet, n'hésite pas à m'envoyer un mail !

ANNEXE 3 - Grille de codage

Les nombres entre parenthèses correspondent au nombre d'extraits de verbatims codés pour chaque thème.

1- Découverte de l'OS (133)

- Facile à vivre pour la participante (14)
 - car son OS ne la définit pas (1)
 - car famille ou entourage ouverts (3)
- Entraîne un isolement : absence d'interlocuteur, de confident, sujet tabou (8)

- Période difficile, ou de fragilité psychologique (13)
- Acceptation de l'OS difficile car sort de la norme (7)
- Période de non-acceptation de l'OS (13)
- Nécessite du temps pour l'acceptation de l'OS (26)
- Période de remise en question personnelle, recherche des explications à son OS (7)

- Absence de discussion avec le MG (18)
- Aurait nié devant le MG s'il avait posé la question (9)
- Souhaite que le MG en parle (5)

- Notion d'évolutivité de l'OS (9)
- Ne se définit pas par son OS (4)

2- Antécédent de relation avec des hommes (13)

- OUI (7)
 - OUI, par pression sociale (3)
 - OUI, par pression familiale, culturelle ou religieuse (1)
 - OUI, sans pression déclarée (1)
- NON (2)

3- Divulgence de l'OS à l'entourage (39)

- Qui sont les premières personnes au courant ? (8)
- Divulgence à des personnes ouvertes, féministes, ou appartenant à la communauté LBGTQ+ (6)

- Divulgence car a peur d'être découverte (1)
- Divulgence car difficultés psychologiques (1)

- Divulgence bien passée, permet de se libérer (7)
- Divulgence mal passée au niveau familial (9)
- A reçu des remarques homophobes (3)
- Divulgence réalisée par autrui (1)
- Divulgence tardive (3)

4- Freins de la part des FSF pour en parler à leur MG (47)

- Manque d'assurance pendant la période de découverte de son OS (9)
- Appréhension de la réaction du médecin : (31)
 - Peur d'une réaction homophobe (4)
 - Car persistance légale des thérapies de conversion (1)

- Peur de subir une discrimination dans le soin (1)
- Peur influencée par une expérience personnelle ou familiale négative (5)
- Peur influencée par l'apparence et l'attitude du MG (3)
- MG pressé lors de la consultation (4)
- FSF qui travaille elle-même dans le milieu médical (3)

5- Comportements du MG appréciés pour la divulgation de l'OS (103)

- OS abordée par le médecin (vécu plus simple) (31)
- MG qui approfondit le sujet lors de la divulgation par la patiente (14)
- MG à l'aise avec ce sujet (13)
- MG qui aborde la santé sexuelle (15)
- MG qui s'excuse et se corrige si utilisation d'une formulation hétéronormée (1)
- Être traitée comme tout le monde, sans discrimination liée à l'OS (21)
- Absence de jugement de la part du MG (6)
- MG qui reconnaît la légitimité du couple (2)

6- Facilitateurs pour la divulgation de l'OS au MG (72)

- FSF à l'aise avec son OS (11)
 - assurance augmente avec le temps et l'âge de la FSF (8)
- FSF issue d'une jeune génération (5)
- Relation de confiance entre la FSF et le MG (16)
- Existence et rappel par le MG du secret professionnel (9)
 - exemples de rupture du secret médical (6)
- MG qui évoque sa propre homosexualité (1)
- MG qui exprime à la FSF son ouverture d'esprit (10)
- Signes d'ouverture d'esprit dans le matériel du cabinet (prospectus, drapeau arc-en-ciel,...) (17)

7- Choses non appréciées par les FSF lors de la consultation avec leur MG (56)

- Langage hétéronormé du MG (15)
- Questions inappropriées ou intimes suite à la divulgation de l'OS (6)
- MG qui préjuge que la FSF a une partenaire unique et exclusive (1)
- MG qui préjuge que la FSF a un risque de grossesse, ayant une sexualité active sans contraception (2)
- Avis personnel et jugement exprimé par le MG (11)
- Remarque homophobe de la part du MG (3)
- MG qui évoque le lien entre un traumatisme subi et l'OS de la FSF (2)
- Discrimination du fait de l'OS (2)
- Devoir éduquer le médecin sur le sujet de l'homosexualité (7)
- Médecin qui prescrit une contraception sans prendre en compte l'OS de la patiente (2)

8- Avis de la FSF sur l'intérêt de divulguer son OS au MG (75)

- OUI :
 - Oui pour une prise en charge globale (12)
 - Oui pour une prise en charge gynécologique adaptée (9)
 - Oui, car intérêt médical (3)
 - Oui car fait partie de l'intégrité de la FSF (9)
 - Oui pour éviter les hors-sujet (contraception, grossesse,...) (3)
 - Oui, intérêt pour tout motif de consultation (2)
 - Oui, si intérêt médical (3)
- NON

- Non s'il n'y a pas d'intérêt médical à le savoir (19)
- Non, pas d'intérêt de divulguer au MG, à un psychologue oui (1)
- Ambivalence (4)

9- Particularités de santé des FSF (23)

- OUI
 - Vulnérabilité psychologique (5)
 - Prévention des IST différente (3)
 - Pas de nécessité de suivi gynécologique, pas besoin de FCV (3)
 - Pas de contraception nécessaire (3)
- NON :
 - Non, de manière globale (7)
 - Non, sur le plan médical (2)

10- Caractéristiques recherchées chez un médecin par les FSF

- Genre féminin (8)
 - car meilleure compréhension du corps féminin (2)
- Genre masculin (3)
 - car plus doux et plus à l'écoute (1)
 - pour le suivi gynécologique (2)
- N'accorde pas d'importance au genre du médecin (4)
- Âge : médecin jeune (5)
- Âge : médecin dans la force de l'âge (2)
- N'accorde pas d'importance à l'âge du médecin (2)
- Médecin appartenant à la communauté LGBT (2)
- Médecin formé dans une grande ville (1)
- Médecin LGBT friendly (2)

11- Stratégies de choix des MG par les FSF (12)

- Par internet, via des sites répertoriant les médecins LGBT-friendly (5)
- Par bouche à oreille (6)
- Par le réseau LGBT (1)

12- Quand poser la question de l'OS par le MG ? (32)

- Lors du recueil systématique des antécédents de la patiente à la 1ère consultation (12)
- Si consultation pour difficultés psychologiques (2)
- Si consultation pour un bilan global (2)
- Si consultation de gynécologie (3)
- En abordant la contraception (9)
- En abordant la santé sexuelle (1)
- En abordant le mode de vie de la patiente (3)

13- Comment poser la question de l'OS par le MG (verbal) ? (74)

- De manière indirecte, ne pas poser la question brute de l'OS (10)
- De manière progressive, au fil de la conversation (11)
- Langage non hétéronormé (12)
- Faire attention aux termes, utiliser des mots neutres, sans connotation négative (3)

- Questions fermées, car plus facile d'y répondre (1)
- Laisser la possibilité à la patiente de ne pas répondre à la question (5)
- Exemples de questions à poser (18)
- Répéter la question, car l'OS est évolutive (5)
- Poser une question inclusive sur la sexualité en général (9)

14- Quelle posture de la part du MG pour aborder la question de l'OS (non verbal) ? (30)

- Ouverture d'esprit ressentie par la patiente (13)
- Bienveillance et absence de jugement (9)
- Mimiques du visage et posture neutres (4)
- Être attentif à la volonté de la FSF d'en parler ou non et la respecter (2)

15- Situations où la FSF a divulgué son OS au MG

- Difficultés à en parler (3)
- Facilités à en parler (2)
- Pourquoi la FSF a-t-elle divulgué son OS ? (29)
 - pour se justifier de l'absence de suivi gynécologique (2)
 - pour se justifier de l'absence de contraception (9)
 - pour des problématiques gynécologiques (8)
 - pour des problématiques psychologiques (3)
 - parce que compagne ou enfant impliqués dans la conversation (2)
 - spontanément, sans raison particulière (1)
 - pour corriger le médecin (1)
 - pour éviter les sujets gênants et incompréhensions (3)
- Réaction du MG suite à la divulgation de l'OS (26)
 - Bonne, adaptée (13)
 - MG semblant désemparé (3)
 - Réorientation adaptée vers d'autres professionnels de santé (1)
 - Banalisation et discréditation de la sexualité de la FSF (6)
 - Provocation (1)
 - Réaction inappropriée (1)
- Divulgation réalisée à des psychologues (10)
- Divulgation réalisée au MG par l'entourage familial de la FSF (1)
- Divulgation implicite (2)

16- Situations où le MG a posé la question de l'OS à la FSF (9)

- Lors de discussion sur les IST (2)
- Lors du suivi gynécologique (1)
- Pendant le recueil des antécédents lors d'une 1ère consultation (1)
- Lors de discussion sur la santé sexuelle (1)
- Lors de discussion sur le mode de vie (1)
- Utilisation d'une formulation hétéronormée (1)

17- Situations où la FSF n'a pas divulgué son OS au MG (21)

- Car pas d'intérêt médical, jugé non nécessaire par la FSF (4)
- Car sujet non abordé par le MG (5)
- Car la FSF fait en sorte d'éluder la question (5)
- Par peur de gêner le MG (2)
- Impact de l'absence de disclosure :

- réponse inadaptée, jugement moral de la part du MG (2)
- sensation de prise en charge incomplète par la FSF (1)

18- Prise en charge médicale inadaptée (12)

- MG qui transmet de fausses informations sur le dépistage gynécologique chez les FSF (7)
- MG qui transmet de fausses informations concernant les IST 5)

19- Impact de la divulgation de l'OS sur la relation médecin-patient (36)

- Inchangée (7)
- Renforce la confiance de la FSF en son MG (4)
- Perte de confiance dans la relation suite à une mauvaise réaction du MG (4)
- Colère à cause d'une mauvaise réaction du MG (1)
- Blessure de la FSF suite à une mauvaise réaction du MG (4)
- Rupture, arrêt de la relation médecin-patient (8)
- Retard de prise en charge, FSF sort du parcours de soin (2)
- FSF s'estime chanceuse d'avoir trouvé un MG sensibilisé à l'homosexualité (4)
- Soulagement de la FSF (2)

20- FSF consciente de la difficulté pour le MG d'aborder le sujet de l'OS (8)

21- Attentes des FSF envers le MG (33)

- Non, car déjà informée sur la santé sexuelle (3)
- Orienter les FSF vers des associations ou d'autres professionnels de santé (4)
- Connaissances spécifiques du MG sur la santé lesbienne (3)
- Plus de prévention en santé sexuelle par le MG (8)
- Rôle central de coordination des soins (3)
- Réaliser une prise en charge personnalisée en fonction des particularités du patient (6)
- La consultation devrait être un lieu où la FSF se sent en sécurité (4)

22- Avis des FSF concernant l'intégration de la question sur l'OS dans le questionnaire systématique de santé (42)

- NON, ressenti comme agressif (5)
- NON, ce n'est pas une information médicale (1)
- NON, ne pas mettre les patients dans des cases en fonction de leur OS (1)
- NON, relève de l'intimité (7)
- NON, nécessité d'une relation de confiance au préalable (1)
- NON, pas adapté pour tous les patients (2)
- NON, par peur du jugement d'un médecin malveillant (1)
- NON, l'information doit venir du patient (1)
- OUI (sans précision) (7)
- OUI, utilité médicale (4)
- OUI, car la question est posée parmi d'autres, elle passe « inaperçue » (6)
- OUI, pour les consultations gynécologiques (2)
- Pourquoi pas, pourrait avoir une utilité médicale (2)
- Pourquoi pas, mais la FSF serait surprise (2)

23- Freins des FSF pour la divulgation de leur OS dans leur quotidien (8)

- Peur de la lesbophobie (4)

- Peur de la réaction des personnes (1)

24- Place des lesbiennes dans la société actuelle (63)

- Invisibilisation et rejet de la société (28)
- Victimes d'homophobie (1)
- Nécessité d'en parler pour faire avancer la cause LGBTQ+ (8)
- Nécessité de coming-out en permanence (2)
- Plus grande représentation LGBTQ+ en ville (4)
- Est en train d'évoluer positivement (13)
- Retard en France (1)
- Sexualité lesbienne méconnue, voire niée (6)
- Absence d'information sur la sexualité non hétérosexuelle en milieu scolaire (5)

25- Manque de formation des MG (34)

- Méconnaissance des MG sur la sexualité lesbienne (22)
- Supposition de virginité en l'absence de rapports hétérosexuels (9)
- Méconnaissance des MG sur la transmission des IST dans les rapports homosexuels féminins (18)

26- Parcours de PMA (9)

- Difficultés pour trouver des médecins sensibles, engendre une discrimination dans le soin (3)
- En cours (1)
- Praticqué illégalement en France (2)
- Expérience positive (2)
- Réalisée à l'étranger (1)

27- IST (139)

- Manque d'information sur les IST, accès difficile à l'information (29)
- Manque de données scientifiques sur la transmission des IST dans les rapports homosexuels féminins (2)
- FSF au courant du risque de transmission des IST (10)
 - pas inquiète (2)
 - a vécu les années SIDA (années 80's) (1)
 - réalise régulièrement des dépistages (3)
 - ne fait pas de dépistage (1)
- FSF non consciente des risques de transmission des IST (8)
 - au début de sa vie sexuelle (8)
- Souhait de plus d'infos pour la population FSF (6)
- Difficultés pour les FSF d'aborder le sujet des IST avec leur MG (6)
- Recherche d'information sur les IST (42)
 - pas chez le médecin (10)
 - documentation officielle (2)
 - réseaux sociaux (5)
 - internet (12)
 - non (2)
 - sororité (5)
 - pharmacie (1)
 - études supérieures (2)
 - réseaux LGBTQ+ (3)

- Moyens de protection contre les IST (35)
 - manque de connaissances (2)
 - inexistants, difficiles à trouver (8)
 - onéreux (4)
 - difficultés d'usage (10)
 - n'en utilise pas (10)
 - n'en a pas besoin, de part sa vie sexuelle (2)

28- Suivi gynécologique réalisé

- OUI (4)
- NON (4)

29- Violences gynécologiques (6)

- culpabilisation de la patiente (1)
- engendre un stress pour les futurs examens (1)
- maltraitance de la FSF liée à l'OS (2)

31- Conseils généraux aux médecins (11)

- Ne pas considérer la femme uniquement dans sa fonction reproductive (1)
- Vision globale de la médecine (1)
- La prévention doit venir du patient, non imposée par le médecin (1)
- Remettre en question continuellement ses acquis (1)
- Faire confiance aux femmes sur leurs connaissances de la sexualité (5)

ANNEXE 4 - Conseils aux médecins généralistes

Il existe un certain nombre de facteurs modifiables par le MG pour faciliter l'abord de l'OS en consultation.

Pour faciliter la divulgation spontanée par les FSF de leur OS, les MG peuvent, par certaines mesures, faire de leur cabinet une "safe place" :

- afficher ouvertement leur bienveillance vis-à-vis de la population LGBTQ+, en mettant par exemple des affiches LGBT en salle d'attente ou un drapeau arc-en-ciel,
- lors de la rencontre avec un nouveau patient, présenter brièvement le fonctionnement du cabinet et énoncer leur ouverture d'esprit face aux différentes minorités,
- utiliser un vocabulaire inclusif, non hétéronormé, comme la formulation "un, une, ou des partenaires",
- lors de consultations de suivi global et de prévention, ouvrir le sujet de la santé sexuelle,
- rappeler l'existence et les principes du secret médical.

Si le MG souhaite questionner ses patientes sur leur OS, nous recommandons plusieurs précautions :

- l'OS étant une caractéristique intime des patientes, elle ne doit pas être demandée lors de toute consultation, notamment si la patiente consulte ponctuellement un médecin pour un motif n'ayant pas de lien avec l'OS,
- la question peut par contre être posée légitimement dès lors que la patiente est suivie au cabinet, dans un but de prise en charge globale de la patiente,
- laisser la possibilité de non réponse à la question posée,
- savoir réitérer la question, compte tenu de l'évolution possible de l'OS,
- poser la question de l'OS au cours d'un questionnaire systématique pendant l'anamnèse permet de ne pas focaliser l'attention sur cette question, mais de l'inclure parmi d'autres et ainsi de la normaliser, ce qui rend la divulgation plus facile.

Après la divulgation de l'OS par la FSF, nous recommandons aux MG :

- de savoir questionner la FSF sur ses connaissances et ses éventuelles questions concernant la santé sexuelle et les IST,
- de savoir réorienter les FSF vers des professionnels compétents (médicaux, associatifs) en l'absence de connaissances du MG sur la santé homosexuelle féminine,
- de rappeler aux FSF l'intérêt d'un suivi gynécologique régulier et de promouvoir l'usage de protections contre les IST.

Pour ce faire, il est primordial que les MG se forment aux problématiques de santé LGBTQ+. Les MG doivent avoir à l'esprit, pour la prévention en santé sexuelle, que l'OS est un processus évolutif au cours de la vie et que les pratiques sexuelles des personnes peuvent être différentes de l'OS dont ils se définissent.

ANNEXE 5 - Focus group

FOCUS GROUP

(Pour faciliter la lecture du texte, nous avons laissé des prénoms (modifiés) dans les dialogues, et non des numéros comme pour les autres verbatims. Par rapport au tableau des caractéristiques des participantes, Laura = F16, Elodie = F17, Julie = F18, Marine = F19)

C : On va se présenter déjà Louise et moi, et ensuite vous pourrez rapidement vous présenter. Vu le sujet de notre étude, on trouvait ça intéressant qu'en même temps qu'on se présente on puisse se définir sur le plan de notre orientation sexuelle aussi. Du coup, moi je m'appelle Claire, et je me définis comme une femme cisgenre, hétéro. Et avec Louise, on organise cette étude.

L : Et moi du coup c'est Louise, je suis la deuxième. Je suis cisgenre hétérosexuelle aussi. Moi je vais un peu moins intervenir pendant l'entretien, parce qu'il faut que je note les prises de parole, donc c'est plus Claire qui va mener le truc ce soir.

(Pause)

Elodie : Moi c'est Elodie, je suis une femme cisgenre et lesbienne.

Julie : Ben moi c'est Julie, je suis une femme cisgenre homo.

Marine : Il faut se donner des numéros, je sais pas *(rire)*. Moi c'est Marine, femme cisgenre et hété... oulala *(rire)* homo aussi pardon.

Elodie : Hétéro à moitié ! *(rire général)*

Laura : Et du coup, j'ai pas pris la parole parce que je suis arrivée la dernière, j'ai imaginé qu'on allait faire ça par ordre de connexion *(rires)* ; je m'appelle Laura, cis également et lesbienne.

Claire : Ok, ça marche. Du coup on va commencer les questions ; vous pouvez prendre la parole, enfin soit vous prenez la parole spontanément et la parole peut passer de l'une à l'autre sans problème ; et si vous avez du mal à prendre la parole on vous demandera une à une.

Déjà, notre première question serait, comment est-ce que vous avez vécu la période de la découverte de votre orientation sexuelle et comment ça s'est passé ? *(Pause)*

Si y en a une que ça ne dérange pas de commencer...

Elodie : Moi ça ne me dérange pas de commencer. Du coup j'y vais. Euh, moi c'était quand j'étais dans les années d'internat, donc quand j'ai attaqué mon internat ; j'ai eu la chance d'avoir plusieurs de mes copines qui étaient sur les mêmes questionnements. Du coup c'était assez facile d'échanger là-dessus. Donc je dirais que j'avais 15-16 ans ; mais avec une légère prédisposition depuis des années ; avec le recul. Donc, la découverte était comme ça.

(Pause)

Claire : Ok

Elodie : Si vous voulez plus de détails moi je peux *(rires)* je me rends pas compte à quel point vous voulez des détails, je peux en donner hein ! *(Rires)*

Claire : Oui oui (*rires*), non mais c'est bien.

C'est juste qu'on a plein de questions (*rires*), sinon on n'aura pas le temps de parler de tout.

Merci. Si quelqu'un d'autre veut nous dire un peu.

Julie : Moi j'avais 18 ans à peu près, c'était mon année de terminale. Je viens d'une région quand même assez reculée en France, donc en fait c'était juste pas une option. C'était juste pas représenté dans mon entourage du coup, enfin c'était juste pas une option pour moi. Je ne m'étais pas trop posée la question. Il y avait une seule norme et c'était celle-là quoi. Et du coup quand je suis arrivée en terminale, il y avait un couple de lesbiennes dans ma classe, et c'est là que je me suis dit, "ah bah tiens en fait ça c'est possible". Et du coup j'ai commencé à me poser des questions à cet âge-là, et puis à partir du moment où j'ai essayé avec une fille, ben je ne suis plus jamais retournée avec un garçon.

Claire : Ok ; et émotionnellement comment ça s'était passé les débuts ?

Julie : Ben en fait c'était assez simple. Enfin vraiment c'était juste euh, il y avait une nouvelle option qui s'ouvrait. Et je pense que c'était assez simple, parce qu'au début, je me croyais bisexuelle, et en fait j'ai, j'ai abordé ça sur, plutôt l'angle de la curiosité sexuelle quoi, je me suis dit ok je vais juste essayer avec les filles, sauf que ben évidemment je suis tombée amoureuse et j'ai compris ce que c'était vraiment l'amour. Euh (*rires*) et je pense que c'était plutôt là où émotionnellement ça a pu être compliqué, au moment où j'ai réalisé que j'étais lesbienne plus que bi.

Mais ça n'a pas été très compliqué, enfin c'était très très bien accepté dans ma famille, dans mon entourage, donc j'ai eu aucun problème.

Claire : Ok merci.

Marine : Bon j'enchaîne alors, pour l'ordre de passage (*rires*).

Du coup, moi c'était vers 21 ans je crois à peu près, c'était un peu comme Julie, il y avait pas vraiment d'autres options parce que j'étais dans une école privée catho alors...

Elodie : Ah, la même !

Marine : (*Rires*) Alors c'était pas... Voilà ! Et pas trop de représentations donc... ouais je me suis un peu réveillée à 21 ans et... et ça ne s'est pas très bien passé. Mon entourage voyait que j'étais pas bien ; et j'ai eu du mal à vraiment identifier ce qu'il y avait ; puis le jour où je suis tombée amoureuse en fait d'une pote de promo, je me suis dit "merde, c'est peut-être que t'es lesbienne en fait !" Et voilà, depuis, je revis ! (*Rires*)

Claire : Ok.

Laura : Du coup je vais clôturer ce tour. Moi c'est intervenu hyper tôt. J'étais encore en primaire en fait ; fin de primaire. En regardant un truc à la télé, l'après-midi toute seule, je sais pas il y avait un truc un peu étrange à la télé, et je l'ai trouvé hyper chouette, du coup j'ai pu... en fait c'est le jour où j'ai : un : compris, deux : mis des mots dessus et compris que ça existait en fait, que c'était pas bizarre et que... j'avais le droit d'être le garçon manqué de l'école. En fait il y avait une autre voie possible quoi. Donc ça, c'est intervenu hyper jeune.

Moi ce qui m'a un peu sauvé la mise, c'est que j'ai fait du basket pendant des années, et notamment toute mon adolescence. Donc au moment des questionnements... et en fait j'étais la plus jeune de mon équipe. Je jouais avec des nanas qui avaient 3-4 ans de plus que moi, dont une bonne partie avait fait ce chemin avant moi. Et je suis tombée dans une équipe, disons qu'il y avait 50% de lesbiennes, 3 bi, et 2 hétéro-curieuses. Du coup j'ai eu beaucoup de chance en fait parce que pour moi ça n'a pas été

douloureux de me rendre compte ; avec un petit passage “je pense que je suis bi” qui a un peu duré, même si au fond je savais que c’était une question de temps avant de m’affirmer plus sur le spectre. Mais ça s’est plutôt passé comme ça. Et autant la prise de conscience a été très très tôt, autant le fait d’en parler, ça s’est ensuite étalé sur 10-15 ans avec les membres de ma famille.

(Pause)

Voilà pour moi.

Claire : Ok. Notre deuxième question, ça va être : est-ce qu’il y a des professionnels de santé, soit des médecins, soit d’autres, psycho, kinés, infirmiers, etc... qui ont pu vous aider à ce moment-là, au moment de la découverte plutôt ?

Elodie : Je pense qu’on va faire un peu dans le même ordre que tout à l’heure.

Moi personnellement, aucun ; plus dans le sens, je pense, où un : j’avais pas forcément envie d’en parler parce que, le dire à mes parents a pris beaucoup plus de temps. Et donc, à cette époque là, quand on prend rendez-vous chez le médecin, on sait pas trop si on peut le faire à notre nom, mais à un moment donné, j’avais la carte vitale de ma maman, enfin voilà y a des choses que je pouvais pas faire. Et je ne me sentais pas du tout la liberté d’en discuter avec un médecin. Du coup je répondais plutôt que j’étais célibataire, alors que j’avais des histoires avec des femmes, j’avais des questions mais... auxquelles j’ai trouvé les réponses autrement ! Après aujourd’hui c’est de plus en plus facile, mais c’est vrai que moi à cette époque c’était un peu plus compliqué d’avoir des réponses. Donc bah c’était un peu le flou artistique... et on faisait comme on pouvait. Et pareil moi j’étais dans un lycée catholique etc, mais j’avais par chance une membre de ma famille qui vivait avec une femme, donc c’était un premier point d’accès, mais c’était les débuts pour elle aussi : un coming-out tardif à 40 ans, voilà ! Donc on va dire qu’il y a eu entre guillemets cet appui là pendant longtemps mais les professionnels de santé, non, aucun. J’avais vraiment peur d’en parler je pense ! La peur du jugement, ou de... plein de choses.

Claire : Ouais, et, tu penses que si un médecin t’en avait parlé à ce moment-là, ou t’avait posé la question, t’aurais pu en parler ou c’était vraiment pas le moment pour toi ?

Elodie : Franchement je sais pas. Je pense que j’en aurais pas parlé dans le sens où, c’était important pour moi que mes parents soient au courant de “ce que je fais” ; je discute beaucoup avec ma maman notamment, et lui mentir sur la raison d’un rendez-vous par exemple c’était un peu compliqué. Du coup j’ai préféré juste éviter le sujet, alors qu’en fait des années plus tard elle était tout à fait au courant de ce qui se passait dans ma vie simplement les choses ont fait que, voilà.

Mais si le médecin me posait la question, comme tu dis, j’aurais dit que j’avais personne.

Claire : Hm, ok. (Pause)

Je ne sais pas les autres si...

Julie : Moi je vais pas trop m’étaler sur la question, c’est : NON. Pas trop pour les mêmes raisons je pense, c’est juste que j’avais besoin d’être au clair avec moi et peut-être, quand on a un médecin de famille, on a un peu peur que... à cet âge là on a un peu peur que le médecin le répète aux parents, et on connaît pas trop le principe du secret médical en fait. Et, du coup, je pense que c’est un peu ça, avant qu’on soit au clair, avant que mes parents soient au courant et, enfin en tout cas c’était la raison pour moi.

Claire : Ok.

Marine : Euh de mon côté, je crois pas avoir eu, enfin en avoir parlé avec quelqu’un de la santé ou autre. Mais encore une fois à l’époque j’étais étudiante dans le soin, donc j’étais entourée de “bébés

soignants”, mais ça ne compte pas (*sourire*), mais nan, sinon nan, j’ai pas eu l’occasion d’en parler vraiment, avec qui que ce soit du corps médical ou autre.

Claire : Ouais, et tu penses que tu aurais aimé qu’un médecin te pose la question à ce moment-là ? (Pause) Ou pas du tout ?

Marine : Euh... non, j’en avais pas spécialement besoin, j’en ai pas ressenti le besoin en tout cas. Voilà.

Claire : Ok, ça marche.

Laura : Alors moi pour répondre, la question ne m’a jamais été posée, je me suis longtemps demandé : si on me l’avait posé, si dans le corps médical on m’avait posé la question, ce que j’aurais fait, ce que j’aurais pu avoir comme attitude, au même titre que j’ai fait un coming-out hyper tardif avec mes parents, je me suis demandé : s’ils m’avaient demandé 15 ans avant quelle aurait été ma réaction. C’est difficile à dire. Je crois que selon quel médecin, selon qui en fait m’aurait posé la question, la réponse aurait pu être différente. Y a des jours où j’aurais aimé qu’on me pose la question en fait, et juste de pouvoir tout lâcher, plutôt que d’être en colère en permanence, et me sentir dans une situation hyper injuste ; enfin toute la fin de l’enfance, l’adolescence, ont été un peu... à être pas complètement dans les normes, enfin ce truc hyper dur à vivre à cet âge-là.

Le généraliste c’est le médecin de famille, donc j’aurais rien dit ; par crainte que mes parents l’apprennent, par un biais détourné. Ça aurait été hyper compliqué.

Donc le généraliste dans mon cas de figure, ça aurait été : NON clair et net, j’aurais menti, j’aurais rien dit, enfin j’aurais trouvé un truc.

Je sais pas, un autre médecin qui aurait potentiellement senti le truc, c’est pas impossible que je lâche l’info et que j’en parle. Mais c’est vrai que dans ce cas c’est difficile à faire à 20 ans, 15 ans après mais...

Juste, pour le contexte moi je suis née en 1990, du coup pour moi c’est plutôt les rendez-vous fin des années 90, début des années 2000, pour le contexte. Je ferme la parenthèse sur ma trentaine bien entamée.

(*rire général*)

Les autres : On en approche aussi, t’inquiète ! (*rires*)

Laura : Ah bah ça me rassure ! (*rire général*)

Marine : Bien entamée bien entamée, on n’a pas la même notion de bien entamée !

Laura : Oui “un peu” entamée, tout est relatif peut-être ; mais bon je crois que ça compte en fait, parce que sur ces questions là, à 5-6-7 ans près, les choses ont quand même pas mal changé, et les rapports que j’ai avec mes soignants maintenant sont plus exactement les mêmes par exemple.

Elodie : Mais avec les plus jeunes aussi, je pense qu’il y a une vraie différence d’approche.

Julie : Ouais. Ouais.

Elodie : Moi je sais que mon médecin s’intéressait plus au fait de est-ce que j’avais une sexualité hétéro entamée, plus pour parler de tout ce qui était contraception etc, sans imaginer que je pouvais avoir, justement, autre chose à dire ou des besoins dans le domaine de ma sexualité pour me protéger aussi.

Et après le fait qu'il y ait pas d'ouverture sur la question, juste de dire c'est normal d'être hétéro... C'est vrai que la question "est-ce que vous êtes homo ?" pour moi est vraiment hyper agressive de la part d'un médecin par exemple.

Je pense que c'est... l'ouverture de la question au moment où moi j'ai commencé à en parler avec mon médecin ; et je pense qu'aujourd'hui c'est plus simple pour les plus jeunes - enfin plus simple...

Laura : Et c'est possible de la poser...

Elodie : Il y a une plus grande ouverture parce qu'il y a une plus grande visibilité, et du coup je pense que ça aide un peu quand même ; parce que moi aussi j'habite pas dans une grande ville, et c'est vrai qu'il y a peu de représentations. Là y a peut-être 3 couples de lesbiennes dans tout mon village, et on se connaît quoi.

Laura : Ouais.

Elodie : Du coup bon voilà.

Laura : Et je pense néanmoins qu'il est possible de poser la question sans qu'elle soit frontale, et notamment, enfin si la porte d'entrée pour le médecin c'est la contraception par exemple, qui est le truc le plus classique j'imagine, le truc avec lequel on peut se sentir le plus à l'aise en tant que professionnel de santé, en fait y a plein de raisons qui font qu'une femme peut répondre qu'elle a pas de risque de tomber enceinte.

Mais comme ça rentre pas forcément dans le spectre, c'est un peu la manière dont je m'en sors maintenant, en disant :

- "alors il y a assez peu de risque",
- "vous avez pas de compagnon ?"
- "bah si si, mais a priori je vais pas tomber enceinte",

Et là y a un truc qui s'opère, jusqu'au jour où j'ai trouvé mon médecin actuel qui lui, a été extraordinaire dans sa réaction, mais y a un truc qui est pas dans... qui ne semble pas être dans le spectre des généralistes que j'ai vus pendant plusieurs années.

Julie : Ouais, je te rejoins assez là-dessus. Ma généraliste actuelle, je me rappelle plus la phrase qu'elle a utilisée, mais ça a été très très fin, sa manière de me poser des questions sur ma sexualité, et ça n'a pas été à moi de lui dire en fait.

Laura : Bah moi en l'occurrence j'ai du lui dire, puisque je venais de lui annoncer que je voulais plus qu'il me renouvelle la pilule, que j'ai prise pendant des années - ça aussi on peut en parler, sur ce qu'on est capables de faire pour faire croire à nos médecins que... bon celà dit j'ai aussi eu des relations avec des hommes pendant un certain temps, mais bon c'était pas vraiment ça l'objet, plus que de faire comme tout le monde. Et le jour où je lui ai dit après des années de renouvellement : "nan je ne la prends plus", assez naturellement, et de manière... enfin hyper... il a été hyper doux, enfin voilà :

- "est ce qu'il y a un projet ? Je ne vous demande pas de me répondre mais sachez que s'il y a un projet, on peut en discuter, on peut reprendre rendez-vous si vous voulez en parler. Si c'est trop tôt ça peut se faire plus tard".

Et comme il avait été hyper bien dans sa manière d'aborder les choses je lui ai dit :

- "bah voilà, en fait je risque pas de tomber enceinte"
- "d'accord",

Et il a pas posé de questions en fait, c'est son absence de curiosité qui m'a... et l'espèce de douceur avec laquelle il a fait ça qui m'a invitée, je lui ai dit :

- "bah voilà si je tombe enceinte avec ma compagne, effectivement je vous préviendrai"

Et il a été trop bien parce qu'il m'a dit :

- "d'accord, eh ben si ça arrive prévenez moi, on publiera des articles scientifiques".

(rires)

Et en fait, et ça n'a jamais été un sujet. Et moi je fais de la recherche de mon côté, on en parle souvent, et du coup je pense que c'était tout à fait à propos. Et depuis, j'ai déménagé, je suis plus dans sa ville, mais je ne vois que lui. Et je ne veux pas changer en fait.

(pause)

Claire : Je sais pas si vous avez d'autres expériences les autres, pareil, si parfois vous en avez finalement parlé avec un médecin, et du coup savoir exactement comment ça s'était passé, qui avait abordé le sujet, et comment vous vous étiez senties en fonction du comportement et de la réponse du médecin en face ?

Julie : Moi j'ai une expérience assez négative, pour le coup, avec une gynéco. C'était ma première consultation gynéco, donc j'avais 20 ans je pense, et du coup j'y vais, juste pour un check-up quoi !

J'étais un peu stressée, première consultation gynéco quoi, un peu en stress, on sait pas trop ce qu'il va se passer, et donc elle me dit :

- "est-ce que vous avez un partenaire ?"

- je dis : "oui"

- "est-ce que vous avez un moyen de contraception?"

- je dis : "non"

- elle me dit : "bah alors, vous faites comment ?" (*intonation dédaigneuse*)

- et je dis : "bah en fait, c'est une femme"

- et elle m'a dit : "bah pourquoi vous venez là alors?"

Et en fait c'était... je suis une femme, j'ai un vagin, j'ai le droit d'avoir un soin en fait. Et ça c'était assez violent, je ne suis plus jamais retournée la voir.

Et autant après mes consultations gynéco qui ont suivi par la suite, je vous avoue que j'étais un peu stressée quand même. Et j'y suis quand même retournée. Et j'ai eu d'autres expériences totalement saines. Le gynéco que j'ai vu après m'a juste demandé s'il pouvait m'examiner, si j'avais déjà eu des relations vaginales, pour savoir s'il pouvait m'examiner.

Donc voilà, ça c'est un peu intense comme question, sa réaction, et je pense que ça rejoint un peu, je pense, le manque d'information sur la vraie sexualité des lesbiennes.

Je pense que ça reflète un peu la société, de manière générale, c'est-à-dire que la sexualité des lesbiennes, c'est un flou artistique. Et que d'ailleurs tout le monde pose la question. A partir du moment où il y a des gens dans la rue qui savent qu'on est lesbiennes, ou en soirée :

- "et vous faites quoi du coup sexuellement ?"

Et ça prouve qu'il n'y a pas d'infos là-dessus, et du coup même si une gynéco peut me dire "bah qu'est-ce que vous foutez là?" ben en fait NON ! J'ai des rapports, j'ai besoin d'avoir des soins, et du coup ça revient aussi un peu à la question que vous avez posée au début par rapport à qu'est-ce que j'aurais aimé moi, quand je découvrais ma sexualité ? Eh ben ce serait qu'on m'informe BIEN sur les risques, parce qu'effectivement il y a des risques de transmission de maladies en étant lesbienne.

Et c'est pas parce qu'il y a pas de coït pénis-vagin qu'il n'y a pas de risque.

Et du coup moi j'ai un peu démarré ma sexualité en tant que lesbienne en mode "de toute façon je crains rien, youp-youp voilà quoi !" (rires)

Après j'ai été informée mais assez tard finalement et du coup j'aurais aimé avoir toutes ces infos assez tôt.

Elodie : Je suis d'accord avec toi, pour le coup, c'est vraiment la même chose ; on se disait que ça craignait rien parce qu'on n'a pas d'info, et par exemple moi je suis toujours pas allée voir de gynéco, de peur de recevoir ces questions-là, qui induisent que parce qu'on a des relations sexuelles avec des femmes, il n'y a par exemple jamais de pénétration. Moi je redoute vraiment ça, du coup c'est un truc que j'ai vraiment... repoussé complètement ! Et qui est quelque chose que mon médecin "repousse aussi" au final.

(pause)

Alors qu'elle est tout à fait au courant de ma sexualité.

Claire : Hmm. Toi ça s'était passé comment du coup quand tu en avais parlé avec ta médecin ?

Elodie : Moi ?

Claire : Oui

Elodie : Ben en fait moi c'est surtout suite au changement de médecin généraliste il y a 6 ans ; en fait c'est un médecin qui est beaucoup plus dans son temps je dirais, et qui a un peu "lu entre les lignes" ce qu'il se passait dans ma vie. C'est surtout que quand j'ai changé de généraliste je venais de me séparer et que c'était compliqué, et en fait c'est surtout que j'allais pas bien. Du coup, mes parents cherchant à comprendre, je suis allée voir un médecin. Et c'est là que les questions ont été abordées et que je lui avais dit que je sortais d'une relation longue avec une femme etc, et en fait c'est venu simplement, naturellement sans... enfin il n'y a pas eu de mouvement de recul je dirais ; j'avais un peu peur de ça mais en fait ça a été : "ok d'accord et du coup qu'est ce qu'on fait pour que t'ailles mieux ?" Et aujourd'hui c'est des questions courantes quand on se voit en consultation, c'est simplement de savoir où j'en suis dans ma vie, est-ce que je suis avec quelqu'un, est-ce que je suis pas avec quelqu'un, est-ce que j'ai des projets, est-ce que j'en ai pas ? C'est très naturel. Alors que le médecin que j'avais avant je ne me sentais pas du tout du tout à l'aise avec le fait d'aborder ces sujets... vraiment pas en confiance en fait.

Alors qu'aujourd'hui, il n'y a pas de tabou avec mon généraliste actuel, sur un million de sujets, pas que sur ma sexualité, de manière générale, elle s'intéresse à tout, et c'est une chance, parce qu'on a toutes dans nos entourages, des femmes que je connais et qui m'entourent qui sont dans la même situation que moi, il y en a peu qui ont la chance d'avoir une discussion aussi ouverte avec leur médecin.

Après moi, par exemple, c'est pas un médecin de famille ; dans le sens où on a quand même le choix dans mon village, on peut choisir quel médecin on veut, et ce n'est pas le médecin de mes grands-parents, de mes oncles et tantes. Ma petite sœur l'a et ma mère, donc j'ai jamais eu cette crainte par exemple de fuite, par exemple "ah j'ai vu votre fille l'autre jour". Ça n'a jamais été une crainte pour moi, en tout cas pas chez le médecin.

Claire : Ok, et Marine je sais pas si tu avais toi aussi des expériences avec des médecins ?

Marine : Euh, tututut, j'ai ma gynéco que j'ai encore gardée aujourd'hui. Du coup avant j'étais avec un gars pendant une relation longue, et du jour au lendemain lors d'un rendez-vous je lui ai dit :

- "bah la pilule c'est bon, j'arrête, j'en ai plus besoin."

Ça l'a un peu interloquée parce que j'assumais pas encore trop et j'osais pas lui dire de but en blanc : "bah voilà je suis lesbienne", et j'ai insinué en mode :

- "je risque pas de tomber enceinte là c'est bon"

et c'est elle qui a trouvé, qui a dit :

- "ah c'est que vous êtes avec une femme?"

- "oui oui"

- "bah, il n'y a pas de problème"

J'ai trouvé LA gynéco super cool, donc ça va, ça s'est bien passé, et au niveau d'autres médecins, je sais pas, vu que la plupart du temps dans la santé c'est pas trop abordé. Je ne sais pas, si j'y vais pour une prise de sang, on ne va pas me demander mon orientation, donc c'est vrai que, à part en gynéco ou autre, voilà, ça s'est plutôt bien passé.

Claire : Ok, et, est-ce que vous auriez des conseils à donner aux médecins, justement de choses très pratiques, de comment se comporter, quelles choses dire, et quelles choses ne pas dire, pour pouvoir aborder ce sujet en vous mettant à l'aise ?

Elodie : Je pense que c'est compliqué, en vrai c'est super dur comme sujet parce que, déjà comme on vit encore dans un monde où on est obligées de faire son coming-out, la question c'est de savoir est-ce que la personne elle est déjà prête à entendre ou pas. Et mine de rien, c'est encore quelque chose qui fait partie pour moi de l'intimité, vraiment forte, et en même temps, je pense qu'il y a parfois des amorces de discussion qui peuvent permettre cette ouverture là effectivement. Par exemple, la contraception, je trouve que c'est effectivement une bonne ouverture dans le sens où moi aussi, ça a beaucoup amené le sujet en disant que je ne souhaitais pas de contraception, pour plusieurs raisons, mais notamment parce que ça reste quand même une contraception. Comme je n'ai pas de possibilité de tomber enceinte, c'était évident pour moi de ne pas en prendre, plutôt que de dire, parfois je sais que ça peut arriver le truc de dire : "est-ce que vous êtes au courant des risques que vous pouvez prendre" etc ; et en fait je pense que c'est aussi une bonne ouverture de simplement poser la question : "est-ce qu'on en a besoin ou pas besoin", si on veut en discuter plus largement, je pense que c'est une bonne manière d'ouvrir le sujet.

Après je pense que pour la plupart des généralistes, l'idée c'est aussi de faire quand même un tour d'horizon de leurs patients, parce qu'il n'y pas que la partie physique, il y a aussi la partie psychologique, et des fois sur des questions toutes bêtes de savoir... est-ce qu'ils sont accompagnés dans la vie ; enfin pour moi c'est pas une question trop intrusive dans le sens où si on n'a pas envie de répondre on peut dire qu'on est seul, ou qu'on n'a pas envie d'en parler. Mais je trouve que c'est une bonne manière d'ouvrir le sujet de demander ; typiquement c'est bête mais pas me demander si je vis avec un homme, plutôt tout simplement, me demander si j'ai un partenaire, je pense que c'est... mais je trouve que c'est déjà hyper ouvert comme question.

Parce que 90% du temps les praticiens, moi, je vois récemment à l'hôpital j'ai eu un accident de moto, on m'a demandé si j'avais des risques d'être enceinte, je trouvais ça super euh... quand j'ai répondu non, il y avait quand même le doute possible par exemple, comme si c'était complètement fermé, comme si de par ma sexualité c'était pas possible, ou si on prend des médicaments des choses comme ça. Moi j'avais un peu mal vécu ça. Et de devoir presque à chaque fois dire : "non non mais je suis avec une femme donc il n'y a pas de chance en fait".

Et oui je pense, simplement l'ouverture de savoir si on a un partenaire ou est-ce qu'on en a pas ça amène aussi vers d'autres questions, d'autres suivis derrière. Je pense que c'est une bonne manière d'ouvrir le sujet. De manière frontale je trouve que c'est un peu compliqué parce que ça reste des tabous, suivant de là où on vient, de plein de choses ; donc je pense que poser une question sur un partenaire c'est plus ouvert que de demander ; par exemple on m'a demandé si j'avais un copain j'ai dit non, mais on ne m'a pas demandé plus.

Laura : Je rajouterais juste que peut-être qu'un médecin peut aussi émettre l'hypothèse que c'est pas un souhait en fait d'avoir un/une partenaire... en fait il y a aussi ça qui existe, et simplement... enfin d'ouvrir une porte.

Moi je pense que la clé c'est que ce sujet ne soit plus un sujet en fait ; et qu'il entre pleinement dans le champ de tout ce qui existe, de tout ce qui est possible. Et le jour où ce sera plus un sujet pour personne, y compris pour le corps médical, je pense que nécessairement ça deviendra UN élément parmi d'autres, puisque de toute façon C'EST un élément parmi d'autres ; effectivement quand je vais chez le généraliste et que j'ai la grippe, on s'en fout quoi.

Enfin il y a des tas de fois où le corps médical n'a pas besoin de savoir pour qu'on soit soignées de manière normale j'allais dire. (*Silence*) Ouais l'absence de sujet.

Après, il y a des trucs hyper pratico-pratiques que moi j'ai vus chez des médecins en me disant "ah c'est hyper bien joué". Parce que moi j'ai 30 ans, donc la question se pose plus, mais si je venais le voir aujourd'hui à 15 ans, de débarquer dans la salle d'attente et de voir mille fascicules, déjà de ne pas avoir des trucs qui datent de 2002, et d'avoir des trucs un peu à jour, qui disent que le médecin est un peu à jour.

C'est anecdotique mais ça joue vachement.

Et il y a des fascicules, des trucs qui existent, des représentations de clitoris en 3D, modélisés, posés sur le comptoir quand on débarque (*rire*). Je suis pas sûre que ça s'appelle un comptoir d'ailleurs... Les bars sont fermés depuis longtemps. (*rire*)

Il y a pleins de trucs qui ne sont pas de l'ordre... parce que j'imagine que pour un soignant c'est pas forcément simple non plus. Parce que vous vous exposez à la non-réponse, ou à un truc un peu rude parce que vous allez être le millième à poser une question, qu'on va juger hyper déplacée, et qu'au bout d'un moment c'est fatigant.

Mais je pense que oui considérer que ce n'est pas un sujet et qu'en fait... et faire confiance. Si on vous dit "non, je ne risque pas d'être enceinte"... c'est la double peine. Il y a aussi le fait qu'on soit des femmes et que du coup j'imagine qu'il y a plein de médecins qui ont toujours un peu un doute sur "ouais, est-ce qu'elles ont bien compris comment ça fonctionne tout ça, parce que bon, elles disent non, mais est-ce qu'elles savent ?"

Je pense qu'il y a une différence de traitement homme-femme là-dedans. C'est un peu cynique ce que je dis, mais... je pense pas être loin d'une certaine vérité.

Et oui, en fait, tous les trucs sur les IST et tout, je sais plus qui en parlait tout à l'heure, mais c'est hyper vrai. Moi j'ai découvert... il n'y a pas si longtemps, il y a quelque temps déjà, mais... pareil j'ai cru que j'étais tranquille et je disais à mes potes hétéro "ouais il y a au moins un avantage, j'en ai trouvé un seul mais bon, moi je crains rien". Et 10 ans après, je me suis dit "ah merde, en fait j'ai fait des conneries"... La non-connaissance, la méconnaissance, le fait de considérer que les lesbiennes n'ont pas de sexualité, ça c'est... SI en fait, évidemment, une sexualité dans laquelle on prend des risques... qui ne sont pas les mêmes, mais dont on doit discuter... dont les conséquences méritent d'être connues, je pense.

Et pour ça, je pense à des ados, fin d'ado, début de vingtaine, enfin peu importe d'ailleurs ça peut être à 50 ans sur le tard, des révélations tardives, et ça arrive... juste de, par les choix qui sont faits de ce qu'on affiche dans les salles d'attente, de ce qu'on laisse à disposition de ses patients... il y a plein de trucs comme ça qui peuvent d'emblée créer un contexte qui va permettre la discussion.

Et je pense que c'est valable sur plein de sujets, mais sur la question de la sexualité, ça doit pouvoir passer par là, pour que vous médecins ça vous mette aussi dans une situation où si la question vient... a priori on n'est pas complètement surpris quoi.

Julie : Je pense que... Comme l'une d'entre vous disait, je pense que ça a besoin d'être un non-sujet... à moins que ça ait un impact dans la médecine que vous pratiquez en fait.

Et je pense qu'il y a un aspect principal, c'est le fait que le patient se sente en confiance. Moi je vois, avec ma généraliste actuelle, elle est hyper douce. Des fois il y a des généralistes, on sent bien qu'ils sont entre deux rendez-vous, ils sont à la bourre. Et de toute façon ils sont là : "de quoi avez-vous besoin aujourd'hui?". Du coup c'est pas forcément avec 10 minutes à l'arrache... évidemment il faut prendre un peu de temps. Et voilà elle est hyper douce, elle m'a directement mise en confiance, même sur complètement d'autres sujets. Et je me suis aussi sentie à l'aise parce qu'il y avait ce climat de confiance générale. Donc ça je pense que c'est un premier aspect.

Et après, le deuxième aspect c'est... en fait ça peut être un petit peu violent pour quelqu'un qui n'est pas forcément prêt ; parce que je pense qu'il faut se rappeler que c'est des fois des processus qui sont longs, et en fait même nous on n'est pas trop sûres... ça prend du temps en fait d'être sûre et d'avoir peut-être déjà fait un petit peu ses expériences... enfin d'avoir ressenti des choses, je pense que c'est long et que ça peut prendre des années.

Et je pense que si quelqu'un pose une question de but en blanc, comme ça, à cette époque-là, je pense que ça peut complètement bloquer certaines personnes. Du coup je pense qu'en tant que médecin, aussi avoir un peu, peut-être la patience, et en fait se dire que quand la personne sera prête, elle sera prête.

Et tant qu'il n'y a pas un besoin clair et net, en terme de sécurité de la personne, éviter de poser la question de but en blanc.

Et aussi, comme certaines vous le disaient, je pense qu'un des sujets d'entrée peut être soit la contraception, soit la sexualité. Et je crois que je suis en train de me rappeler de comment elle m'a posé la question, ma généraliste. On faisait le check-up du premier rendez-vous ; et elle me demandait à quand remontait le dernier test IST, et après c'est parti sur le sujet.

Donc je pense que, voilà, pour revenir... Il y a 3 sujets principaux :

- la confiance générale,
- ne pas trop brusquer, et ne pas trop rentrer de but en blanc,
- et après essayer de trouver un moyen d'entrer sur le sujet, si besoin médical.

(pause)

Claire : Je sais pas si Marine tu as des idées, des choses à rajouter, ou un point de vue différent ?

Marine : Euh... bah c'est vrai que je suis d'accord que si ça n'a pas lieu d'être dans la consultation, dans le contexte, on s'en fout... à moins que ce soit de la curiosité mal placée. Mais on n'a pas besoin de tout le temps savoir si il y a compagnon/compagne. Je trouve ça assez désagréable parce que la plupart du temps on nous demande de but en blanc... pour pas perdre de temps certainement, mais en mode : "vous avez un copain?"... ou à la limite dire : "vous avez quelqu'un ou pas ?" s'ils ont vraiment envie de savoir.

De base, t'es une nana donc tu es casée avec un gars... NON. Enfin chaque fois, moi ça me bloque un peu (*rire gêné*) quand on me le demande comme ça.

Après c'est vrai que, juste pour revenir, c'est peut-être pas le sujet là tout de suite, mais pour revenir tout à l'heure sur notamment les gynécos, qui ne conçoivent pas - j'espère que ça change, peut-être un peu trop doucement... - qui ne conçoivent pas pourquoi on vient les voir si on a des rapports lesbiens bah... (*rire*) on vient voir un professionnel de santé, pour justement être rassurée, faire des examens tout ça ; on va pas lui dire ce qu'il faut faire en plus ! Donc c'est vrai que c'est un peu "bah c'est ton boulot", je sais pas, je peux avoir des IST. Voilà, ce genre de chose, moi ça me... je n'ai pas eu affaire à ça, mais c'est vrai que d'entendre, c'est un peu énervant.

Voilà, pas toujours besoin de poser la question, si ce n'est pas nécessaire.

Après pareil, j'ai eu un accident aussi de moto, et on m'a demandé :

- “Vous êtes sûre, vous n’êtes pas enceinte ?”
- “Mais oui, je me suis pas cogné la tête, (*rire*), c’est bon, jusque là ça va.”
Et ils m’ont quand même fait le test dans la prise de sang donc... ça aussi c’est un peu rageant.

Elodie : Moi aussi !

Marine :

- “Je vous ai dit non !” Donc le raccourci... on pose la question, mais à la limite pourquoi l’avoir posée si c’est pour ensuite tester.

- “Vous risquez pas d’être enceinte ?”

- “Non.”

- “Vous prenez la pilule ?”

- “Non.”

Le pire c’est que ce n’est même pas une question, “est-ce que vous prenez la pilule ?” la patiente dit “non”, bah c’est bon, il y a limite 100% de chance pour elle d’être enceinte... (*silence*) non les raccourcis comme ça là, c’est vrai que c’est un petit peu rageant.

Laura : C’est parce qu’on ne sait pas comment ça fonctionne... (*ton ironique*)

Marine : Oui, mais ça c’est vrai que...

(*rire*)

Elodie : On leur dira un jour, si entre deux femmes ça marche, vous nous donnerez la recette ? (*rire*)

Laura : Ouais ouais. J’informerai mon généraliste, parce qu’il pourra publier du coup...

Elodie : Ah ouais ouais, moi ça m’intéresse. (*rire*)

Laura : Moi si je peux rebondir, ce que je note, ce que je ressens un peu, en lisant un peu entre les lignes ; c’est que quand même il y a un peu quelque chose de l’ordre de la chance, de ne pas être mal tombée... (*acquiescement général*) chez un médecin ou au contraire une espèce de fatalité. Moi je suis tombée sur une gynéco horrible, et je me regardais quand, je ne sais plus qui disait ça mais, en train d’acquiescer, ben oui, on apprend rien évidemment. On choisit même nos professionnels de santé en fonction...

Enfin moi c’est ce que je fais, quand je suis pas dans une stratégie d’évitement complète... Je n’y vais pas, et de toute façon si c’est pour qu’il soit moins informé que moi... ben je vais voir un médecin, je vais le voir en tant que spécialiste, je n’y vais pas pour lui dire quels sont les risques que j’encours. Quand je vais voir un ORL, je lui explique pas comment ça fonctionne, bon ben c’est pareil en fait. Et j’ai pas envie d’être dans cette position là, et du coup j’évite au maximum... Je suis suivie chez les médecins pour tout, sauf des gynécos. Mon généraliste fait aussi un peu de suivi, ce qui permet de ne pas faire totalement n’importe quoi. Mais de peur... enfin voilà moi je me dis que j’ai eu de la chance jusque là je ne suis pas tombée sur une sale situation, mais comme je n’ai pas envie d’y être confrontée, je choisis aussi les médecins en fonction de ce que je vais pouvoir trouver en ligne, sur certains réseaux qui les identifie, enfin dans lesquels on identifie les médecins plus ou moins *safe* en fonction des questions qu’on se pose. On devrait pas avoir à faire ça en fait. Ça ne devrait pas exister. Si ça existe, on peut le déplorer, il faut se demander pourquoi est-ce que c’est nécessaire.

Et moi je trouve insupportable ce truc de... ce raccourci-là... alors après je me dis que s’il y a tant de médecins qui considèrent qu’entre femmes on n’a pas de sexualité, qu’on risque rien, il y a probablement un petit souci dans la formation, et auquel cas le problème il est pas individuel mais

collectif du côté de ce qu'on vous enseigne, et auquel cas c'est pas vous mais c'est l'institution à laquelle il faut s'adresser.

Voilà, ça c'est des pistes, mais s'il y avait des médecins qui voulaient s'emparer du sujet, et peut-être que c'est déjà le cas mais ce serait hyper bien, plutôt que de s'interroger individuellement.

Parce que là ce qu'on voit aussi c'est qu'on est dans des stratégies, ou d'évitement, ou de "ah trop bien, moi je suis bien tombée, je file le numéro à toutes mes potes" euh... en fait on devrait pouvoir y aller quoi qu'il arrive.

C'est valable pour nous, mais c'est valable sur plein d'autres sujets hein. De manière générale, on devrait pouvoir aller voir un médecin sans flipper ! C'est plutôt ça le truc.

Enfin bref, ce que j'entends c'est le truc de : "j'ai de la chance je ne suis pas mal tombée", et ça... ça a le don de me faire perdre un peu mon calme.

(rire général)

Elodie : Je suis d'accord avec toi ! Enfin pour moi le gynéco, c'est que des copines qui sont lesbiennes et qui m'ont dit "lui il est ok sur le sujet", "lui il est ouvert, il n'y a pas de souci". Parce qu'à un moment donné ben voilà, aussi s'il y a des volontés plus tard sur la famille des choses comme ça, si on n'a pas de réponses à nos questions c'est pas intéressant ; et je sais que c'est triste mais je suis bien d'accord avec toi ; dans mon entourage c'est que du bouche à oreille, de dire "celui là c'est bon" et "celui là c'est une catastrophe".

Laura : Ouais. Faut se refiler des noms sous le manteau, c'est le marché noir des professionnels de santé...

Julie : Il y a aussi un site internet qui répertorie les médecins LGBT-friendly. Il n'est pas assez fourni à mon sens, parce que sur des grandes villes on en trouve une dizaine, donc je suis sûre que Elodie dans ta campagne, il n'y en a sûrement pas *(rires)*.

Notamment ils répertorient aussi tous les spécialistes pour les trans. Donc ça existe, mais effectivement, comme dit Laura, le fait de voir que la liste est tellement minime, notamment pour les gynécos, en fait ça fait peur.

Laura : Ouais c'est flippant.

Claire : C'est vrai que c'est difficile. Dans ce que vous dites, y a effectivement, comme Marine disait, ce truc de nous si on pose trop la question, que ce soit interprété comme une curiosité mal placée, et en même temps Elodie tu disais aussi c'est intéressant de pouvoir avoir une prise en charge globale et de connaître son patient, en tout cas quand on est amené à le suivre. Et ça c'est vraiment, j'ai l'impression, un équilibre qui est hyper difficile à trouver, entre une posture où on est beaucoup trop intrusif, et une posture où on n'est pas non plus dans l'intimité du patient parce que qu'on n'a pas osé le questionner sur sa vie et tout ça.

Elodie : Après, moi dans mon cas, c'est simplement que je vais chez mon médecin une fois tous les 3 à 5 ans, à peu près, du coup quand on se voit, c'est presque comme une première consultation. Du coup je pense que c'est pour ça que le point s'applique un peu plus pour moi, dans le sens où c'est juste bah notamment si j'ai changé de partenaire, euh, elle sait qu'aujourd'hui j'aime les femmes, mais elle est pas non plus fermée à la question, on sait pas, voilà, ce que la vie nous réserve, je pourrais très bien rencontrer un partenaire masculin. Et du coup ça amène des questions peut-être un peu différentes, et une discussion différente, et d'ailleurs c'est dans ce sens là qu'elle pose la question. Après elle a jamais été dans un truc de savoir depuis quand, qui c'était, etc... c'est simplement : est-ce que j'ai un partenaire

? oui / non, j'en ai pas, ok, point, next ; est-ce que sinon dans ma vie je vais bien, voilà ; est-ce que j'ai un travail, est-ce que j'ai... Enfin c'est une question dans une trentaine de questions ce qui fait qu'effectivement je trouve pas ça intrusif ; après si elle m'avait demandé clairement... ouais on se connaît mieux maintenant donc elle ose me demander si je partage ma vie avec une femme parce que voilà elle sait que je suis à l'aise avec la question, mais c'est plus comme un entretien, presque comme la première fois qu'on voit un médecin. C'est pour ça que moi je l'ai abordé comme ça. Mais après si je la voyais plus régulièrement, ça me dérangerait un peu qu'elle pose tout le temps la question.

Claire : Et pareil du coup j'ai une autre question. Comment vous réagiriez et qu'est-ce que vous penseriez, si vous étiez amenées à rencontrer un nouveau médecin généraliste, et qu'en même temps que les questions qu'il pose - les antécédents, les traitements, est-ce que vous êtes allergique - il vous demande est-ce que vous êtes avec un homme ou avec une femme ? Ou est-ce que vous avez des rapports avec des hommes ou avec des femmes ? Comment vous réagiriez si on vous posait la question comme ça de manière un peu "ouverte", mais dans un questionnaire d'une première consultation ?

Elodie : Moi je trouve ça bien d'avoir plutôt une question du type "est-ce que vous avez un ou des partenaires récents" déjà dans le sens où c'est plus là pour le coup une question de santé. Parce que "homme/femme" je trouve ça un petit peu fermé, mais, alors plutôt "un ou des partenaires", comme quand on va faire une prise de sang. Parce que je trouve que ça induit des problématiques de santé, pas simplement de vie globale.

Moi ça me semblerait moins intrusif dans le sens où je peux décider si j'ai envie de dire non, sans préciser déjà un ou des, femmes, hommes, et plus.

Sur une ligne de questions, pour moi, me demander si j'ai un ou des partenaires, si j'ai une sexualité du moins, si oui, est-ce que j'ai un ou des partenaires, c'est la même question que me demander si je fume. Parce que si j'ai envie de dire non alors que je fume par exemple, je peux dire non.

Moi je le vois comme ça.

Ca me dérangerait moins qu'on me demande : est-ce que j'ai une sexualité ; parce qu'il y a aussi des gens qui n'ont pas de sexualité, ils ont le droit et c'est très bien ; et du coup est-ce qu'on a une sexualité, oui ou non, et après est-ce qu'on a des partenaires récents, réguliers, etc ; pour moi là ça reste de l'ordre du médical. Il n'y a pas besoin de savoir si c'est des hommes ou des femmes ; dans l'absolu si la personne veut préciser, ça nous laisse, nous patients, je trouve, l'opportunité de préciser si on a envie ; ou alors de ne pas préciser et juste répondre oui / non, parce qu'après il y a une question de santé derrière. Voilà. Je trouve qu'une question ouverte comme ça, moi ça ne me semble pas intrusif. Mieux que de demander est-ce que j'ai une femme un homme?

Julie : Ouais.

Je pense que la bonne question ça peut être "est-ce que vous avez une sexualité active?" Pour commencer.

Elodie : Oui voilà.

(Laura acquiesce)

Julie : Parce qu'on peut très bien avoir une sexualité, sans forcément avoir couché avec quelqu'un dans les 6 derniers mois.

Elodie : Oui c'était ça la première : est-ce que vous avez une sexualité ? Oui / non, et après un ou des partenaires ?

Laura : Sur la question des partenaires, ce que tu disais Elodie, j'aurais jamais pensé à ça, mais ça me fait réaliser que ça peut être une question complètement ouverte : "est-ce que vous avez une sexualité active?", "non" : bon à la limite, le sujet est clos, en tout cas pour cette consultation ; mais "oui", ok bah "est-ce que vous voulez m'en dire plus sur votre ou vos partenaires ?" et là en fait c'est complètement ouvert et ça tient qu'à nous de... Si on me pose cette question là je me dis ok c'est qu'en fait le médecin est prêt à entendre toutes les réponses. Y compris qu'il y en a 15 en même temps. Et qu'il ne va pas sourciller, et que ça ne va pas poser de problème ; je sais pas, ça induirait chez moi l'idée que je peux répondre assez sereinement, quelque soit la réponse.

Elodie : Ouais c'est ça.

C'est la question que moi j'aurais aimé qu'on me pose toute ma vie. (*rires*)

Claire : Marine, je sais pas ce que t'en penses toi ?

Marine : Si si je rejoins. C'est plutôt que : homme ou femme, on peut être avec les 2, enfin... limite encore, c'est un petit peu mieux, mais c'est pas encore assez inclusif à fond, surtout en ce moment.

Claire : Ouais, mais du coup, avec une formulation inclusive, le fait de poser la question dans un questionnaire avec plein de questions, ça vous semblerait ok ?

Général : Oui, oui.

Elodie : Oui je serais vue comme un patient avec un médecin, et pas comme une femme lesbienne qui serait interrogée par un praticien qu'elle connaît pas trop.

De manière très caricaturale, je pense que c'est des questions qu'on pourrait poser à n'importe qui. A un homme, une femme, un trans, quelqu'un qui ne se définit pas. Après là, on est dans de la médecine pure, où il y a juste besoin de savoir s'il y a des risques ou non, pour qu'on soit en bonne santé. Pour moi, c'est une vraie question très ouverte.

Laura : Et puis cette question-là, au milieu des antécédents, elle ne viendrait pas du tout comme un cheveu sur la soupe. Mais au contraire, elle ferait partie de tout ce qu'il y a à savoir : vous faites du sport, vous fumez, vous êtes allergique... enfin tous les trucs auxquels on s'attend quand on voit un médecin pour la première fois, ou quand on le voit pas régulièrement... moi je le vois tous les 6 mois, donc il ne me refait plus le truc complet, mais juste il me demande s'il y a eu des changements significatifs... voilà, il tient qu'à moi, si je n'ai pas découvert d'allergies entre temps, ou qu'il ne s'est pas passé de trucs... voilà.

Mais effectivement, si la question venait seule, je serais un peu surprise, mais au milieu du reste. En fait je pense qu'il faut que les médecins soient dans une posture dans laquelle ils doivent être prêts à entendre toutes les réponses, et je pense que des réponses il peut y en avoir des milliers. Et du coup, il faut vous attendre à entendre des trucs hyper étranges auxquels vous n'auriez pas du tout pensé... et à rester suffisamment stoïque, pour pas que la personne derrière...

Et du coup, trouver une formulation qui permette à l'ensemble des patients de pouvoir répondre ou pas, et de sentir que c'est possible de dire "non je n'ai pas spécialement envie de détailler", mais sans que ça heurte personne.

Elodie : La confiance, ça se fera avec la confiance aussi.

Laura : Ouais ouais, complètement.

(*pause*)

Elodie : Parce que la peur d'être jugée, pour moi elle est encore présente. Même face à un praticien, n'importe quel médecin.

Julie : Ouais. Je te rejoins là-dessus, j'étais en train de réfléchir à chaque fois que j'ai dû faire mon coming-out à un praticien. En fait, j'ai toujours ce petit "haut-le-cœur", (*acquiescement général*) vous savez ce fameux petit haut-le-cœur, à chaque fois qu'on fait son premier coming-out à quelqu'un.

Les autres : Oui (*rire*)

Julie : Je ne devrais pas l'avoir avec un praticien en santé. Je ne devrais pas flipper, d'une certaine manière, de sa réaction.

Elodie : Clairement oui.

Laura : Le fameux là, qui... (*en mimant la main sur la gorge*)

Julie : Oui c'est ça !

Elodie : C'est bon c'est dit, allez on verra bien ! (*rire*)

(*pause*)

Claire : Et pour en revenir un peu au sujet des IST, du coup vous êtes plusieurs à avoir dit tout à l'heure qu'effectivement l'information était difficile à trouver, et que longtemps vous avez même cru qu'il n'y avait pas de risques... Dans les suites, comment est-ce que vous avez trouvé des réponses ? Où est-ce que vous avez trouvé des réponses ? Est-ce que déjà vous avez trouvé des réponses fiables, à tous ces sujets là, de la transmission des IST entre femmes ? Et est-ce qu'il y a des professionnels de santé et des médecins qui ont participé aux réponses ? Ou pas ?

Elodie : Pour ma part, ça s'est construit tout seul. C'est-à-dire notamment grâce aux réseaux sociaux, moi je sais qu'Instagram a beaucoup joué là-dessus parce qu'il y a énormément de comptes qui font référence à des études, à des sites, des plannings ou des choses comme ça, enfin où on peut trouver les réponses.

Aussi sympathique soit mon médecin, c'est quelque chose qu'on n'a jamais jamais abordé. Elle, à partir du moment où voilà, où elle a su que j'avais des rapports avec des femmes, ça n'a jamais été abordé, ça a été un non-sujet entre nous. Alors j'ai pas posé de questions, mais elle n'a pas du tout induit... ne serait-ce que : "est-ce que j'ai besoin d'informations ?" Donc sans dire "voilà il faut se protéger, etc", simplement : "est-ce que t'as besoin d'informations ou pas ?". Je pense qu'elle n'est pas très calée sur le sujet.

Claire : Et c'est pour ça que toi tu ne lui as pas posé la question tu penses ?

Elodie : C'est plus moi qui des fois lui parle de trucs, en me disant que ça peut servir à d'autres, parce qu'elle est par contre très ouverte là-dessus. Mais moi ça a été une construction personnelle, et pour le coup j'ai des amies et c'est passé par des moyens détournés.

J'ai notamment deux de mes amies très proches, qui sont hétérosexuelles, mais qui ont une ouverture d'esprit extrêmement grande. Et qui, quand parfois moi j'avais besoin de réponses, elles posaient les

questions pour moi à leurs praticiens. Alors c'est triste d'en arriver là, mais j'ai eu des réponses comme ça. Mais ce n'est pas normal.

Parce que j'ai beau en parler très librement autour de moi aujourd'hui, à l'époque, avec mes amies c'était plus de l'inconnu, donc c'est compliqué. Je pense que j'ai eu des VRAIES réponses quand je devais avoir peut-être 23 ou 24 ans, donc c'est très récent.

Il s'est quand même écoulé presque 10 ans entre la découverte de ma sexualité, et les réponses à mes questions... et encore aujourd'hui, à 27 ans, j'ai encore des questions que je n'ai pas abordées avec mon médecin, jamais.

Claire : Ok.

Elodie : Pour moi c'était un peu... c'était un peu compliqué... comme si c'était un non-sujet pour un médecin, presque. (*rire*)

Claire : Ouais, et t'aimerais bien que ton médecin, elle puisse t'en parler et t'apporter des réponses ?

Elodie : Ben en fait, c'est plus... je vois ma petite sœur par exemple, c'est un sujet que le médecin a abordé avec elle de manière globale aujourd'hui, comme si c'était un peu plus évident d'en discuter avec des jeunes.

Mais nous c'est une discussion qu'on n'a jamais eue. Et en fait j'aurais aimé avoir juste un peu un terrain, en disant... ben voilà sur la question générale de nos vies : le fait de savoir si j'avais un partenaire, au moment où la question s'est posée c'était le cas, ça a été : "ok", on passe à la question suivante. Et il y avait même pas de : "est-ce que t'as besoin de discuter de contraception ou pas, de tout ce qui pourrait en découler ou pas ?"

Même si j'aurais répondu non, la question n'a pas été posée.

Et moi je n'ai pas osé demander... parce que je ne me suis pas sentie à l'aise de dire : "et au fait, est-ce qu'en me faisant pénétrer par autre chose qu'un pénis, il peut m'arriver des choses ?" ; c'est super dur à dire, et c'est le genre de phrases qui sont hyper difficiles à prononcer, parce que j'ai tellement peur d'être jugée... de ne pas me sentir normale, etc... à cette époque-là, c'était compliqué.

Et encore aujourd'hui, je sais qu'il va falloir à un moment donné que j'aille voir un gynéco, je sais que ça va être difficile. Alors que c'est quelque chose que je vis très bien dans ma vie de tous les jours, mais il y a toujours cette petite peur : et si il me regarde en se disant : "ah tiens, en v'là encore une !"

Pour moi à 16 ans, à l'école, c'était même pas un sujet abordé. On mettait des capotes sur une banane, et l'homosexualité ça n'existait pas, c'était puni par Jésus... Voilà dans quoi j'ai grandi. Bon. Ça n'aide pas. (*rire*) Ça n'aide pas.

Et puis mes parents, démunis face à ce sujet-là, en manque d'information aussi... du coup pas vraiment de réponses quoi. Ça a été un non-sujet pour mon médecin, vraiment.

Je pense que si je ne lui pose pas la question, elle n'apportera pas d'incitation à la réponse on va dire. (*rire*)

Julie : Pour ma part, c'était un peu pareil, j'ai aussi la trentaine, donc c'est pareil, il n'y avait pas du tout les réseaux autant, quand j'étais jeune. Donc c'est vrai que les informations sur les IST, je les avais parce que je m'imaginai quand même qu'il devait y avoir un petit peu de risque. Et du coup, j'évitais certaines pratiques avec des nouvelles partenaires, plutôt que de vraiment me protéger. Du coup, c'était un peu à l'instinct je dirais...

Ouais c'était juste un peu à l'instinct, mais après bon ben des fois c'est sûr que... il y a de l'alcool, des soirées, voilà ça n'aide pas forcément...

Et j'ai aussi une impression de ne pas avoir créé les bases de ma sexualité sur... créé ma sexualité sur des bases saines, parce que je pense que de la même manière qu'un mec qui n'a jamais appris à mettre une capote, ben il n'aura pas du tout l'habitude de la mettre plus tard ; ben moi je n'ai jamais vraiment appris à me protéger, et du coup ça me fait chier aujourd'hui.

Et aussi... très peu d'information, et ouais moi quand j'ai découvert un peu ce qu'il y avait comme possibilités, j'étais... dans la fin de ma vingtaine, donc évidemment, il n'y a pas une habitude qui s'est créée.

Et aussi, on va se le dire entre nous... (*rire*), les possibilités, elles sont quand même vachement limitées ! Ce qu'on nous vend c'est une digue dentaire ! Déjà ça s'appelle une digue dentaire, c'est un morceau de plastique comme ça d'épais (*montre quelques centimètres avec ses doigts*), je veux dire... enfin... c'est pas pratique du tout, il faut le tenir, en fait, ça a été étudié pour les dentistes ; ça n'a pas été étudié pour nous, comme une capote aurait pu être étudiée pour un pénis.

Et du coup, on revient encore au sujet de la non-sexualité des lesbiennes, et qu'en fait il y a un besoin qui est là, auquel les techniques de protections actuelles ne répondent pas.

Elodie : On peut parler du préservatif féminin aussi ? Qui est juste introuvable, inconfortable, quasiment impossible à mettre et qui une fois sur deux finit par se perdre... Et ça coûte une fortune ! Dans les distributeurs, il n'y en a pas, à la pharmacie il faut presque les commander, enfin c'est terrible quoi !

Laura : Mais ça, c'est tout le paradoxe, et je te rejoins complètement Julie, je me suis dis, si on ne l'évoque pas, je vais mettre les pieds dans le plat (*rire*).

Mais c'est le paradoxe du truc, c'est qu'on demande à ce que notre sexualité soit prise en compte, et qu'on la considère comme telle. Et donc, ça passe par de la communication, de la prévention, etc, et de la mise à disposition de l'état des connaissances actuelles de la science. Or, ce qu'on est en train de vous demander de faire passer comme message et de communiquer, c'est juste que ça ne devrait même pas exister. Enfin, on ne devrait plus du tout en être là en 2021, c'est pas possible ! Et c'est bien là tout le paradoxe du truc, c'est que... je vous souhaite bon courage pour arriver à faire de la communication sur ces trucs infâmes ; et la technique de l'autruche, enfin après on en fait ce qu'on veut à titre personnel. J'ai longtemps déploré de ne pas savoir ; le jour où j'ai su et où j'ai compris, je me suis dit : "bon de toute façon, ça fait 10 ans que c'est comme ça, un peu plus un peu moins..." (*rire général*)

Je vais faire ma balance bénéfice-risque personnelle, je vais poser la question à ma partenaire, et puis ON va faire notre balance bénéfice-risque, et on verra bien ce qu'il en ressort. Il en ressort toujours la même chose.

Mais oui, en fait, ça n'a pas du tout été conçu ni pensé... mais le cœur du problème c'est de ne pas considérer que les femmes qui ont des rapports avec les femmes ont VRAIMENT des rapports avec des femmes.

Donc ça va être un jeu d'équilibriste, si vous voulez communiquer auprès de votre patientèle sur ces sujets-là, il faut être capable de leur faire savoir, tout en leur disant : "bon, bah pour l'instant on n'a rien de mieux à vous proposer, mais sachez que vous prenez peu de risques, mais vous en prenez, ça existe. Mais pour l'instant, je suis désolée de vous dire qu'on n'a que ça à vous proposer. Mais ça existe, c'est mieux que rien, si vous voulez aller militer pour qu'il y ait beaucoup mieux, faites-le". Mais bon, cela dit j'ai peur que vous sortiez de votre rôle...

Mais il faut arriver à parler des risques ET des solutions pour les limiter, tout en ayant conscience que les solutions elles ne sont pas du tout, du tout adaptées, et convenables, et tout ce qu'on veut. Il faut

aussi que vous ayez ça, en tant que médecin, à l'esprit : ce que vous allez proposer en termes de protection et de limites... personne n'en veut.

Et moi, de la même manière, vers 30 ans, ça a été ça aussi. J'ai eu 10 ans de sexualité où je ne savais pas trop.

Et du jour où j'ai compris... moi ça a été Instagram aussi beaucoup, Facebook un peu avant, parce que comme je suis vieille, j'ai commencé par Facebook. *(rire général)*

Sur des groupes sur lesquels il y avait un peu de communication sur ces sujets, mais c'était vachement moins démocratisé que maintenant. Donc moi, ma source d'infos, c'est Insta. Et si j'ai un doute sur ce qu'on me dit, je vais aller croiser 2-3 sources en ligne, si la source ne me convient pas, ou si elle n'apparaît pas, par réflexe...

Mais oui, globalement je m'informe comme ça. Par des gens dont ce n'est pas le métier souvent. Mais qui sont en capacité de faire intervenir des gens dont c'est le métier, qui ont tous le réflexe de la démarche scientifique, qui sont des pédagogues, et qui transmettent ces trucs-là. Mais c'est assez dingue de se dire qu'Instagram vient pallier les problèmes de l'éducation nationale. Parce qu'il y a de ça aussi. Le capote-banane, moi c'était capote-balais dans mon collège, ça fout pas du tout la pression vu la taille du manche à balai *(rire général)*, pas du tout inquiétant.

Et le reste n'existait pas en fait.

Donc pour répondre à la question initiale : Instagram. Et en matière de prévention faire savoir qu'il y a des risques, et qu'il y a aussi des moyens pour lutter contre ces risques ; mais que ces moyens, quand on est une femme lesbienne, sont vraiment insatisfaisants.

Elodie : Si Marine est d'accord avec nous, ça fait 4 sur 4 quand même *(rire général)*. C'est pas bon pour les statistiques ! *(rire)*

Marine : En plus, de mon côté ça a été assez chaud. Parce que, de ma relation, au début, un peu chaotique avec un gars, ce gentil monsieur m'a refilé une IST, à savoir un papillomavirus bien agressif ; que j'ai traité tant bien que mal, malgré le vaccin et tout le patin-couffin. Mais avec le recul un peu, sur le moment, à partir du moment où je suis passée à être avec des femmes, et ben... zéro information.

En mode : ok... mais du coup je risque de le transmettre ? En fonction des pratiques, je peux le refiler à quelqu'un ? Ça : zéro, zéro, rien. *(Laura fait zéro avec les doigts)*

Alors, j'ai demandé à la gynéco qui m'avait détecté le bordel d'ailleurs, elle m'a dit "non, non ça craint pas" ; oui... enfin ça dépend ce que tu fais je pense !

Après, je suis quand même toujours suivie, même s'il n'y a plus rien. Mais c'est vrai que ça rajoute un poids un peu stressant... ce basculement du côté... pas du côté obscur mais du côté des nanas *(rire)*, au final ça a des risques, et j'ai zéro information.

Et limite, en vie perso, je suis pas trop allée regarder sur les réseaux sociaux, mais merci les études de santé ! C'est limite pendant les cours sur les IST et les MST que j'ai appris qu'il y avait des digues dentaires, je ne savais même pas que ça existait, j'en ai jamais vu une de ma vie d'ailleurs *(rire)*, je ne sais pas comment on s'en sert - au final, je crois que je rate pas grand-chose... Mais si on n'est pas dans le milieu, c'est le flou artistique. Et même si on demande, je lui ai à peine demandé à ma gynéco c'était un peu "Oh non, ça risque rien !" Ouais... *(ton non convaincu)* sauf que bon, quand on voit que c'est quand même hyper chaud à traiter ce petit papilloma là...

Claire : T'étais pas très convaincue de... de ce qu'elle t'a dit quoi.

Marine : Oui, parce qu'au final, je pense pas que c'était qu'elle n'osait pas en parler, je pense qu'elle devait peut-être pas trop se rendre compte... je sais pas. Mais c'est vrai que j'ai manqué pas mal d'infos à ce moment-là.

Laura : Quand tu es déjà dans une angoisse personnelle, et qu'en plus tu stresses à l'idée éventuellement de refiler le truc...

Marine : Ouais !

Laura : Moi j'étais dans la situation inverse. Mon ex avait choppé ça... avec son ex qui était un homme en l'occurrence. Et elle s'inquiétait évidemment, pour elle et de la possibilité de me le refiler, et moi j'avais pris des infos de mon côté aussi : "moi je vais me renseigner sur : est-ce que tu peux me le refiler, et toi soigne-toi quoi". Et en fait... hyper compliqué de trouver des infos fiables.

Marine : Pas concrètes.

Laura : On a vu un premier médecin gynéco, qui n'a pas été vraiment capable de répondre. Et en fait, on a fini par obtenir des réponses, parce que j'avais une amie sage-femme, qui est dans un réseau un peu militant, assez progressiste, féministe, etc ; qui m'a dit qu'il existait un réseau de gynéco et sage-femmes qui suivent notamment des femmes pour leur suivi PMA à l'étranger et qui les suivent en France. Et donc, sous le manteau, on s'est un peu refilé les coordonnées d'un médecin, qui nous a reçues toutes les deux, et qui a répondu aux questions, mais avant ça...

Marine : Il faut galérer quoi.

Laura : Avant ça, pas de réponse. Et donc, il y a des trucs sur... c'est légèrement stressant, et t'as pas de réponses, et tu vas voir des médecins... enfin le premier avait un peu rigolé quoi. En nous disant, "non mais aucun" ; alors que la deuxième ne nous a pas dit qu'il n'y avait aucun risque. Elle ne nous a pas inquiétées, enfin ça n'avait pas l'air hyper risqué, mais elle nous a bien dit qu'il y avait des risques. Et vu les conséquences probables, c'était pas possible de faire n'importe quoi avec cette info !

Marine : De ne pas le prendre à la légère quoi.

Laura : Donc voilà ! Mais si on s'en était tenues au premier retour, il n'y a avait pas de problème. Et puis de toute façon, je pense que comme on n'a pas de sexualité, il a bien dû se demander pourquoi on lui posait la question...

Elodie : Carrément.

Julie : Non mais je pense qu'on en revient toujours au même problème. C'est l'idée dans l'inconscient collectif, que la sexualité lesbienne c'est une non-sexualité, parce que de toute manière la seule sexualité qui est valide c'est le coït pénis-vagin. Et donc en dehors de ça, il n'y a absolument rien.

Et finalement, même chez les hétéros ; moi j'ai des potes hétéros qui me disent : "ah bah c'est bon moi je crains rien, je fais que des préliminaires". Ben en fait... si, tu crains quelque chose ! Donc je pense qu'il y a aussi toute une idée à déconstruire, que la sexualité c'est pas juste le coït pénis-vagin. Et je pense que si vous pouvez faire des "devoirs", dans vos études de médecine, c'est : posez des questions vraiment, à vos potes lesbiennes, genre : "qu'est-ce que vous faites au lit ?"

C'est hyper chiant, parce que nous on se la fait poser absolument tout le temps.

Laura : Ouais.

Julie : Mais vraiment ! Pour vous rendre compte, de quelles sont les pratiques, et vous allez avoir autant de réponses différentes... Tu peux la poser de manière différente, la question du genre : "qu'est-ce que

tu préfères toi au lit ?”, tu vois. Parce qu’en fait, tu vas avoir 14 couples de lesbiennes, et tu vas avoir 14 réponses différentes.

Donc ouais, posez des questions pour vous rendre compte de ce qui se passe (*rire*), pour voir qu’effectivement, oui il y a des risques.

Elodie : Je pense qu’on a une sexualité aussi vaste que la sexualité en général en fait. Vraiment.

Laura : Possiblement plus imaginative. (*rire*)

Elodie : Ouais. (*rire*)

Laura : Non mais en plus je dis ça vraiment sans faire de concours. Mais c’est ce que je constate en discutant avec des amis dont je suis proche. En fait, il y a probablement plus de variété, et un peu moins de routine et d’ennui ; il y en a évidemment ; mais... ouais, pas tout à fait la même.

Mais je rejoins complètement Julie sur le nombre de questions. Comme c’est une non-sexualité, elle autorise à poser des questions qui sont complètement déplacées. Mais moi, ça, ça a été tout le temps, et notamment en soirée, au premier verre de trop, même des gens hyper bienveillants, qui... ça fait 3 ans qu’ils ont envie de poser une question, ils sont bourrés, je suis là, et BIM je suis sûre d’avoir droit au truc.

Et au bout d’un moment... j’ai fait beaucoup de pédagogie pendant longtemps, et un jour j’ai... arrêté. Je ne me suis pas mise à les envoyer chier, mais je me suis mise à leur dire : “et toi ?”. Et bah depuis ce jour-là, j’ai plus de : “et du coup vous faites quoi au lit ?”, je réponds “bah et toi ?”

Elodie : Ah mais ça c’est intrusif hein ! Mais je pense qu’on le vit toutes, moi c’est exactement comme toi !

Laura : Ça marche hyper bien !

Julie : Mais après, moi j’ai eu la question d’amies très proches, qui au bout d’un moment m’ont demandé : “bon je te pose la question, je suis désolée, mais en fait j’ai envie de savoir, parce que je n’imagine même pas”. Et en fait, venant d’amies proches, j’ai trouvé ça intéressant, qu’elles me disent : “en fait je ne sais pas, je n’imagine pas”.

Je trouve que ça reflète bien la société. C’est que c’est une non-sexualité. Et comme tu disais Laura, le fait que... en fait on n’a pas de norme dans notre sexualité, ça fait que tout est possible... Et je veux dire... On entend beaucoup la narrative typique de la relation hétérosexuelle, c’est-à-dire : bisou - préliminaire - coït. Et ça se finit lorsque l’homme éjacule. C’est la narrative classique.

Et je pense que beaucoup de gens ont du mal à sortir de cette narrative-là. En fait, nous, on n’en a pas de narrative. Enfin vu qu’il n’y a pas de représentations, on n’a pas de narrative. Et il y a vraiment tout qui est possible, et donc une large variété de différentes sexualités possibles.

Claire : Ok... C'est super intéressant ce que vous nous dites toutes !

Moi j’ai fait le tour de pas mal de questions, on a vraiment abordé plein de sujets. Je ne sais pas si vous, vous avez encore du temps, si vous avez encore envie de rajouter des choses... Et Louise, je ne sais pas s’il y a des choses auxquelles tu penses ?

Louise : Non on a vachement fait le tour de tout, de manière hyper spontanée, c’est trop bien.

Claire : Ouais ouais, vous avez abordé toutes les questions, j’ai pas eu besoin de les poser

Laura : Moi j'ai deux questions : j'aimerais savoir pourquoi vous avez choisi ce sujet ? Compte tenu de ce qu'on s'est dit en introduction, je n'y vois pas de lien personnel, donc je me suis évidemment posé la question, pour avoir des amies généralistes lesbiennes, qui sont dans une position parfois un peu intenable. Donc évidemment je me suis posée la question.

Et, la deuxième est beaucoup plus pragmatique, sur la date à laquelle vous prévoyez de rendre la thèse et de la soutenir ? Je suis désolée, c'est des questions hyper relous, mais c'est juste pour savoir si après on peut avoir accès au manuscrit et pouvoir lire ce que vous avez écrit une fois que vous aurez terminé et soutenu.

Elodie : Je me posais la même question, du coup je suis contente que tu la poses.

(rire général)

Laura : J'ai mis les pieds dans le plat, c'est bon !

Claire : Toutes les questions ont le droit d'être posées, vous avez compris, on est libres de tout, il n'y a pas de questions à ne pas poser. Juste, avant de répondre à tes questions, est-ce que tu peux préciser pourquoi tes amies médecins gé lesbiennes sont dans une position compliquée ?

Laura : Compliquée parce que... avec un regard un peu plus aiguisé sur le sujet, et avec des... Moi je reçois régulièrement des textos : "putain, je suis sûre que ma patiente elle était homo"... Mais c'est un espèce de truc qui, à l'inverse, elle n'a pas forcément osé poser des questions, de peur que la patiente ait capté qu'elle était lesbienne, et que ça outre passe un peu la relation soignant-soigné. Et au même titre, je vais donner un exemple qui n'a rien à voir mais : je prends rendez-vous par exemple au spa, je vais me faire masser, il se trouve que c'est une nana, parce que c'est des jobs majoritairement féminins. J'ai toujours un peu peur, je me dis : "putain, la pauvre, j'abuse de sa confiance, elle sait pas que je suis lesbienne, ça craint". L'espèce de truc complètement con ! J'imagine qu'un homme hétéro qui va se faire masser par une nana ne se pose pas du tout ce genre de question. Moi si, et je suis loin d'être la seule, c'est plutôt rassurant.

Mais un peu de la même manière, il y a ce truc de : merde en fait... J'ai l'impression que par moment, ce qui prédomine - ce qui ne l'empêche pas, je crois d'être une très bonne professionnelle - ce qui prend le pas dans la consultation c'est presque son devoir de faire fi de sa propre sexualité, et ça devrait pas en fait. Ça devrait être un non-sujet pour le patient, si on parle des Hommes en général, la patiente ET le médecin en fait.

A l'inverse, moi j'ai aussi en tant que patiente choisi des médecins parce que j'avais parié qu'ils étaient homos ; et notamment certains praticiens, le peu de gynécos que j'ai vus, je les choisis... enfin... je me dis ok il y aura moins de jugement.

Je suis allée voir un psy, plus jeune, et je m'étais dit : je veux absolument un homo, comme ça il ne va pas me faire chier quand je vais lui dire que je suis au fond du seau à cause de ma rupture avec une meuf ; c'est horrible, et plein de trucs comme ça.

Et oui, en tout cas moi c'est l'analyse que je fais. Je pense à une en particulier, j'en ai une autre qui est pas exactement dans le même rapport, qui a un truc un peu plus assumé, et qui sans faire de propagande est très à l'aise avec le sujet, et vraiment il y a des trucs partout dans le cab... c'est clairement un non-sujet pour elle et pour les patients, et je pense qu'elle arrive à mettre un peu plus de côté, probablement sa sexualité, dans son rapport avec ses patients et ses patientes. Ce qui n'est pas vraiment le cas de l'autre amie à laquelle je pense. Et je me dis que c'est chaud, que ça puisse prendre tant de place. J'imagine que ses prescriptions ne seraient pas différents si elle était hétéro, mais il n'empêche que son rapport à ses patients à mon avis, est pas exactement le même.

Elodie : Je voudrais réagir à ce que tu viens de dire. Pour le coup, dans un tout autre domaine, moi je suis pompier à côté, et donc on a ce rapport-là soignant-soigné au final.

Et je me retrouve vachement dans la situation de tes collègues. Je sais que mon apparence fait que je rentre dans certains clichés de l'homosexualité. Et il est vrai que des fois, il est arrivé qu'on intervienne justement sur des jeunes qui émettent une détresse en rapport avec ce sujet-là, et par exemple, en étant moi même très à l'aise avec le sujet, j'avais peur de "forcer", alors que je sentais qu'il y avait une piste, à dire : "vous avez envie d'en parler ?"

Et de la même manière, j'ai souvent peur que des gens n'osent pas se confier, par peur de ce que je projette de ma sexualité. Et c'est une vraie question, et je pense qu'il doit y avoir beaucoup de praticiens dans ce cas-là. Après voilà, moi je ne suis pas médecin, mais on est quand même dans un cadre où on intervient dans la santé des gens, et c'est quelque chose que moi j'ai ressenti, surtout depuis peu. Avant, j'avais les cheveux longs, je les ai coupés récemment. Et c'est vrai que - bon déjà on me dit souvent monsieur avant que je parle - mais quand les gens comprennent, je sens parfois comme une sorte de malaise, si je puis dire, que moi j'ai pu ressentir en tant que patiente, face à un praticien qu'on ne connaît pas, et qui ne connaît pas ma sexualité.

Parce que vraiment le parallèle que tu faisais Laura, me touchait du coup de près, et c'est vrai, c'est très vrai.

Claire : Et ouais du coup, pour répondre à ta question : comment on en est venues à faire ce sujet de thèse. Vous avez compris, du coup on est toutes les deux internes en médecine.

Le choix du sujet s'est fait petit à petit, c'est Louise d'abord qui m'a dit qu'elle se lançait sur ce sujet et qui m'a proposé de faire la thèse avec elle. Et moi, c'est vrai que personnellement, il n'y a pas de lesbienne dans ma famille ni dans mon entourage très proche, enfin j'ai des amies bien sûr mais ce n'est pas parce que je connais quelqu'un ou quoi que je m'y suis intéressée.

Je crois que c'est plus par féminisme en fait, et je me sens proche des femmes en général, et je peux dire que j'aime les femmes en général. Je suis hétéro mais j'ai ce lien-là avec les femmes, je trouve qu'il y a un truc entre femmes qui est... que je ne retrouve pas avec les hommes et du coup ça m'intéressait de pouvoir, déjà plus vous connaître, et essayer de travailler ce sujet pour qu'il y ait des progrès, justement dans le soin, entre les lesbiennes et les médecins.

Et en fait, Louise vous dira un peu après, mais notre directrice de thèse a fait un peu le même genre de sujet, en interrogeant les médecins, en se demandant : est-ce que vous posez la question à vos patientes ? Et si non, pourquoi vous la posez pas ?

Et en fait, elle retrouvait beaucoup de gêne de la part des médecins, de peur de déranger, peur d'être intrusif, peur que la question soit mal venue, le fait de ne pas savoir comment réagir, de ne pas savoir quoi dire, de ne pas avoir d'information à transmettre... Pas mal de choses que vous avez dites d'ailleurs. Du coup, on s'était dit que ce serait hyper intéressant d'avoir votre point de vue à vous, toujours dans le but de pouvoir améliorer le soin.

Voilà, je sais pas si Louise tu as autre chose à dire (*rire*) je sais même plus comment toi au début...

Louise : Heu... ça fait déjà un petit moment. Mais moi je sais qu'au début, quand on nous demande de trouver un sujet de thèse, on est un peu lâchés dans le grand vide, il y a plein de possibilités qui s'ouvrent à nous et on est un peu tout seuls.

Je m'étais dit depuis un petit moment, que ça m'intéressait de travailler un peu sur la sexualité de manière générale, je ne savais pas trop. Puis après, j'ai fait un peu des recherches sur les thèses déjà existantes, et je suis tombée assez rapidement sur la thèse de Julia, notre directrice de thèse, comme a dit Claire, qui s'intéressait plus au côté des médecins. Et je me suis dit que, finalement, les patients de manière générale, on ne leur pose jamais la question. Et après, on a un peu précisé les choses, parce qu'on s'est rendu compte en fait que sur les lesbiennes il n'y avait rien. Il y avait

quelques thèses qui étaient faites sur les hommes homosexuels, mais sur les femmes... le néant complet. Et quand on a fait un peu de biblio, même sur d'autres sujets, sur les IST tout ça, par exemple, on a trouvé peu de choses. Et c'est vrai qu'en médecine on ne nous en parle pas du tout. On a aucune formation sur la sexualité de manière générale ; on évoque rapidement l'anatomie en première année, et moi je me suis fait la réflexion il n'y a pas longtemps qu'on voyait l'anatomie du pénis de manière détaillée, mais que le clitoris on voyait rien ! On voyait juste la partie externe.

Laura : Ben il n'existe pas ! C'est normal. *(rire)*

Louise : Et voilà, c'est une sensibilisation un peu particulière à ces sujets-là, et ce qui est très drôle, c'est que depuis que j'ai commencé à m'intéresser à ce sujet-là, des personnes autour de moi m'ont fait leur coming-out. *(rire)*

Elodie : 10% hein ! Il y a un moment où il faut que ça arrive !

Louise : Et c'est arrivé très tardivement en fait...

Laura : Si tu prends l'entourage, et qu'il y a personne...

Elodie : C'est que c'est toi ! *(rire général)*

Laura : C'est intéressant l'absence totale, enfin le néant bibliographique que tu décris, c'est le néant dans lequel on vit quoi, sur plein d'aspects. Et quand on est un peu féministe, et qu'on lit un peu des trucs, on baigne dans un environnement ; enfin c'est comme en politique, c'est prouvé qu'on a tendance à lire ce qui nous conforte, et il y a cette espèce de biais, je ne sais pas si c'est un biais de confirmation, qui vont toujours aller dans ton sens et te conforter. Et je pense que quand on baigne dans un environnement qui prend vraiment en compte ces sujets-là, on a l'impression que les choses avancent vite, et beaucoup, et pour le mieux. Et quand on dézoome, on se dit "ah merde, en fait on a fait 3 cm". Alors c'est mieux que rien, mais ça ne va pas du tout assez vite. Et quand on se remet à l'échelle de la société, et qu'on entend ce qu'on peut entendre, c'est... moi parfois j'ai l'impression que ça avance et je trouve ça hyper bien... et ouais ça avance sur certains trucs.

Mais ce n'était pas anodin le fait que je questionne vos formations. Parce que quand on voit tant de praticiens à la ramasse, sur ces sujets-là j'entends, ça veut bien dire que le problème c'est pas un praticien, plus un praticien, plus un praticien, c'est que le problème il est à l'échelle collective. Et que c'est les formations qu'il faut réinterroger, et l'absence de biblio, et le fait qu'il n'y ait quasiment pas de thèse... au contraire moi j'ai des potes de médecine, qui font des thèses, ils ont tellement de biblio que je comprends pas qu'on ait autorisé leur propre sujet, parce que je vois pas bien ce qu'ils vont pouvoir apporter quoi...

Et vous, vous êtes dans la situation inverse où il n'y a rien, et je pense que c'est important que vous gardiez à l'esprit que c'est assez représentatif du fait qu'on intéresse assez peu la recherche, sauf si vous allez lire des thèses de genre de l'université Paris VIII... mais ça c'est un tout petit peu en fait. Et moi, c'est le genre de truc que je vais lire donc je me dis "ah c'est trop cool ça bouge", et après je me dis "ah merde, à l'échelle de toutes les thèses françaises, c'est rien quoi".

Julie : Et je voudrais juste rajouter une petite suggestion, parce que j'y pense pendant que tu parles Laura. C'est qu'en fait, en arrivant dans la trentaine, évidemment j'ai pas mal de copines en couple qui commencent à s'interroger sur leur maternité. Et j'ai aussi notamment pas mal de copines en couple qui commencent à faire des "PMA maison" ! *(rires)* Donc j'imagine qu'en tant que médecins généralistes, je pense que c'est important que vous soyez au courant que ça existe, et qu'il y en a de plus en plus qui sont faites. Et que justement y a plein de sites, et plein de groupes de lesbiennes qui s'échangent des

infos sur comment faire une PMA maison. Donc être conscientes que si vous avez des couples de lesbiennes dans vos patientes, ça peut arriver, et peut-être que... essayer peut-être de les accompagner dans ce truc là.

Laura : Oui on peut être enceinte ET lesbienne du coup.

(rire général)

Claire : Il y en a qui ont le cerveau qui bug à ce moment là. (rires)

Elodie : C'est la différence entre ce qu'on a le droit de faire, et ce qu'on fait vraiment. Après, il n'y a pas de jugement qui doit être, en théorie...

C'est un vrai sujet, moi je suis d'accord avec toi Julie, au fond. J'ai 3 couples d'amies qui sont dans cette démarche là... heureusement qu'on a des médecins et des gynécologues qui sont prêts à, à lire entre les lignes en fait, parce que sinon... C'est le flou. C'est une vraie prochaine question.

J'avoue que je suis aussi... je m'attendais pas à des miracles, mais je suis quand même extrêmement surprise qu'il y ait rien depuis là dessus, dans le sens où, même sans être représentées c'est une réalité, et ça fait peur d'imaginer que l'ensemble de nos médecins ne sont pas formés ; et que si on part du principe qu'on n'a pas les médecins qui sont ouverts d'esprit ; pour moi ça devrait être une évidence à partir du moment où on accepte de faire face aux gens et d'accompagner des gens ; c'est terrible de se dire que si vous avez pas un minimum de volonté d'ouvrir votre esprit à ce qui existe et ce qui est possible, bah ça fonctionne pas quoi.

Et c'est là où on en revient au truc de dire "on a eu de la chance, nous, de tomber sur un bon médecin ou sur des bons médecins".

Laura : En fait, les médecins sont représentatifs de la société. Donc il y a des médecins hyper ouverts hyper tolérants, et il y a aussi des gens qui utilisent des clauses de conscience, je crois, qui permettent de pas réaliser d'IVG s'il ne veut pas le faire. Enfin ils sont juste représentatifs. C'est pas parce qu'on souhaite devenir médecin que c'est forcément un gage de bienveillance et d'ouverture d'esprit, et de la même manière qu'un généraliste sur deux est en burn-out, ils ne sont pas du tout exempts. Enfin je pense que c'est représentatif de la société comme dans plein de groupes sociaux, et donc avec toujours le risque de tomber sur... enfin nous ce qu'on attend c'est de l'ouverture d'esprit, de la tolérance etc, mais à l'autre bout du spectre, j'imagine qu'il y a des gens qui souhaitent tomber sur des médecins profondément anti-avancée sociale et pour qui c'est un critère ; et qui disent : "bah nan nan je ne vous prescris pas de contraception parce qu'une femme prend pas de contraception !" Bon bah voilà, point, "et vous ferez des enfants jusqu'à ce que le supérieur l'ait décidé". De la même manière, nous on est dans une recherche, mais la recherche inverse existe aussi, et dans le corps médical, il y a tout le spectre. Et moi ça me désole un peu parfois de me dire qu'effectivement, y a des gens qui bouffent autant d'années d'études, pour être humainement si pauvres quoi, mais bon c'est... c'est mon point de vue. Mais le corps médical est juste représentatif de la société, donc effectivement sur des questions de PMA notamment, et de PMA-maison, ou en tout cas a priori elles sont quoi qu'il arrive illégales parce qu'elles sont pas faites en France ou elles sont faites de manière artisanale ; ça peut être ça aussi ; à minima de l'écoute, de l'empathie, et quand on estime qu'on n'est pas compétent ou que c'est hors du champ, d'avoir un réseau de confrères à recommander quoi, en connaissant un peu l'obédience de chacun sur ces sujets.

C'est, parce que le généraliste il est, dans la chaîne de santé j'imagine qu'il a une position hyper particulière, c'est celui qu'on va voir en premier a priori, sur plein de trucs, donc sur les sujets sur lesquels on se sentirait pas compétent. Il y a aussi la possibilité de juste entendre, écouter, être

bienveillant et rediriger. Ça peut JUSTE être ça, mais je pense que ça peut vraiment faire la diff^o sur plein de sujets quoi.

Elodie : Moi j'ai une question et une affirmation ; l'affirmation c'est juste : je suis très contente de voir des futurs médecins qui assument totalement leur hétérosexualité s'intéresser à nous. J'avoue que c'est plutôt plaisant de se dire qu'il y a aussi la jeunesse qui arrive avec une ouverture plus grande et une vision plus globale, même s'il y aura toujours des extrêmes. Je le vois dans l'entourage plus jeune de ma petite sœur, clairement c'est une question qui se pose de plus en plus, donc j'ai bon espoir que dans le corps médical ce soit la même chose. Moi je trouve ça vraiment intéressant de se dire qu'un jour il y aura enfin de la biblio là-dessus.

Et après, c'est une question plus globale, parce que je n'y connais rien du tout en thèse, à savoir juste sur combien de temps vous travaillez là-dessus, et est-ce que vous avez le droit ou pas je ne sais pas, de dire combien de gens ça représente, parce que là ce soir on est 4, mais je me rends pas du tout compte en fait à quelle échelle on fait ça, parce que c'est quelque chose qui moi me dépasse complètement. Je suis arrivée vers vous via un podcast et une page Instagram, comme quoi Instagram c'est quelque chose. Enfin voilà ça paraît bête comme question mais, moi je suis assez d'accord, j'aimerais aussi savoir où trouver la finalité de vos recherches, parce que ça peut être intéressant...

Claire : Ouais, on pourra vous l'envoyer, une fois que ce sera publié. Les thèses sont disponibles sur Internet, après ça peut être dur de les retrouver toutes, mais on pourra vous transmettre les liens. Et ouais effectivement c'est une bonne question, nous on a enfin notre date de soutenance de thèse, qui sera le 5 octobre, et donc on a commencé, une thèse ça se fait sur un an et demi - deux ans, mais parce qu'en fait on met du temps à vraiment préciser le sujet au début, à réfléchir à comment l'étude va être montée tout ça, et en médecine générale surtout, c'est des "petites thèses", on n'est pas, en fait on travaille à côté, on n'est pas, on a nos stages, on a les cours à la fac...

Elodie : Parce que là vous êtes en quoi, 6e, 7e année ?

Claire : Alors en comptant depuis le début on est en 9e année, on est en dernière année de l'internat là.

Elodie : Après vous avez fini.

Claire : Ouais ouais, on a bientôt fini. Et donc en fait on n'a pas le temps et l'investissement pour faire une recherche énorme. Enfin, on n'est pas salariées de la fac pour faire ça à plein temps. Là c'est la première fois qu'on fait un entretien de groupe, et je pense que c'est vraiment très très riche, de faire ça. Avant on avait fait des entretiens individuels, et on en a fait une dizaine. Donc je pense qu'on aimerait bien pouvoir faire d'autres entretiens de groupe, encore quelques entretiens individuels. Après notre but ce n'est pas d'avoir une représentativité, au niveau de l'échelle d'un pays, c'est vraiment plutôt de faire émerger des idées, de "tâter le terrain", pour faire émerger des idées, pour qu'après il y ait des thèses ou bien juste des recherches plus grosses qui se fassent, en fonction des besoins. Typiquement là, avec notre thèse on va pouvoir dire, "euh les cocos, les IST, faut faire une recherche dessus quoi"! Mais nous on ne va pas le faire là dans notre thèse.

(rire)

Elodie : Nan mais voilà c'est que, enfin je vois là déjà, à nous quatre on a un panel assez large avec des vies et des sexualités etc différentes, donc des besoins différents. Du coup, j'imagine bien que ce serait

au moins une cinquantaine de personnes, sans dire des milliers, parce qu'après je pense que ça n'a plus forcément de sens non plus, mais c'est vrai que c'est important d'avoir une représentation d'âge, de moments de vie etc...

Claire : Ouais, maintenant que tu le dis effectivement la représentativité est hyper importante, donc est-ce que vous pourrez nous envoyer, je pense que par mail c'est mieux, ça sert à rien qu'on le dise là, mais il faudrait qu'on ait votre âge, votre situation professionnelle en gros, est-ce que vous êtes en couple, est-ce que vous avez des enfants du coup ça j'ai l'impression que non personne n'a encore d'enfants, et est-ce que vous êtes impliquées dans des assos LGBT, ou de défense de vos droits en général, féministes ou autre ? Ce serait important pour nous, pour avoir les profils des participantes.

Elodie : Si vous avez été attentives, la moitié des infos ont déjà été données !

(Rire général)

Elodie : On sait qu'on a deux trentenaires ! On n'est pas mauvaises hein !

Laura : On a des pistes ouais !

Claire : Et je vous renverrai un mail avec les infos qui nous manquent. Et dernière info, on n'a pas beaucoup voire même pas du tout de participantes de plus de 40 ans, et c'est vrai que c'est dommage, on trouverait ça intéressant d'avoir vraiment un panel représentatif de la population le plus possible, du coup si jamais vous en connaissez autour de vous qui seraient intéressées pour participer, que ce soit en entretien individuel ou en groupe, ce serait hyper chouette de pouvoir leur transmettre l'info.

Elodie : Ben je vais demander, j'ai un membre de ma famille qui est dans cette tranche. Et puis pour le coup, qui apportera des réponses intéressantes, de par la vie et le parcours actuel. C'est sur la même adresse mail du coup pour le contact ?

Claire : Ouais !

Elodie : Je vais lui proposer ! Elle est au courant que moi je faisais ça ce soir avec vous, elle avait l'air plutôt pour.

Laura : Je vais proposer aussi, je pense au moins à une, mais... au moins à une. Peut-être d'autres, mais...

Claire : C'est cool.

Elodie : Après c'est bon on a une bonne moyenne, vous avez des 30...

Claire : Vous faites monter un peu...

(Rires)

Laura : Ouais ce serait hyper intéressant je pense effectivement d'avoir des, enfin je suis sûre que sur ces sujets-là, ça ne va pas assez vite mais mine de rien ça va vite. Et c'est aussi pour ça que je disais que je suis née en 90 parce que, quand on est né en 2000 je pense que les choses sont quand même assez

différentes. Et ce serait hyper intéressant, les plus de 40 ans auxquelles je pense, la plupart elles ont eu des vies hétéro, mariées, avec des gamins, où tout a éclaté à 32-33 ans, et il y a l'espèce de truc euh, "merde en fait j'avais pas d'autre option, mais en fait bien sûr que si, il y en a d'autres, et je vais même prendre ces options là en fait", et ce serait hyper intéressant. Pour en avoir vachement discuté, enfin l'une de celles à qui je pense évidemment, j'ai été en couple avec elle pendant assez longtemps. Je dis évidemment parce que bon, les lesbiennes qui sont amies avec leurs ex c'est quand même un grand classique.

(Rire général)

C'est pas pour faire dans la caricature mais je sais pas si c'est intéressant scientifiquement, mais sachez le. Et j'ai été amenée plein de fois à avoir ce genre de discussions avec elle, et là, les 11 ans d'écart qu'on avait, on se les prenait en pleine tête. Autant il y avait plein de sujets où ce n'était pas du tout clivant, mais sur les soignants, le fait qu'elle accepte que son généraliste et son gynéco lui disent des trucs que moi je trouvais horrible, le fait de dire "bah ouais mais c'est comme ça, en même temps, j'ai eu un enfant avec un homme, je l'ai bien cherché au fond, évidemment qu'ils s'attendent à ce que je sois hétéro". Moi j'étais outrée, et dans le rapport prévention et tout, moi je lui avais dit que j'étais tombée de l'arbre. J'avais affaire à quelqu'un d'hyper intéressée par plein de sujets, cultivée, et qui tombait de l'arbre quand je lui parlais de prévention et je me disais "putain mais comment c'est possible de savoir tant de trucs sur tant de choses, et sur un truc qui concerne ta santé, que tu sois autant à la ramasse quoi".

Là encore c'est comme ce que je disais tout à l'heure, c'est que cette personne, plus une autre, plus une autre, on se dit, mais en fait vraiment il y a une énorme faille, et en 10 ans, c'est quand même complètement fou, le gap. Et effectivement si vous arriviez à avoir des femmes d'une quarantaine d'années au moins qui répondent, ce serait hyper intéressant notamment sur la possibilité ou pas de faire son coming-out jeune. Enfin il y aurait plein de trucs. Parce que là globalement on est un groupe assez homogène, et même si évidemment les histoires sont très personnelles, on se recroise quand même sur un certain nombre de sujets, et avec des vingtenaires qui ont une sexualité encore plus fluide que celle qu'on peut avoir, ça pourrait être hyper intéressant aussi, d'avoir ce genre de public.

Je ne sais pas si d'un point de vue quantitatif, vous avez un seuil d'entretiens à partir duquel votre directrice vous dit là c'est bon on considère que c'est intéressant, mais en terme de représentativité, vous pourriez effectivement avoir des trucs qui sont moins homogènes par rapport à ce qu'on vous a dit.

Claire : Non c'est ça, on n'a pas de seuil, c'est en fonction des réponses genre tant qu'on apprend des nouvelles choses à chaque fois, tant qu'il y a des nouvelles idées on continue, en fait.

Laura : Ok.

Elodie : Non parce que chez les très jeunes ça doit être complètement différent, ma petite sœur, qui a quand même 10-15 ans de moins que moi, c'est un saut de génération finalement. Mais sur toutes les questions. De coming-out, de sexualité... Pour elle par exemple, parler à notre médecin du fait qu'elle puisse avoir des rapports avec un homme ou une femme, c'est même pas une question. C'est-à-dire qu'elle a passé un stade, où elle s'en fout en fait (*rire*). Elle se fiche de la réponse du praticien en face, s'il lui répond pas, elle changera.

Alors que je sais que pour moi, y a 10 ans, même il y a 13 ans maintenant, c'était plus, mais comment faire, à qui le dire, par qui commencer... Elle s'en fiche et je le vois dans ses amis qui l'entourent, elle a des amis qui sont concernés par l'homosexualité ou la bisexualité, c'est même pas un tabou.

Ou alors par exemple, elles sont venues me poser des questions, parce qu'elles ne trouvaient pas les réponses. A la limite ça oui. Mais sans tabou aucun, sans tourner autour du pot. Alors que j'ose même pas imaginer pour la personne que je connais qui est concernée, c'est pareil c'est une sorte de coming-out tardif, mariage, divorce, remariage avec une femme etc ; enfin voilà c'est toute une histoire, c'est

pareil ça a été un truc, elle a fait face aux mêmes critiques en disant : “ouais bah je laisse couler c’est pas grave, voilà”. Je me dis qu’en 8-10 ans, j’ose même pas imaginer ce que ça peut donner comme réponse, même pour vous en fait. En termes d’attentes.

Julie : Et c’est vrai qu’on a quand même la chance d’habiter en France dans une société qui est en train de s’ouvrir. Moi j’ai vécu dans un pays où l’homosexualité est quand même punie par la loi, et je suis sortie avec une femme là-bas, donc en toute illégalité. Mais je voyais bien que ma partenaire était quand même loin de connaître toutes ces choses-là, et il y a les réseaux sociaux certes, mais elle a un peu le comportement que vous pouvez décrire, Laura et Elodie, sur les protections. Elle tombait des nues, elle n’avait jamais reçu d’éducation sexuelle non plus, et c’est aussi pas simple, dans la même génération, mais dans des cultures différentes.

C’est vrai que là ce soir, on a l’air toutes blanches quand même, et ça pourrait être intéressant d’avoir un autre type de diversité.

Elodie : Je vis la même chose, je dois aller à l’étranger, et j’ai ma collègue qui m’a informée que là-bas c’est passible de prison et qu’il fallait faire très attention.

Julie : C’est passible de prison mais en pratique, c’est beaucoup dans l’opposition en fait. C’est hyper contradictoire. C’est à dire que c’est interdit par la loi, sauf que tout le monde le pratique, plus ou moins ouvertement. Par contre pour la société, on se marie. Mais on peut aller avec tout le monde à droite à gauche, avec qui on veut.

Laura : C’est la France d’il y a quelques siècles. Moi j’ai une arrière-arrière grand-mère qui a fait ça toute sa vie, de là à dire que c’est génétique “hahaha” (*ton ironique*), mais....

(*rire général*)

Elodie : Il n’y a qu’un pas !

Laura : Mais on n’est pas à un préjugé-près ce soir. Une fois veuve, elle a vécu toute sa fin de vie avec une femme, en costard-cravate d’ailleurs, et la société ne faisait pas chier du tout, alors que c’était dans les années 1880-1890, ça passait. Mais c’était extrêmement rare, et oui on savait, ça se savait, il y avait des homos mais c’était pratiqué de manière pas publique, et les situations comme ça, où c’était public, c’était hyper rare. Et ça a été possible parce que veuve, et donc un peu moins passible de je sais pas quelle sanction ; mais oui effectivement t’as raison de souligner qu’en terme de diversité ça pourrait être hyper intéressant parce qu’effectivement on n’est pas dans le cadre de l’illégalité en France, et même si les choses vont pas vraiment assez vite de mon point de vue, en tout cas c’est possible, et on risque rien d’un point de vue pénal.

Et après pour être partie vivre à l’étranger, il y a aussi l’immense avantage d’être ressortissant français, et qu’on peut craindre sur le moment, et je pense qu’il ne peut pas y avoir de poursuites pénales contre un ressortissant français à l’étranger. Juste sur le moment, quand il se fait choper c’est probable que les flics se comportent mal, mais notre nationalité nous protège aussi en dehors du territoire pour plein de trucs. Mais c’est très vrai en termes d’éducation, de rapports, et d’appréhension du sujet selon la culture dans laquelle on a grandi, on peut considérer qu’on a pas mal de chance malgré tout. C’est évident.

(*silence*)

Elodie : Je te rejoins.

(*rires*)

Elodie : Je pense que si on demande à des jeunes femmes noires... Là moi je vois dans mon village on a quelques familles algériennes ou tunisiennes, clairement, moi j'ai deux jeunes filles que j'ai connues, qui sont venues me parler parce que c'était très difficile, bah c'est pareil, c'est... c'est des femmes qui ont sans doute un million de questions qu'elles aimeraient poser à leur praticien, parce que pour le coup, il n'y a pas de possibilité d'en parler, ou interdiction ; c'est vrai que c'est une chance d'être des femmes blanches, on va pas se mentir. Enfin moi j'en suis consciente. C'est acté quoi. Une tare à la fois, on va dire.

(rire général)

Laura : Bah 2 ! Parce qu'être une femme, homo, c'est quand même la double peine.

Elodie : Mais que 2 ! *(ton humoristique)* Et féministe 3 !

Laura : Aaah merde. Bon bah 3 alors, mais pas plus hein !

(rire général)

Claire : Bon ben je pense qu'on va pouvoir s'arrêter là.

ANNEXE 6 - Entretien 15

C (Chercheur) : Est-ce que tu te définis sur le plan de ton orientation sexuelle ? Et si oui, comment ?

F (FSF) : Hum, c'est une bonne question... (*réfléchit*) ça fait partie de mon identité, après... Est-ce que je me définis vraiment comme ça, précisément, de manière communautaire ? Heu non, dans un ensemble. Évidemment, c'est aussi une partie de mon identité, donc je ne peux pas le cacher, et bien sûr les sujets LGBT sont importants, même hyper importants, je suis les actualités, je milite pas... mais je pourrais... je vais aux gay-pride, donc oui ça fait partie de mon identité. Cela étant dit, je ne sais pas si en me présentant je le notifie.

C : Mais si on te pose la question directement, de ton orientation sexuelle, tu te mets dans "une case" ?

F : Ah oui clairement, lesbienne, tout à fait.

C : Ah ok, voilà, c'était un peu ça la question.

F : Ouais ok pardon. (*Rire*)

C : Non mais c'était bien aussi ta réponse. (*Rire*)

Et du coup, à quel moment tu t'es rendu compte que tu étais attirée par les femmes ?

F : (*Réfléchit*) Ça fait un moment !

Heu... on va dire, je pense que je le sais depuis que j'ai 10-12 ans, et que je me le suis avouée vraiment plus tardivement, mais... je le sais depuis un moment.

Donc du coup, j'ai 42 ans, alors ça fait longtemps.

C : Et ça a cheminé, tu te souviens un petit peu comment ça s'est passé, quand tu... ?

Parce que tu dis que tu le savais un peu vers 10-12 ans ; entre le moment où tu l'as vraiment accepté ? Ca s'est passé comment ?

F : C'est-à-dire que... je voyais bien que... que j'avais plutôt des pensées plus féminines, que j'avais envie d'être plus proche de mes copines ; c'était pas bien clair à 10-12 ans, c'est vrai qu'en plus on commence la pré-adolescence, donc tout n'est pas clair, mais... je pense que j'ai mis ça un peu de côté, même si j'ai été honnête avec moi-même après, et j'ai bien vu que... C'était plutôt clair, mais j'ai mis ça de côté pendant X années ; l'adolescence justement, probablement parce que dans un monde qui n'est pas forcément ouvert, on a très peur. Je trouve que maintenant c'est déjà un peu plus facile, mais dans les années 80 c'était pas... pas la même chose. On veut en plus, je pense, je présume, dans l'adolescence, on veut pas mal appartenir à des groupes. Être lesbienne dans un monde d'hétéro, c'était pas trop envisageable certainement dans mon esprit ; et puis en fait je suis tombée amoureuse donc il a bien fallu que j'accepte ça (*rire*). Parce que j'ai été dingue d'elle, donc voilà.

C : Ok, ça c'était à l'adolescence du coup ? Enfin, fin d'adolescence ?

F : Ouais, c'était alors... je pense qu'on s'est rencontrées, je devais avoir 17-18 ans, donc ça a cheminé voilà, pendant ce temps-là, de 10-12 ans à 18 ans.

C : Ok, et... donc le moment vers 17-18 ans, ça a été quelque chose de compliqué à vivre pour toi ?

F : Ah, étrangement... c'était très clair, en fait, vis-à-vis de moi-même, je pense... Je suis sortie avec cette fille, j'ai vécu le plus bel amour qui soit, enfin voilà. Et peut-être que ce qui était compliqué finalement, c'était plutôt le regard des autres en fait ; je sentais un truc un peu lourd vis-à-vis des parents, on l'a caché... voilà quoi. Et après, s'en est suivi, effectivement, une petite période je dirais peut-être jusqu'à 25 ans, peut-être un peu moins, où j'étais vraiment dans une espèce de nébuleuse, peut-être un peu moins quand même, genre 23 ans. Pendant 5 ans, une nébuleuse, avec des questionnements ; mais en fait, finalement, ça a été très vite clair pour moi. Je crois vraiment que c'est le regard de l'autre qui était problématique ; pas moi-même avec moi-même en fait. Si ça te paraît clair ce que je te dis. (*Rire*)

C : Ouais, ça me paraît clair (*rire*), c'est plus le poids de la société en fait, qui faisait que c'était compliqué...

F : Ah (*grand ah*) clairement ! (*Rire*) Clairement...

Mais je crois qu'on est un peu... enfin peut être que je ne vais pas tous nous mettre dans le même panier ; mais si les coming-out sont si complexes, et si... enfin c'est que c'est le poids de la société le problème, clairement.

C : Oui, et du coup tu te souviens à qui tu en avais parlé à ce moment-là ? Quand... au niveau de tes proches ?

F : Alors bien sûr, pas ma famille (*rire*)... je ne me souviens pas... mais si je crois que j'avais parlé de ça à des copines à l'époque... Finalement en fait, j'avais même découvert en même temps qu'une des copines avec qui je "trainais", finalement, était aussi en couple avec une fille, voilà. Des potes de l'époque quoi... mais pas la famille oui.

C : Et du coup, la famille, ça a été compliqué ?

F : Hum... simple et compliqué en même temps je dirais. J'ai fait un coming-out sous le coup de la tristesse, parce qu'en fait on s'est séparées, au bout de, je sais pas 8 mois, quelque chose comme ça. J'ai vécu ma plus grande peine de cœur, de ma vie (*rire*). Et c'est en ayant cette peine de cœur, que ma mère m'a dit "mais qu'est-ce qui se passe ?", parce que j'étais sens dessus-dessous, émotionnellement je pense. Et là, j'ai tout balancé en même temps ; donc c'était pas le meilleur coming-out qui soit (*rire*), mais c'est comme ça.

Et ouais, la réaction elle était pas top, mais c'est comme ça...

Mais aujourd'hui ça va bien, mais la réaction, elle est gravée si tu veux.

Genre : "qu'est-ce que j'ai fait pour ça ?" voilà.

C : Pour que ma fille soit comme ça ? C'était ça le...

F : Ouais, ouais.

C : Ok.

F : Mon beau-père, lui par contre, ne m'a rien dit ; il est beaucoup plus ouvert d'esprit que ma mère. Mais ma mère, c'était quelque chose de compliqué, ouais.

Après, elle ne m'a pas reniée ; il y a des histoires très très dures quoi, donc deux poids deux mesures, mais c'était pas... C'était pas d'une grande acceptation, il y a eu beaucoup de questionnements, on a un peu refusé ça ; du côté de ma famille un peu, on m'a dit "oui, mais c'est une phase, tu vas voir", il y avait pas genre... mais c'était pas violent non plus.

C : Mais c'était pas parfait non plus...

F : Non non non non. C'était un peu lourdingue :

- "mais pourquoi tu veux pas essayer les hommes ?"

- "ben heu, je sais pas, pourquoi toi tu veux pas essayer les femmes ?" (*rire*)

Il ne faut pas abuser quoi, c'est tout ; des trucs comme ça...

C : Et tu te souviens, si tu en avais parlé à un médecin, à ce moment-là ?

F : Ah non, non. Mon médecin de famille, justement on va venir aux questions de médecin ; justement mon médecin de famille, il me suit depuis que j'ai 12 ans, donc... et finalement, j'ai pas du tout fait, je lui ai fait un coming-out genre... genre quand ma fille est née en fait, donc... (*rire*)

C : C'est le médecin qui te suit encore là-maintenant, celui qui te suit depuis tes 12 ans ?

F : Oui, toujours.

C : Et pourquoi tu ne lui en as pas parlé avant ? Tu arrives à définir un peu ?

F : La peur, la peur, la peur... toujours.

C : La peur de sa réaction ?

F : Ouais, la peur de la réaction ouais, bien sûr.

C : Et, pourquoi, enfin qu'est-ce qui te faisait dire qu'il allait avoir une mauvaise réaction ? Il y avait des choses qui t'orientaient ? Ou...

F : Ah non, non non. Non pas du tout ; je pense que c'est un gars qui est en plus très sympathique, enfin on se connaît bien, vraiment, on n'a pas de problème, on discute même aujourd'hui ; parce que finalement, on a un rapport assez proche.

Donc non non, je pense que vraiment c'était un truc, "je sais pas comment il va prendre les choses", j'ai pas envie forcément de recevoir des choses négatives. Quand on a vécu des trucs un peu négatifs, ne serait-ce que dans sa famille, ou ailleurs, je pense qu'on est un peu tous logés à la même enseigne ; on a un peu peur des réactions de l'autre.

C : Est-ce qu'il y a d'autres médecins ou des professionnels de santé de manière générale, à qui tu en as déjà parlé ?

F : Non, non j'ai même... même en l'occurrence... pour dire, j'ai de l'endométriose. J'ai habité Paris pendant un temps. J'ai appris que j'avais de l'endométriose à 26 ans ; et la gynéco que j'ai vue, qui a plus ou moins découvert ça, en me faisant faire des tests, etc. Quand elle a touché une grosseur que j'avais, elle m'a dit "mais vous êtes peut-être enceinte ?" J'aurais pu, j'avais un boulevard devant moi pour le dire, et en fait non, je ne l'ai pas dit.

C : Toujours par peur de la...

F : Oui oui oui, pourtant, je pense même pas que c'est une question de genre... Je veux dire que de mon côté, je ne pense même pas que c'est une question de genre.

J'ai un médecin de famille, et puis c'était UNE gynéco, non non, mais ouais la peur de... de la réaction. Après, j'ai l'impression, mais là je fais un petit aparté, mais peut-être que ça viendra dans une question, mais plus on vieillit, plus... plus on se pose avec ça. J'ai beaucoup moins de problèmes, alors peut-être depuis... le fait que je suis maman, ma petite fille a 4 ans, et après je ne sais pas, peut être la quarantaine... Je me vois moins avoir de problèmes aujourd'hui à le dire à un médecin ; mais oui, avant c'était plus compliqué.

C : C'est plus facile d'assumer maintenant ?

F : Ouais, ouais, ça fait longtemps, et puis... ça y est, là ça suffit ! Je pense qu'on a... je sais pas, je pense qu'on s'affirme plus avec l'âge, ce qui est normal.

C : Et, il y a jamais eu de moments où ils ont abordé des sujets comme la contraception ou autre, ou ça devenait nécessaire d'en parler ? Il y a jamais eu de moments gênants ou autre ?

F : (*Réfléchit*) Si... je pense que le premier gynéco que j'ai vu dans ma vie ; c'est ma mère qui a voulu que j'aille voir un gynéco : "ça se fait, tu comprends ma fille, maintenant t'es réglée, à 15 ans c'est quand même bien d'aller voir une fois par an un gynéco, etc..."

Et puis lui, il a commencé à me parler de contraception ; même si j'étais pas tout au clair, toujours dans cette période un peu nébuleuse. Finalement, j'étais un peu : "mais pourquoi ?" Probablement que je savais que j'avais pas trop envie de coucher avec des garçons. Sinon après, j'ai pris la pilule mais du fait de mon endométriose, donc ça c'était encore autre chose, et je n'ai pas forcément eu le besoin de le dire, ou la nécessité. J'aurais pu vraiment, cette personne qui a découvert le truc, j'aurais pu, je sentais la possibilité, mais j'ai pas... Non, je n'ai pas pu le dire. Mais j'ai vraiment... j'ai eu peur.

C : Et du coup, dans ton parcours pour la maternité, il y a pas eu besoin que... ? Comment ça s'est passé ?

F : Pas du tout, pas du tout, parce qu'en fait on a été faire une PMA avec ma femme en Belgique, et c'est elle qui a porté notre fille. Et pour le coup, on a été accueillies, comme j'aimerais qu'on soit accueillies en France ou ailleurs. Genre la première chose, premier rendez-vous avec cette personne, je me souviens parce que c'est fort comme terme, alors que c'est basique ; elle nous a dit "bonjour", et elle nous a dit : "ici, on aime les bébés, alors on aime tout le monde".

Et je trouve ça extraordinaire ! Donc voilà, c'était pour dire... nos problèmes, voilà.

C : Et bah du coup, on peut rebondir là-dessus, du coup avec cette, c'était une médecin ?

F : Oui, c'était une gynéco, c'était au centre de fertilité d'une ville en Belgique, des gynécos qui nous ont suivies.

C : Et du coup, avec cette gynéco, ça s'est toujours super bien passé ?

F : Oh oui, oui oui, super !

C : C'est parce qu'il y avait de la bienveillance, qu'il n'y avait pas de jugement ?

F : Oui c'est ça ! Aucun jugement en fait, rien que cette... Pourtant en plus, on a vu deux gynécos, à chaque fois différents ; bon c'était toujours les mêmes, donc au bout d'un moment elles nous connaissaient. Mais celle qui nous a dit ça, ben c'était notre premier rendez-vous. Par la suite, on en a vu une autre, et elle, elle nous a rien dit de particulier, mais globalement, il n'y avait aucune différence

pour elle quoi ! C'était genre on arrivait, on était les futurs parents, et elle nous parlait comme tel en fait.

Et d'ailleurs, ils sont beaucoup plus ouverts je trouve que nous. Notre premier rendez-vous, avant de voir les gynécos, ça a été un rendez-vous psy. Et on s'était dit, on avait pensé initialement, que c'était une... on s'est dit : "est-ce que c'est de l'ordre du choix ?" c'est-à-dire qu'on doit voir si on est psychologiquement apte ou pas.

Et en fait, pas du tout, du tout, du tout ; au contraire, ils nous ont reçues pour nous donner des clés en fait, d'homoparentalité (*rire*). On n'était pas du tout dans le truc sélectif, comme on le pensait ; voilà, on vit dans une nation un peu... un peu élitiste.

Alors que là-bas, pas du tout quoi ! Ils étaient genre : "bon bah voilà, vous allez être nouveaux parents, donc bon sachez qu'on est plus du tout sur le truc où on ne le dit pas à l'enfant, au contraire, on commence à lui en parler, dès qu'il a 1 an, 2 ans, on prend des livres, on y va, on raconte que c'est normal", et donc c'était assez extraordinaire ! (*Rire*).

Parce qu'on ne s'attendait pas trop à ça quoi, même la psychologue du centre, c'était... Voilà ! C'était rigolo, ils nous voyaient pour donner des clés en fait du projet parental, la même chose finalement avec des hétéros qui ont des dons d'ovocytes, ils font exactement le même truc. Ils considèrent tout le monde pareil quoi ! Vous êtes dans un projet parental, on vous accompagne, et du coup... ben c'est sans jugement bien évidemment.

C : Et tu as senti une vraie différence par rapport à la France ? Au niveau de...

F : Bah... je trouve que... j'ai pas vécu ça du côté de la France ; c'est peut-être une erreur de penser ça, mais franchement, moi je pense qu'on en est très très loin (*rire*) vraiment (*rire*). Je ne me vois pas du tout être accueillie comme ça ; alors par des psys, plus, effectivement ; je pense que le monde de la psychologie s'ouvre plus, bien que... ah bah tiens, si j'ai oublié, j'en ai parlé à un psychiatre à Paris.

Oui oui, ça a été magnifique, magnifique, genre qui m'a fait d'ailleurs ne plus vouloir en parler tiens ; j'avais complètement oublié cette intervention. Je devais avoir justement 24-25 ans, et j'ai été voir un psy. C'était un gars ; alors c'est pareil, c'est des stéréotypes, mais un vieux de la vieille ; et je pense que je lui ai globalement raconté un peu mon histoire. Une séance j'ai fait ! Plus jamais, je n'ai voulu aller le revoir (*rire*). Et je sais plus ce qu'il m'a sorti, mais il m'a sorti un truc un peu convenu, des personnes qui pensent... des gens qui sont du mariage pour tous, ce genre-là (*rire*). Genre, "mais comment vous pouvez savoir que vous n'aimez pas les hommes, si vous n'avez pas essayé ? Vous ne voulez pas essayer ?", des trucs un peu genre... J'ai fait "allez, au revoir" (*rire*).

Voilà, je pense que ça a contribué à être un peu mal à l'aise, vis-à-vis du corps médical.

C : Et du coup, avoir eu une réaction franchement négative, et donc appréhender le reste derrière...

F : Ouais, ouais, alors est-ce que c'était parce que c'était un gars ? Parce que c'est vrai qu'après j'ai eu d'autres psys, pour d'autres raisons ; c'était des femmes, et ça a toujours été bien perçu, et en l'occurrence, je parlais de mes relations amoureuses, etc... Tout à fait normalement donc... Je ne sais pas si c'est le genre qui veut ça, ou le fait qu'il était un peu arriéré dans ses pensées, peut-être un peu trop normatif... Je ne sais pas.

C : Et du coup ce que tu disais avant, comment vous avez été reçues en Belgique, pour toi c'est la prise en charge idéale, que tu aimerais avoir en France en fait ?

F : Évidemment, évidemment ! Sans différence notable ; alors certes on est une petite frange de la population, c'est vrai ; mais je pense que comme toute frange un peu marginale, on a tous envie d'être considéré comme normal ; même si oui ok, on diffère, mais dans ces cas-là on diffère tous. Pourquoi

traiter un cheveux blonds, pas de la même manière qu'un cheveux bruns, parce que c'est une différence aussi dans ce cas-là, voilà.

Oui, évidemment.

C : Ouais, ok, super.

F : Genre, parce que... finalement la sexualité, c'est pas grand chose, ça fait pas du tout. Alors oui ça fait partie d'une identité, mais enfin...

C : Ca fait partie de toi, mais ce n'est pas ce qui te définit ? Enfin il y a pleins d'autres choses qui te définissent autrement...

F : Oui, enfin, on est loin de... Alors ok, nous on a besoin d'être en communauté, parce qu'on est en marge ; mais à un moment, quand je me présente, j'ai envie qu'on me définisse par autre chose dans la société. Parce que je suis maman, j'ai tel travail, et encore je trouve que c'est un peu convenu... genre je suis plein de choses, avant d'être lesbienne ; mais certes ça me définit...

C : Ok, et... Est-ce que tu penses qu'il y a des particularités de santé, du fait que tu sois lesbienne, par rapport au reste de la population ?

F : C'est-à-dire... ?

C : Est-ce que... au niveau médical, enfin au niveau de la santé en général, est-ce que tu penses qu'il y a des choses particulières du fait de ton orientation sexuelle, ou est-ce que c'est comme tout le monde ?

F : Non, je crois pas, je crois que c'est vraiment comme tout le monde pour le coup. J'ai pas vu, je n'ai pas noté... Je veux dire, par exemple, on pourrait dire j'ai de l'endométriose, j'ai vu qu'il y avait des lesbiennes qui avaient de l'endométriose, j'en suis sur les réseaux, mais cela étant dit, je connais aussi pas mal d'hétéros qui en ont, donc... on ne peut pas dire qu'il y a une particularité, non.

C : Ok, et au niveau de ton suivi gynéco, dans ta vie de femme, tu as toujours eu un suivi régulier ?

F : Oui oui oui oui, alors après, c'est vrai que ces dernières années, un peu moins parce que j'ai arrêté de prendre la pilule. Mais globalement oui, je vais peut être pas tous les ans comme il faudrait y aller, mais j'y allais tous les 2-3 ans pour voir un peu... pour faire les frottis, faire les touchers qu'il faut, etc...

C : Idéalement, si tu rencontrais un nouveau médecin maintenant, est-ce que tu voudrais que le sujet soit abordé ? Si oui, comment ? Ou est-ce que tu penses que ce n'est pas important de lui dire, et qu'il soit au courant ?

F : Heu... c'est compliqué, parce que... C'est compliqué comme question, je trouve... J'ai envie de répondre oui et non (*rire*).

C : Tu peux répondre oui et non ! (*Rire*)

F : Non mais... parce que en même temps c'est un non-sujet et en même temps c'est un sujet. (*Réfléchit*) Je vais apporter quelque chose de compliqué, une réponse compliquée je trouve. Parce que oui, j'aimerais bien qu'on aborde la chose parce qu'à un moment, malgré tout, c'est une petite particularité.

Dans un monde d'hétéros, et bien non, je ne suis pas hétéro, non je n'ai pas un mari, j'aimerais peut-être pouvoir parler de ma femme, de ma fille si jamais. Et en même temps, est-ce que quand on va voir un médecin, on parle de son mari, de sa femme, de ses enfants ? Je ne sais pas, ça dépend peut être de la pathologie, ça dépend de pourquoi on va voir le médecin, donc...

C : Si ça avait un lien direct avec la raison pour laquelle tu venais, tu voudrais qu'on en parle ; mais si ça n'a rien à faire dans le...

F : Oui, si je viens pour un rhume, la vérité... je ne vois pas trop l'intérêt effectivement ; après si je viens pour une pathologie bien plus grave, genre un cancer, dans lequel il va y avoir bien évidemment des choses lourdes, qui vont suivre, etc... Oui peut-être que ce serait un sujet, parce que du coup je n'ai pas un mari, mais j'ai une femme, et j'ai une petite fille...

C : Qu'ils connaissent un peu l'entourage, et qu'ils sachent qui t'accompagne ?

F : Ben oui, oui, voilà. Que ce soit pas genre un espèce de choc... Mais le problème, c'est qu'il faudrait changer tout à la base (*rire*). C'est-à-dire qu'il faudrait que les gens arrêtent d'envisager automatiquement que tout le monde est hétéro ; le fond du problème il est un peu là (*rire*).

Mais bon, c'est compliqué également, parce que je pense que dans notre tête on catégorise aussi beaucoup ; sans le vouloir, c'est quelque chose qu'on fait dans notre cerveau pour simplifier les choses. Mais bon, ce serait bien qu'on arrête en fait ; qu'on parte du principe qu'on a quelqu'un en face, que cette personne elle peut être plein de choses (*rire*) et pas que automatiquement hétéro.

C : Et si, par exemple, on te posait la question, lors d'un premier rendez-vous, il te demande tes antécédents, tes traitements, tes allergies... Et si là, il te demande : "est-ce que vous avez des relations sexuelles ? Et si oui, avec un/une/plusieurs partenaires ?"

F : Oui, c'est pas mal ! C'est pas mal, c'est pas mal.

L'autre jour - je fais juste un petit parallèle parce que j'ai trouvé ça intéressant - l'autre jour, j'ai eu un rendez-vous avec un nouveau conseiller bancaire, et puis on parle, il voulait savoir, faire un petit peu un bilan, un truc comme ça. Alors il a pas tout de suite attaqué le truc "est-ce que vous êtes mariée, machin...", on parle de choses et d'autres, et puis, au bout de 15 min, il me dit "oui, au fait, je vous ai pas demandé...", je ne me souviens plus de la manière dont il a formulé les choses, mais j'ai trouvé ça génial ! Et après en discutant, il m'a dit "oui mais bon, moi ma meilleure amie est lesbienne, alors j'ai vachement réfléchi à comment j'allais formuler les choses". Et il les a formulées honnêtement, c'était au top ce qu'il a fait. Parce que genre c'est toujours "bon bah vous êtes mariée, avec monsieur...".

Alors que là, je crois qu'il a effectivement parlé de partenaire, ça fait rebondir ce que tu as dit tout à l'heure ; oui partenaire, une/un...

C : Oui c'était pas genré en fait ? C'était pas orienté vers l'hétérosexualité ?

F : Oui c'est ça ! Exactement ! C'était pas orienté. Et il m'a donc expliqué, qu'il avait beaucoup réfléchi sur le sujet, du fait que sa meilleure amie était lesbienne, et qu'il avait été à un mariage, et qu'il était pas mal entouré ; je lui ai dit, "c'est génial, ça fait plaisir". Honnêtement, au bout d'un moment, dans une vie de quarante et quelques années, on ne se formalise plus trop quand on me dit "monsieur" (*rire*), mais ça fait plaisir quand ce n'est pas le cas.

C : Et c'est la question qu'il posait à tout le monde lui ? Il ne savait pas que tu étais lesbienne, de base ?

F : Non, il ne savait pas du tout, pas du tout ; c'est pour ça qu'on en a discuté après ouvertement. Il ne savait pas du tout, il était nouveau, et... voilà. Et il appelait sa liste de clients, donc c'est la question qu'il pose à tout le monde. Et il m'a même dit que... ça je le sentais un peu jeune et tout ça ; mais il m'a même dit, qu'il était un peu bloqué pour ma fille, et il m'a dit :

- "ça il va falloir que j'y réfléchisse, parce que c'est pas évident-évident",

mais je l'ai tout de suite mis à l'aise :

- "non mais c'est ma fille, je l'ai adoptée, etc..."

- Il m'a dit : "oui, mais la rhétorique, elle est pas évidente",

- J'ai dit "ahhh, je vous avoue que c'est pas faux".

Pas forcément froisser les gens évidemment, s'ils sont en parcours d'adoption ou quoi, c'est un peu compliqué.

C : Il allait faire attention aux termes qu'il allait utiliser ?

F : Exactement, il voulait vraiment faire attention à ça.

C : Ok, c'est bien que tu m'en aies parlé ; parce que du coup, même si c'est pas une relation médicale, c'est une relation... c'est intéressant (*rire*).

F : Ca fait plaisir en fait, parce que franchement, c'est l'unique (*insiste sur ce mot*) personne avec qui ça s'est passé, dans toutes les relations inter-professionnelles, inter-sociales... Bon, sauf évidemment quand on côtoie des gens de la communauté. Sinon, en dehors, c'est l'unique personne.

C : Ah oui, c'est fou.

F : Oui (*rire*) oui.

C : Parce qu'on se dit un peu, que ça devrait plutôt être comme ça tout le temps, idéalement...

F : Ouais... mais non !

Après, pour notre mariage, elle était sympathique, mais bon... je veux dire, elle avait déjà vu au préalable nos deux noms (*rire*), donc je pense que voilà.

Mais lui, il savait pas, c'était cool j'ai trouvé.

Ce serait génial chez les médecins, la vérité ; de commencer à faire une fiche, je reviens sur ce que tu dis ; et c'est vrai que c'est pas mal en fait, de faire une fiche comme ça, qui établit le truc ; qui permet peut être à la personne d'être à l'aise avec ça. D'inviter l'autre, de dire "vas-y, tu peux poser les choses ici, il n'y a pas de jugement, c'est tranquille...".

C : Et même si c'était la première fois que tu voyais un médecin... tu ne te sentiras pas trop rentrer dans l'intime ?

F : (*Réfléchit*) Non... je veux dire, ça fait partie... Non j'ai pas l'impression que ça ne me gênerait pas, dans le sens où c'est une relation qui est cordiale. Enfin après, je dis ça, avec mon âge, peut être qu'à 25 ans, ou à 20 ans, peut être que ce serait autre chose, mais... Aujourd'hui, non, je considère que les médecins, ou n'importe quelle autre profession finalement, ils font leur job, ils nous rentrent dans leur base de données, et voilà...

C : Et c'est bien d'avoir une information complète en fait ?

F : Oui c'est ça, c'est de l'ordre de l'information pour moi. Et après, je pense que ça dépend. Moi j'ai fait mon coming-out, je suis out partout, j'ai une petite fille, je suis mariée aujourd'hui... ma situation familiale, elle est très claire, partout à peu près. Peut être qu'à 20 ans, il n'y a peut être pas l'envie, parce qu'on n'est pas out, parce que plein de choses...

C : Le fait d'être bien dans sa vie, en confiance, favorise le fait de pouvoir en parler plus facilement ?

F : Je pense, je pense. Et je pense qu'à 20 ans, moi je me revois un peu... Je trouve qu'on n'a pas encore... On a plein de trucs, évidemment, mais je ne dirais pas que la confiance est ce qui prime. On est en questionnement, dans la vie ; alors ok, on est hyper enthousiaste, il y a plein de choses, on a plein d'énergie, etc... Mais ouais, je me dis que... ou alors ceux qui roulent des mécaniques, pour moi c'est des faux semblants...

C : Ouais, la confiance elle est venue après...

F : Ouais ! Je pense que pour tout le monde ! Là, je mets tout le monde dans le même panier. Je trouve qu'on gagne en confiance en vivant des trucs, ce qui paraît assez logique.

C : Et du coup, je ne sais pas si on a vraiment développé, mais ton médecin traitant qui te suit depuis tes 12 ans, comment tu lui en as parlé ? C'est le moment où il y a eu ta fille...

F : Ah ben genre, "au fait, je suis avec une femme" (*rire*).

Mais, très franchement, je pense qu'il savait un petit peu déjà ; ou peut-être pas forcément d'ailleurs... Mais, je ne sais plus, je l'avais vu juste avant la naissance de ma fille, pour faire des rappels... des vaccins, des trucs de coqueluche comme ça qu'il faut faire...

Et puis, il m'avait proposé la rougeole, et il m'avait dit "est-ce que tu comptes avoir des enfants?" Alors c'est une question... c'est peut être une question genre... des fois on se focalise un petit peu sur le truc, mais si ça se trouve c'est juste une question de médecin ; il voyait que j'avais pas d'enfant, et puis c'est tout ; c'est pas forcément qu'il m'a catégorisée en lesbienne ou quoi, je veux dire il en voit beaucoup des patients, mais...

En tout cas, ça l'a pas défrisé, la vérité. Je ne me suis pas étendue dessus. J'avais un petit peu peur quand même, un petit peu... mais j'ai balancé ça, comme ça.

C : C'est toi qui l'a dit, du coup. Et tu as eu l'impression que ça avait changé quelque chose, dans votre relation, derrière ?

F : Non, non non, du tout ; pour le coup, du tout, du tout, aucune...

Alors après, il ne me demande pas comment va ma femme, mais bon il ne la connaît pas ; enfin si, elle est venue une fois ; il ne me demande pas comment va ma fille. Mais la vérité, je ne suis pas sûre qu'il fasse ça en règle générale. Il me demande comment va ma mère, mais ce qui paraît normal, parce que du coup il la traitait aussi, et que moi quand j'avais 12 ans, et mon frère... il voyait ma mère. Mais voilà.

Non, non, j'ai pas senti du tout, qu'il y ait un traitement défavorisant ou quoi que ce soit, du tout.

C : Ok, et t'es jamais allée avec ta fille au cabinet ?

F : Si si, une fois en fait. Mais je t'avoue que du coup, je n'ai pas voulu réitérer (*rire*).

Parce que je pense que c'est un médecin, qui a un peu des vieilles méthodes de vieux d'la vieille, alors ça va bien, avec moi... Mais je crois qu'il n'a pas trop traité de petits enfants... Il était assez stressé, et je suis pas sûre qu'il ait fait du bien à ma fille.

Alors attention, il a pas... mais c'était un peu hard, je trouve pour ma fille. Du coup, j'ai trouvé quelqu'un d'autre qui avait un peu plus l'habitude, qui n'était pas forcément... Parce qu'il n'y a pas trop de pédiatre ici, dans notre région... Donc j'ai trouvé une généraliste, qui a à peu près certainement l'âge de mon médecin de famille, qui est sur la retraite, mais elle n'a pas du tout la même méthode. On voit qu'elle traite les enfants, qu'elle a l'habitude en tout cas. Lui, c'était un peu "je te mets comme ça, je t'ouvre la bouche comme ça", des trucs un peu... Quand ta fille elle a 8 mois, tu n'as pas trop envie (*rire*).

C : Mais finalement, ça n'avait aucun lien avec ton orientation sexuelle ?

F : Non, non non, je pense que ça n'avait aucun lien ; clairement il est stressé avec les petits enfants. Je pense qu'il traite les enfants plus grands, et c'est plus simple, et je comprends, évidemment.

C : On va changer un peu de sujet, mais est-ce que tu t'es déjà posé la question de la transmission des IST entre femmes ?

F : Oui, oui, on est quand même un peu sensibilisées. Maintenant, je ne fais pas pour autant de tests, ou quoi. Mais enfin, quand on va chez le gynéco, a priori, on est testée ; moi il m'a testée l'année dernière je crois, avec toutes les IST, parce que j'essayais de tomber enceinte aussi, moi. Mais oui, oui...

C : Et quand tu... peut-être plus tôt dans ta vie, mais quand tu te posais la question de la transmission des IST, tu n'avais jamais posé la question à un médecin ? Sur comment...

F : Non, non effectivement. Non, parce que ça supposait (*rire*) de parler de sexualité avec un médecin, qu'on ne connaît pas bien, dont on a peur de faire son coming-out... donc non.

C : Et du coup, les infos, tu les avais eues comment ?

F : Ah ben, grâce à la magie d'internet, fort heureusement ; je pense que si on avait vécu dans un autre monde, on ne sait pas trop d'ailleurs... Dans le monde d'avant ; je sais pas trop comment... je pense que les gens ne s'informaient pas à mon avis...

C : Du coup internet ?

F : Ouais, ben ouais, ça permet d'être un peu au fait des choses ; même si parfois, ça peut être un puits sans fond, et qu'on trouve un peu à boire et à manger. Mais bon, aujourd'hui, il y a des sites un peu sérieux, doctissimo tout ça, on sait que c'est correct, donc voilà.

C : Ok, et... ben écoute, je crois qu'on a fait le tour des questions, est-ce que toi, il y avait d'autres choses dont tu voulais me parler ?

F : Non, je me dis juste qu'on a encore du chemin (*rire*), je trouve, vu notre échange, que ce n'est pas si anodin, globalement si vous faites une thèse là-dessus ?

ANNEXE 7 - Entretien 9

C (Chercheur) : Est-ce que tu te définis sur le plan de ton orientation sexuelle, et si oui, comment ?

F (FSF) : Lesbienne.

C : Et quand est-ce que tu t'es rendu compte que tu étais attirée par les femmes, et comment ça s'est passé ?

F : Euh... (*réfléchit*), je m'en suis rendu compte j'ai envie de dire, après coup, depuis très jeune, je sais pas vers 8-10 ans à peu près ; mais en fait je m'étais surtout rendu compte vers l'adolescence, à partir de 14 ans, puisque vers 20 ans, qu'en tout cas, j'aimais pas les garçons, que ça m'intéressait mais absolument pas. Mais en fait je savais pas, ça m'avait pas traversé l'esprit de pouvoir aimer les filles, j'avais jamais entendu parler de lesbiennes tout ça, enfin, globalement aucune idée quoi ; je savais que ça existait, mais c'était un peu un mot comme ça, je voyais pas. Du coup je m'étais juste dit "bon bah un jour les garçons vont m'intéresser", et après arrivant à 20 ans je me suis dit "bon, c'est un peu étrange mais ok" ; et puis un jour j'ai rencontré une fille, comme ça dans la rue, et là je me suis dit "ok, tout ce que mes copines me racontaient que j'allais avoir avec un garçon, j'étais ah ouais nan, pas sur en fait". Donc là c'était vraiment une fois, j'avais 20 ans ; et ça m'a bien pris un an et demi après pour me dire "eh peut être que je peux aimer les filles en fait", et pour, voilà, après commencer à essayer de rencontrer des femmes et tout ça.

Un peu comme ça que ça s'est passé. C'était pas très net, mais après c'est vrai que moi je me rendais compte, toutes les filles... parce que je trouvais cette fille super cool mais en fait pas du tout quoi, il y avait ma monitrice au centre aéré, enfin bref, après des copines, même pas ma meilleure amie, des filles de ma classe, là tu te dis en fait c'était pas... mais ça m'a pris vraiment du temps avant de comprendre ça, parce que je connaissais pas du tout ; je savais que ça existait homosexuel, mais vraiment c'était un mot voilà... Mes parents m'en avaient parlé, mais j'étais "bon bah pas moi, ça va pas!" (*rires*), voilà.

C : Est-ce que dans tout ton parcours t'en as parlé à des médecins ?

F : Non, jamais.

C : Non, au début en tout cas t'en as jamais parlé, c'est sûr ?

F : Non, non non.

C : Et après ? Est-ce que c'est un sujet qui a déjà été abordé avec des médecins ?

F : Hmm, franchement je pense pas. Je réfléchis à quels médecins, mais même ma gynécologue, on n'en a jamais parlé en fait.

C : Ouais.

F : C'est vrai qu'elle me posait pas... Bon maintenant on se connaît depuis pas mal d'années donc elle me pose même plus la question. Mais elle m'avait demandé au début si je prenais une contraception, puis j'avais dit non. Elle m'avait dit "ah, tu vas avoir un enfant", je lui avais dit "non" (*rires*). Elle m'avait dit "ah t'en n'as pas besoin", et j'avais dit "non j'en n'ai pas besoin". Alors après, bon bah, je sais pas, je me voyais pas lui dire... (*rires*), non vraiment je me voyais pas lui dire. J'aurais pu être célibataire et puis bon, avoir personne dans ma vie donc euh, puis je pense qu'elle se dira ça quoi : "bon bah elle en veut pas, et elle a pas d'enfants, donc elle s'en sort bien". (*rires*)

Et puis les autres médecins euh... bon j'y vais pas trop souvent chez le médecin, mais y avait jamais vraiment eu de rapport avec ma vie privée, dans le sens où ma copine avait jamais dû intervenir pour une raison ou une autre, ou...

Peut être une fois, mais c'était pas mon médecin habituel, j'étais en vacances et j'étais tombée malade, et il m'avait demandé si j'étais en couple, j'avais dit oui, et il m'avait dit "est-ce que votre copain il a aussi des symptômes?" et j'avais dit "ah nan ma copine, mais elle a pas de symptôme", et là il m'avait dit ok, bon bah elle a pas de symptômes voilà.

Je crois que c'est franchement la seule fois où j'ai dû aborder le sujet.

C : Ouais. Et avec d'autres professionnels de santé, est-ce que ça t'est arrivé d'en parler ?

F : Ben à part les médecins je vois pas trop d'autres professionnels de santé (*réfléchit*). Non, non honnêtement, à part dans ma vie privée, j'en parle rarement quoi.

C : Ok. Et du coup, ta gynéco, qu'est ce que t'en penses, est-ce que t'aurais envie qu'elle sache vu qu'elle te suit, ou c'est très bien comme ça ?

F : Y a les deux. D'un côté je me dis, bon, pour moi c'est très bien comme ça ; d'un autre côté je me dis je sais pas ce qu'elle pense en fait (*rires*). Et, soit elle se dit "cette fille est complètement bizarre", mais c'est vrai que moi, je vais pas lui dire de moi-même quoi. Parce que je trouve que c'est vraiment... enfin je sais pas on n'a jamais parlé de vie privée, elle m'a jamais demandé "vous êtes en couple ?" ou quelque chose quoi. Donc si elle m'avait demandé "vous êtes en couple ? ah bon ? mais vraiment pas de protection ? y a pas d'enfant depuis je sais pas combien d'années, vous faites comment et tout ?" là je lui aurais dit quoi.

Et, je me vois vraiment pas lui dire, sachant qu'elle me pose pas la question. Après, c'est sûr que si elle m'avait demandé "ah mais vous sortez avec des femmes?", là je lui aurais dit oui quoi. Voilà, sans problème vraiment, mais tant qu'elle va pas poser la question je vais pas lui dire quoi.

C : Ouais. Et euh, toi est-ce que tu penses que c'est important pour les médecins généralistes de savoir l'orientation sexuelle des patients ?

F : Je pense, dans certains cas oui, dans certains cas non, et ça paraît vraiment euh, vraiment mettre les gens dans des cases hein, mais je pense femme lesbienne, y a très peu d'impact je trouve, la vie sexuelle d'une lesbienne, comparée à je sais pas, les mecs par exemples ; j'ai un ami qui est gay, les médecins, dès qu'il dit qu'il est gay, ils lui font des tests pour le HIV, ils lui font tout. Nous c'est limite ah bon bah y a pas besoin de faire de suivi gynécologique, il va rien se passer. Euh, et après pour les personnes trans, là je pense qu'effectivement ils sont obligés, il faut qu'ils en parlent, parce que ça a beaucoup plus d'impact. Pour les femmes lesbiennes, c'est assez limité, pour un généraliste en tout cas. Je sais pas vraiment ce que ça va apporter.

C : Tu penses que dans quels domaines, pour les femmes lesbiennes, dans quels domaines ça aurait un intérêt ?

F : Ça aurait peut être un intérêt, pour les filles, les adolescentes, quand elles sont plus jeunes, qui vont pas encore chez le gynéco et tout, pour parler un peu de la prévention des MST et tout ça, parce que c'est vrai que franchement, si on est lesbienne, ça fait pas du tout de sens toutes les autres choses qu'on nous dit quoi ; et par contre nous on n'a aucune idée, mais aucune idée de comment faire quoi. En tout cas moi j'avais aucune idée, au début je me disais est-ce qu'il faut faire quelque chose ou pas ? J'ai

cherché sur internet, on parlait de protections dont j'avais jamais entendu le nom, j'ai essayé d'en acheter... PERSONNE (*avec insistance*) ne savait ce que c'était (*rires*), euh, même sur internet on n'en trouve pas, le flou total. Donc ça c'est vrai que, je pense que pour la santé sexuelle des jeunes filles, pour leur dire un peu quoi, là ça pourrait être important, ou aussi, je pense que, si elle va pas bien, si une jeune fille par exemple elle va pas bien, un peu psychologiquement et tout, là je pense que c'est bien que le médecin il pense un peu à ça, qu'il se dise, si elle a des problèmes pour manger, ou un peu de dépression des choses comme ça, il faudrait peut-être qu'il amène un peu le sujet quoi ; parce que, peut-être même qu'elle elle s'en rend pas compte ; je pense que ça ce serait peut être les 2 aspects où ça pourrait être utile quoi. L'aspect psychologique, je pense que c'est important de le dire, et d'ailleurs maintenant que tu le dis, je suis en train de réfléchir que quand j'avais vu une psychologue, elle je lui avais dit, que j'étais lesbienne ; là ça me revient complètement (*rires*) et c'est la seule à qui j'avais vraiment parlé, voilà.

C : Ouais ; et cette psychologue, toi comment tu en avais parlé, et elle comment elle avait réagi ?

F : Euh, ben j'en avais parlé, parce qu'elle m'avait demandé si j'étais célibataire ou pas, et je lui ai dit non j'ai une copine. Je me suis dit si je dis juste "non" elle va penser que c'est un homme et ça va être bizarre après, tout le temps qu'on va se voir.

Mais je voulais pas en même temps qu'elle me parle de ça comme si c'était la raison pour laquelle je venais la voir, c'était pas du tout le cas, du coup bah elle m'avait posé cette question, et moi j'avais dit "bah j'ai une copine", elle m'avait dit "ah euh" - bon elle était beaucoup beaucoup plus âgée, moi je pense qu'elle avait plus de 80 ans, donc vraiment gros gros écart - donc on en a un peu parlé, elle m'a demandé si c'était un problème pour moi, je lui ai dit non, elle m'a demandé si j'en avais parlé autour de moi, je lui ai dit oui ; et après on s'est arrêtées à ça, après elle me parlait toujours de ma copine avec les mêmes questions qu'elle aurait posées si ça avait été un homme quoi.

Voilà, mais, très bien, elle était très euh... voilà elle parlait d'une femme, sans, enfin vraiment comme si c'était un homme, en disant femme à la place, donc voilà ça s'était très bien passé quoi.

C : Ok. Et, imaginons que tu sois amenée à rencontrer un nouveau médecin généraliste, et que lui il ait besoin de connaître ton orientation sexuelle dans sa pratique, comment tu aimerais que le sujet soit abordé ?

F : Moi je pense qu'il faut qu'il demande un peu dans le questionnaire de santé quoi. Nom, prénom, orientation sexuelle, comme ça c'est dit, c'est clair, il le voit, il l'amène si il en a besoin, il l'amène pas si y en pas besoin, moi je sais qu'il sait (*rires*), mais on n'a pas eu à le dire ; enfin moi je déteste parler de ma vie privée donc c'est sûr que, que j'en parlerais pas quoi, même si... non.

Oui pour moi c'est le questionnaire à l'entrée la première fois qu'on va le voir.

C : Questionnaire à l'écrit tu veux dire ou à l'oral ?

F : Euh, je sais, je sais que la dernière fois que je suis allée chez le médecin il m'avait donné un questionnaire avec nom, prénom, fallait marquer l'assurance santé, et là il y aurait pu avoir une case où ça aurait été marqué, mais après si le médecin il le fait oralement, mais vraiment dans le cadre d'un questionnaire très formel, où ce serait une question comme une autre en fait. Comme l'âge...

C : Oui comme les antécédents, les traitements, qu'est-ce que vous faites dans la vie ?

F : Voilà, comme tu m'as demandé au début de l'entretien en fait, "comment est-ce que tu définirais", voilà c'est très bien ça.

C : D'accord. Donc toi tu réagirais comment si on te posait la question comme ça ?

F : Bah, moi, un médecin, je lui dirais. Ce serait comme une donnée, comme si il me demande mon âge, ouais, où je suis née, si j'ai déjà été à l'hôpital, non, moi ça me poserait pas de problème.

C : D'accord, ouais ; ça te semblerait pas intrusif ? Ou trop personnel ?

F : Pas avec un médecin non. Dans d'autres domaines oui, mais pas avec un médecin, où de toute façon il va voir des trucs que personne d'autre ne va voir (*rires*). Et puis il y a cette histoire de secret un peu professionnel, donc je me dis, faut qu'il connaisse la personne en entier. Et puis si j'ai pas confiance en le médecin il vaut mieux en changer. Voilà.

C : Ok. Est-ce que tu aurais des conseils, des choses assez pratiques, sur savoir comment, enfin quoi faire, quoi dire, dans la position du médecin, pour que les patientes se sentent à l'aise, justement, de pouvoir parler de ça ?

F : (*Réfléchit*) En fait il faudrait que la patiente puisse comprendre que le médecin il est ouvert à ça, et qu'il va pas nous balancer des généralités, ou qu'il va pas, même, se focaliser juste sur ça. Et donc, pour que le médecin arrive à faire ça, idéalement, si il arrivait dans la discussion, où il s'introduit, à parler du fait qu'il a toute sorte de clients, de tous les horizons, de tous les milieux, de tous les genres ; ben là on sent un peu que la discussion elle va par là, on se dit "ah bon il a l'air un peu ouvert", euh, ça je pense ça peut, enfin moi je me dirais "ah ok c'est quelqu'un qui a l'air complètement neutre et réceptif à ce sujet donc c'est bien quoi". Je pense qu'il faudrait qu'il fasse une petite présentation un peu comme ça, là c'est sûr qu'après on n'hésite plus à lui dire quoi.

C : Ouais. Et du coup ce serait une présentation un peu, pareil, en première consultation, après le questionnaire, le médecin ferait une petite intro...

F : Oui voilà, oui, parce que quand j'avais vu mon médecin - bon ça fait, je sais pas, 7-8 ans que je vais chez elle - elle m'avait dit un peu tout ce qu'elle faisait dans son cabinet, elle m'avait dit qu'elle faisait aussi le suivi gynécologique, tout ça ; bah là elle aurait pu rajouter cette petite phrase, qu'elle fait pour les enfants, pour les adultes, qu'elle a beaucoup de clients, qui viennent de partout - même si c'est un peu faux (*rires*) - mais bon, on peut pas savoir !

C : Et, est-ce que t'aurais d'autres idées, dans des choses concrètes, de comportements ?

F : Bon après, si elle a une tasse sur son bureau avec le drapeau gay, c'est sur, qu'alors ça...

C : Là y a pas photo !

F : Ouais même si c'est un peu par hasard, mais... ou alors je sais pas, des petites plaquettes dans sa salle d'attente, avec euh... pour des associations LGBT, ou pour des trucs comme ça... Là je me dirais, que si je veux en parler je peux y faire référence "ah j'ai vu les plaquettes que vous avez dans votre salle d'attente... c'est bien..." (*rires*) ; ça donne un peu des indices, la personne déjà elle sait que ça existe... oui qu'elle est au courant de ce qu'il s'y passe, dans le milieu tout ça...

C : Carrément. Et, du coup, tout à l'heure tu me parlais de la transmission des IST, je vois que tu t'es déjà posé les questions, est-ce que tu as déjà posé ces questions à des professionnels de santé ?

F : Non non, jamais. (*Rires*) Non.

C : Pourquoi ?

F : Non en fait la seule personne à qui j'ai posé la question c'était à une pharmacienne, parce que moi je cherchais absolument le "dental dam", et elle savait absolument pas ce que c'était ; elle a appelé sa collègue, horreur totale dans la pharmacie, elle appelle sa collègue : "mais vous voulez en faire quoi et tout ?" ; hahnn (*rire et air horrifié en se remémorant*), tellement gênant, horrible, j'ai dit "nan nan mais c'est une erreur, j'ai pas compris ce qu'on me demandait", je suis partie quoi. C'était affreux. Du coup, bah là je voulais même pas lui dire pourquoi c'était (*rires*) c'était trop gênant.

Du coup je me vois même pas en parler à un médecin parce que j'ai peur qu'elle me dise "mais de quoi vous parlez ?" (*rires*)

Non non, non du coup j'en parle pas.

C : Et tu coup t'avais cherché des réponses, tu m'as dit, sur internet un peu ?

F : Ouais sur internet, et puis, moi quand j'étais à l'université, il y avait une association LGBT, du coup bah là y avait - c'était une association lesbienne d'ailleurs - il y avait des filles qui connaissaient beaucoup plus de choses, qui étaient en plus un peu militantes tout ça, donc elles en avaient parlé, au cours d'une discussion complètement informelle ; elles avaient dit, ah oui cette histoire de digue machin, je me suis dit ah qu'est ce que c'est et tout, et après j'avais été chercher sur internet, voir à quoi ça ressemblait, et puis, bah si y avait d'autres choses à savoir ; enfin comment déjà est-ce qu'on peut attraper une IST entre deux femmes ; parce que pour moi c'était pas super clair (*rires*).

Parce qu'on se dit ok si on embrasse quelqu'un, mais on peut, après, est-ce qu'il y a plus de risques en faisant autre chose ? Ça je savais pas trop. Donc internet quoi.

Et puis des amies. Des amies lesbiennes.

C : Et est-ce que tu as l'impression d'avoir trouvé des réponses ? Ou est-ce que c'est encore un peu flou-abstrait ?

F : C'est un peu flou, en tout cas sur internet, il y a beaucoup de sites qui disent qu'il y a très peu de risques ; mais que quand même c'est mieux de se protéger ; mais ils disent pas avec quoi... ils disent pas comment...

Euh donc il y avait une histoire de découper un préservatif, enfin des trucs... (*rires*), j'avais beaucoup rigolé en voyant ça, et puis ; ouais et puis je vois pas comment on peut appliquer ça dans la pratique quoi donc euh... C'était bien le concept : oui protégez-vous parce qu'il y a un petit risque, pas gros, et puis un risque de quoi on sait pas trop, ils parlent, après c'était tout mélangé ; ouais bref ; ils mélangeaient les contacts avec du sang, avec des trucs, enfin c'était pas, et puis y a pas beaucoup de sites non plus qui en parlent. Il faut vraiment chercher avec des mots clés bien précis, parce que sinon on tombe sur, bah des IST sur des rapports plutôt traditionnels, ou homme-homme alors ça y a beaucoup aussi ; mais femme-femme, non. Enfin moi j'ai pas trouvé tout ce que je voulais quoi.

C : Et euh, tu penserais pas à poser la question à ta gynéco par exemple ?

F : J'ai vraiment peur qu'elle sache pas (*rires*), honnêtement. Et j'ai pas envie - vu déjà que la pharmacienne savait pas, que personne... Je me dis bon ok si eux ils savent pas ; non franchement j'ai pas du tout envie de lui en parler. Je pense que là c'est vraiment LE sujet où j'irais dans une association de femmes lesbiennes, pour, si je voulais vraiment avoir des réponses claires j'irais là bas, mais j'irais pas chez mon médecin.

Peut être parce qu'elle sait pas non plus que je suis lesbienne ! Peut être que si elle savait elle m'aurait d'elle même parlé de ça quoi !

C : Et du coup, ton suivi gynéco, tu fais les frottis ?

F : Oui oui.

Moi c'est ma maman qui m'en avait parlé, enfin il y a longtemps hein, je sais pas quand j'étais ado, elle m'avait dit ah faut y aller tous les années à partir de... elle m'avait dit vers 18-19 ans t'y vas tous les ans, du coup je me tiens à ça.

C : Ok. Et, tu étais allée à la pharmacie, ils savaient pas les digues ce que c'était, est-ce que t'as demandé à d'autres filles si elles avaient pu en trouver ?

F : Oui, une copine m'avait dit une fois qu'elle en avait acheté sur internet, sur Amazon je crois, mais que c'était super cher, et en plus il y avait un délai de livraison super long, et bon ben, y avait qu'une seule marque, donc en plus la qualité on savait pas trop d'où ça venait, c'était un site étranger. Mais sinon les autres, moi je me demande toujours comment elles font ; est-ce qu'elles prennent quelque chose ou pas ; nan franchement c'est super difficile comme question. Pas beaucoup de réponses quoi. On sait toutes que ça existe, mais comme un mythe un peu lointain, mais personne n'a jamais vu en action quoi.

C : Et, est-ce que toi tu penses que ce serait le rôle du médecin traitant d'en savoir plus sur ça et de pouvoir informer les patientes ?

F : Je pense que si lui il a envie, ou s'il décide de faire une approche vraiment plus globale pour tout le monde, et pas supposer que tout le monde est hétéro quand ils viennent dans leur cabinet, il faut être un peu au courant. Donc il faut avoir derrière un petit peu de, enfin pas de savoir, je pense pas qu'il y ait besoin de beaucoup de savoir ; mais de dire ah pour les femmes il faut quand même plutôt utiliser une protection, surtout si c'est pas quelqu'un qu'on connaît et qu'on n'a pas fait de tests tout ça, et après faut aussi pouvoir dire où est-ce qu'on peut trouver ces protections quoi, parce que sinon... ou alors quoi utiliser ; oui je pense qu'il faut qu'ils connaissent un petit peu.

Si ils parlent un peu des IST ; parce que si c'est des médecins qui parlent pas du tout des IST tout ça bon bah, là il manque peut être une partie dans le travail du médecin quoi ! Je pense pour les jeunes il faut le faire quoi.

C : Et comme tout à l'heure je te demandais si tu avais des exemples de choses concrètes à faire tout ça, est-ce que t'as aussi des idées de choses au contraire, qu'il faut surtout pas faire, en tant que médecin ?

F : Ben, surtout pas faire, je pense peut-être, si la personne lui dit qu'elle est lesbienne ou qu'elle est gay ou trans, ce serait faire des remarques un peu stupides, genre "ah bon j'aurais pas cru" ou des trucs comme ça, parce que franchement ce serait super gênant. Honnêtement je pense pas qu'un médecin dise ça, mais en même temps des fois j'ai rencontré des médecins y a longtemps je me dis ouais eux clairement je sais pas trop qu'est-ce qu'ils auraient répondu ! (*Rires*)

Tellement ils étaient, juste dans leur travail, un peu spéciaux quoi, pour toutes leurs réactions ; ça ouais je pense que c'est le truc qu'il faudrait pas faire.

Ou, si c'est un médecin qui suit aussi nos parents ou nos frères et soeurs, qu'il dise euh, qu'il fasse une référence genre "votre mère elle me l'a pas dit", et qu'on se dise "ouh mon dieu il va faire le lien avec toute la famille puis nous on voulait pas qu'ils sachent" ou quelque chose, ça ça pourrait être un peu gênant aussi.

Nan pour moi ce serait surtout qu'elle fasse des remarques du style "ah ben du coup y a pas de danger", "ah bah vous risquez pas de tomber enceinte", ce serait des remarques pas très adroites. Ce serait un peu gênant.

C : Ok, ça marche. J'ai fait le tour des questions, je sais pas s'il y a de nouvelles choses sur ce sujet qui te viennent, en rapport avec la santé, la médecine en général ?

F : Bah c'est sûr que si, petit à petit, avec le temps - quand même cette problématique elle arrive de plus en plus souvent - si jamais d'eux-mêmes ils abordaient un peu ce sujet, pour éviter que le patient de lui-même ait à faire une sorte de coming out à chaque fois qu'on va chez un médecin différent, surtout les généralistes qui nous voient pour plein de choses différentes quoi, ça ce serait pas mal quoi.

Ce serait, comme tu l'as dit je crois, d'inclure un petit peu plus ça dans la discussion au début pour connaître son patient ; ou aussi ça peut arriver après je veux dire, quelqu'un peut être suivi chez son médecin depuis 10 ans, et après avoir euh, sortir avec des hommes ou des femmes et tout ça ; là le médecin il va pas forcément se poser la question quoi ; il va se dire bon bah il était marié ou elle était mariée avec un homme, et il va supposer ça quoi.

Mais c'est vrai que si le médecin parlait un peu plus de la vie privée du patient, ça arriverait plus vite sur le tapis je dirais. "Vous habitez seul, vous êtes en couple" des choses comme ça. Ça pourrait un peu aider - enfin moi on m'a jamais posé la question ; ce qui ne gêne pas, mais ce qui finalement empêche aussi un petit peu la personne de parler je pense ; parce que personne a envie de faire un coming out en allant chez le médecin en disant "bonjour, untel, lesbienne" (*rires*). Si le médecin n'en parle pas, ça me viendrait pas à l'esprit ; donc peut-être qu'ils en parlent un peu plus...

Mais comme t'as dit, toujours avec tact, donc c'est pas évident...

REMERCIEMENTS

Au Professeur Patrick Imbert. Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

Au Docteur Aurélie Finkel. Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez accepter l'expression de notre reconnaissance.

Au Docteur Guillaume de Véricourt. Pour avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse, soyez assuré de notre profonde gratitude.

Au Docteur Julia Tarragon. Nous te remercions infiniment d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Merci pour ta disponibilité, tes encouragements, tes conseils avisés et ton engouement pour ce sujet, qui nous ont toujours motivées pour continuer, et qui ont rendu cette thèse possible.

Aux femmes qui ont participé à cette étude. Nous souhaitons remercier chacune de vous. Merci de votre confiance, de nous avoir livré vos pensées et expériences personnelles. Nous espérons avoir su défendre vos droits, à travers vos voix, et à notre échelle.

Remerciements de Louise

À Claire, ma coéquipière de taille et de travail, pour ta motivation, ton abnégation, ton humour décalé et ta bonne humeur ! Je n'aurai pu trouver de meilleure partenaire pour ce travail, et je suis fière de l'avoir fait à tes côtés.

À mes parents, pour votre soutien sans faille toutes ces années ; je n'ai jamais eu de doutes, car je savais que vous étiez présents à mes côtés.

À Tristan, pour toutes ces années de compétition amicale, j'ai appris à accepter de perdre (sauf quand c'est toi qui gagne).

A Emma, pour ton aide bienveillante, ta sagesse et ton écoute.

Merci à mes grand-parents et au reste de ma famille, qui par leur fierté m'ont toujours poussée à me dépasser.

Au club des cinq (Claire ², Lucile & Marine), pour avoir été mon socle pendant ces trois années d'internat. Nos cercles de discussion et votre écoute bienveillante font ressortir le meilleur en moi.

Aux gonzs,

Laëtitia, pour ta tolérance, tu n'as jamais cédé face au tyran,

Alice et Elise mes racines locales si solides, Célia, Asmâa, Marion, Camille, Sara,

J'ai survécu à l'externat grâce à vous. Je suis chanceuse d'avoir croisé votre chemin et heureuse de grandir à vos côtés.

À Camille, Lyly et Anne-Laure, vous êtes ma bouée de sauvetage hors des eaux médicales.

Que ces années d'amitié ne s'arrêtent jamais.

À Manon et Robin, les années nous éloignent, mais renforcent nos liens.

Aux équipes médicales et paramédicales (UPU, HAD), maîtres de stage (Xavier, Laurence, Nicolas, Anne-Marie, Olivier,..), rencontrés au fil de mon parcours, pour la confiance que vous m'avez accordée, qui m'a permis de m'affirmer. J'ai trouvé le sens de mon métier à vos côtés.

Remerciements de Claire

À Louise, pour m'avoir proposé de faire cette thèse ensemble. J'ai beaucoup apprécié faire ce travail avec toi, tu as été la parfaite co-thésarde. Qui aurait cru que l'association de deux petits chefs pouvait être une si belle réussite ?

À tous les médecins généralistes qui m'ont accueillie en stage depuis l'externat jusqu'au SASPAS, qui m'ont donné goût à l'exercice de la médecine générale : les Dr Gournay et Lagache, Isabelle, Philippe, Thierry, Frédérique, Mélanie, Myriam, Anne, Farouk, Delphine et Mélanie. Vous avez chacun contribué à ma formation et à mon épanouissement professionnel.

À toute l'équipe de l'UPU de Chambéry, travailler à vos côtés a été une riche et belle expérience.

À ma famille et mes ami.e.s, pour nos discussions et réflexions partagées sur le féminisme et la médecine.