

Spécificités de santé des lesbiennes, bies & co' : le projet communautaire *Go To Gyneco* !

Health specifics for lesbians, bies & co' : the community project Go To Gyneco !

VITULLI A., BILLET A., DE TILLESSE M. et PELOUX S.

O'YES – Organization for Youth Education & Sexuality, Anderlecht & Namur

RÉSUMÉ

Contexte : Les femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF) ont proportionnellement moins accès aux soins de santé que les autres femmes alors qu'elles sont particulièrement sujettes à certaines problématiques de santé, notamment en ce qui concerne leurs santés mentale et sexuelle. Pour cette raison, une prise en charge médicale adaptée à leurs spécificités est nécessaire. Cela implique une meilleure connaissance de la part des professionnel-le-s de santé des problématiques qu'elles rencontrent et des inégalités structurelles et de santé auxquelles elles font face.

Matériel et méthodes : Revue de la littérature associée au recueil de l'expertise expérientielle de personnes concernées (FSF), d'acteurs et d'actrices de structures communautaires et/ou associatives.

Résultats : Cet article met en évidence les difficultés d'accès aux soins des FSF et se penche sur la relation des FSF aux soins médicaux et, plus particulièrement aux soins gynécologiques.

Conclusion : Le projet *Go To Gyneco* ! propose des recommandations à destination des soignant-e-s et formule plusieurs demandes relatives à une prise en charge de cette question par les pouvoirs publics.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 484-490

ABSTRACT

Context : Women who have sex with women (WSW) have proportionally less access to health care than other women do even though they are particularly prone to some health problems, in particular when it comes to mental and sexual health. That is why medical care adapted to their needs is required. To this end, physicians should have a better knowledge of their health problems and a better understanding of the social and health inequalities they face.

Material and methods : literature review supplemented by a collection of experiences of concerned persons (WSW) and the expertise of associative and/or community stakeholders.

Results : This paper brings to the light the difficulties in accessing health care WSW are facing and looks at the relationship they have with health care and especially with gynecology.

Conclusion : The project *Go To Gyneco* ! provides recommendations for physicians and makes several requests to the public authorities concerning the management of this issue.

Rev Med Brux 2020 ; 41 : 484-490

Key words : health, sexual health, gynecology, woman, lesbian, LGBTQI+

INTRODUCTION

Les lesbiennes forment un groupe social très peu étudié. Celles-ci sont « invisibilisées » dans de nombreux domaines et la santé n'échappe pas à la règle (à ce sujet, voir le rapport de l'Union européenne *Health 4 LGBTI*, 2017). Il en découle une absence de prise en compte des spécificités de leur santé et conséquemment, une prise en charge médicale souvent peu adaptée. Cet article pointe ce phénomène en s'adressant à celles et ceux qui peuvent prendre le relai sur le terrain : les professionnel-le-s de santé. Cette démarche est encouragée par le projet, *Go To Gyneco* !, qui s'adresse tant aux professionnel-le-s de

santé qu'aux femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes, tout en étant porté par ces dernières. En ayant connaissance des inégalités sociales structurelles et de santé, les médecins peuvent ainsi contribuer à leur atténuation¹. Les FSF cumulent plusieurs inégalités, dont en particulier, celles vécues par les femmes et par les minorités sexuelles (pour rendre compte de cette situation, nous emploierons le terme « lesbophobie »). Il est de ce fait pertinent d'adapter la prise en charge médicale de ces patientes en fonction des inégalités subies et de leurs conséquences sur la santé puisque « dans une situation sociale inégalitaire, un traitement identique se révèle dis-

criminoire »².

Dans un premier temps, il serait pertinent de se questionner sur ce à quoi l'on fait référence lorsqu'on parle de santé lesbienne. Pour le comprendre, il est essentiel de noter que la distinction binaire opposant l'hétérosexualité à l'homosexualité comporte des limites et n'est pas toujours adéquate. En effet, le groupe social des « lesbiennes » est indéniablement hétérogène. Par exemple, certaines femmes s'identifiant comme lesbiennes peuvent avoir ou avoir eu des relations amoureuses et/ou sexuelles avec des hommes³⁻¹² alors que d'autres pas. De la même manière, une femme peut avoir ou avoir eu des relations avec d'autres femmes sans pour autant s'identifier comme lesbienne. Certaines se disent bisexuelles, pansexuelles, gouines, *butch*, *fem*, *queer* voire même hétérosexuelles ou bien d'autres identifications encore. Ignorer la diversité de ces réalités revient à occulter une immense part des enjeux de santé que nous évoquerons ici. De plus, des changements dans l'orientation sexuelle peuvent survenir tout au long de la vie⁶. Dans cet article, nous emploierons le terme « FSF » (femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes) afin de nous concentrer sur les pratiques et leurs implications directes ou indirectes sur la santé, afin de prendre en compte la multiplicité des autodéterminations.

« FSF » fera ici uniquement référence aux femmes cisgenres (c'est-à-dire dont le genre correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance) ayant des relations sexuelles avec des femmes cisgenres. Le sujet de la santé des personnes trans* relève d'enjeux qui leur sont spécifiques et l'association *Genres Pluriels* dispose d'une expertise considérable à ce sujet (voir leur *Guide de santé sexuelle pour personnes trans* et leurs amant·e·s*).

Dans cet article, nous examinerons d'abord les raisons du faible recours des FSF aux soins de santé, nous questionnerons ensuite le *coming out* en milieu médical et nous nous pencherons sur une des spécificités de la santé des FSF, à savoir la santé mentale et les discriminations subies. Le rapport des FSF à la gynécologie sera ensuite discuté, les enjeux de santé sexuelle chez ce public seront évoqués et nous conclurons enfin par quelques recommandations à destination des professionnel·le·s de santé.

MÉTHODES

Nous présentons ici les résultats d'une revue de la littérature francophone et anglophone, issue autant des domaines médicaux que sociologiques, associée à l'expertise expérientielle des personnes concernées (FSF), d'acteurs et d'actrices de structures communautaires et/ou associatives. Les articles ont été trouvés à l'aide des mots clés « lesbiennes », « santé », « santé sexuelle » et « gynécologie » dans *Google Scholar* ou sur des plateformes de diffusion de publications scientifiques telles que *Pubmed*, *Cairn*, *ResearchGate*, *ScienceDirect*, *Erudit*, *Persee*, *Rero Doc* ou encore *OpenEdition Journals*. D'autres sources sont issues du milieu associatif. Les sources ont été sélectionnées suite

à un travail de partage, de recommandation et de validation par des femmes concernées prenant part au projet *Go To Gyneco !* qui connaissent le sujet « de l'intérieur », en tant que patientes FSF.

RÉSULTATS

Moindre accès aux soins de santé

Nous le verrons tout au long de cet article, les FSF sont particulièrement sujettes à certains enjeux de santé, notamment en ce qui concerne leur santé mentale et leur santé sexuelle, mais elles sont également plus enclines que les autres femmes à la consommation de substances telles que le tabac, l'alcool et les drogues^{4,11-14}. Aussi, bien qu'il n'y ait pas encore de consensus général à ce sujet, certaines études déclarent qu'en raison de cette plus forte consommation et de la plus fréquente nulliparité des FSF, les risques de cancer du sein peuvent être plus élevés^{7,9,11-14}, tout comme le risque de cancer des ovaires⁷ ou de l'utérus^{9,15}.

Nous constatons néanmoins que les FSF ont proportionnellement moins recours aux soins de santé que le reste de la population^{2,11}. Ce moindre accès peut s'expliquer par au moins deux raisons principales. Premièrement, si les FSF consultent moins, c'est entre autres parce qu'elles sont ou ont été confrontées à de l'hétérosexisme ou à de la lesbophobie au sein du milieu médical, ce qui constitue un frein au suivi médical^{2,10,11,16}. Deuxièmement, le manque de connaissances et de compétences spécifiques à la santé des FSF de la part des intervenant·e·s de santé est aussi mentionné par les patientes (manque d'informations concernant les IST, soins inappropriés en santé mentale, ...) ^{2,7,9-11,17,18}. Sally Mravcak, dans son article *Primary care for lesbians and bisexual women*, pointe trois obstacles à l'accès des FSF à des soins de qualité : le manque de connaissances et d'études au sujet des questions de santé qui leur sont spécifiques, l'hésitation des médecins à aborder le sujet de l'orientation sexuelle et l'hésitation des FSF à aborder leurs pratiques sexuelles⁷.

Coming out en milieu médical

Effectivement, les FSF peuvent adopter différentes attitudes face aux intervenant·e·s de santé. Certaines font immédiatement part de leur orientation sexuelle, d'autres évitent de « s'exposer » trop rapidement en évaluant d'abord les signes d'ouverture ou de rejet de l'intervenant·e· et d'autres décident simplement de ne rien en dire^{2,18}. Selon l'Ilga (*International Lesbian, Gay, Bisexual Trans and Intersex Association*), la majorité ne font pas part de leur orientation sexuelle à leur médecin, généraliste ou gynécologue⁹, les FSF étant moins enclines à faire leur *coming out* auprès d'un·e· professionnel·le· de santé que dans d'autres contextes publics (comme au travail, par exemple)¹⁷. Or, la présomption d'hétérosexualité implique que, si une patiente souhaite que son interlocuteur ou interlocutrice sache qu'elle a des relations avec une ou des femmes, elle doit le dire⁶. Ce postulat d'hétérosexualité, quasiment systématique lors des consultations médicales^{9,10,17-19},

mène à des situations qui peuvent être gênantes : les patientes FSF doivent décider de faire leur *coming out* à leur médecin ou pas, en corrigeant, ou pas, les propos qui ne les concernent pas. Si celles-ci ne prennent pas l'initiative de corriger les propos erronés et choisissent de ne rien dire, elles passent pour hétérosexuelles^{17,18}. Ainsi, jusqu'à ce qu'elles abordent le sujet, les FSF sont des patientes invisibles. En ne présupposant pas que toutes les patientes sont hétérosexuelles, les soignant·e·s laisseraient une opportunité aux FSF de faire part de leur orientation sexuelle simplement, sans qu'elles n'aient à se trouver dans une situation gênante et à décider de les corriger ou non¹⁷. La difficulté des FSF à évoquer leur sexualité repose notamment sur la crainte que cela altère la qualité des soins reçus^{6,7,19}.

La connaissance de l'orientation sexuelle d'un·e· patient·e· doit, en effet, représenter un moyen de prévention et d'optimisation du suivi de santé, afin d'améliorer la prise en charge médicale⁷. Lorsqu'une patiente FSF est « *out* » auprès de son intervenant·e· de santé, prendre son orientation sexuelle en considération permet d'anticiper les risques spécifiques qui en découlent et de lui fournir un suivi adapté. À côté de cela, le traitement différentiel accordé aux FSF mène aussi parfois les professionnel·e·s à éliminer la possibilité que la patiente puisse faire face à certaines problématiques, généralement associées aux femmes hétérosexuelles, comme les IST par exemple (et notamment les HPV)^{7,10} ou encore les violences entre partenaires⁷. Or, les FSF sont aussi confrontées à ces problèmes. Par ailleurs, la position des praticien·ne·s de santé est parfois de traiter ces patientes « comme tout le monde », pensant qu'adopter une attitude « neutre » n'a pas d'incidence sur la qualité des soins^{2,3} mais la santé des FSF comporte des spécificités dont il faut tenir compte^{3,5}.

Santé mentale et discriminations

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les FSF sont particulièrement touchées par certains troubles de santé mentale, à savoir l'isolement, les tentatives de suicide, la détresse psychologique, les troubles mentaux ou encore l'automutilation, qui s'installent souvent dès l'adolescence^{2,4,5,7,12,14}. C'est indéniablement l'oppression, les discriminations, les climats lesbophobes et les violences vécues qui mettent en péril leur santé mentale de cette façon^{5,7,11-13,17}. D'après l'étude européenne *Violence Against Lesbians*, 98 % des lesbiennes ont subi des agressions verbales du fait de leur orientation sexuelle, 24 % des violences physiques et 44 % des violences sexuelles¹¹. Notons aussi que la santé mentale des FSF se dégrade d'autant plus lorsqu'elles évoluent au sein d'un milieu familial lesbophobe, en l'absence d'interlocuteur ou d'interlocutrice avec qui évoquer leur orientation sexuelle ou encore lorsque des soupçons ou des discriminations surviennent au sein de l'établissement scolaire ou du milieu professionnel². Ce risque est également plus présent chez celles qui ne sont pas « *out* » (c'est-à-dire celles dont l'orientation sexuelle n'est pas connue par l'entourage), qui ne vivent pas une relation satisfaisante ou qui manquent de soutien social. Or, nous savons que les personnes LGBTQI+ (lesbiennes, gay,

bisexuelles, trans*, queer et intersexes) bénéficient généralement de moins de soutien social (et plus particulièrement de moins de soutien familial) que le reste de la population⁷.

L'ensemble des auteurs et autrices consulté·e·s s'accordent aussi sur le fait que les processus de « *coming out* à soi » et de « *coming out* à autrui » (réitéré plusieurs fois selon les changements de situation et d'environnement) représentent des périodes compliquées pour la santé mentale. Cette période peut s'accompagner de stress et de tensions mais également de dépression^{2,6,13}.

En ne se conformant pas à l'hétérosexualité, les FSF dérogent aux obligations faites aux femmes et sont, de ce fait, sanctionnées par des violences tant dans la sphère publique que privée. Ces violences représentent une sorte de contrôle social qui a pour but de les « remettre au pas »⁸. Ce contrôle, lors de l'adolescence, peut aussi prendre la forme du harcèlement sexuel ou encore de la réputation sexuelle⁴. C'est, notamment, de ces violences et discriminations qu'il est question lorsqu'on évoque leur impact sur la santé mentale. Malheureusement, les FSF pointent un manque de connaissances, notamment relatives aux violences et discriminations qu'elles vivent, de la part des professionnel·le·s de santé^{11,17}. Par ailleurs, la formation de leur identité est complexifiée par la contrainte sociale que représente l'hétérosexualité. Ce contexte semble inciter les FSF à s'engager dans des pratiques à risque, tant sur le plan physique que mental ou sexuel⁴. Enfin, les FSF peuvent intérioriser les représentations sociales stigmatisantes les concernant et ainsi, développer une lesbophobie intériorisée qui conduit à l'anticipation des discriminations^{2,19}.

FSF et gynécologie

Les FSF ont moins souvent recours aux consultations (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, ...) et aux frottis de dépistage que les autres femmes^{3,11,14,15}. Pour bon nombre d'entre elles, et particulièrement pour celles qui n'ont pas ou n'ont pas eu d'homme cisgenre en tant que partenaire sexuel, le suivi gynécologique n'est pas une évidence. Leur première consultation est beaucoup plus tardive que celle des autres femmes. Elles attendent généralement de présenter des symptômes pour consulter et n'ont pas une vision préventive de la gynécologie, mais plutôt curative. Elles développent alors parfois une crainte d'être jugée par le ou la professionnel·le· de santé pour ne pas avoir consulté plus tôt¹⁰. Nous pouvons identifier plusieurs obstacles, que nous développerons dans les paragraphes suivants, pour l'accès des FSF aux soins gynécologiques. Dans un premier temps, notons que la principale « accroche » qui constitue une raison pour la plupart des femmes d'entamer un suivi gynécologique est la contraception¹⁰. Or, beaucoup de FSF ne prennent pas de contraception, ce qui explique, au moins partiellement, qu'elles recourent moins aux consultations gynécologiques⁹ mais aussi qu'elles n'aient pas la même entrée dans le parcours de soins gynécologiques et que cette entrée se fasse plus tardivement¹⁰.

Cette association de la gynécologie à la contraception implique également une association entre gynécologie et sexualité hétéro¹⁰. Par ailleurs, socialement, la vision généralisée de la sexualité est une vision phallocentrée : la sexualité est assimilée à la pénétration d'un pénis dans un vagin et à elle seule. De ce fait, la sexualité des FSF est largement considérée comme une sexualité non reconnue, non existante et même comme une non-sexualité^{9-11,14,18-20}. Ces croyances ne prennent pas en compte la diversité des pratiques sexuelles entre femmes, comme la masturbation, le cunnilingus, anulingus, le tribadisme, l'utilisation de *sextoys*, ... C'est cette non-reconnaissance de la sexualité entre femmes qui nous permet de comprendre l'origine de l'idée répandue laissant croire que les FSF n'ont pas besoin de suivi gynécologique et que les IST ne les concernent pas. Cette image répandue d'une gynécologie qui ne concerne pas les FSF est intériorisée par celles-ci¹⁸, ce qui implique qu'elles n'estiment généralement pas qu'un suivi gynécologique représente un quelconque intérêt dans leur situation^{10,11,15,18}. De plus, lorsqu'elles consultent pour des questions gynécologiques, les FSF se sentent encore moins concernées par leur suivi dans la mesure où les questions qui leur sont posées ne sont généralement pas applicables à leur situation, ces questions étant le plus souvent hétéronormées et relatives à la contraception ou à la grossesse^{10,18,20}. Cela représente un obstacle à une prise en charge adaptée des FSF.

Encore plus éloquent : même les pratiques de certain·e·s professionnel·le·s pratiquant la gynécologie semblent affirmer clairement aux FSF que la gynécologie n'est pas pour elles. Ainsi, des cas de médecins qui affirment à des patientes qu'elles n'ont pas besoin de suivi gynécologique¹⁸ voire qui refusent de pratiquer des frottis, alors que la demande en a été formulée, sont rapportés par des FSF⁷. Malheureusement, celles-ci étant perçues par les médecins comme peu à risque de contracter des IST et peu enclines à s'engager dans des comportements à risque, elles sont considérées par certain·e·s praticien·ne·s comme un groupe ne possédant pas de problématiques de santé gynécologique¹⁷. Les FSF, en ayant intégré ce discours, se pensent à l'abri du VIH mais aussi des autres IST⁹. Elles manquent de connaissance des risques liés aux IST dont elles se sentent protégées^{10,14,17,18,20}. Par conséquent, il en découle une absence presque totale d'utilisation de moyens de protection^{12,18,20} ainsi qu'un faible recours aux tests de dépistage^{12,18}. Il existe pourtant des méthodes de réduction des risques ainsi que des moyens de protection comme le carré de latex, le préservatif externe, le préservatif interne, les gants, ... (pour en savoir plus : www.gotogyneco.be).

A cela s'ajoute le fait que les professionnel·le·s pratiquant la gynécologie sont souvent peu informés quant aux risques d'IST pour les FSF voire pensent qu'il n'y en a pas du tout et délivrent même parfois des informations erronées aux patientes qui en font la demande^{10,11,14,20}. On remarque que, pour les praticien·ne·s, il peut y avoir une confusion au sujet de la prévention et du dépistage des IST. Et lorsque celles et ceux-ci disposent tout de même de connaissances

relatives aux risques de transmission d'IST entre FSF, les connaissances au sujet des moyens de protection et de leur utilisation sont par contre, souvent insuffisantes^{10,20}.

Enfin, la démarche de consulter peut être entravée par certaines appréhensions comme par exemple, la crainte de la douleur possible lors d'un examen gynécologique de la part des FSF dont la pénétration ne fait pas ou n'a jamais fait partie des pratiques sexuelles¹⁸. Par ailleurs, certains récits de FSF font référence à des violences gynécologiques¹⁰ ou à des attitudes malveillantes de praticien·ne·s¹⁸ qui entraînent une crainte qui peut interrompre le suivi. La peur du jugement, des discriminations ou d'être mal reçue en raison de son orientation sexuelle, voire même la peur d'une répercussion négative sur la qualité des soins font également partie des appréhensions à l'égard de la consultation gynécologique^{10,14,15,18,19}.

IST et santé sexuelle

Bien que le risque de transmission du VIH entre FSF soit faible en l'absence de contact avec du sang (sang menstruel ou pratiques plus invasives, comme par exemple l'utilisation d'accessoires bondage, discipline, domination, soumission, sado-masochisme-BDSM), le risque de contracter d'autres IST est par contre bien présent^{3,11,12,14}. Cependant, les FSF sont nombreuses à avoir ou avoir eu une sexualité également partagée avec des hommes cisgenres et celles étant dans ce cas présentent tout de même des risques liés à la contraction du VIH³⁻¹².

Pour les autres IST, les FSF sont 12 % à déclarer avoir contracté une IST durant les cinq dernières années contre 3 % pour les autres femmes¹¹. Cette situation résulte, au moins partiellement, du manque d'inclusion des FSF dans le matériel d'information et de prévention^{17,20}. C'est pourquoi il existe une réelle nécessité d'inclure ce public dans les campagnes d'information et de sensibilisation voire même de concevoir des campagnes leur étant entièrement destinées tant au sujet des IST que de la consultation gynécologique. Ce défaut d'information pourrait être au moins partiellement pallié par les professionnel·le·s de santé si celles et ceux-ci pouvaient renseigner les FSF sur les moyens à leur disposition leur permettant de se protéger des IST. Pour encourager le *safe sex* (réduction des risques de transmission d'IST) entre FSF, *O'YES* et *Tels Quels*, à l'origine du projet *Go To Gyneco !*, dressent une liste de moyens de protection et de gestes à adopter disponible sur le site internet www.gotogyneco.be.

Un tableau, établi sur base d'une enquête exploratoire menée en 2019 dans le cadre du projet communautaire *Go To Gyneco !*, recense un panel de pratiques sexuelles qu'ont les FSF par ordre de fréquence (des moins fréquentes à gauche aux plus fréquentes à droite). Il n'est évidemment pas exhaustif étant donné la diversité des pratiques possibles. En effet, les FSF, en sortant du modèle phallocentré de la sexualité, peuvent faire preuve de créativité. A titre d'exemple, les pratiques BDSM (qui comportent des risques spécifiques) ou encore le tribadisme pourraient également y figurer.

Tableau

2020 • O'YES ASBL	EMBRASSER	MASTURBATION MUTUELLE <small>(Avec pénétration avec les doigts)</small>	SEXE CONTRE SEXE	CUNILINGUS	ANULINGUS	ÉCHANGE DE SEXTOYS	PÉNÉTRATION VAGINALE <small>(Avec un pénis)</small>	PÉNÉTRATION ANALE <small>(Avec un pénis)</small>	FELLATION
HERPÈS GÉNITAL	○	○	●	●	●	○	●	●	●
PAPILLOMAVIRUS		●	●	●	●	●	●	●	●
CHLAMYDIA		○	●	○	○	○	●	●	○
TRICHOMONAS		○	●	○	○	●	●		○
GONORRHÉE		○	●	○	○	○	●	●	
SYPHILIS	○	○	●	●	●	○	●	●	●
HÉPATITE A					●			●	
HÉPATITE B	○		●	●			●	●	●
HÉPATITE C			●			●	●		
VIH/SIDA			●	○			●	●	○

○	RISQUE FAIBLE	○	RISQUE MOYEN	●	RISQUE ÉLEVÉ	●	RISQUE AVEC DU SANG	○	ABSENCE DE DONNÉES
---	---------------	---	--------------	---	--------------	---	---------------------	---	--------------------

DISCUSSION

« Le projet communautaire *Go To Gyneco !* vise à améliorer le bien-être des FSF en limitant au maximum les risques de transmission d'IST, en valorisant les pratiques de *safe sex* et en encourageant leur suivi médical régulier. Le projet cible deux publics : la communauté FSF et les professionnel·le·s pratiquant la gynécologie. Les deux axes ont été créés en collaboration et de manière participative avec les parties concernées. Le site internet collaboratif www.gotogyneco.be a trois objectifs : premièrement, mettre en place un espace dédié aux FSF avec des informations fiables et de qualité sur leur santé sexuelle ; deuxièmement, instaurer un espace dédié aux professionnel·le·s pratiquant la gynécologie leur permettant de mettre à jour leurs connaissances concernant les spécificités de ce public et ainsi d'améliorer leurs pratiques et, troisièmement, créer un réseau de professionnel·le·s de santé « *lesbo friendly* » recommandé·e·s par la communauté pour la communauté. » Repris du site <https://gotogyneco.be/projet/>

Trucs et astuces pour les professionnel·le·s de la santé

En tant que praticien·ne·, il est évident que vous êtes amené·e· à vous trouver face à des patientes FSF et, contrairement à certaines croyances, celles-ci ne sont pas repérables en un simple coup d'œil. Une partie de votre patientèle est concernée par les sujets soulevés dans cet article. Afin de recevoir ce public dans des conditions permettant de développer une relation de confiance et un suivi adapté, certains procédés assez simples peuvent être mis en place, parallèlement aux recommandations habituelles liées à la bienveillance, à l'information et à la prise en compte du consentement des patient·e·s :

- **Se signaler en tant que professionnel·le· de santé « LGBTQI+ friendly »** par des indications dans la salle d'attente (un logo arc-en-ciel, une affiche,

une charte de non-discrimination ou de la documentation à destination des personnes LGBTQI+, par exemple) est un premier pas ;

- **Adapter le langage** peut mettre en confiance. Lors de l'anamnèse, interrogez la patiente de façon à lui laisser l'opportunité d'aborder son orientation sexuelle et/ou ses pratiques sexuelles si elle le souhaite, sans pour autant qu'elle n'y soit contrainte (en vous intéressant à son mode de vie de façon globale). Évitez l'hétéronormativité en gardant à l'esprit que la patiente n'est pas forcément hétérosexuelle. Favorisez l'autodétermination en employant les mêmes termes que ceux employés par la patiente pour parler d'elle et de sa sexualité ;
- **Ne pas culpabiliser la patiente** si celle-ci n'a pas entrepris de contrôle gynécologique depuis une longue période ou n'a même jamais consulté. Valorisez plutôt sa démarche actuelle sans porter de jugement afin de favoriser un suivi régulier ;
- **Ne pas déduire les pratiques sexuelles** d'une patiente FSF sur base de son orientation sexuelle et des stéréotypes qui en découlent permet un suivi de sa santé sexuelle de qualité ;
- **Diriger les patientes** qui en manifestent le désir vers des ressources et associations LGBTQI+ ou vers un ou une collègue qui dispose d'une expérience dans le traitement des FSF ou des personnes LGBTQI+ témoigne d'un grand soutien ;
- Lorsqu'une patiente fait part son orientation sexuelle, **ne pas focaliser le suivi médical uniquement sur cette question** tout en prenant en compte les spécificités de santé qui y sont liées est essentiel ;
- **Se former** afin d'assurer un accueil et un suivi approprié aux FSF est possible grâce aux formations proposées par *Go To Gyneco !*

CONCLUSION

Les FSF forment un groupe social très peu étudié, particulièrement dans le domaine de la santé. Les recherches à leur sujet sont peu nombreuses étant donné que, lors des débuts de l'épidémie du VIH-SIDA, c'est sur les hommes gay que l'attention s'est portée^{2,9,11,13,19}. Il en découle depuis lors, une absence de prise en compte de la santé des FSF, qui restent très peu visibles dans ce domaine en raison d'une part, du peu de recherches effectuées à leur sujet et d'autre part, de l'absence de questions relatives à l'orientation sexuelle dans les questionnaires de recherche.

Bien que les recommandations précitées puissent être appliquées par les professionnel·le·s de la santé pour une meilleure prise en charge des patientes FSF, il revient aux pouvoirs publics d'agir à un niveau plus global et de tout mettre en œuvre pour fournir aux FSF une offre sanitaire plus adaptée. Cela passe notamment par des financements en matière de santé qui pourraient profiter à ce public en prenant en compte les spécificités de leur santé. Cette démarche ne pourra évidemment pas se faire sans prendre en compte la parole des patientes concernées. Ainsi, produire et financer plus d'études permettant d'entendre la voix des FSF est une nécessité.

Par ailleurs, le sujet de la santé des FSF devrait faire partie de la formation des médecins et du personnel soignant. Des moyens devraient également être mis en place pour permettre la formation continue des professionnel·le·s de santé.

Il serait également judicieux d'envisager la création d'un réseau de professionnel·le·s « LGBTQI+ friendly » voire même de centres de santé LGBTQI+. Enfin, évoluer vers une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle en milieu scolaire moins hétéronormée représenterait également un progrès considérable.

Remerciements : Nous remercions les membres de Go To Gyneco ! pour leur investissement et leur relecture attentive ainsi que Vincent Huberland, médecin généraliste, pour ses conseils avisés.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Rev Prat.* 2004;54(20):2221-7.
2. Perrin C. Isabelle Mimeault : Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes. *Nouv Quest Féministes.* 2006;25(2):123.
3. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P *et al.* Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Med Suisse.* 2011;7:1712-7.
4. Chamberland L, Lebreton C. La santé des adolescentes lesbiennes et bisexuelles : état de la recherche et critique des biais androcentristes et hétérocentristes. *Rech Féministes.* 2011;23(2):91-107.
5. Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med.* 2011;78(4):220-4.
6. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know?: A qualitative study about the significance of disclosure in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(1):58-62.
7. Mravcak SA. Primary Care for Lesbians and Bisexual Women. *Am Fam Physician.* 2006;74(2):279-86.
8. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005;33(10):776-82.
9. Collet M. (Consulté le 2 avr 2020). TERRAIN: Lesbiennes et VIH (Des besoins de santé ignorés) – Arcat – Groupe SOS [Internet]. Arcat - Groupe SOS. 2008. <https://www.arcat-sante.org/infos-cles/vih/terrain-lesbiennes-et-vih-des-besoins-de-sante-ignores/>
10. Berrut S. (Consulté le 12 avril 2020). Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande [Internet]. Université de Genève; 2016. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/318261761_Les_lesbiennes_en_consultation_gynecologique_enquete_qualitative_en_Suisse_romande
11. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. (Consulté le 1 mai 2020). Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre Sex Société* [Internet 2009;(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/951>
12. Berrut S. (Consulté le 1 mai 2020). La santé des femmes qui aiment les femmes [Internet]. LOS - Santé PluriELLE; 2015. Disponible sur: https://los-archiv.ch/images/stories/downloads/Publikationen/gesundheitsbroschuereNeuauflage_fr_online.pdf
13. Nuñez D, Jäger M. (Consulté le 1 mai 2020). Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Med Suisse - Swiss Med Forum* [Internet]. 2011;11(12). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2011.07465>
14. Curzi P. (Consulté le 11 avril 2020). Santé des lesbiennes : mythes et réalités [Internet]. Ilga, éditeur. 2011. Disponible sur: https://federation-lgbt.org/fichierUploader/ILGA_Lesbians_Health_Myths_Realities_FR.pdf
15. Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N *et al.* Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *J Sex Res.* 2013;50(6):587-97.

16. SOS Homophobie. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf, https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf
17. Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health Soc Care Community*. 2010;18(4):355-62.
18. Rouanet M. (Consulté le 1 mai 2020). Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes - Etude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique [Internet]. Faculté de médecine et de maieutique Lyon-Sud Charles Merieux; 2018. Disponible sur: http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c272071e-57e6-433d-85d3-615ba236cc31/blobholder:o/THm_2018_ROUANET_Melanie.pdf
19. Pasquier A, Richard S. (Consulté le 1 mai 2020). Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : Inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Internet]. Université toulouse III – Paul Sabatier, Faculté de médecine de Rangueil; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1573/1/2016TOU31116-1117.pdf>, <http://thesesante.ups-tlse.fr/1573/1/2016TOU31116-1117.pdf>
20. Devillard S. (Consulté le 1 mai 2020). Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST [Internet]. Université de Toulouse Le Mirail; 2011. Disponible sur: http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=4db59b3c780a3f3do65725076c3613aa

Travail reçu le 11 août 2020 ; accepté dans sa version définitive le 23 octobre 2020.

CORRESPONDANCE :

S. PELOUX

O'YES - Organization for Youth Education & Sexuality

Square de l'Aviation, 7A - 1070 Anderlercht

E-mail : sophie@o-yes.be