

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE RANGUEIL

Année 2016

2016 TOU3 1116 / 2016 TOU3 1117

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires

Inégalités en santé, postures professionnelles et *empowerment*

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2016

par

Alice PASQUIER et Sidonie RICHARD

Directrices de thèse

Docteure Valérie COURTEAUT et Docteure Anne FREYENS

JURY

Professeur Thierry LANG

Président

Professeure Marie-Carmen GARCIA

Assesseure

Docteure Brigitte ESCOURROU

Assesseure

Docteure Anne FREYENS

Assesseure

Docteure Valérie COURTEAUT

Assesseure



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTE	Professeur Y. LAZORTES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARRATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Readapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVALD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U.	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale

Pr VIDAL Marc

Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L

Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		
			M.C.U.
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Au Professeur Thierry LANG, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. L'intérêt que vous avez porté à notre sujet et votre soutien nous ont encouragées tout au long de cette recherche. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Au Professeure Marie-Carmen GARCIA, vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Nous tenons à vous remercier pour vos conseils et vos éclairages, méthodologiques et théoriques, qui ont enrichi ce travail, ainsi que pour vos encouragements à faire partager cette recherche. Soyez assurée de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur Brigitte ESCOURROU, nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Les choix de la méthode qualitative et du sujet de notre étude, ne sont pas sans rapport avec les discussions que nous avons partagées avec vous. Soyez assurée de notre profonde estime.

Au Docteur Anne FREYENS, nous tenons à te remercier pour ton engagement en tant que co-directrice de cette thèse. Tes conseils méthodologiques ont été essentiels. Ton investissement, ta bienveillance et tes encouragements ont été des appuis primordiaux pour consolider cette recherche. Sois assurée de notre sincère reconnaissance.

Au Docteur Valérie COURTEAUT, nous ne saurons dire suffisamment tant ton soutien indéfectible nous a été précieux. Ton écoute et ta disponibilité tout au long de cette direction de thèse, ton assiduité à nous relire et à porter un regard critique ont été des aides remarquables. Ce projet n'aurait sans doute pas pu être ce qu'il est sans l'implication qui a été la tienne. Merci infiniment. Sois assurée de notre profonde gratitude.

Aux personnes qui ont participé aux entretiens, nous tenons à vous remercier pour votre prévenance, votre humour, vos accueils chaleureux et les portes que vous avez ouvertes. Nous espérons avoir respecté vos paroles qui ont été aux fondements de cette recherche.

Aux relecteurs.trices, merci du temps passé et de vos regards éclairés.

Aux autres personnes qui ont nourri nos réflexions, notamment aux cigües, à l'équipe de la case de santé, aux personnes de SAS, aux membres du GEDI, à Sarah Nicaise, à Françoise Guillemaut, à Michelle Kelly-Irving, à Julie Guillot, nous souhaitons vous remercier.

À nos ami.e.s, nos familles, merci de vos présences et de nous entourer, si bien.

Aux personnes qui manquent à nos vies.

Enfin, aux rires et aux cafés qui ont accompagné cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	9
LEXIQUE.....	10
PRÉAMBULE.....	12
INTRODUCTION.....	13
MÉTHODE.....	16
I.Choix de la méthode.....	16
II.Guide d'entretien.....	17
A)La rédaction du guide d'entretien.....	17
B)Le test du guide d'entretien.....	17
C)Les évolutions du guide d'entretien.....	18
III.Sélection des personnes enquêtées.....	18
A)La population d'enquête.....	18
B)La prise de contact.....	19
IV.Méthode de recueil des données.....	19
A)Les conditions du recueil.....	19
B)Les techniques d'entretien.....	20
C)La retranscription des entretiens.....	20
D)L'éthique et la confidentialité des données.....	20
V.Méthode d'analyse.....	21
A)Le contexte d'énonciation.....	21
B)L'analyse transversale thématique et la théorisation ancrée.....	21
C)La saturation des données.....	21
VI.Méthode bibliographique.....	22
A)Les sources et la veille documentaire.....	22
B)L'analyse de la littérature.....	22
C)Les recherches sur la méthode qualitative.....	23
RÉSULTATS.....	24
I.À propos des personnes interviewées.....	24
II.Des représentations et des normes sociales.....	25
A)Un manque d'intérêt pour la santé des lesbiennes.....	25
B)Des idées préconçues sur les lesbiennes.....	26
C)Au croisement des stigmates.....	27
III...aux inégalités de l'accueil en soins primaires.....	30
A)Les attitudes des soignant.e.s.....	30
B)Les difficultés selon les thèmes abordés en consultation.....	33
IV. Des enjeux autour de l'accès aux soins.....	37
A)Des expériences positives.....	37
B)Des obstacles.....	39
C)Des stratégies.....	41

V. Vers un accès à des soins de qualité.....	44
A)L'organisation des soins.....	44
B)Les alternatives, les solidarités et l'empowerment.....	45
C)L'accueil en consultation.....	47
DISCUSSION.....	52
I.Des recompositions dans les normes en matière de sexualités.....	52
A)Vers plus de visibilité en santé.....	52
B)Des croyances et des représentations à déconstruire en tant que soignant.e.s.....	55
II.Répondre aux attentes pour plus d'équité en santé.....	57
A)Concevoir les inégalités sociales de santé.....	57
B)Les pratiques sexuelles et l'expression de soi.....	59
C)Proposer des informations et des soins adéquats.....	61
III.L'organisation des services de santé et l'amélioration de l'accès aux soins.....	65
A)L'autonomie des patient.e.s : un paradigme émergent.....	65
B)Les réseaux de collaboration et la santé communautaire.....	67
IV. Les forces et les limites de l'étude.....	71
A)Les forces de l'étude.....	71
B)Les limites de l'étude.....	73
CONCLUSION.....	76
REFERENCES.....	78
ANNEXES.....	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FHAR : Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire

FSF : Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

GPA : Gestation Pour Autrui

HPV : *Human PapillomaVirus*

HSV : *Herpès Simplex Virus*

HTA : Hypertension Artérielle

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

NCBI : National Center for Biotechnology Information

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PMA : Procréation Médicalement Assistée

RDR : Réduction Des Risques

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

USA : *United States of America*

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine

WSW : Women who have Sex with Women (Cf FSF)

LEXIQUE

Âgisme (1) : Forme de discrimination, de ségrégation et de mépris fondée sur l'âge.

Cisgenre (2) : Personne en adéquation avec, ou revendiquant l'appartenance à la catégorie de genre assignée à la naissance.

Coming out (2,3) : Révélation par une personne de son homosexualité. Par extension, il peut désigner l'annonce publique de toute caractéristique personnelle jusque-là tenue secrète par peur du rejet ou par discrétion.

Déterminant de santé (4,5) : Facteur, en santé publique, qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et biologiques trouvent donc largement leur place à côté des facteurs comportementaux. Cette notion n'est pas superposable à celle de facteur de risque. Ces déterminants sont des conditions préalables à l'instauration de la santé.

Discrimination (6) : Fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) une personne ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne.

Discrimination directe (7) : Acte volontaire, intentionnellement discriminatoire d'un individu ou d'un groupe d'individus. Elle est le résultat d'un acte concret.

Discrimination indirecte (7) : Traitement inégalitaire non intentionnel et objectif qui porte préjudice à un ou plusieurs individus appartenant à un groupe minoritaire.

Genre (8,9) : Concept utilisé en sciences sociales pour désigner les différences non biologiques entre femmes et hommes. Alors que le sexe fait référence aux différences biologiques entre femmes et hommes, le genre réfère aux différences sociales, psychologiques, mentales, économiques, démographiques, politiques, etc. Il est aussi l'expérience intime, personnelle, profonde qu'a chaque personne de son propre genre, de son propre corps. En ce sens, il peut être considéré comme ni figé ni binaire.

Hétérosexisme (10,11) : Terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) considérant l'hétérosexualité comme supérieure et conduisant à considérer les rapports et relations homosexuels comme non légitimes. Il se base sur des principes de complémentarité homme-femme. Le psychologue Gregory Herek le définit comme un « système idéologique qui dénie, dénigre et stigmatise toute forme de comportement, d'identité, de relation ou de communauté non hétérosexuelle » (Herek, 1995: 321).

Hétéronormativité (10) : Terme désignant une conduite (systémique et/ou individuelle) où l'hétérosexualité est le signifié unique des rapports humains. Tout concept est alors abordé, par défaut, selon un point de vue hétérosexuel.

Homophobie (2,12) : Attitude, sentiment, malaise ou aversion envers les personnes homosexuelles en raison de leur homosexualité réelle ou supposée, ou envers l'homosexualité en général. Cette attitude peut se traduire par du rejet, de l'exclusion, de l'hostilité, etc. Certain.e.s chercheur.e.s proposent une réflexion sur les aspects psychologisant et sexiste de ce concept (11).

Inégalités Sociales de Santé (ISS) (13) : Différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux, ou, dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Les ISS peuvent être distinguées des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs génétiques ou physiologiques, etc.

En pratique, l'OMS a substitué à ces deux termes, souvent utilisés de manière indifférenciée, celui d'iniquité en santé qui a une dimension morale et éthique. Ces iniquités en santé sont considérées comme inacceptables et potentiellement évitables, dans une conception de justice sociale.

Intersectionnalité (11) : Analyse et questionnement « des mécanismes d'articulation des différentes logiques de domination qui s'opèrent à partir des construits sociaux tels que le genre, l'ethnicité, la race, etc., et se renforcent mutuellement » (Bilge, 2005: 3).

Lesbophobie (12) : Ce terme, créé dans les années 1990, désigne les manifestations d'hostilité spécifiques envers les personnes lesbiennes en raison de leur homosexualité réelle ou supposée, et est toujours absent des dictionnaires. Dans une société encore très largement dominée par les hommes, il rend compte de discriminations croisées, sexistes et homophobes. La lesbophobie englobe de nombreuses manifestations (insultes, violences, etc.) y compris les plus subtiles (comme l'incompréhension de l'entourage proche).

Lesbian friendly (10) : Caractérise le fait d'être bienveillant.e à l'égard des lesbiennes.

LGBT (14) : Lesbiennes, Gays, Bisexuel.les, Trans. Cette catégorisation est couramment utilisée pour la définition ou l'auto-définition de sous-groupes d'individus avec des caractéristiques supposément communes en matière d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre. Si elle est utile, notamment dans le domaine de la recherche, cette typologie ne rend pas entièrement compte de la grande diversité et du caractère non statique du ressenti et des expériences vécues. L'orientation sexuelle et le genre ne sont par ailleurs que deux dimensions individuelles parmi une multitude d'autres, chacune étant insuffisante à elle seule pour définir un individu. L'acronyme « LGBTIQ » couvre les personnes « Intersexes/Intergenres » ou « Queer/Questionning ».

Sexisme (15) : Concept selon lequel les caractéristiques différentes des genres masculin et féminin impliquent l'attribution de rôles, de prédispositions physiques et affectives, de droits et de devoirs distincts dans la société. La notion de sexe n'est alors plus une notion de sexe biologique (mâle et femelle) mais une construction sociale du genre féminin et du genre masculin limitant par là même le développement de l'individu sur les plans personnel, affectif, professionnel et social. Dans le contexte d'une société patriarcale, le sexisme est à mettre en lien avec une conception binaire du genre et de mécanisme de domination d'un genre sur l'autre.

Soins primaires (16) : Les soins de santé primaires sont les soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et une technologie pratique, scientifiquement viable et socialement acceptable, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination. Cette définition, issue de la conférence d'Alma-Ata en 1978, est porteuse d'une ambition de justice sociale.

Stigmatisation (17) : Fait de dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un.e ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible.

Trans'/transexuel.le/transgenre/transidentitaire (18) : Personnes questionnant la concordance de leur sexe biologique et de leur genre. Le terme trans' permet d'inclure des personnes aux réalités multiples.

Transphobie (18) : Ensemble des préjugés et de discriminations dont sont victimes les personnes trans', que ce soit par idéologie, ignorance ou haine.

PRÉAMBULE

Cette étude ne prétend pas parler à la place des personnes qui se reconnaissent dans la population étudiée. Elle ne prétend pas non plus être une étude sociologique, même si elle utilise certains des outils de cette discipline.

Les préoccupations de personnes LGBT et de femmes, à travers le monde, peuvent être éloignées des considérations contenues dans ce travail. Ces considérations sont liées, de façon inextricable, au contexte dans lequel elles ont été produites et sont une analyse possible d'une problématisation formulée par les chercheuses.

Une attention particulière a été portée à ne pas surinterpréter les propos des personnes rencontrées et à ne pas faire de généralisations abusives. Nous espérons avoir respecté cette exigence, le mieux possible.

Une écriture non genrée ou non sexiste, a été choisie pour ce travail. Elle tente de mieux englober et de visibiliser les personnes quels que soient leur sexe et leur genre (19,20).

Le contenu de ce document ne doit, en aucun cas et sous aucun prétexte, être utilisé à des fins de stigmatisation ou de discrimination, notamment des personnes LGBT et des femmes.

Les chercheuses n'ont pas de liens d'intérêt à déclarer.

Des logiciels libres et non commerciaux ont été utilisés au cours de cette recherche.

Ce document doit être utilisé sous la licence *creative commons*



pasquieralice@hotmail.fr / sidonie.richard@openmailbox.org

INTRODUCTION

« C'est sûr que la question, ça te travaille tout le temps : 'est-ce que je le dis, est-ce que je ne le dis pas ?' » (21). Quels enjeux se cachent derrière cette question ? En quoi verbaliser son homosexualité face à un.e soignant.e modifie-t-il la relation de soin ? Est-ce utile ? Pour qui ? Pour les soins ? Pourquoi est-ce difficile ? Quelles en sont les conséquences ? Telles étaient les questions au départ de ce travail de recherche.

Celles-ci s'étaient posées à nous ou nous avaient été posées, lors de nos parcours professionnels et personnels. Des récits d'ami.e.s, de proches, de personnes plus lointaines, parfois militant.e.s, avaient éveillé notre curiosité. Nos postures de témoins, comme stagiaires, puis d'actrices, comme médecins, dans le système de santé, nous ont conduites au constat d'inégalités dans les soins. Nous avons vu la bienveillance de certain.e.s soignant.e.s, comme nous avons pu être confrontées aux mauvais traitements de personnes LGBT, de femmes ou d'autres individus touchés par divers stigmates.

Ces inégalités, bien que s'exprimant dans l'intimité de la relation de soins, semblaient trouver leurs origines dans différentes positions occupées dans la société. De ce fait, le concept d'inégalités *sociales* de santé (ISS) paraissait approprié pour l'analyse de ces problématiques (22–24). Dans la compréhension des *mécanismes* qui engendrent les ISS, on utilise la notion connexe de *déterminant de santé* qui ne doit pas être confondue avec celle de facteur de risque, utilisée communément dans les études sur d'autres facteurs influençant la santé (génétiques, anatomiques, environnementaux, etc.). L'interrogation se formulait donc : quels sont les facteurs sociaux pouvant être déterminants dans la production des inégalités de santé constatées ?

La sociologie apporte un éclairage sur le caractère construit du genre et des sexualités. Le genre, dans ses différentes dimensions, loin de représenter une variable qui désigne une seule appartenance à un groupe de sexe, révèle une logique globale qui organise la société et qui module les individus qui la composent. Il reflète d'abord des propriétés intériorisées par deux groupes sociaux (les hommes et les femmes) et témoigne d'identifications individuelles (masculines ou féminines). À travers divers cadres de socialisation, le genre structure des pratiques quotidiennes, des modes de perception, des goûts différenciés entre les hommes et les femmes. Ce processus de différenciation tend à produire ou à renforcer des normes genrées. Ces groupes de sexe ne sont pas seulement différenciés, ils sont aussi

historiquement et socialement hiérarchisés. En cela, le genre organise structurellement l'ordre social et les relations entre ces différents groupes de sexe.

Les sexualités s'envisagent également à travers des rapports sociaux qui hiérarchisent des groupes, créent des normes (de pratiques, de représentations, de préférence et d'orientation sexuelles) et stigmatisent ainsi les individus qui n'y répondent pas. Ordre de sexualité et ordre du genre s'articulent de manière complexe, entraînant, notamment pour les lesbiennes, des expériences minoritaires spécifiques (25).

Ces positions sexuées et sexuelles variées, et les expériences sociales qui en découlent, façonnent les individus tout au long de leurs trajectoires et se répercutent dans les différentes sphères sociales qu'elles et ils fréquentent : familiale, scolaire, professionnelle, politique et, inévitablement, médicale...

Ainsi, que se passe-t-il pour l'individu suite à tel ou tel comportement d'un.e soignant.e dans la relation de soins ? Comment réagira-t-il et modifiera-t-il son parcours de soin ?

Le récit de la personne paraissait être le lieu où il convenait de chercher des réponses à ces questions. C'est elle qui est en mesure de dire ce qu'elle a ressenti, ce qui lui a traversé l'esprit et ce qu'elle a décidé de faire selon la situation qu'elle a vécue (26). Analyser son parcours de l'extérieur aurait, très certainement, conduit à n'émettre que des interprétations d'une réalité éloignée de celle effectivement vécue par la personne. Pour cette raison, nous nous sommes intéressées aux expériences du.de la soigné.e, et non du.de la soignant.e, dans la relation de soins.

Nous avons fait le choix de restreindre la recherche aux lesbiennes afin de pouvoir décrire les implications liées au genre et à l'orientation sexuelle dans les soins, sans inclure l'ensemble des personnes LGBT, ce qui était notre souhait de départ mais dont les enjeux étaient trop vastes pour notre étude. Afin d'inclure des profils les plus divers possibles, nous avons fait le choix de proposer la participation aux personnes se reconnaissant dans les termes de « lesbiennes, gouines ou homosexuelles », en privilégiant l'auto-nomination et le choix personnel de participer à l'étude.

D'autres choix ont pu être faits dans la littérature pour des raisons diverses (27,28). Il est apparu que l'abord de l'accès aux soins des lesbiennes y est relativement sporadique en France ou concerne des démarches quantitatives (12,29,30). Seuls quelques articles ciblent la médecine générale, la notion de soins primaires est plus souvent utilisée. Questionner l'accès aux soins des personnes revient à se demander : comment les expériences qu'elles

ont eues avec le système de santé ont influencé leur recours aux soins ? Les soins primaires peuvent être appréhendés comme la première interface de contact entre les personnes et l'institution. En cela, les expériences des accueils qui y sont proposés, peuvent être considérées comme une mise en abyme de l'accès aux soins des lesbiennes. Il nous semblait que considérer le seul accueil en médecine générale ne permettait pas cette extrapolation.

Par ailleurs, cela permettait d'inclure dans l'objet de la recherche, d'autres lieux de soins de premier recours, tels que les consultations de gynécologie ou les centres de santé communautaires, qui peuvent être d'autres moyens d'accéder à des soins. La confrontation des difficultés et des expériences positives permet généralement aux personnes de formuler des espérances et des attentes. Les recueillir permettait d'envisager des lignes directrices pour tendre vers plus d'équité en soins primaires. Celles-ci ne peuvent concerner bien sûr qu'un contexte particulier de législation et d'organisation des soins.

Notre question de recherche portait donc sur : comment des personnes lesbiennes se représentent-elles et vivent-elles l'accueil en soins primaires en France métropolitaine aujourd'hui ?

L'objectif de l'étude était de décrire, sur ce territoire, les expériences et les attentes actuelles de personnes lesbiennes vis-à-vis de l'accueil en soins primaires.

MÉTHODE

I. Choix de la méthode

Le choix de l'étude s'est porté sur la méthode qualitative afin d'explorer les expériences et les attentes de personnes lesbiennes vis-à-vis des soins primaires. Cette méthode était appropriée pour mettre en évidence des faits particuliers, à savoir les représentations et les pratiques, dont la parole est le principal vecteur (31,32). Elle permettait un accès aux subjectivités, recueillies à travers les discours. Les données étaient analysées en les mettant en relation avec celles issues d'autres approches méthodologiques, notamment quantitatives.

Faire le choix d'enquêter sur les lesbiennes n'était pas dénué d'enjeux. En effet, « la problématisation, le choix de la méthode, la façon de mener son terrain et d'en analyser le contenu sont déterminés par la position sociale et par le positionnement politique du ou de la chercheur.e » (33). Les enjeux étaient épidémiologique (réduction des risques, etc.), historique vis-à-vis de la médecine (risque de catégorisation et pathologisation), féministe (rapports de domination, éclairage de la sphère privée de la consultation) et éthique (posture des chercheuses). Ces enjeux se croisaient avec notre volonté d'étudier finement et de visibiliser un groupe donné, sur lequel s'exerce des processus de stigmatisation et d'invisibilisation.

Les entretiens exploratoires, réalisés dans un premier temps, visaient à trouver de nouvelles pistes d'analyse et de compréhension afin d'orienter la recherche vers des aspects peu ou pas explorés dans la littérature. Les entretiens à usage principal furent semi-dirigés facilitant l'expression libre des personnes interviewées en même temps que la reproductibilité des entretiens grâce à l'usage du guide d'entretien.

II. Guide d'entretien

A) La rédaction du guide d'entretien

1. Guide d'entretien exploratoire

Les entretiens réalisés avec ce guide étaient des entretiens libres, débutés par une seule question générale (Annexe I). Celle-ci était « En tant que [auto-définition¹], comment se sont passées les interactions avec les médecins généralistes que vous avez rencontrés ou sollicités ? ». L'évolution de la notion de « médecine générale » à celle de « soins primaires » s'est faite entre la phase exploratoire et la phase principale.

2. Guide d'entretien à usage principal

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien (Annexe II) issu de la confrontation entre les données de la littérature et celles des entretiens exploratoires.

Cinq thématiques ont été définies et séquencées en différentes questions :

- Perception de l'état de santé
- Habitudes de recours aux soins
- Réseaux et lieux de soins
- Difficultés et obstacles à l'accès aux soins
- Attentes et parcours alternatifs

La liberté était prise d'utiliser aussi des questions de relance en dehors du guide d'entretien orientées selon les dires de l'interviewée.

B) Le test du guide d'entretien

1. Guide d'entretien exploratoire

Ce guide a été soumis en relecture à plusieurs chercheur.e.s. Les réflexions induites concernaient le risque d'exclusion des personnes n'ayant pas recours aux soins primaires. La question a été testée sur les chercheuses ainsi que sur des personnes de leurs entourages.

¹ Auto-définition : notion selon laquelle un individu à sa propre manière de se définir, et propose une certaine expression de soi. (Exemples : lesbienne, *queer*, etc.).

2. Guide d'entretien à usage principal

Ce guide a aussi été soumis à relecture à plusieurs chercheur.e.s. Il a été testé *in vivo* par chacune des intervieweuses lors des deux premiers entretiens à usage principal. L'absence de remarques et de difficultés a conduit à la poursuite de son utilisation.

C) Les évolutions du guide d'entretien

Lors du passage des entretiens exploratoires aux entretiens à usage principal, le terme « soins de base » a été privilégié plutôt que les termes « médecin généraliste » ou « soins primaires ». Premièrement, ce choix permettait de ne pas exclure de la recherche les personnes n'ayant pas recours à des soignant.e.s institutionnel.le.s pour leurs soins. Deuxièmement, il s'agissait de spécifier les rôles, parfois méconnus, du médecin généraliste dans le parcours de soins, comme les soins de gynécologie qui rentrent dans la définition des « soins de base ». Enfin, cela permettait d'explorer plus largement les modalités de recours aux soins des personnes interrogées plutôt que de focaliser sur la relation avec le/la médecin généraliste.

Une sixième thématique autour de la parentalité a été ajoutée, permettant d'explorer cet aspect de façon systématique après le douzième entretien.

III. Sélection des personnes enquêtées

A) La population d'enquête

Des termes ont été proposés pour décrire la population tels que « lesbiennes, gouines², homosexuelles... » sans en donner de définition, afin de permettre au plus grand nombre de participer. Des personnes majeures se reconnaissant dans la population étudiée selon le principe d'auto-définition, ont été interrogées. Elles ont été recrutées par la méthode dite « boule de neige » sur le territoire français métropolitain.

Ces personnes avaient des profils divers d'âges, de milieux socio-professionnels, de modes de vie, de pratiques militantes, de discriminations subies, afin qu'une grande variabilité d'opinions soit exprimée. Les personnes connues personnellement par les chercheuses ont été exclues.

2 Gouine : À partir du début des années 1970, des lesbiennes se réapproprient ce terme, notamment les Gouines rouges (pour lesbiennes communistes) du FHAR. La reprise du mot infamant permet de revendiquer *a contrario* la fierté de son identité. Voir aussi l'usage dans les groupes auto-nominés « transpédégouine » (34).

Au cours des entretiens exploratoires, les données personnelles ont été recueillies oralement et enregistrées. Le caractère intrusif de la technique et la non-exhaustivité du recueil des informations ont amené les chercheuses à proposer une fiche de recueil d'informations personnelles lors des entretiens à usage principal (Annexe III).

B) La prise de contact

Dans un premier temps, les chercheuses ont sollicité leurs entourages amicaux et professionnels en lançant un appel à participation à leur recherche à relayer (*de visu*, courriel d'invitation accompagné du formulaire d'information et de consentement (Annexes IV et V)). Dans un second temps, et à diverses reprises, l'invitation a été relancée de façon élargie aux associations (LGBT, féministes et de convivialité), sur des listes de courriels (professionnelles et *lesbian friendly*³) et à des médecins informé.e.s et ouvert.e.s à cette recherche.

Les personnes souhaitant participer étaient invitées à prendre contact pour organiser un rendez-vous et recevoir des informations complémentaires si nécessaire. Cet abord laissait aux personnes la liberté de se reconnaître dans la population étudiée et de participer selon le principe d'auto-définition afin d'éviter des présupposés et des stigmatisations.

Des échanges téléphoniques ou par courriels permettaient de fixer un rendez-vous à la convenance des personnes. Les lieux d'entretien ont été divers (domicile de la personne interrogée, domicile de la chercheuse, lieu de soins, bar).

Lors de ces contacts, les intervieweuses ont essayé de se présenter comme chercheuses et non comme médecins. Le travail était présenté succinctement comme une recherche qualitative sur le thème de la santé des lesbiennes afin de ne pas induire un discours préconçu. L'accord pour un entretien enregistré était demandé.

IV. Méthode de recueil des données

A) Les conditions du recueil

Une seule chercheuse était présente à chaque entretien. Les entretiens furent réalisés en face à face, sans tiers. Un ou deux enregistreurs audios étaient utilisés. Les chercheuses veillaient à ce qu'il soit vite oublié et à ne pas le manipuler au cours de l'entretien. Le guide

3 *Friendly* : Terme anglais pour « amical.e » ou « sensibilisé.e ». S'utilise notamment pour désigner les soignant.e.s sensibilisé.e.s à l'accueil de certaines personnes (Exemple : *Lesbiennes-friendly*, *Trans'-Friendly*, *Gay-Friendly*, *Handi-friendly*...)

d'entretien était utilisé et posé à proximité. Une prise de notes pouvait être effectuée afin d'orienter d'éventuelles questions de relance.

B) Les techniques d'entretien

La première partie de la rencontre était dédiée à l'explication du déroulement de l'entretien (enregistrement, recueil du consentement, utilisation des données, nombre de questions). Il était précisé que la parole et les récits des personnes interrogées resteraient confidentiels et anonymes, seuls des extraits seraient transcrits *in fine*. L'accent était mis sur le recueil des expériences et des vécus, sans jugement. Les interviewées étaient invitées à stopper l'entretien ou à ne pas répondre aux questions en cas de gêne.

Différents outils de communication ont été utilisés pour faciliter l'expression (questions ouvertes, écoute réflexive, écoute active, pause active, réponses neutres, demande d'approfondissement, de précisions).

Le recueil des informations personnelles était effectué au début, lors des entretiens exploratoires, et à la fin, lors des entretiens à usage principal. Il était proposé de faire parvenir les résultats de l'étude.

C) La retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, intégralement et littéralement pour constituer le verbatim. C'est la même chercheuse qui a procédé au recueil du discours et à la retranscription.

Ont été conservés les onomatopées du discours, ainsi que les silences et les rires qui ponctuent et donnent le rythme, tout en respectant la parole des personnes. Le contexte de l'entretien, les mimiques et les gestes qui accompagnent la parole, ont été décrits car ils facilitent la compréhension de l'entretien.

Un exemple de retranscription de verbatim figure en Annexe VI.

D) L'éthique et la confidentialité des données

Avant et après chaque entretien, les personnes étaient informées sur la confidentialité et l'anonymat de l'étude. Une fiche d'information et de consentement leur était remise (Annexe V). Toutes les personnes interrogées ont accepté de la signer.

Un avis favorable a été rendu par la commission d'éthique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Midi-Pyrénées (Annexe VII).

V. Méthode d'analyse

A) Le contexte d'énonciation

Après chaque entretien, une première analyse a été effectuée (Annexe VIII). Elle avait pour objectif de résumer les principales idées et impressions des chercheuses ainsi que le contexte et la dynamique de l'entretien. Elle se faisait rapidement après l'entretien.

B) L'analyse transversale thématique et la théorisation ancrée⁴

Chaque entretien a été séquencé en unités de sens. À chacune a été associé un code, ce qui constituait l'étape dite de *codification*⁵ (2).

Cette étape constituait la première partie du processus de *théorisation ancrée* qui permettait d'assurer une étroite correspondance avec les données. Six étapes constituent habituellement cette démarche. Cette analyse se faisait transversalement, par des comparaisons itératives avec les données des entretiens effectués au fur et à mesure.

L'étape suivante était la *catégorisation*. Elle consistait à porter l'analyse à un niveau conceptuel en regroupant et en nommant de manière plus englobante les idées similaires. Cette étape, ainsi que les suivantes, ont été menées conjointement par les chercheuses. Elles consistaient à mettre en relation les catégories pour tenter de reproduire la dynamique du phénomène analysé, ainsi que sa multi-dimensionnalité et sa multi-causalité.

L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel LibreOffice Calc, dans un tableur, sans utiliser de logiciel spécifique à ce type d'étude. Un extrait est présenté en Annexe IX. Une analyse plus spontanée, et souvent inductive, a été menée en parallèle tout au long de l'étude.

C) La saturation des données

Une diversité d'expériences et de points de vue a été recherchée à travers le recrutement de personnes aux profils variés et selon des modes de prise de contact différents.

Les chercheuses ont eu un sentiment subjectif d'être à saturation des données lorsque les entretiens n'apportaient aucune nouvelle catégorie. Deux entretiens supplémentaires ont été

4 Théorisation ancrée : méthode d'analyse permettant de théoriser un phénomène empirique à travers la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation des données de terrain. <http://www.kolab.fr/2011/08/19/1%E2%80%99analyse-par-theorisation-ancree-grounded-theory/>

5 Codification : Étape consistant à attribuer un code à chaque unité de sens (idée) extraite du discours.

réalisés pour confirmer cette hypothèse. Ils ont en même temps ciblé des profils différents afin de rechercher la variation maximale des profils.

VI. Méthode bibliographique

A) Les sources et la veille documentaire

Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour procéder à une recherche bibliographique la plus exhaustive possible.

Les bases de données qui ont été utilisées sont MEDLINE (NCBI, moteur de recherche Pub Med), CISMef (CHU de Rouen, système de métadonnées médicales en langue française), Cairn (Belin, De Boeck, La découverte et Erès, Portail internet de publications francophones en sciences humaines et sociales), SUDOC (ABES, catalogue collectif des bibliothèques universitaires françaises). Des moteurs de recherche plus généralistes ont été utilisés permettant d'accéder à d'autres bases de données telles que le portail de publication OpenEdition. Les bibliographies des articles correspondant à notre critère de jugement principal étaient lues et les articles inconnus étaient recherchés.

Différents documents issus de la littérature grise ont été recueillis soit directement (contact avec des chercheur.se.s, contact avec des associations) soit par le biais du web.

La veille documentaire consistait à réitérer cette recherche bibliographique à plusieurs reprises au cours de l'étude.

B) L'analyse de la littérature

Le critère de jugement principal était la santé et l'accès aux soins primaires des lesbiennes majeures.

Les mots-clefs associés pour la recherche bibliographique ont été présentés dans le *Tableau 1*. Nous pouvions parfois indiquer des critères d'exclusion permettant de restreindre la recherche.

	En français	En anglais
Termes pour désigner l'homosexualité	« lesbienne », « femme homosexuelle », « gouine », « femme ayant des relations sexuelles avec des femmes », « FSF », « LGBT », « minorisé.e sexuel.le », « TransPédéGouine »	« lesbian », « female homosexual », « gay woman », « woman who have sex with women », « WSW », « sexual minority », « LGBT », « dyke », « queer »
Termes pour désigner les soins primaires	« soins primaires », « médecine générale », « soins de premiers recours », « gynécologie »	« primary care », « family medicine », « family practice », « gynecology »
Termes pour désigner les soignant.e.s	« médecin généraliste », « gynécologue », « soignant.e », « médecin de famille »	« general practioner », « physician », « family doctor », « physician-patient », « doctor-patient »
Termes pour désigner la santé	« santé », « santé sexuelle », « prévention », « santé communautaire »	« care », « health », « preventive care », « community health »

Tableau 1 : Mots-clefs pour la recherche bibliographique

Des articles en anglais ou en français, concernant des études qualitatives, quantitatives ou mixtes ont été sélectionnés. Le logiciel Zotero a permis d'archiver et de classer ces articles selon leur correspondance au critère de jugement principal.

Les articles en corrélation avec celui-ci ont été analysés afin d'en extraire les idées correspondant aux critères de jugement secondaires (données de santé publique, représentations et expériences de l'offre de soins, influences sur l'accès aux soins, attentes et alternatives) définissant nos axes de recherche (Annexe X).

C) Les recherches sur la méthode qualitative

Nous avons eu recours à des ouvrages conseillés lors des formations à la méthode qualitative dispensées par le DUMG de l'Université Paul Sabatier de Toulouse. Des articles complémentaires ont été recherchés en fonction des besoins, principalement à propos de la méthodologie sociologique et sur les thématiques développées dans la discussion.

RÉSULTATS

I. À propos des personnes interviewées

15 personnes ayant de 24 à 63 ans ont été rencontrées en France métropolitaine entre septembre 2014 et juin 2016. Selon le principe d'auto-définition, les termes usités par les personnes étaient : « lesbienne, gouine, homosexuelle, trans', pansexuel.le⁶, aime les gens même si couche avec des femmes, aimante, lesbienne sur sexualité mais pas sur identité ». Plusieurs d'entre elles questionnaient la catégorisation. Il s'agissait donc de personnes s'identifiant, ayant été ou étant identifiées comme lesbiennes.

Les catégories socio-professionnelles des personnes enquêtées étaient variées, nous n'avons toutefois pas interrogé de personnes agricultrices, d'artisan.e.s, de commerçant.e.s, de chefs d'entreprise ni de retraité.e.s. Ces personnes vivaient dans des milieux urbains ou ruraux. Les modes de relations sexo-affectives étaient divers : « relation à deux, célibataire, flou, couple, compagnonnage, pacsée, mariée, couple non exclusif sexuellement », avec ou sans enfants. Elles.ils décrivaient le vécu de leur homosexualité comme facile pour 4 d'entre elles.eux et comme difficile pour 4 autres. Une personne était plus mitigée et 4 n'ont pas été interrogées sur ce sujet. Leurs caractéristiques sociales sont répertoriées en Annexe XI.

Environ 40 personnes ont été invitées, par mails ou par textos, à participer ou à relayer l'information. Parmi celles-ci, 12 médecins ont été sollicités. 23 associations, collectifs et lieux de convivialité ont reçu l'invitation et aux alentours de 30 personnes ont été informées oralement. Sur l'ensemble, 27 personnes ont répondu favorablement et 5 négativement.

La durée des entretiens enregistrés a varié de 32 à 77 minutes. La moyenne était de 50 minutes. La saturation des données a été obtenue au 13^e entretien. Nous avons alors décidé d'interroger encore deux personnes.

Afin de respecter l'anonymat, les prénoms ont été modifiés et choisis au hasard.

⁶ Pansexuel.le : Personne qui est attirée sexuellement ou sentimentalement par une autre personne sans considération, de son genre ou de son sexe. Source Wikipédia.

Après analyse sémantique des entretiens, quatre grandes thématiques ont émergé : *Des représentations et des normes sociales...*, *...aux inégalités de l'accueil en soins primaires, Enjeux autour de l'accès aux soins* et *Vers un accès à des soins de qualité*. Des catégories regroupaient les idées, qui étaient illustrées le plus souvent par une ou plusieurs unités de sens.

II. Des représentations et des normes sociales...

Les mécanismes de stigmatisation et de domination structurent l'espace social. Ils se retrouvent dans les discours des personnes interviewées. Les expériences rapportées permettent d'explicitier comment les rapports de genre et de sexualités produisent des normes sociales.

A) Un manque d'intérêt pour la santé des lesbiennes

Parmi les personnes interrogées, beaucoup ont évoqué une impression de **méconnaissance des soignant.e.s** sur les sexualités et les infections sexuellement transmissibles (IST) entre lesbiennes et la santé des personnes trans'. *Myriam* : « Elle [la soignante] me demande si j'ai des rapports sexuels. Je lui réponds que non. Alors à la base, moi j'ai commencé ma sexualité vers 19 ans, euh, donc purement avec des femmes [...]. Elle m'avait demandé si j'en avais eu avec un (x2)⁷ homme. Et je lui avais dit non. Et là, elle me dit 'mais, euh, vous n'êtes plus vierge, vous mettez des tampons ?' ⁸ ». *Andréa* soulignait que des soignant.e.s sensibilisé.e.s n'avaient pas toujours les réponses aux questions spécifiques : « *Après safe*⁹ veut pas dire qu'ils en savent forcément beaucoup ».

Elles ont parfois fait remarquer une **indifférence des soignant.e.s face à ces absences de réponses**. *Bérénice* : « Et puis après, euh, (hésitation) pour le suivi gynéco, euh, ouais voilà (soupir) ouais, une sorte d'indifférence par rapport à 'on sait pas, mais on sait y'a pas de risques, donc on s'en fout quoi' (rire) ».

Un des arguments rapportés par les interviewé.e.s était que les lesbiennes sont **considérées comme une population minoritaire d'où le manque d'intérêt à leur égard**.

7 (x...) : explicite le nombre de fois où le mot a été répété

8 '...' : signale un dialogue au sein de l'unité de sens

9 *Safe.r* : plus sécurisé ou sûr. S'utilise notamment pour désigner les soignant.e.s sensibilisé.e.s ou encore pour parler des pratiques de prévention et de réduction des risques des pratiques sexuelles (Exemple : *safe.r sex*).

Quelques-unes estimaient que la prévention et le **suivi des gays étaient plus codifiés** depuis les années 80 jusqu'à aujourd'hui. *Anne* : « *C'est quand j'l'ai vu, en fait, en réfléchissant, c'est avec le SIDA où, en fait, rien (x4) n'était fait pour les lesbiennes. On ne savait pas ! [...] On savait pas, on savait pas si on pouvait se le transmettre ou pas, on savait rien, on savait rien, voilà. Tout ce qu'on savait c'était que les gars tombaient tous comme des mouches [...]. Euh, que le monde hétéro était aussi touché que ce soit des hommes ou des femmes, mais nous, entre lesbiennes, avant qu'on arrive à avoir une parole médicale ou quelque chose qui dise 'bon ben là vous pouvez pas transmettre ou quoi que ça soit' ça a été très lent [...]* ».

B) Des idées préconçues sur les lesbiennes

Être homosexuelle pouvait être renvoyé à une **passade** par les soignant.e.s. *Alex* : « *On me disait 'mais non, vous n'êtes pas lesbienne, vous êtes trop jeune'* ». Il était souvent suggéré aux lesbiennes qu'elles avaient eu et qu'elles auraient **forcément des rapports avec des hommes**. *Anne* : « *Enfin j'parle pas de l'assimilation du fait que ben, si t'es lesbienne, t'es aussi hétéro, t'es un peu bie¹⁰, t'es un peu tout si tu veux* ».

Un certain nombre d'entre elles ont eu l'impression d'être infantilisées par le manque de reconnaissance concernant leur sexualité. *Myriam* : « *Pas d'existence (x2), euh, d'adulte, et du coup (...) 'fin d'adulte, euh, dans le sens sexuel quoi* » ; *Angela* : « *J'veux dire, euh, on est pas pris au sérieux* ». Une des idées répandues était qu'il n'existe **pas de pénétration**. *Carole* : « *Allez on va parler cru, c'est comme dans l'idée, euh, alors deux nanas ensemble, y'a pas de pénétration, ou, euh, ben voilà, c'est ça. Toutes ces idées qui font que (...) c'est toutes des idées fausses tout ça* ». L'existence possible, mais non obligatoire, de pénétration pouvait être difficile à expliquer à un.e soignant.e. *Myriam* : « *j'ai pas pu lui dire 'bah, en fait, déjà, bon, y'a plein de manières de plus être vierge'* ». La sexualité était souvent assimilée à la seule existence de rapports sexuels « pénétro-féconds », soit hétérosexuels.

D'autres représentations stéréotypées ont été rapportées telles que **des attributs corporels et des présentations sexuées de soi, perçus comme « masculins »** comme l'explique *Charlie* « *j'suis pas très connotée, j'ai les cheveux longs, etc. donc, euh, (...) et j'mets des robes donc, euh, non, personne m'a jamais posé la question (rire)* », ou encore le fait que les lesbiennes **préfèreraient consulter des gynécologues femmes**.

10 Bie : diminutif pour bisexuelle. Fait d'être attiré par des hommes et des femmes (dans vision binaire des genres). www.sos-homophobie.org

C) Au croisement des stigmates

Des personnes interrogées exprimaient des facteurs systémiques dont les répercussions influaient sur leur vécu et leur santé.

1. Le sexisme

Certaines disaient subir du sexisme **dans leur vie quotidienne** comme Anne « *La vie de tous les jours fait que de toute façon, euh, on est toujours une minorité, on est rien et que tout est fait pour l'homme* » ou Andréa « *Non mais comme je le disais, moi, mes problèmes, c'est le sexisme dans la vie quoi, moi c'est l'oppression, moi c'est d'être une fille qui m'a créé des problèmes* » ainsi que **dans les soins**. Anne : « *Stop je vais plus voir, je fais plus confiance à cette société. C'est la médecine des hommes, elle est pas pour moi* ».

Le sexisme se manifestait aussi **dans les normes procréatives** en valorisant la maternité dans la vie d'une femme. Andréa : « *Et là, quand je lui ai dit ce truc là [projet de PMA], sa première réaction c'est 'nous sommes toujours heureuses quand des femmes décident de (...), 'fin d'avoir une grossesse'* ».

Dans ce sens, la prise en compte du sexisme semblait être une revendication pour aider à la compréhension des problématiques en santé. Andréa : « *Mais en vrai oui ! On peut pas se passer de l'analyse de genre, c'est pas possible* ».

2. La valorisation du schéma familial nucléaire hétérosexuel

Des jugements étaient rapportés sur le fait d'être mère célibataire, de ne pas être marié.e ou d'avoir d'autres modes de relations sexo-affectives et une autre organisation familiale (homoparentalité, co-parentalité, famille recomposée, partenaires multiples, etc.). Emmanuelle : « *et puis les (x3) schémas des gens, quand on est pas avec papa-maman* » ; Charlie : « *Et puis, là, euh, là j'suis enceinte dans un projet de co-parentalité donc on est un couple d'hommes et un couple de femmes. [...] Et en fait, là, ça [la réaction des soignant.e.s] dépend complètement* ».

Une personne faisait le parallèle entre la médecine et l'Église catholique comme institution relayant ces stigmatisations.

3. L'hétérosexisme

L'hétérosexisme faisait que **l'homosexualité féminine n'appartenait pas au schéma de pensées de certain.e.s médecins**. *Myriam* : « *la gynéco qu'a fait semblant, euh, mais p't-être qu'elle comprenait pas, tu vois ? P't-être que ça faisait pas partie de son prisme intellectuel, euh, j'veux dire (...) de se dire que y'avait p't-être des jeunes femmes qui avaient des sexualités avec des femmes et qu'elle était vraiment dans un schéma hétéronormé, en tout cas de sexualité hétéronormée* ».

Plusieurs évoquaient subir de la **lesbophobie** dans la vie quotidienne. *Myriam* : « *Moi de toute façon, en parlant de délit de faciès, euh, c'est bon je l'vis quotidiennement* ».

L'une d'entre elles.eux relativisait la lesbophobie qu'elle ressentait en tenant compte des possibles **croisements de systèmes de dominations** que d'autres personnes pourraient subir. *Andréa* : « *Mais comme je me suis rendue compte [...] après c'est compliqué, moi j'suis blanche, j'suis d'une classe moyenne, j 'suis indépendante, j'ai (...) [un.e membre de la famille] est homo, franchement j'ai (rire) pas trop de problèmes, j'fais partie des gens qu'ont jamais eu de problèmes [...]. Je l'ai dit à tous mes lieux de travail, non, j'ai jamais eu de problèmes* ».

4. Les autres stigmates

Transphobie

Alex évoquait l'existence de préjugés sur les questions de genre : « *C'est compliqué, en fait, j'ai l'impression que même (...) y a du boulot qui se fait mais les gens, ils demeurent complètement empreints de leurs propres préjugés, leurs propres avis sur la question du genre* ». Cela pouvait se retrouver dans les modalités d'accès aux chirurgies dans les parcours de transition, comme la demande de correspondre à un genre défini dans une conception binaire de celui-ci. *Alex* : « *Ils te demandent juste un mot d'un médecin qui peut être n'importe quel médecin comme quoi tu vis en tant qu'homme, ce qui est absolument pas vrai, mais bon, depuis 2 ans (...) c'était pas vrai à l'époque, c'est toujours pas vrai que je vis en tant qu'homme* ».

Toxicophobie¹¹

Carole racontait être jugée sur ses antécédents d'usages de drogues : « [concernant l'impossibilité de donner son sang pour les personnes homosexuel.les] Moi, j'ai déjà essayé de donner mon sang plein de fois. [...] Ben on en veut pas. [...] Non. Donc, euh, t'sais. [...] Ben moi, tu sais, en plus, j'suis ex-toxicomane alors tu vois ? ».

Stigmates liés à une pathologie

Les soins psychiatriques ainsi que certaines pathologies chroniques comme le VIH pouvaient être le prétexte de mise à l'écart. *Virginie* : « C'était le début du SIDA, on était le fléau de la terre, on était traité comme de la merde [...]. C'est-à-dire, on était (x2) des merdes. Si t'avais le SIDA, c'était (x2) bien fait pour ta gueule, y'avait aucune compassion. C'était bien (...) tu l'avais bien cherché quoi. C'était, euh, le fléau de Dieu ».

Âgisme

Les plus jeunes étaient souvent déconsidéré.e.s. **Peu d'informations leurs étaient délivrées** que ce soit **sur l'homosexualité** comme le disait *Andréa* : « On dit des moitiés de vérité, pas des vraies, j crois que les jeunes, il faut qu'ils se démerdent avec ça quoi, au lieu de tout leurs dire, comme si on était pas responsable quoi. [...] Et notamment, je sais que quand moi j'étais jeune, on m'a dit (...), on m'a jamais parlé de la sexualité, d'homosexualité. Sans même parler de l'homosexualité, juste de sexualité entre des personnes du même genre, sans te définir mais juste sur le plan sexuel, on m'en a jamais parlé, ni en termes émotionnels ni en termes médicaux » ou **sur la santé reproductive**. *Alex* : « Donc, en fait, moi je suis arrivé avec plein de questions parce que comme du coup, toute mon adolescence, j'ai vécu comme lesbienne pendant à peu près 10 ans et je me suis, en fait, absolument pas intéressé et on m'a pas éduqué à la question du sperme [...] et les maladies, et tout ce qui concerne, en fait, les organes dits 'masculins' donc le sperme tout ça. [...] C'est que j'avais une ignorance, mais énorme, sur en gros la façon d'avoir des rapports sexuels protégés quand y a des pénis qui sont impliqués dans l'affaire quoi, et que ça, c'était vraiment lié au fait que je me suis dit lesbienne à partir de l'âge de 11-12 ans, en fait très tôt ».

11 Toxicophobie : hostilité de certain.e.s professionnel.le.s de santé envers les usagèr.e.s de drogues, qui conduit à une attitude discriminatoire à leur égard. <http://www.actupparis.org>

III. ...aux inégalités de l'accueil en soins primaires

A) Les attitudes des soignant.e.s

1. Des discriminations indirectes

Présupposés d'hétérosexualité et/ou de bisexualité

Ces présupposés étaient omniprésents et créaient une **invisibilisation** des personnes non hétérosexuelles. Par exemple, les soignant.e.s étaient surpris.e.s du *coming out* d'une patiente. *Charlie* : « *Au contraire, en général, ils sont surpris. [...] Mais elle était hyper surprise* ». L'homosexualité était souvent un impensé des soignant.e.s rendant difficile son expression. *Myriam* : « *J'allais pas lui dire que en fait j'avais des relations sexuelles avec des femmes* » ; *Charlie* : « *J'avais jamais osé lui dire que j'étais homo pendant je ne sais pas combien de mois et d'années* ».

De même, il était **inimaginable qu'une femme n'ait pas recours à un moyen de contraception**. *Angela* : « *Dans le contexte, c'était tellement inimaginable qu'il ne pouvait pas comprendre qu'une femme n'ait pas besoin de contraception* ».

Ce mécanisme était ramené à l'**existence de normes**. *Anne* : « *Mais c'est qu'une supposition à chaque fois qui est dans une norme* ».

Présupposé de sexualité lesbienne

Alex relevait la difficulté d'être, à un moment donné, identifié comme lesbienne à tort : « *Elle nous suit tous les deux, mais on s'est rendu compte jusqu'à très récemment que comme elle a pas les bonnes (...) 'fin elle a pas beaucoup de catégories en fait. Elle continue à nous (x2) percevoir, à nous identifier comme un couple de lesbiennes. [...] C'est qu'en fait, pour elle, la seule catégorie qui est opératoire, c'est qu'on est des lesbiennes, comme on a tous les deux un vagin. [...] En fait, c'est à travers les questions sur la santé sexuelle que je me suis rendu compte que malgré le fait que, euh, j'avais bien précisé que j'étais trans' et qu'elle sait que mon copain est trans', ben en fait elle nous voit encore comme des lesbiennes* ».

Diversités des sexualités comme impensés

D'autres présupposés ont été décrits comme celui de monogamie. **La grille d'analyse des soignant.e.s était souvent perçue comme insuffisante pour penser les différentes sexualités.**

Coming out craint, contraint ou invisibilisé

Concernant l'expression de l'homosexualité, une **crainte** existait **de se dévoiler** à son.sa médecin de famille. *Bérénice [soignante]* : « *Moi ça m'est déjà arrivé que, garçon ou fille d'ailleurs, de dire 'ben voilà j'suis homo mais j'veux pas du tout en parler à mon médecin quoi'* ». Sophie expliquait qu'elle craignait **que son médecin ne le révèle à ses proches et ne rompe le secret médical** : « *mon médecin généraliste qui, du coup, connaît mes parents [...] il y a tout un tas de trucs que je vais pas lui dire* ».

En consultation, le *coming out* était parfois vécu comme **contraint**. *Sophie* : « *J'étais chez le médecin justement avec la personne avec qui je suis en relation et le mec nous a demandé si on était ensemble, ce qui était un peu spécial [...] pour rien du tout [...] je ne sais pas pourquoi il nous a demandé ça, ça n'a pas de rapport* ».

Le.la soignant.e pouvait aussi **l'invisibiliser**. *Anne* : « *Avec des soignants, moi j'pose tout au féminin. À la fin (...) et qui me disent 'bon ben vous le direz à votre compagnon', non on recommence ! [...] C'est pas possible, il écoute pas, il est ailleurs, il fait autre chose, après bon ben voilà, y en a qui écoutent pas ce qu'on dit* ».

Autres

Certain.e.s évoquaient de la **maladresse**, de **l'inattention** ou de la **gêne**. En témoignaient **l'orientation vers un.e collègue homophobe** ou encore le **refus de noter « lesbienne » dans le dossier médical**. *Anne* : « *J'lui ai déjà dit [à sa gynécologue] la dernière fois j'étais lesbienne, j'ai dit 'notez le' [elle semble s'énerver] elle me dit 'ben oui mais je peux pas l'écrire dans le dossier'. [...] Elle me dit 'non j'vais pas mettre des choses discriminantes' mais pour moi dire que j'suis lesbienne, c'est pas discriminant* ».

2. Des discriminations directes

Non verbales

Celles-ci pouvaient être des **attitudes** telles que du **dédain**, de **l'ignorance**, de **l'indifférence** voire du **rejet** et une **entrave de l'accès aux soins**. *Myriam* : « *[quand se présente aux urgences avec sa compagne] C'était le regard, si tu veux. C'est vraiment une attitude. C'est-à-dire au début 'bonjour' puis, après, une attitude particulière. [...] Oui, oui, moi je sais quand on me regarde bizarrement, 'fin tu vois, euh, avec une espèce de, euh, je sais pas, de dédain. [...] Au contraire de l'ignorance, ouais, oui, de l'indifférence* ».

Angela décrivait avoir mal vécu la découverte de la **participation d'une soignante à des manifestations homophobes** : « *Bon. Ça, c'était l'expérience la plus terrible parce qu'après je me suis rendue compte en en parlant autour de moi que, cette femme, elle faisait partie de la manif pour tous¹² ».*

Verbales

Mathilde rapportait une certaine **violence dans les propos** : « *Je vais pas accepter de propos homophobes, pas seulement homophobes mais anti-féministes, tu vois, méprisants envers moi parce que je suis une meuf et je suis une gouine, c'est aussi pour ça que je vais plus chez le médecin* » tout comme Charlie : « *Donc, il y a eu une écho où c'était un gynéco et là, euh, il a renvoyé (...) il a voulu accepter que le père biologique dans le (...) dans l'échographie, en nous disant que c'était pas la foire* ».

Changements d'attitude

Sophie décrivait un **changement d'attitude après avoir révélé son homosexualité** : « *Je suis à peu près sûre qu'elle était beaucoup plus sympathique avant que je lui dise (hésite) ça* » mais aussi l'impression d'avoir été **accueillie d'une manière différente** de ses sœurs : « *Mes sœurs avaient la même médecin et elles ont jamais connu ça, elles l'ont gardée plus longtemps, et mes sœurs, elles sont pas homosexuelles, je me dis qu'il doit y avoir un petit lien quand même* ».

3. Des conséquences

Ces attitudes pouvaient conduire à des **conseils**, des **mesures préventives** et des **traitements inadaptés** ainsi qu'à un **doute sur la qualité des soins**. Cela pouvait aller de la mauvaise prise en charge de la douleur à un retard de vaccination. *Bérénice* : « *Et donc, elle [la soignante] m'a dit 'si vous pensez que vous serez avec des filles toute votre vie, c'est pas la peine de vous faire vacciner [contre le HPV] ! Si c'est pas le cas, vous pouvez le faire, méditez le' donc je suis toujours en train de le méditer sauf que c'est trop tard (rire)* ».

12 « La manif pour « tous » » : collectif d'associations à l'origine de manifestations d'opposition à la loi ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe (dit « mariage pour tous ») en France. « La manif pour « tous » » se positionne aussi contre l'homoparentalité (adoption, PMA, GPA), la « théorie du genre », et promeut le mariage homme-femme et la « famille traditionnelle ». Source Wikipédia.

B) Les difficultés selon les thèmes abordés en consultation

1. La sexualité et l'orientation sexuelle

Intérêt

Parmi les interviewé.e.s, celles qui étaient soignantes insistaient sur la **nécessité** d'aborder la sexualité quand d'autres en **remettaient en cause la pertinence**. *Carole* : « Enfin, même au niveau des diagnostics ! Ça sert à rien ! Comme je te disais, la question est ' - Est-ce que je prends un moyen de contraception ? - Non - Est-ce que j'en ai besoin ? - Non' Bon. Ben t'as pas besoin de savoir avec qui je couche. J'en ai pas besoin. [...] Simplement, il faudrait dire 'le jour où tu sens que tu as la nécessité d'un moyen de contraception, n'hésite pas à m'en parler [...] ben, tu sais que tu peux me demander, que je serai là et je te donnerai [...] on discutera des différents moyens de contraception'. [...] Voilà, j pense que ça suffit ».

Pour certain.e.s, la consultation médicale n'était **pas un espace privilégié pour parler de sexualité**. *Louise* : « Y'a vraiment des endroits où j'en parle et tout va bien [...] le médecin [...] c'est un endroit où j'en parle pas ».

Une des explications avancées pouvait être que la **facilité** pour exprimer son orientation sexuelle varie **selon la génération et les moments de vie**. *Andréa* : « Je me disais, c'est pas si simple mais c'est vrai que je sais pas si maintenant les jeunes elles le disent. Il doit y avoir une génération de femmes qui le disait pas, pi' il devait y avoir les femmes qui changeaient de sexualité et qui osaient pas le dire qu'elles changeaient de sexualité ».

Intrusivité

Des personnes interviewées trouvaient cet abord **intrusif**. *Louise* : « Y'a toujours un espèce de truc comme ça où j'ai l'impression que, euh, qu'il va y avoir des questions auxquelles (...) euh, que j'avais avoir du mal à esquiver parce que je ne m'y attends pas » ; *Carole* : « Ah, je t'ai raconté que ça m'a surprise qu'au premier entretien, on me demande si j'étais hétéro ou si j'étais homo ».

L'**injonction au coming out** était mal vécue et l'**avis des soignant.e.s** était appréhendé. *Andréa* : « Du coup, c'est pas tellement que je voudrais avoir leur avis mais c'est que je me retrouve à avoir peur de leur avis sur un truc ». Et ce, d'autant que la consultation n'était pas un espace de parole ouvert.

2. Les infections sexuellement transmissibles

Risques

Du côté des patient.e.s, l'idée était répandue que le risque d'IST chez les lesbiennes est **moindre** et que les **modes de transmission restent méconnus**. *Bérénice* : « *Vu que tout le monde te dit (rire) [...] que tu crains rien quand t'es avec une nana donc pendant (...) voilà « pumped up » !* ». Elles rapportaient que les risques dépendent des pratiques et de l'état de santé gynécologique. Un **tabou** était décrit autour de cette question. Des réponses plus adaptées aux questionnements spécifiques étaient attendues.

Du côté des soignant.e.s, les **réponses**, notamment sur le papillomavirus (HPV) demeuraient **incomplètes, imprécises voire absentes**. *Sophie* : « *'Est ce que tu peux avoir des maladies, tu sais, sexuellement transmissibles entre des meufs ?' [...] j'ai jamais eu la réponse, j'ai dix ans de plus, j'ai jamais eu la réponse* ».

Prévention

Du côté des patient.e.s, les **informations de prévention** étaient **difficiles à obtenir**, par leur manque ou leur existence seulement dans certains espaces communautaires LGBT. Les **moyens de prévention** étaient **peu utilisés** car peu nombreux, peu connus voire contraignants. *Myriam* : « *Ouais parce que les moyens de contraception, euh, contraception [rit car a fait un lapsus puis ironise] entre femmes (rire) la digue dentaire ! Nan mais y'en a pas tant que ça* » ; *Andréa* : « *Le seul truc que je trouvais c'était un peu le tout ou rien, donc en gros, latex, plastique, gants, et tout. Et du coup, un, je connaissais aucune fille qui utilisait ces trucs-là, après j'en ai connu, mais sur le coup personne [...] (rire), j'avais pas du tout envie* ».

Du côté des soignant.e.s, des interviewé.e.s notaient des **incohérences dans les mesures préventives**. *Bérénice* : « *Donc j'ai demandé à deux gynécos successifs si y'avait une possibilité de transmission d'HPV entre les filles et les deux m'ont dit 'non', et donc, j'avais envie de leur dire 'et donc pourquoi vous me faites des frottis du coup ?' (rire) mais j'ai pas osé encore une fois* ».

3. Les soins gynécologiques

Certain.e.s trouvaient les soins gynécologiques **pertinents en matière de prévention** et comme **porte d'entrée pour l'abord de la sexualité**.

D'autres **appréhendaient les jugements et les soins** car ils relevaient du domaine de l'intime. Cette appréhension était signalée malgré des connaissances sur le sujet et l'existence de soignant.e.s supposé.e.s sensibilisé.e.s. Ils pouvaient engendrer un stress lors d'une grossesse dans un contexte d'homoparentalité ou de co-parentalité du fait de la nécessité d'exposer son homosexualité.

L'**examen gynécologique**, notamment l'examen au spéculum, était souvent vécu comme **pénible**. Andréa dénonçait l'absence de questionnement de l'acte de pénétration vaginale lors de celui-ci : « *En fait, le fait que le gynécologue, comme ça, commence par regarder le vagin et que du coup ça se pose pas la question du rapport à la pénétration quoi [...] et que ça considère que c'est normal pour une femme d'être pénétrée quoi* ».

4. La contraception

L'**abond** omniprésent des moyens contraceptifs par les soignant.e.s revenait très souvent dans le discours des répondant.e.s. *Louise* : « *Il m'a posé la fameuse question de la pilule* ». L'utilisation d'un contraceptif était régulièrement présupposée et certain.e.s avaient l'impression de ne pas être entendu.e.s lorsqu'elles.ils disaient qu'elles.ils n'en avaient pas besoin. *Angela* : « *Ben moi, c'était qu'ils m'entendaient pas quand je disais que je ne voulais pas de moyen de contraception. Je n'ai pas besoin de contraception !* ».

La **conséquence** était la prescription **inutile** ou **insuffisamment expliquée** de la pilule. Elle pouvait être aussi **imposée** malgré le refus exprimé et argumenté par la personne, ou encore justifiée sous un autre prétexte. *Angela* : « *Alors, c'était pour mettre au repos mon ovaire* » ; *Sophie* : « *Juste pour me régler là, ou je sais pas quoi* ».

Anne revendiquait le fait qu'un **coming out** ne soit **pas nécessaire pour justifier l'absence de contraception** : « *J'ai aussi le droit de dire 'j'veux pas de (x3) contraceptif' par exemple, sans qu'on insiste là-dessus, que je sois obligée de dire que j'suis lesbienne* ».

A contrario, Bérénice questionnait l'**intérêt médical d'un oestro-progestatif** pour un adéno-fibrome mammaire et que cela ne lui soit **pas proposé du fait de sa sexualité** : « *Et du moment où, pour ce cas particulier, j'disais (...) j'étais en couple avec une fille du coup, les médecins, les gynécos que j'ai (...) que j'avais en face de moi me disaient 'ah bah oui donc effectivement, ça ne vous servira à rien d'avoir une contraception' et, le côté de 'est-ce que ça a un intérêt médical ?', c'est un petit peu effacé par le truc j'ai l'impression* ».

5. La santé mentale

Charlie signalait, plus encore que pour d'autres soins, une **appréhension de la rencontre avec un.e psychologue** : « *Et puis, sinon, j'étais allée voir une psychologue à un moment, et alors là, je trouve ça vraiment compliqué parce que (...). Finalement, ça c'est bien passé mais j'trouve c'est le plus compliqué [...] d'aller voir le psychologue, pour vraiment parler de sa vie. Euh, en fonction de la réaction en face, ça peut changer beaucoup de choses* ».

Le fait d'avoir moins recours aux soins par crainte de lesbophobie ou par impression d'inutilité, pourrait **éloigner des lieux de soins et, de fait, du dépistage** des troubles psychologiques ou des addictions. *Bérénice* : « *On va dire, euh, donc ça, faut y faire attention parce que d'un autre côté voilà, tu peux avoir des addictions, un problème psychologique [...] et tout ça et du coup ça va passer un peu à la trappe parce que (x2) [...] tu t'es éloignée d'un parcours de soins qui te paraît pas nécessaire* ».

6. La.le partenaire

En consultation, la place ou la considération du.de la partenaire ne semblaient pas acquises. Des soignant.e.s persistaient à désigner au masculin la partenaire d'une patiente ou à l'ignorer. *Sophie* : « *Du coup, les médecins, ils se disent 'c'est qui ?' [...] c'est que du coup, ça paraît plus normal de partir (...) de venir avec sa mère ou son père chez le médecin que de venir avec sa meuf ou un pote visiblement* ».

7. La parentalité

Quelques-un.e.s d'entre elles.eux **regrettaient de ne pas être questionné.e.s** sur un éventuel projet de grossesse du fait d'être lesbienne ou trans' alors que l'abord spontané pouvait être apprécié. *Myriam* : « *Elle m'avait dit que (...) elle m'a dit 'y'a plein de sortes, y'a plein de manières de se faire inséminer'. [...] Mais elle était cool par rapport à ça, et en effet, elle m'a parlé, euh, (...) elle m'a orienté si, euh, (rire) j'avais envie d'avoir un enfant* ».

L'homoparentalité, la co-parentalité et la transparentalité¹³ resteraient des **impensés** pour beaucoup de soignant.e.s. *Carole* : « *Les enfants ! [...] On m'a jamais demandé. Ben nan, j'suis homo 'fin j'suis homo (se reprend) j'aime les gens. [...] Quand un médecin, il sait que, euh, t'es lesbienne, il te pose pas la question de si, éventuellement, t'aurais envie*

¹³ Transparentalité : utilisé dans un entretien comme suit : « *y avait un atelier sur la transparentalité, 'fin les parents, les futurs parents, désireux d'être parents trans'* ».

d'avoir un enfant ». D'autres personnes rapportaient des **jugements** de la part des soignant.e.s. *Andréa* : « *Quand ça a été jusqu'à la question de l'insémination et tout, qu'est plus délicat parce que là ça devient les enfants, 'je suis pas homophobe, mais quand même les enfants...' ah par contre sur ça, sur comment ils doivent être élevés, ça oui hein ! Ça tout le monde peut avoir un avis !* ».

IV. Des enjeux autour de l'accès aux soins

A) Des expériences positives

1. L'absence de difficultés en tant que lesbiennes

Les **attentes** en matière de santé étaient **variables** selon le vécu de leur homosexualité et leur auto-définition, ne rendant pas toujours compliqué l'accès aux soins. *Anne* : « *Je vois les gens autour de moi voilà c'est cette demande (...) ou alors c'est des personnes ou des lesbiennes qui sont (...) qui se définissent pas forcément toujours lesbiennes mais qui n'ont pas ce souci-là [d'accès aux soins] et qui estiment qu'elles sont tout à fait dans la norme, qu'il n'y a pas de problème donc bon ben c'est parfait* ».

Plusieurs racontaient ne **pas** avoir de **difficultés d'accès** : *Morgan* : « *J'ai pas l'impression (x2), les quelques fois où j'avais chez (...) où j'suis allée chez la gynéco là, dans le centre de santé, j'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu de (...), j'ai pas le souvenir d'avoir eu des remarques ou des trucs ou des obstacles* » ; *Charlie* : « *Globalement, ça se passe bien. [...] Nan, nan, c'est (soupir) les neuf dixièmes, euh, y'a pas de problèmes. (rire). Nan, nan* ».

La question ne s'était pas posée pour Morgan, du fait de l'absence de stigmatisation ressentie dans son quotidien : « *Moi, j'ai jamais eu ce truc-là, euh, du regard, étonnamment peut-être, je me suis souvent posée la question mais, euh, moi j'suis avec une femme depuis 4 ans et c'était pas forcément mon quotidien avant [...] et je me suis, à aucun moment, posée cette question-là du regard des autres, ça c'est fait complètement tout seul et j'ai jamais eu de problèmes* ».

2. L'usage des soins primaires facilite le recours aux soins

Pour beaucoup, le.la médecin généraliste restait **un.e acteur.e de premier recours**. *Andréa* : « *Comme je te disais le médecin c'est un truc local, un médecin, il faut que tu le vois, faut qu'il te voit, donc c'est forcément dans l'endroit où t'es [...]. Moi, j'aimerais bien*

avoir un médecin dans ma vie maintenant qui serait une personne avec qui je vais collaborer, et qui va me connaître ». **Un bon contact facilitait la poursuite des soins.** *Virginie* : « J'ai été une fois en urgence parce que entre deux [déplacements professionnels] [...]. En fait, j'avais une grippe mais la bonne quoi (rire). Et elle a été géniale quoi. [...] Donc, euh, je lui ai dit si ça ne vous embête pas, j'veux bien qu'vous deveniez mon médecin référent et puis voilà ». Alex, quant à lui, était accompagné par sa médecin généraliste dans son parcours de transition.

Trois acteur.e.s étaient cité.e.s **pour les soins gynécologiques : le.la médecin généraliste, le.la gynécologue, le.la sage-femme.** De même, un bon contact entraînait la poursuite de la relation de soins. *Charlie* : « Et puis, ma gynéco, là, en fait, j'suis tombée par hasard sur elle, un jour de garde où (x2) j'ai eu un souci donc voilà, c'était comme ça, mais elle était tellement (x2) chouette et tellement à l'aise avec ça que après je l'ai gardé. [...] Donc là, elle, elle est super ».

3. Les moyens de recours aux soins

Beaucoup d'entre elles.eux recourraient à des soignant.e.s **conseillé.e.s par des ami.e.s ou trouvé.e.s en consultant un carnet d'adresses** de soignant.e.s sensibilisé.e.s. Des **informations** étaient aussi recherchées sur les pathologies. Toutefois, l'une des interviewé.e.s signalait faire peu confiance aux recommandations de soignant.e.s par d'autres personnes.

Diverses sources étaient utilisées pour accéder aux informations. Certain.e.s se renseignaient auprès d'**associations ou de collectifs** féministes, LGBT ou de réduction des risques. *Sophie* : « [...] des tables [de presses] du Planning Familial ou d'associations féministes qui, du coup, te disent 'non mais tu sais il y a des trucs qui te protègent si jamais' » ; *Angela* : « Enfin, je l'ai su à un moment. Ça [dépistage des IST], je le sais parce que j'ai été militante à un moment dans une asso LGBT donc c'était vraiment le thème ». Ces intervenant.e.s avaient pu être rencontré.e.s lors de médiation culturelle dans des lieux alternatifs ou éducatifs.

D'autres **sources plus informelles** étaient sollicitées : le cercle familial ou amical, la.le partenaire ou des soignant.e.s ami.e.s.

Des **médias** étaient consultés tels que des sites internet notamment ceux proposant des listes de soignant.e.s sensibilisé.e.s ('Psy* safes et inclusifs'¹⁴, 'Médecins *gay-friendly*'¹⁵, 'Gyn&co'¹⁶), des livres ou d'autres productions écrites.

B) Des obstacles

1. L'organisation du système de soins

Trouver des médecins généralistes et choisir des lieux de soins étaient difficiles. Le manque de généralistes, l'incertitude sur les critères de choix des soignant.e.s et la pénibilité du premier contact participaient à cette difficulté. L'influence de multiples facteurs sociaux et des expériences négatives de soins dans le passé (très grandes difficultés d'accès aux soins des personnes séropositives au début des années 80) étaient aussi citées.

Certain.e.s décrivaient un **désintéressement** par les lesbiennes **du parcours de soins** classique et la difficulté d'accéder à des soignant.e.s *friendly* car très sollicité.e.s ou peu visibles. Il existait aussi une **méconnaissance des compétences des soignant.e.s** comme l'idée que la.le médecin généraliste ne fait pas de gynécologie.

2. Les freins personnels

Des effets **catégorisant**, **normalisant** et **réducteur** étaient parfois ressentis en consultation. *Alex* : « Et c'est à travers cette catégorie que, du coup, on va nous soigner, ou nous aiguiller ou voilà [...] et ça, ça peut être problématique » ; *Sophie* : « Il y a un effet un peu normalisant quand t'es chez le médecin [...] je pense que, du coup, tu te ranges un peu [...] tu passes 12 minutes comme plein de gens, du coup, tu vas pas raconter ce genre de trucs » ; *Mathilde* : « C'est une sensation récurrente que tu n'es pas prise pour un individu en tant que tel, mais que (...) comme si (...) t'es un patient et un patient, c'est pas vraiment un être humain, c'est des symptômes ».

Pour certain.e.s, les enjeux se dessinaient ailleurs. La **période des premières expériences homosexuelles** n'était pas une période où existaient des questions d'ordre médical. L'enjeu se situait plus dans le risque d'être figé.e dans une sexualité. *Louise* : « J pense que de toute façon, à l'époque, j'étais pas (...) c'était tellement nouveau et tellement un espèce de monde qui s'écroulait quelque part 'fin, que, du coup, j'étais pas

14 <http://psysafeinclusifs.wixsite.com/psysafe>

15 <http://www.medecin-gay-friendly.fr/>

16 <https://gynandco.wordpress.com/>

du tout en mode, euh, à me poser des questions [...] sur le rapport médical [...] p't-être que le fait d'aller chercher [des informations sur les IST] ça pose un truc, j'pense que ça, p't-être ça, ça fige ». Pour d'autres, l'accès aux soins était rendu difficile du fait d'un « flou » dans leur sexualité. Sophie s'interrogeait sur l'existence d'une « santé lesbienne » : « La santé lesbienne, en fait, je vois pas, c'est spécial ? Je vois pas (...) je te réponds en termes de discrimination des lesbiennes mais après (...), il doit y avoir une véritable question de santé qui n'est pas basée sur des rapports hétéros ? J'en sais rien ».

3. Moins de besoins, moins de recours

Nombre d'entre elles.eux évoquaient que la.le médecin généraliste serait leur **premier recours mais qu'elles.ils y allaient rarement**. *Lucie* : « Euh, parce que moi, je ne consulte vraiment pas les médecins d'une manière générale. [...] Et le médecin généraliste, c'est très rare ».

Concernant les soins gynécologiques, elles.ils décrivaient une **démédicalisation** et un **recours plus tardif**. Les raisons évoquées étaient les préjugés d'**inutilité**, le **sentiment d'être protégé.e** des IST ou d'une éventuelle grossesse, ou, un **manque d'assiduité**. Le sentiment d'une **moindre ritualisation des débuts de la sexualité** diminuait la possibilité d'en parler et retardait la première consultation gynécologique (absence de besoin contraceptif). *Angela* : « Forcément, on va chez le gynéco pour avoir la première contraception, moi j'ai jamais eu besoin d'avoir une contraception et ma mère était pas hyper-calée sur, euh, me ramener, donc voilà. [...] La première fois que j'ai été chez le gynéco, c'était parce que j'avais eu un problème ».

Pourtant, elles se retrouvaient face aux **injonctions de recourir aux soins** gynécologiques, émises explicitement en tant qu'obligations, ou plus implicitement du fait de l'intériorisation de leurs nécessités par de nombreuses femmes. *Louise* : « Y'a vraiment c'truc-là qu'on t'a mis dans la tête quand t'es une meuf, faut vraiment qu't'ailles chez un ou une gynéco régulièrement, 'fin y'a vraiment c'truc-là. J'pense que, euh, même si, euh, j'l'ai toujours pas fait mais, euh, j'pense que c'est un peu resté quand même quoi ».

4. Les conséquences des expériences négatives de consultations

Beaucoup rapportaient des **ressentis négatifs** suite à des consultations éprouvantes, tels que : la colère, l'indifférence, la lassitude, l'humiliation, la vulnérabilité, la violence, la maltraitance, le sentiment d'un choc, la peur, notamment d'être moins bien soignée, d'être

déconsidérée. *Sophie* : « Tu te demandes si jamais il va t'ausculter différemment si jamais c'est un gros homophobe [...]. Imagine, il me dit n'importe quoi, il me donne n'importe quoi [...]. Comment tu vas être prise en compte si jamais t'as une tête de lesbienne ? ».

La **crainte de la réaction du.de la soignant.e** face à l'expression de l'homosexualité constituait ensuite un obstacle important à la première consultation : *Charlie* : « J'crois que le principal obstacle, c'est la peur de la première fois qu'on y va, qu'on dit qu'on est homo. [...] Après sinon, euh, bon, 'fin, sinon ça se fait. J'pense que le (x2), j'pense que c'est vraiment ça. [...] En tout cas, pour moi, c'est le premier obstacle ».

Différentes **répercussions s'ensuivaient sur l'accès aux soins**. Nombreux.se.s étaient celles.ceux qui relataient une **diminution de la motivation**, une **rupture de la relation** de soins voire un **renoncement aux soins** et une **résignation à se débrouiller seul.e.s**. *Angela* : « Mais bien sûr, au bout d'un moment faut être (...), euh, on peut pas faire confiance » ; *Anne* : « Voilà donc j'arrête, là c'est fini, là un accès aux soins, là-dessus c'est zéro [...]. J'veux plus aller me battre avec, euh, un médecin qui va pas bien comprendre quand je lui dis quelque chose » ; *Louise* : « J'vais me débrouiller moi-même avec ma sexualité ».

Le **doute sur la qualité des soins** ainsi que, parfois, la **mauvaise qualité** de ceux-ci, entraînaient un **attachement particulier aux soignant.e.s de confiance**.

Certain.e.s décidaient de **changer d'interlocuteur.e.s** au risque de les multiplier quand d'autres se retrouvaient à **réitérer des consultations difficiles**.

C) Des stratégies

1. Les mécanismes d'adaptation en consultation

Face à ces attitudes discriminantes, certaines des personnes interrogées opposaient des **arguments excusant les médecins** comme le manque de temps, des difficultés de concentration ou d'organisation, des habitudes de travail, de l'incompétence, un manque de polyvalence, de l'inattention ou de la bienveillance (rétention d'informations pour ne pas « effrayer » la patiente). *Carole* : « [...] pourquoi je vais lui en vouloir si c'est de l'ignorance et de l'incompétence ».

Bérénice évoquait la difficulté des soignant.e.s de saisir les constructions contemporaines de l'homosexualité féminine et d'y ajuster leurs pratiques : « Et puis là, après, on tombe dans un sujet sociétal [l'homoparentalité] [...] avec des mutations

relativement récentes. [...] Je peux comprendre qu'il y ait un petit temps d'inertie que ça soit au niveau général et au niveau médical bien sûr. » quand Andréa suspectait des difficultés financières : « J'pense pour des raisons économiques, j'pense y'avait une question, y'a pas d'argent dans cet endroit-là [centre de santé] ouais, ils ont pas de moyens mais je me disais 'mais je te l'apporte le lubrifiant !' ».

Laisser parler le.la médecin ou adapter son discours pour **esquiver** les questions pouvaient être des stratégies face à l'intrusion.

L'**autocensure** était souvent utilisée sur différents sujets : l'homosexualité (quitte à être culpabilisé.e sur l'absence de contraception par exemple), l'homoparentalité, la coparentalité, la procréation médicalement assistée (PMA), les questionnements vis-à-vis de la santé sexuelle ou le manque de confort lors de l'examen clinique. *Morgan* : « J'pense que y'a eu des moments où ça s'apparentait (...) où j'ai menti quoi, en gros, où on me disait 'votre copain', j'disais 'oui oui' et puis, euh, y'avait des p'tits trucs comme ça ». L'évitement était d'autant plus important que la relation ancienne ou le sujet non initié par la.le soignant.e.

À l'opposé, elles.ils **visibilisaient** parfois leur homosexualité pour avoir accès à des informations, éviter des refus d'accompagnement et établir une relation de qualité : *Charlie* : « J'essaie de dire tout de suite à la première consultation parce que sinon après c'est un cercle infernal où j'ai pas dit » ; *Angela* : « 'Est-ce que vous êtes homophobe ?' Ah ça, je lui ai dit carrément ! ».

Quelques-un.e.s **se reprochaient** d'avoir un suivi irrégulier ou de ne pas suffisamment verbaliser leur homosexualité. D'autres encore **doutaient d'avoir ressenti** de l'homophobie chez certain.e.s soignant.e.s. *Sophie* : « Je pense que pendant longtemps je me suis demandée si j'avais paranoïé ». Parfois, elles.ils **relativisaient** une expérience pénible en comparaison à une autre jugée pire.

Dans certains cas, elles.ils exprimaient de la **résignation** à la méconnaissance, à l'incertitude, à subir un traitement ou à protéger un.e soignant.e au bénéfice de leur accès aux soins. *Bérénice* : « Donc, euh, je continue mon suivi gynéco consciencieusement (rire) mais avec toujours quelques points d'interrogations finalement ».

Carole quant à elle utilisait l'**ironie** : « C'était pas pour me cataloguer ou se dire 'oh putain, merde, c'est une lesbienne, je veux pas lui parler ou je ne veux pas la traiter ou elle me fait peur, y'a un truc qui va me sauter dessus'. [...] Ou 'je vais le devenir'. 'Elle va me

toucher, je vais devenir lesbienne, ensuite qu'est-ce que je fais ?' [...] 'Est-ce que je vais m'en remettre ?' ».

2. L'anticipation et l'évitement de la consultation

Différentes personnes ressentait la nécessité d'élaborer des astuces d'**auto-défense vis-à-vis de la consultation**. Celles-ci pouvaient être collectives comme des préparations en amont avec des ami.e.s ou encore des ateliers d'« auto-défense en gynécologie ». *Louise* : « *J'étais hyper « empowerment¹⁷ » (rire) [...]. Avec les copines, on s'était trop briffé » ; *Morgan* : « *Y'avait, euh, discussions et transmission d'un travail qu'ont fait des nanas, qu'elles appellent 'auto-défense gynéco' [...]* ». D'autres solutions étaient plus individuelles. Il s'agissait de lectures, de mails ou de courriers adressés aux soignant.e.s en amont de la consultation, de renforcement positif sur le droit à l'information ou sur le refus de l'infantilisation. *Andréa* : « *Moi, j'ai toujours eu un super fort sentiment de vulnérabilité, et donc, du coup, c'est forcément (...) ça me demande d'y penser avant, de savoir ce que je vais lui dire, de voir ce qu'il va se passer » ; *Charlie* : « *Je me dis quand même, euh, là, euh, j'suis plus une p'tite adolescente tout ça [...] et là, j'écris une lettre à chaque fois, à la sage-femme qui va faire l'échographie pour prévenir* ». Certain.e.s évoquaient la possibilité de pouvoir réagir à la violence des propos par une réponse physique.**

Une certaine **banalisation** de l'homosexualité était souhaitée pour faire évoluer les mentalités, la rendre normale et non exceptionnelle pour en faciliter l'acceptation. *Morgan* : « *Euh, y'a eu plein de moments où je me suis demandée, 'whoaou, en fait, t'en parle là comme ça, comme si tout le monde allait accepter ça facilement', et en fait, jusqu'à maintenant ça a marché donc c'est plutôt cool » ; *Andréa* : « *Une médecin qui m'a dit 'c'est super important de le dire, c'est super que tu me l'aies dit tout de suite, il faudrait vraiment le faire et puis il faut le dire aux médecins pour que eux aussi ils changent d'attitude' [...] moi je pense c'est bien de le dire* ».*

Une solution pour quelques un.e.s était d'accéder directement à des **structures ciblant une demande** telles que les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), les associations communautaires ou les pharmacies hospitalières permettant plus d'anonymat. *Louise* : « *[recours au CDAG] J'suis passée par un moyen détourné aussi quoi, j'voulais pas d'consult' gynéco quoi* ».

¹⁷ *Empowerment* : Octroi de plus de pouvoir aux individus ou aux groupes pour agir sur les conditions sociales, économiques, politiques ou écologiques qu'ils subissent. Source wikipédia.

V. Vers un accès à des soins de qualité

A) L'organisation des soins

1. Des attentes sur l'organisation des soins

Les consultations de **premier recours restaient un espace privilégié** d'écoute et de confiance. *Myriam* : « *Et puis même, comme on est dans une société où c'est déjà pas bien vu, p't-être ça le sera jamais, c'est cool qu'il y ait aussi une écoute [...]. J'avais une généraliste très bien avec qui j'en parlais. Et j'pense que c'est super d'être accompagnée* ».

Mathilde exprimait qu'il y a des **besoins en santé spécifiques** à toutes communautés.

D'autres soulignaient le fait que **les lesbiennes ne sont pas un groupe uniforme** et qu'il existe un **risque à s'enfermer dans des catégories**. *Anne* : « *C'est pas parce qu'une femme va avoir une sexualité avec une autre femme qu'elle va défendre les mêmes valeurs que les miennes* ».

Défendre une médecine uniforme pour toutes les lesbiennes ne semblait pas le plus pertinent et certain.e.s proposaient plutôt de rendre visible et accessible un **réseau de soignant.e.s sensibilisé.e.s et solidaires**. *Anne* : « *Je prône pas, faut pas se tromper, je prône pas une médecine communautaire [...]. Faut (x2) avoir des réseaux s'tu veux [...]. Le côté communautaire faut savoir sur quoi on le met, moi je vais le mettre sur quelque chose de politique [...] du coup, pas une médecine communautaire, mais une médecine de réseau* » ; *Andréa* : « *Faut avoir des endroits où on sait que [bon accueil](...) et en même temps, c'est pas restreint à un milieu qui a déjà accès à plein de choses* ».

2. Des expériences des réseaux

Plusieurs relataient des expériences positives de consultations avec des soignant.e.s **appartenant à des réseaux féministes, lesbian-friendly et trans'-friendly** ou **identifié.e.s par ces réseaux**. *Louise* : « *Et où y'avait le Dr X. là, 'fin un docteur que (...) chez qui on oriente vachement à [nom d'association féministe où elle milite] [...] et de savoir que tu vas chez quelqu'un que des personnes en qui tu as confiance t'ont dit 'bon, cette personne-là vas-y en fait'* » ; *Mathilde* : « *Je pense je suis pas la seule à la consulter à [ville] chez les gouines [...] j'étais un peu plus en confiance* » ;

Alex : « Il se trouve que j'ai trouvé une, euh, une médecin traitante grâce à la liste gynandco [...] y a un tag¹⁸ 'transfriendly' sur la liste gynandco », « ouais, ben j'aimerais, 'fin idéalement, c'est peut-être quelque chose qui est en train de se créer sur [ville], y'a une initiative qui s'appelle [nom de structure de soins référente] mais idéalement 'fin y'aurait juste des médecins qui seraient vraiment VRAIMENT formés ».

Ces expériences étaient parfois nuancées par un décalage entre les attentes et la déception créée par la relation de soins. Anne : « J'ai commencé pourtant avec une gynéco qui'était militante féministe, qu'a fait des tas de choses mais qui continuait à me demander à chaque fois si j'avais besoin de contraceptif » ; Andréa : « J'lui posais des questions et elle, elle m'a dit genre 'pourquoi vous voulez faire des enfants ?' [...] 'vous avez pas autre chose à faire ?' [...] Y'avait vraiment une compétition de féminisme, de rapport à la vie quoi, et c'est que parce que c'était elle, et parce que elle était homo, qu'elle pouvait me dire un truc pareil ».

B) Les alternatives, les solidarités et l'empowerment

1. La médecine intégrative

De très nombreux recours à des approches intégratives¹⁹ ont été cités au cours des entretiens. Ceux-ci étaient parfois liés à un manque de réponses de la médecine allopathique. Alex faisait l'hypothèse que les féministes y auraient recours plus fréquemment.

2. Les approches LGBT et/ou féministes

Une approche féministe créerait un **implicite commun** dans le soin. Sophie : « Il y a des gens qui racontent justement qu'ils ont des rapports (...) enfin quand elles ont des médecins un peu plus féministes [...] que en fait c'est agréable [...] ça pose des trucs un peu peut-être ». Cette approche était aussi appréciée lorsqu'elle **correspondait aux attentes en termes de relation de soins**, même en l'absence des compétences recherchées.

18 Tag : En métadonnées, terme anglais désignant « étiquette ». Mot-clé ou terme associé ou assigné à de l'information (par exemple une image, un article, ou un clip vidéo), qui décrit une caractéristique de l'objet et permet un regroupement facile des informations contenant les mêmes mots-clés. Source Wikipédia.

19 La médecine intégrative cherche à conjuguer les meilleures connaissances des médecines conventionnelle et alternatives, tout en offrant une perspective d'unification pour guider les médecins dans une combinaison éclairée de ces régimes hétérogènes de pensée. Willms L. (2008). « La médecine intégrative est-elle l'avenir de la médecine familiale ? » *Can fam physician* 54(8) p1093-1095.

Alex : « 'fin elle a une démarche féministe quoi, elle est attentive à comment on se sent dans son cabinet, qu'est-ce qu'on a (...) qu'est-ce qu'on peut avoir à dire. Elle pose des questions assez ouvertes, 'fin tu vois qu'elle attend pas un script particulier. [...] Elle, comme j'ai dit, elle est pas formée sur les questions trans' notamment, mais elle a une approche féministe et, euh, donc je tiens à (...) j'aime vraiment la relation ».

L'une d'entre elles.eux regrettait le **manque de croisement entre des approches LGBT et féministes en matière de santé**. *Andréa* : « Et en fait dans un endroit comme ça [structure de soins féministes] et donc, ce qui fait écho dans l'autre sens avec la gynéco homo, c'est-à-dire, j'ai l'impression qu'il y a pas forcément de croisement [...] ces deux chemins, que j'ai suivi pour des raisons différentes, se sont pratiquement jamais croisés quoi ».

Certain.e.s questionnait la pertinence de pouvoir être accompagné.e.s par **des soignant.e.s LGBT**. *Alex* : « Ben déjà, c'est tout con, mais je connais pas un seul médecin, qui soit médecin et trans', et j'aimerais bien » ; *Andréa* : « Je lui disais : 'vous pensez qu'il faut avoir un psy homo ?'. Elle me disait 'ben c'est pas une question d'homo, pas homo, c'est que y'a des gens qui ne sont pas du tout sensibilisés à certaines questions. C'est bien quelqu'un qui est sensibilisé, qui sait un peu de quoi il parle ».

Une ouverture d'esprit grâce à ces approches était espérée dans un contexte de souhait de transparence.

3. Les solidarités

Des solidarités pouvaient se créer **avec des soignant.e.s** qui parfois se mobilisaient. D'autres existaient **entre les patient.e.s** comme l'échange d'informations sur les soignant.e.s ou le partage de savoirs. *Alex* : « J'ai écrit un mail à gynandco pour leur dire 'ben en fait, elle est horrible celle-là' » ; *Morgan* : « Après, dans mon réseau de (...) dans mon réseau, y'a aussi pas mal de trucs qui se font, euh, de week-end et de moments d'échange de pratiques, de savoirs des uns, des unes ».

4. Les militantismes LGBT et/ou féministes

Les objectifs étaient l'**affirmation de soi**, l'« **empowerment** », les **prises de conscience**, la **création de solidarités et de réseaux**.

Divers outils étaient rapportés : la **participation à des associations ou des collectifs**, la **revendication de l'auto-définition**, l'**intervention en milieu scolaire**, les **revendications**

vis-à-vis des soins, les espaces de mixité choisie. *Anne* : « Ça n'empêche pas que moi, j'veux être lesbienne, que je vais être dans des endroits où y'a que des lesbiennes et j'veux pouvoir le faire comme ça ».

5. L'autonomisation

Les recueils d'informations visaient à ne plus avoir peur et à rendre la relation médecin-patient.e moins inégalitaire. *Angela* : « La clef, c'est connaître car on a plus peur. [...] C'est la clef. Quand tu connais, tu vois de quoi tu parles ».

Les thématiques sur lesquelles elles.ils s'autonomisaient étaient la **prévention des IST**, les **soins gynécologiques** (auto-prescription, connaissance de soi, insémination artisanale), les **soins en général** et l'**auto-médication**.

Des pratiques diverses existaient : l'**auto-examen** (palpation mammaire, observation gynécologique), les **groupes d'entraide et de self-help**²⁰, le **choix de faire appel à un donneur non anonyme pour l'insémination artisanale**, l'**accouchement à domicile**, l'**usage de remèdes populaires**, le **renforcement psychologique**, les **formations en santé** formelles et informelles, l'attention à la **prévention** et au bien-être dans leur santé (yoga, méditation, alimentation, activité physique). *Morgan* : « Combien on est ? Cinq copines, à vouloir (...), euh, c'était une idée qui planait un peu avant et qui se concrétise depuis c'te journée-là, à s'faire un groupe d'échange autour d'la gynéco et d'la sexualité, euh. Du coup, ce petit groupe-là un peu fermé avec certains (x2) échanges ouverts à d'autres ou des propositions d'atelier ».

C) L'accueil en consultation

1. Les généralités

Elles.ils revendiquaient pouvoir être soigné.e.s, **certain.e.s par des femmes et d'autres par des hommes**. Un argument pouvait être d'avoir des vécus et des prismes communs du fait de similitudes anatomiques ou de genre, là où d'autres n'y voyaient pas une assurance de bienveillance. *Myriam* : « J'pense qu'on peut être ouvert, essayer de comprendre. Voilà, anatomiquement on est pareil. Le plaisir, il est là de la même manière. Et les problèmes sont les mêmes. Les douleurs des règles (...) » ; *Andréa* : « J'ai des plus mauvaises

²⁰ *Self-help* : Mouvement né à Boston en 1969 avec le *Women's health collective* qui a, entre autres, écrit un livre fondateur : *Our bodies, ourselves* (1971), *Notre corps, nous-mêmes* (1974). Pratiques d'auto-santé à travers la réappropriation des connaissances sur le corps et la santé, le partage d'expériences, etc. <http://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/autosant.pdf>

expériences avec des femmes qu'avec des hommes, c'est troublant mais c'est comme ça ouais, ces expériences de trucs brusques, méchants, durs tout ça, c'était plutôt des femmes ».

Pouvoir **choisir librement** ses soignant.e.s demeurait important. **Avoir confiance** était une nécessité. *Virginie* : « *Donc, c'est pour ça que j'veux garder aussi les gens que j'ai à [ville éloignée du domicile] [...] par rapport au fait que j'ai mis longtemps, ça met longtemps à créer cette relation-là [...] de confiance* » ; *Lucie* : « *Moi, j'aime beaucoup le relationnel que j'ai avec lui parce que justement, il est simple et qu'on est un peu sur la même longueur d'onde* ».

Avoir des **attitudes ouvertes à la communication** était une qualité souvent citée. Elles se manifestaient par une ouverture d'esprit, une attitude facilitant la verbalisation de l'homosexualité ou l'usage de l'humour. *Myriam* : « *J crois qu'elle y allait assez franchement, euh, elle avait une bonhomie aussi en elle qui fait qu'tu t'sens déjà bien avec elle. Très souriante, j'pense que ça déjà, ça te soigne 50 %* », « *[face à présumé d'homosexualité par la soignante] Nan, je m'étais un peu moquée d'elle enfin j'ai fait 'Ça se voit tellement ?'. (Rire). Elle fait 'Nan mais c'est sorti, euh'. [...] Ben oui, parce que elle était aussi très sympathique et que ça se voyait aussi que c'était pas un problème pour elle* ».

Elles décrivaient une **relation de qualité** par un respect de l'intimité (sujets non abordés ou non imposés par le.la soignant.e, sujets choisis par la patiente, soins médico-techniques sans discussion sur les sexualités), une relation horizontale d'échange et d'écoute, l'absence de jugement, le respect du libre arbitre (négociation des soins et liberté de choix), une attention portée aux modes de vie et de la bienveillance.

D'autres éléments étaient mis en avant tels que l'attention au confort pendant l'examen clinique, l'attention aux ressentis, la réassurance, la pédagogie, les compétences diagnostiques et le fait d'avoir une patientèle hétérogène.

2. L'accueil inclusif non hétérosexiste

Communication ouverte et inclusive

Ne pas présupposer du genre des partenaires, ne pas utiliser « Monsieur » ou « Madame » pour l'appel en salle d'attente, et, ne pas se fier aux données administratives « 1 » et « 2 » correspondant au sexe de la personne sur la carte vitale, étaient des attentes

vis-à-vis de la consultation. *Louise* : « *J'sais plus ce qu'il a utilisé comme mot mais c'est un truc du style 'partenaire' ou un espèce de truc (...)* » ; *Alex* : « *Mais la généralisation de la pratique de pas dire 'monsieur' ou 'madame' dans la salle d'attente, mais c'est juste quelque chose de (...) à chaque fois c'est une angoisse en fait* ».

Pas de présupposés d'hétérosexualité ni d'homosexualité

L'**absence de présupposés sur la sexualité** était souhaitée. *Anne* : « *Moi j'veais reprocher qu'on me présume à une hétérosexualité mais j'ai pas envie non plus du contraire !* ».

Ouverture spontanée aux différentes sexualités

Certain.e.s estimaient nécessaire que les soignant.e.s **s'adaptent aux spécificités liées aux modes de sexualités**. *Bérénice* : « *'fin je pense qu'il faut pas non plus, euh, justement considérer quelqu'un par une caractéristique de la personne [...] après voilà, mise à part les spécificités qui peuvent renvoyer à la (x2), aux modes de sexualités pour la prise en charge* ».

Considération

Respecter l'altérité et l'homosexualité semblait une évidence. *Emmanuelle* : « *Mais c'était important que ça soit (...), qu'on soit prise en compte quoi* ».

Cela pouvait se traduire par l'**absence d'explications et de répétitions nécessaires du fait d'être lesbienne**. *Anne* : « *J'suis lesbienne depuis tout le temps, y'a un moment donné, je sais pas si y'a eu l'âge, où j'ai plus envie de le re-dire, de re-raconter, de ré-expliquer quoi, point* ». Elles.ils attendaient un **accueil bienveillant et l'absence de remarques lors du coming out**. *Emmanuelle* : « *Pour moi, pour nous, j'pense que c'était important, ça c'est fait naturellement* ».

Elles.ils souhaitaient que leur **partenaire soit pris.e en compte, de même que leur auto-nomination (genre, sexualité)**. *Myriam* : « *Moi, j'lui en avais pas parlé mais comme elle s'était présentée comme ma petite amie, venant de ma part, elle nous avait intégrées comme ça, et elle l'avait pas oublié.* »

Abord de la parentalité

Certain.e.s aimeraient que la question du désir de parentalité soit posée aux femmes quels que soient leurs sexualités et leurs statuts affectifs, d'autres sont plus ambivalent.e.s et n'y trouveraient un intérêt que dans certains contextes (suivi psychologique, etc.).

Informations moins hétérocentrées, affichage « friendly »

Elles.ils souhaiteraient voir **plus d'affichage « friendly » en salle d'attente**, y compris chez des soignant.e.s sensibilisé.e.s. *Sophie* : « Ça arrive, tu regardes une affiche pendant que tu attends une demi-heure et après tu pourrais très bien poser une question au médecin, si il y a aucune affiche qui te concerne forcément tu vas pas (...) ça va pas engager la parole quoi, alors qu'ils pourraient le faire ».

Rédaction adaptée du dossier médical

Emmanuelle suggérait la **possibilité d'accorder une attention au genre de la.le partenaire** (par un E à ami) dans le dossier, si besoin : « Donc à un moment, on a vu notre dossier, et c'est vrai que y'avait tout un laïus de (...) tout un récapitulatif sur, euh, [...] c'était dès le départ (...) que j'étais accompagnée de mon amie, et en fait c'était tapé, et en fait amie, c'était 'i' et, à la main, quelqu'un avait rajouté 'e' (rire) ».

3. Les attentions particulières

Adolescence

Plusieurs signalaient l'**adolescence** comme une période plus critique notamment sur les questions de sexualités. *Anne* : « Je pense que je le vis bien, tu vois j'assume, je suis grande [...] je suis pas une ado ou une jeune femme qui vient de découvrir qu'elle était gouine ».

L'**accompagnement** et la **banalisation** des sexualités étaient suggérés pour aider à traverser cette période. *Myriam* : « C'était très difficile pour moi, déjà l'assumer pour moi à l'époque c'était difficile, alors en plus, en parler à une gynécologue qui t'aide pas non plus à en parler. J pense que ça peut faire du bien à quelqu'un qui découvre sa sexualité d'avoir des personnes qui l'accompagnent là-dedans. » ; *Andréa* : « Il faut pouvoir dire à une fille de 17 ans 'ah si jamais t'as des relations avec des filles [...] tranquillement comme si on s'en foutait ! Qu'elles soient homo, pas homo, lesbiennes, pas lesbiennes, qu'elles aient 15 ans, 16 ans. Peut-être 15 ans t'en sais rien, t'as pas envie de le savoir [...]. Alors que moi, ce que j'aurai aimé, c'est rencontrer quelqu'un qui puisse parler de tout quand j'avais 16 ans ».

Environnement et modes de vie

Elles.ils relataient la nécessité de **porter attention aux discriminations subies**, en tant que femme, en tant que lesbienne, en tant que trans' et de croiser les approches pour une prise en charge. *Mathilde* : « Ben y'a des besoins spécifiques quand t'es une femme et quand t'es une gouine comme pour tout [...]. Ben oui y'a toujours des besoins spécifiques bien sûr [...]. Moi, je me cogne l'homophobie depuis deux ans » ; *Alex* : « Parce que y a un vrai (x3) gros (x3) besoin, d'accompagnement et de soutien psychologique pour les personnes qui font face à la transphobie de la société » ; *Andréa* : « Moi je pense, c'est ça qui est important, c'est de pouvoir mélanger les choses, parce que en fait y'a plein de gens, y'a plein de femmes qui ont des problèmes croisés quoi ».

Enfin, Anne portait l'attention sur le fait de **ne pas réduire une personne à un vécu spécifique** : « Parce que j'pense qu'à chaque fois, ça donne, euh, (...) ça fait un filtre qui empêche de bien (...), de vraiment voir, c'est comme si ça cachait un œil, tu cachais un œil, l'œil droit ou l'œil gauche, moi, faut voir avec les deux yeux ».

DISCUSSION

Nos recherches bibliographiques ont permis de recenser des études sur la santé des lesbiennes. Les articles sélectionnés sont nord-américains (USA, Québec, Canada), anglais, australiens, suisses, belges et français, et concernent en partie les soins primaires. Nos résultats montrent de grandes similitudes avec l'analyse que nous avons fait de cette littérature.

I. Des recompositions dans les normes en matière de sexualités

Les discours des personnes interrogées ont mis en lumière les représentations présentes chez les soignant.e.s sur les lesbiennes. Ces idées reçues ont permis d'analyser les normes en matière de sexualités présentes dans le système de soin.

A) Vers plus de visibilité en santé

1. Des constructions historiques encore présentes

Si, en 1982, l'homosexualité est dépénalisée en France, ce n'est que depuis 1992 qu'elle est sortie de la classification internationale des maladies (CIM). Ces faits rappellent les **liens entre homosexualité et médecine**. Au tournant du XX^e siècle, en Europe et en Amérique du Nord, des modèles bio-médicaux définissaient ce qui représentait la normalité et la déviance, notamment sur les questions de sexualité, mêlant ainsi morale et maladie. Par ces concepts empruntés à l'Église, le système psychiatrique a lié homosexualité et maladie mentale créant un héritage historique non sans conséquences pour les personnes LGBT (35), comme nous le rapporte Carole dans son entretien (p.27)²¹. Ces approches ont longtemps servi à **pathologiser** et à **médicaliser l'homosexualité**, légitimant stigmatisations, investigations, enfermements et thérapies de conversions (36). Elles ont forgé le point de vue médical qui prévalait jusqu'à il n'y pas si longtemps (37).

Au fil de l'histoire, la médecine et les autres institutions ont fait de l'hétérosexualité la norme (36). À un niveau plus individuel, plusieurs recherches ont étudié les impacts actuels de l'hétérosexisme dans les relations de soins.

21 (p...) : Référence de page à laquelle se reporter dans les résultats.

Celles-ci restent très imprégnées de présupposés d'hétérosexualité et de complémentarité homme-femme, et continuent de se répercuter sur les expériences des lesbiennes (38,39).

Dans les années 80 en France, l'**épidémie de VIH** émerge. Cette pathologie est **d'abord associée aux pratiques sexuelles des gays**, comme le met en lumière la dénomination « cancer gay » retrouvée dans les médias à cette époque. Ce n'est que plus tardivement que l'on passe de la notion de « populations à risque » (« la maladie des 4 H » : homosexuels, héroïnomanes, haïtiens, hémophiles) à celles de « pratiques à risque » pour lesquelles des politiques de prévention se mettent en place sous l'influence d'associations comme Act-Up²² ou AIDES²³ (40). C'est à cette époque que se développent les politiques de santé publique envers les personnes LGBT, étroitement liées à l'épidémie de VIH. Durant cette période de questionnements sur la transmission du virus, décrite par *Anne* dans un des entretiens, les lesbiennes sont invisibles dans les études, et n'obtiennent pas de réponses quant aux risques de contamination qu'elles encourent (p.26). Cette notion a été principalement exprimée par les personnes enquêtées ayant traversé cette période. Un des mécanismes de l'invisibilisation des lesbiennes s'est joué à cette époque en associant l'homosexualité aux seuls gays (41).

2. L'invisibilisation des lesbiennes

La notion d'invisibilité des lesbiennes est apparue à plusieurs endroits dans nos résultats notamment au sujet de la méconnaissance des soignant.e.s, du présupposé d'hétérosexualité et de la déconsidération du *coming out* (p.25,30-31). Cette **invisibilité** a été décrite **dans les soins primaires** par différent.e.s auteur.e.s, comme le rapporte Natacha Chetcuti en 2012, à propos de la France (29). Elles se sentent aussi exclues des politiques de santé publique (10).

Laurence Guyard, dans ses travaux sur la consultation de gynécologie, rappelle que l'écoute et les discours des soignant.e.s restent construits à partir des représentations qu'ils et elles ont de la féminité, et sont en cela un espace de **transmission de normes** (42). Ainsi, les lesbiennes subissent les **mêmes injonctions que l'ensemble des femmes**, comme celle de recourir aux soins gynécologiques (p.40).

22 Act Up : Association de lutte contre le sida issue de la communauté homosexuelle. Act Up a été fondée à New York en 1987 et a ensuite inspiré la création d'autres groupes dans le monde. www.actupparis.org

23 AIDES : Association française de lutte contre le VIH/SIDA et les hépatites virales créée en 1984. www.aides.org

D'un autre côté, leur **non-correspondance**, à la norme sociale dominante attribuée aux femmes (hétérosexuelle, monogame, sexualité à visée reproductive), fait qu'elles sont conduites à occuper une place qualifiée de déviante et sont déconsidérées. Elles ne peuvent ni « être la « bonne fille », ni la « bonne » épouse, ni la « bonne » mère ». Ainsi, « toute la difficulté semble être d'assumer une histoire construite justement sur l'absence d'histoire et de place, sur le vide » (41) (p.30).

Les lesbiennes sont donc **discréditées en tant que femmes**, et, **discréditables en tant qu'homosexuelles**, si on suit la distinction introduite par Erving Goffman en 1963, entre l'individu dont le stigmate est visible et celui dont le stigmate n'est pas immédiatement perceptible dans les relations sociales courantes (43).

Cependant, il convient de ne pas considérer la **lesbophobie** comme l'addition de l'homophobie et du sexisme, ainsi que le signalent plusieurs auteur.e.s, mais plutôt comme une **marginalisation particulière**, « primitive », en ce sens qu'elle n'est pas réductible à autre chose (44,45).

Pour Françoise Guillemaut, il est de **l'intérêt de toutes les femmes que les lesbiennes aient une place à part entière** dans les discours sur les rapports de sexe et sur la sexualité puisqu'elles **révèlent le lien entre le sexisme et l'hétérosexisme**. « L'intérêt de leur visibilité est bien justement de rendre public un point de vue minoritaire ; c'est un moyen de questionner l'hétérosexualité. Il importe donc de ne pas considérer que les lesbiennes transgressent l'ordre de la sexualité et sont, de ce fait, marginales ou pour le moins originales. "Les lesbiennes" ne forment pas une catégorie spécifique ; par leur questionnement et leur mode de vie, elles font partie intégrante de l'ensemble de la société » (41).

3. Les conséquences dans les soins

Les conséquences de cette marginalisation sont perceptibles dans le discours des interviewé.e.s, et ce, malgré les modifications des trajectoires affectives et sexuelles des personnes homosexuelles, permises par les nouvelles dispositions juridiques et une plus grande visibilité (46).

L'**inadaptation des soins reçus** par rapport à leurs attentes ainsi que la mauvaise qualité de ceux-ci sont certaines de ces conséquences (p.32) (10). Les **stratégies adaptatives** ainsi que les mécanismes d'anticipation et d'évitement de la violence en sont d'autres (p.41-42) (47).

Les nombreux ressentis négatifs, au cours et à la suite d'une consultation éprouvante, et la crainte de la réaction du.de la soignant.e à l'expression de leur homosexualité **se répercutent sur leur accès aux soins primaires, aux soins gynécologiques et aux actes de prévention** (p.41) (48,49). Les mécanismes sont divers, et, comme noté dans la littérature, ces états de fait les conduisent à recourir souvent à des **formes alternatives de soins de santé** (p.45) (35).

B) Des croyances et des représentations à déconstruire en tant que soignant.e.s

1. Des mythes chez les soignant.e.s

Dans le domaine de la psychologie sociale, la triade conceptuelle stéréotype-préjugé-discrimination permet de préciser la façon dont s'opère le rejet de la personne qui est considérée comme autre.

Des **stéréotypes** à propos des lesbiennes ont été rapportés au cours des entretiens. Ceux-ci étaient présents dans leur quotidien mais aussi véhiculés par les soignant.e.s (p.26). Certains sont à mettre en lien avec ceux décrits dans la littérature, comme le **mythe de l'homosexualité adolescente** évoquant la « passade » décrite par *Alex* ou l'idée que les lesbiennes n'auraient **pas de « vrais » rapports sexuels**, évoquant l'idée de l'absence de pénétration rapportée par *Carole* (30,41). Le lesbianisme étant souvent vu comme la **négation de l'idée de procréation**, cela peut expliquer qu'elles soient si peu questionnées sur un éventuel projet de parentalité (p.36) (43). Il est intéressant de remarquer que lorsqu'une des interviewé.e.s aborde ce sujet, des soignant.e.s la félicitent, au nom de son genre féminin, ou la rabrouent, au nom de son homosexualité (p.27,45).

Ces stéréotypes, ainsi que les préjugés qui les accompagnent, portent préjudice à la provision de soins adéquats. L'incapacité des soignant.e.s à aborder l'orientation sexuelle avec les patient.e.s, leur manque de connaissances en la matière, la présomption de leurs besoins, de leurs valeurs et de leurs croyances conduisent aussi à minimiser et à pathologiser ces personnes (14,49–51) (p.25).

Ainsi, selon McNamara *et al.*, il est préférable de considérer que (52) :

- bien que l'acronyme LGBT soit communément utilisé, **chaque « groupe » décrit par une lettre de l'acronyme a ses propres besoins en termes de soins** ;
- **l'orientation sexuelle ne coïncide pas nécessairement avec les comportements sexuels**, même si elle peut être proche ;
- **l'identité de genre** décrit le sentiment profond d'une personne d'être une femme, un homme ou autre, tandis que **l'orientation sexuelle** se réfère à la façon dont une personne identifie ses attirances physiques et émotionnelles aux autres ;
- les personnes LGBT ont un **moins bon accès aux soins** que les personnes hétérosexuelles cisgenres.

2. De l'importance de déconstruire les idées reçues

Les idées reçues et les présupposés imprègnent donc les soignant.e.s. Avoir le sentiment que le.la soignant.e respecte et prend en compte leur altérité est une des priorités pour les personnes interrogées (p.49). Ignorer la « culture » d'une personne peut être dommageable dans les interventions en santé (47). Raphaël Bize *et al.*, proposent alors de sensibiliser les soignant.e.s à l'importance d'adopter des attitudes appropriées face aux personnes LGBT, ce qui motive la suggestion de formations à l'attention des professionnel.le.s de santé (50,52). Les auteur.e.s signalent, de plus, la difficulté pour les soignant.e.s d'aborder le thème de la sexualité, et *a fortiori* celui de l'orientation sexuelle et du genre. L'un des objectifs de ces formations est de proposer aux soignant.e.s **d'explorer leurs croyances et leurs représentations afin de prendre conscience des incidences de celles-ci** sur le déroulement de la consultation (53).

Un article explorant les enseignements relatifs aux personnes LGBT au cours du premier cycle des études médicales aux USA et au Canada décrit qu'un tiers des 176 facultés de médecine étudiées dédit un temps aux enjeux en santé des personnes LGBT (54). Aux USA, cinq heures par an en moyenne sont accordées à ces enseignements. À notre connaissance, il n'existe pas de temps dédié durant les études médicales en France et il n'existe pas de travaux de recherche rendant compte de l'existence et de la dispense de telles formations.

II. Répondre aux attentes pour plus d'équité en santé

A) Concevoir les inégalités sociales de santé

1. La santé publique et les déterminants de santé

L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont rarement considérées comme des variables d'intérêt dans les enquêtes de santé et sont abordées de manière sporadique dans la formation des médecins (50).

Certaines études quantitatives mettent en évidence que des **pathologies** sont **plus fréquentes** chez les lesbiennes que chez les femmes hétérosexuelles. Les troubles psychiques (dépression, angoisse, comportements suicidaires, etc.), les addictions (consommation d'alcool et de tabac, etc.), l'obésité, ainsi que diverses autres maladies (accident vasculaire cérébral, hypertension, céphalées, lombalgies) sont cités (46,50,55–57). Il existe, comme souvent, des résultats divergents (48).

Aucune des personnes interviewé.e.s dans notre étude ne met en lien son orientation sexuelle avec la perception de son état de santé. En revanche, certaines citent l'accès à des soins réguliers et de qualité comme étant un facteur de bonne santé.

En effet, il n'y a **pas de raisons théoriques pour que l'orientation sexuelle cause, en soi, des disparités en santé**. C'est bien la combinaison de facteurs sociaux tels que les discriminations, la stigmatisation, etc. qui affectent, de façons diverses et plus ou moins importantes, l'état de santé des personnes LGBT (30,48). Cette distinction est essentielle. Des auteur.e.s mettent en garde contre les **dangers d'une nouvelle pathologisation** sur les bases de résultats d'études épidémiologiques et d'un usage détourné de leurs conclusions à des fins de discriminations et de stigmatisations. Considérer les lesbiennes comme un groupe à risque pourrait, par exemple, être utilisé par les assurances pour augmenter le prix des cotisations (37,58).

Une première étape vers plus d'équité en santé, serait donc d'inclure l'orientation sexuelle dans les enquêtes de santé en reconnaissant les manques de connaissance ainsi que les priorités de recherche et de sensibilisation des soignant.e.s (59). **Être lesbienne n'est pas un facteur de risque de mauvaise santé mais les discriminations, injustes et évitables, sont déterminantes en santé.**

2. L'hétérosexisme et les approches croisées

La prise en considération de l'orientation sexuelle comme déterminant de santé implique donc d'**analyser l'hétérosexisme et ses conséquences, pour améliorer l'accès aux soins**. Comme explicité dans nos résultats, de nombreuses études ont montré comment l'hétérosexisme altère la communication avec les patient.e.s et impacte l'accès aux soins (p.28,41) (11,38,39,48,56,57,60).

Le terme souvent employé pour désigner les discriminations à l'égard des lesbiennes est celui de lesbophobie, et l'homophobie désigne plus généralement les discriminations à l'égard des personnes homosexuel.le.s. Plusieurs auteur.e.s ont proposé des réflexions quant à l'usage de ces concepts. En effet, ceux-ci semblaient insuffisants pour rendre compte de la complexité des systèmes à l'origine des discriminations des lesbiennes. Line Chamberland propose donc de substituer au concept d'homophobie, ne visibilisant pas l'analyse de genre (sexisme) et intégrant une vision psychologisante (« peur de l'homosexualité »), celui d'hétérosexisme (11,44).

Étudier les concepts utilisés contribue à analyser les différentes formes de dominations s'exerçant sur un individu. Ces différentes formes de dominations ne s'additionnent pas mais s'articulent : c'est le **concept d'intersectionnalité**, qui peut être défini comme suit : « les différentes formes de domination ne sont [...] pas séparées et additionnelles, mais au contraire elles sont interactives dans leurs processus comme dans leurs effets » (61,62). Dans les entretiens, plusieurs personnes évoquent subir diverses discriminations qui s'entrecroisent dans leur quotidien (sexisme, hétérosexisme, transphobie, validisme²⁴, etc.).

De nombreux articles rappellent l'importance de **ne pas réduire un individu à un vécu spécifique** mais bien de prendre en compte la personne dans sa globalité (âge, classe, race, handicaps, genre, sexualités, etc.) (35,58,63). On se souvient de l'exemple d'*Andréa* et d'*Alex* qui, évoquant leur prise en charge en santé sexuelle, faisaient l'analyse que des **approches croisées**, féministes, *lesbian-friendly* et/ou *trans'-friendly* permettraient de mieux répondre à leurs besoins (p.46).

24 Validisme : Une société validiste est une société faite par et pour les personnes valides, où les maladies et handicaps sont considérés comme des anomalies, des exceptions gênantes et rarement des particularités. <http://lechodessorcieres.net/comprendre-le-validisme/>

Par exemple, l'approche « queer », propose d'interroger la notion de genre et de montrer que se sont deux binarismes (homme/femme et homo/hétéro) qui fondent le système actuel, mêlant ainsi les études gays et lesbiennes aux études féministes (43).

B) Les pratiques sexuelles et l'expression de soi

1. La multi-dimensionnalité de la sexualité

À travers les entretiens réalisés, sont apparues diverses expressions de soi (p.24). Dans le paragraphe *Des mythes chez les soignant.e.s*, nous avons développé l'importance de distinguer l'orientation sexuelle, des comportements sexuels et de l'identité de genre. En réalité, la **multi-dimensionnalité** de la sexualité est plus **complexe**.

Le terme d'**orientation sexuelle** par exemple, **ne permet pas la distinction entre les attirances, les pratiques et l'auto-définition de soi** (46,64,65). Ainsi, l'une des interviewé.e.s indique être « *lesbienne sur sa sexualité mais pas sur son identité* » (p.24). Or, il pourrait être plus intéressant, en termes de réduction des risques, d'interroger les pratiques plutôt que l'orientation sexuelle (52). C'est ce que suggère *Carole* à propos de la contraception et du dépistage des IST (p.33).

Dans la continuité de cette logique, **la binarité hétérosexuel.le/homosexuel.le n'est pas plus opérante**. Certain.e.s auteur.e.s proposent d'utiliser plutôt un gradient entre hétérosexuel.le exclusif.ve et homosexuel.le exclusif.ve (46). Une conception binaire, associée au présupposé de monogamie, peut se répercuter sur les actes de prévention par des incohérences. Certaines études montrent, par exemple, que les soignant.e.s proposent moins souvent le dépistage des IST aux femmes bisexuelles actives (en les supposant hétérosexuelles et monogames), tandis que les femmes homosexuelles actives bénéficient moins souvent du dépistage du papillomavirus (en supposant l'absence de risques de transmission) (29).

Le genre se mêle à ces nuances. *Alex* explique la difficulté de continuer à être perçu comme lesbienne malgré l'entrée dans un parcours de transition (p.30,39). **La binarité de genre femme/homme est ainsi remise en question**. La **binarité de sexe mâle/femelle est critiquée**, quant à elle, car ne prenant pas en compte la multiplicité des variations anatomiques, physiologiques, etc. Des auteur.e.s proposent d'utiliser, pour la réduction des risques, le principe du « *screen what you have*²⁵ » afin d'adapter les conduites de dépistage à chaque personne, selon son anatomie et selon ses pratiques.

25 *Screen what you have* : « Fais le point sur ce que tu as et sur ce dont tu as besoin ».

Les notions de **monogamie** et de **multi-partenariat**, et les représentations dominantes qui y sont associées, sont aussi à **questionner** (p.27).

D'une manière plus générale, il est proposé de respecter et d'utiliser l'auto-définition et l'auto-nomination de chacun.e. L'ensemble de ces notions est à intégrer, de plus, dans une **conception dynamique et évolutive de l'individu**. Les expériences de socialisations variées des individus, tant diachroniques que synchroniques²⁶, et s'exerçant dans des cadres socialisateurs et des contextes pluriels, remettent en question l'idée de fixité contenue dans les notions d'identité et de catégorie.

2. Les catégories en médecine

Un enjeu des recherches sur la santé des lesbiennes est l'échantillonnage de la population étudiée (58). Selon la formulation utilisée, « lesbiennes », « femmes homosexuelles », « femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes », etc., les populations ne sont pas comparables car chaque terme renvoie à des réalités différentes. De plus, ces populations sont hétérogènes et dynamiques. La création de catégories **risque de contribuer à créer des perceptions stéréotypées éloignées des réalités et des expériences vécues par les individus soumis à ces catégorisations** (66,67). Quelques personnes interrogées évoquaient d'ailleurs leur méfiance vis-à-vis de ces catégories, dans lesquelles elles ne se reconnaissaient pas ou étaient identifiées à tort (p.30,39).

Si, dans les études, une des considérations éthiques est le respect de la confidentialité (58), une autre est de se questionner sur les effets de la catégorisation. Natacha Chetcuti rappelle que « c'est à la fin du XIX^e siècle, dans le contexte de la médicalisation et de la naturalisation²⁷ qu'est créée progressivement, par la littérature médico-légale, la figure spécifique de « la lesbienne » » (65). Françoise Guillemaut, quant à elle, prévient que « parler dans la seule perspective de catégories sociales, sexuelles ou autres ne servirait qu'à **renforcer les différences et surtout leur hiérarchisation** » (41). Un autre risque est de dépeindre des tableaux homogénéisants, réducteurs et potentiellement pathologisants. Dans ce sens, il nous semble que **l'usage de la catégorisation doit être interrogée, notamment en médecine**. Cependant, l'objectif de celle-ci peut être de mieux décrire la diversité des expériences et des besoins des personnes.

26 Diachronique : successif dans le temps / Synchronique : plusieurs à un moment donné

27 Naturalisation : Elle attribue à des effets du « sexe » (biologique), le « genre » (socio-historiquement construit). Elle se manifeste par exemple dans la prétention à rendre compte des écarts observés entre pratiques « masculines » et « féminines » en les attribuant à des invariants « naturels ». Source Universalis.

En effet, il convient de porter attention à **ne pas, non plus, invisibiliser les processus de différenciation et de hiérarchisation qui s'opèrent dans l'espace social**. Il s'agit d'avoir conscience de **l'existence de différents groupes sociaux dominants et dominés**, et de porter une attention particulière à la parole et aux expériences des dominé.e.s.

Un des exemples permettant d'illustrer ces aspects est que selon les idées reçues sur les lesbiennes, il serait difficile de concevoir qu'elles puissent avoir recours à des IVG ou à une contraception, ce qui est pourtant parfois le cas. Il convient de le prendre en compte en consultation (68).

C) Proposer des informations et des soins adéquats

1. Une porte ouverte à l'abord de l'orientation sexuelle

Dans sa thèse, Séverine Oriol, explore les multiples facettes de l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale (69). Si cet abord peut s'avérer difficile pour les soignant.e.s, la consultation reste un espace où les sexualités s'évoquent, tant en termes de santé, que pour parler de soi. Dans nos résultats, les positionnements des personnes varient à propos des interrogations suivantes : Est-ce un espace où cette dimension doit être systématiquement questionnée et prise en compte ? Et, quels en sont les intérêts pour les patient.e.s et les soignant.e.s ?

D'autres questions se posent régulièrement aux patient.e.s : est-ce qu'elles.ils doivent le dire et, si elles.ils le font, quels seront l'avis et la réaction du.de la soignant.e (p.33) ? Le lien est souvent fait dans la littérature entre un meilleur accès aux soins et l'encouragement à l'expression de l'orientation sexuelle par les soignant.e.s. Cette perspective peut s'entendre comme la **création nécessaire d'un environnement de soins favorable** permettant le sentiment pour les patient.e.s d'être respecté.e.s si elles.ils en viennent à dire leur homosexualité (14,39,70).

Certaines personnes rapportent que l'attitude du.de la soignant.e face à leur orientation sexuelle n'influence pas leurs soins, ou considèrent qu'il s'agit d'une information non pertinente et/ou relevant du domaine privé (47,70). Pour d'autres, il s'agit d'un enjeu non négligeable au moment de la consultation. Une étude canadienne rapporte que 51 % des lesbiennes interrogées se disent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin alors que 91 % estiment qu'il s'agit d'une information importante (71). Ces résultats évoquent qu'il peut être difficile voire risqué de l'aborder pour les patient.e.s.

Dans la littérature, comme dans nos résultats, certains moments sont relevés comme étant plus « à risque » (situations d'urgences, grossesse, etc.) quand d'autres sont considérés comme pertinents (problèmes gynécologiques, souffrance psychologique, etc.) (66,72). Ceci, bien sûr, est **variable selon les personnes interrogées et selon leur sentiment de vulnérabilité face aux soignant.e.s**. En ce sens, **laisser une porte ouverte à la communication et à l'expression des questions de sexualité** est une des pistes pour répondre à ces différentes attentes.

2. Un accueil non hétérosexiste en soins primaires

Les attentes exprimées par les interviewé.e.s sont assez similaires à ce que nous avons retrouvé dans la littérature (66). Trois grands axes peuvent être dégagés.

La **qualité de la relation** est un aspect essentiel (47). Elle permet de pouvoir communiquer librement avec les soignant.e.s de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre (50). Elles.ils souhaitent pouvoir aborder les sujets qui leurs tiennent à cœur, choisir les personnes qui participent à leurs soins et se voir proposer un examen clinique respectueux (35).

L'**accueil moins hétérosexiste** est un autre paramètre. Les pistes évoquées dans nos résultats sont un affichage *friendly*, l'absence de présupposés et de jugements vis-à-vis de la sexualité ou du genre, la considération de la personne, de sa sexualité et de ses partenaires, le respect de l'auto-nomination, l'adaptation aux spécificités liées aux sexualités, l'abord de la parentalité et la rédaction adaptée du dossier de soins (59). Certaines précisions ou pistes sont apportées par la littérature (50,59) :

- **signaler l'ouverture à cette thématique** par une charte de non-discrimination, une documentation à destination des personnes LGBT ou des symboles d'ouverture comme le logo arc-en-ciel, dans la salle d'attente ;
- **interroger la personne sur le pronom qu'elle souhaite que l'on utilise la concernant et proposer de façon ouverte si elle a des préoccupations ou des questions concernant sa sexualité, son orientation sexuelle, etc. ;**
- **demander la permission** à la personne avant de prendre des notes dans le dossier médical concernant son orientation sexuelle ou son genre, s'assurer de l'importance de cette information **et assurer** cette personne de **la confidentialité** de celle-ci ;
- **inclure d'autres options dans les formulaires administratifs.**

Enfin, on retrouve souvent le souhait d'un **accès aux soins primaires** et à une **médecine holistique** voire intégrative (21,35,66).

3. Des attentions particulières

Plusieurs thèmes revenaient régulièrement dans nos entretiens montrant les intérêts et les inquiétudes particulières des personnes interrogées.

Infections sexuellement transmissibles

Il convient de rappeler concernant le risque d'IST que la diversité de genre (cis ou trans') et d'auto-définition font que les pratiques peuvent différer de l'orientation sexuelle déclarée.

De **nombreuses études** ainsi que des **brochures de santé communautaire** (« Gouixx », « Tomber la culotte ! », « Guide du *safe sex* entre femmes », etc.) ont permis de développer les connaissances concernant les IST et la réduction des risques (29,73–78).

Concernant le **VIH**, la littérature décrit un **risque faible de transmission** lors de rapports sexuels entre des femmes cisgenres (79,80).

Des **pratiques** et des **situations** sont **plus à risque** de transmission :

- la période des menstruations pouvant occasionner des échanges sanguins ;
- des rapports à risque plus fréquents comme le sexe oral et anal, le partage d'objets, le BDSM²⁸ ;
- une prévalence plus importante d'autres IST ;
- des relations hétérosexuelles non protégées ;
- l'usage de drogues en intra-veineuse, échange de paille en cas de sniff, les tatouages, piercings, etc.

Les lesbiennes sont aussi **exposées à la contamination** par l'**herpès** virus simplex (HSV) et aux **vaginoses**. L'infection à **Chlamydia Trachomatis** serait légèrement plus fréquente, légitimant de proposer un dépistage. Le **risque d'infection par le papillomavirus** est aussi présent, justifiant, selon les recommandations actuelles, un **dépistage par FCU** (10).

28 BDSM : Bondage-Discipline/Domination-Soumission/Sado-Masochisme. Brochure « Fais-moi mal, mais fais-le bien ! » réalisée avec le soutien de l'INPES. <http://www.lekiosque.org/le-kiosque/item/468-bdsm-qfais-moi-mal-mais-fais-le-bienq>

Les **moyens de prévention et de réduction des risques** peuvent être : se couper les ongles, utiliser des méthodes barrières comme les préservatifs sur les objets pénétrants, les digues dentaires²⁹ lors des rapports oraux, faire usage de lubrifiant pour diminuer le risque de micro-lésions, nettoyer les sextoys avant et après usage, mettre des gants pour les pénétrations manuelles (73,74).

Parentalité

Un autre thème abordé par les personnes interrogées est celui de la parentalité. Leurs attentes allaient dans le sens d'une **ouverture** laissée à la possibilité qu'elles aient des projets de parentalité, voire de co-parentalité et/ou recours à la procréation (médicalement) assistée. Pierre Jouannet, dans une étude de 2014, explore l'accueil par les médecins des demandes d'aide à la procréation de personnes homosexuelles (81). Il rappelle que, si depuis 2013 les couples homosexuels peuvent se marier et adopter des enfants, **la PMA n'est pas encore accessible légalement en France**. D'autres solutions sont alors d'y accéder en se rendant dans des cliniques à l'étranger, de procéder à des inséminations « artisanales », etc. Dans ce contexte d'illégalité soulevant des débats politiques, la crainte d'aborder ce sujet en consultation semble importante, d'autant que les lesbiennes se retrouvent parfois confrontées à l'avis défavorable de soignant.e.s. En ce sens, des associations LGBT, féministes et un collectif de professionnel.le.s de la santé dans une récente tribune se mobilisent en faveur de l'égalité des droits des personnes LGBT (82,83).

Adolescence

Les premières expériences homosexuelles peuvent être un moment de questionnement auquel il semble important de **porter une attention particulière** (p.50). De nombreux.se.s auteur.e.s ont étudié les enjeux propres à cette période rappelant les difficultés que peuvent rencontrer les adolescent.e.s LGBT : violences psychologiques et physiques, isolement, addictions, souffrance morale, etc. (84,85).

Vieillesse

Dans le rapport *Understanding the Health Needs of LGBT People* de l'institut national Fenway, il est rappelé que les seniors LGBT peuvent, elles.eux aussi, être victimes de discriminations (86). L'accueil et la prise en charge de personnes âgées LGBT nécessitent aussi de **prendre en compte leurs modes de vie et leurs accompagnant.e.s**.

²⁹ Digue dentaire : Carré de latex pouvant être utilisé comme moyen de prévention des IST lors de rapports bucco-génitaux.

Violences

La violence peut se produire entre partenaires lesbiennes. Vanessa Watremez précise que le taux serait sensiblement équivalent aux couples hétérosexuels mais insiste sur le fait qu'il **ne faut pas se focaliser sur la recherche de différences mais tenter de comprendre les mécanismes** qui régissent la violence au sein des relations en général (87).

Guides de recommandations de bonnes pratiques

De **nombreux guides de recommandations de bonnes pratiques** francophones et anglophones sont disponibles depuis quelques années permettant de compléter les connaissances (14,88,89). Un article faisant une revue de ces guides reprend les attentes des lesbiennes ainsi que les pistes pour l'accueil en consultation (51).

III. L'organisation des services de santé et l'amélioration de l'accès aux soins

Les résultats ont laissé entrevoir des attentes en matière d'organisation des soins ainsi que les ressources individuelles ou collectives mobilisées pour y accéder (*p.44,46,47*). L'ensemble des notions discutées par les interviewé.e.s invite à poursuivre la réflexion sur la place et la légitimité de l'expertise « profane » de l'usagèr.e, dans le système de santé ou en opposition à celui-ci. Ce questionnement fait apparaître les tensions dans l'articulation des concepts de soins primaires et de santé communautaire, nous amenant à envisager, à la suite de certaines personnes interrogées, une organisation en réseaux des soins pour un meilleur accueil des lesbiennes au sein des services de santé.

A) L'autonomie des patient.e.s : un paradigme émergent

1. Les pratiques autonomisantes et l'émergence de paroles critiques

Au cours des entretiens, de nombreuses personnes rapportent avoir peu recours aux services de soins primaires et être autonomes lorsqu'il est question de leur santé. Ces résultats, aussi retrouvés dans la littérature, montrent qu'un grand nombre de lesbiennes pratiquent des soins auto-administrés et de l'auto-éducation (35,90), en utilisant notamment les médecines dites alternatives (phytothérapie, méditation, exercice, etc.). Sans en faire une spécificité, cet aspect fait cependant ressortir l'intérêt pour une approche intégrative.

D'un autre point de vue, s'il est impossible d'expliquer complètement ces recours comme résultant de difficultés d'accès aux soins, ils pouvaient être des réponses pour contourner ces obstacles pour quelques-un.e.s (p.45). En effet, dans les entretiens, certain.e.s faisaient le **lien entre des expériences de consultations négatives**, notamment en santé sexuelle, et l'expérimentation de soins auto-administrés ou encore d'ateliers d' « auto-défense gynécologique » (partages de savoirs, auto-examen, etc.). Ces **pratiques autonomisantes** évoquent les récentes **paroles critiques sur des pratiques gynécologiques** : examens cliniques brutaux et douloureux, absence de consentement, jugements, etc. Ces paroles publiques³⁰ mettent en avant les vécus des patient.e.s et leur droit de réponses et de contestations face aux soignant.e.s, comme la récente tribune sur les touchers vaginaux sans consentement (91). Ces dénonciations ont été relayées par les médias (92–94) et ont donné lieu à la création de plates-formes de partage d'expériences sur les réseaux sociaux, comme sur la page '#payetonutérus'³¹, ou sur des sites internet tels que 'Je n'ai pas consenti'³². L'émergence de ces témoignages met en lumière la **légitimité des paroles des femmes et des personnes LGBT** face aux soignant.e.s, comme acteur.e.s de la réalisation de leurs attentes vis-à-vis des soins.

2. La légitimité des usagèr.e.s

Depuis les années 80, la place et les rôles des usagèr.e.s font débat. La période-clef de celui-ci se situe entre 1998 et 2002 où les associations de patient.e.s et les individus ont été officiellement invités à rejoindre les institutions sanitaires en tant qu'acteur.e.s des décisions (95).

Depuis, l'expérience a montré que la **construction d'une parole collective**, des usagèr.e.s face aux soignant.e.s et au personnel administratif, **nécessite un processus pour qu'elle soit de nature à participer au débat et à l'orienter**. Les procédures d'accompagnement des groupes d'usagèr.e.s au sein de l'institution sont organisées selon **deux points de vue**. Le premier s'attache à la **spécificité du point de vue de l'usagèr.e** par ses préoccupations, ses attentes et ses expériences. Il recommande plutôt de construire des procédures permettant aux professionnel.le.s d'entrer dans la logique des usagèr.e.s, prenant en exemple des démarches de santé communautaire. Le second défend la posture d'un.e **citoyen.ne informé.e** (de l'ensemble des faits, des connaissances « objectives » et

30 Vidéo 'Être lesbienne chez le médecin' : <https://youtu.be/3AWURWi24FI>

31 <https://twitter.com/hashtag/payetonut%C3%A9rus?lang=fr>

32 <http://jenaipasconsenti.tumblr.com/>

des logiques portées par les autres groupes d'acteur.e.s) qui participe à l'arbitrage des enjeux. Selon les dispositifs et les objectifs, de nombreuses solutions intermédiaires sont mises en pratiques.

Dans tous les cas, les phases les plus délicates sont l'échange et la construction du partenariat avec les professionnel.le.s car elles nécessitent une « étape de consécration de la légitimité » de la parole des usagèr.e.s. **La légitimité se construit** généralement, d'abord par le groupe d'usagèr.e.s vis-à-vis de lui-même, puis auprès des professionnel.le.s, et enfin auprès des différentes instances décisionnelles. **La légitimité n'est pas à mettre en lien avec la représentativité statistique.** Dans les démarches participatives, c'est la parole portée qui importe.

Toutefois, il est important de **s'interroger sur l'intentionnalité et les répercussions attendues de la présence de l'usagèr.e dans le système de santé.** Céline Lefève met en garde. Le changement de posture du.de la patient.e vers l'usagèr.e ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les implications de l'autonomie. Elle prévient que **la promotion de l'autonomie peut conduire à l'intériorisation individuelle de la norme sociale de santé,** et non à l'épanouissement de l'individu. Dans cette perspective, il est indispensable de distinguer souci de l'individualité et promotion de l'individualisme (96).

B) Les réseaux de collaboration et la santé communautaire

1. Des réponses en soins primaires

Dans la perspective d'une autonomie épanouissante, **les soins primaires seraient une option efficace** puisqu'ils sont traditionnellement décrits comme centrés sur la personne et focalisés sur l'individu dans une approche holistique (63). Ils pourraient être un espace d'expression de la diversité des choix et des préférences, et d'accompagnement de ce que la personne révèle d'elle-même. Certaines sont d'ors et déjà satisfaites de leur recours aux soins primaires et ne considère pas leur orientation sexuelle comme influençant ce recours (p.37). Comme le rappellent *Mathilde* et *Anne*, même si les lesbiennes peuvent avoir des besoins spécifiques, elles ne sont pas un groupe uniforme (p.44).

De plus, **la participation de la « communauté » est un des principes fondateurs** des soins primaires, tels qu'ils sont transcrits dans la Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour

atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière » (97).

2. Des enjeux communautaires

La participation communautaire fait référence à **différentes visions**. Des auteur.e.s distinguent la participation permettant l'**investissement du pouvoir par la communauté** et celle, **utilitariste**, conduisant au changement de certaines conditions, tout en maintenant les différences sociales et en évitant les transformations plus radicales, des services et des comportements des professionnel.le.s (98). Ainsi, la participation communautaire et la promotion de l'autonomie de l'usagè.e en santé, **à l'intérieur du système de soins**, ne peuvent aller dans le sens d'un épanouissement de la relation de soins, que si elles s'accompagnent d'une **mutation simultanée de l'institution** vis-à-vis de la communauté en question.

En ce sens, lorsque la mutation du côté du système de santé est trop lente ou inexistante, certain.e.s s'organisent, par et pour la communauté, en structure ou en collectif de soins communautaire, selon le concept de « **santé communautaire** ». Les soignant.e.s y participant sont alors issu.e.s de la communauté ou intègrent la logique des usagè.e.s^{33,34}. Ce type d'organisation, pour les lesbiennes, a été assez peu évoqué au cours des entretiens. Cependant, il existe peu de structures de ce type actuellement en France et aucune ne leurs est spécifiquement dédiée. Cette option peut être une **solution pour un grand nombre de personnes** mais ne peut répondre complètement aux besoins en santé de la communauté, car certaines difficultés sont à signaler. L'une est d'étendre cette solution à l'ensemble du territoire et notamment, en zone rurale. Une autre est de déplacer la responsabilité collective d'accueillir les personnes LGBT en la concentrant sur les structures communautaires, ce qui pourrait aussi augmenter les difficultés d'accès aux soins dans les zones éloignées des espaces ressources. Enfin, cette possibilité peut ne pas convenir à des personnes qui ne se reconnaissent pas dans la communauté ou qui ne souhaitent pas la fréquenter.

33 Centre de santé et de sexualité à Lyon : <https://www.facebook.com/centrec2s>

34 Centre de santé sexuelle à Paris : <http://www.le190.fr/>

Comme le rappellent Jourdan *et al.*, pour appréhender la santé communautaire, il faut se rappeler que « dans une société à un moment donné, savoirs et pouvoirs sont inégalement répartis et objets de luttes constantes entre des acteurs qui interagissent afin d'établir leur contrôle sur un champ particulier de cette société » (99). La santé communautaire est donc à envisager comme un **outil de lutte**. Elle **ne peut, seule, contrer tous les enjeux de pouvoir** auxquels elle fait face mais n'en demeure pas moins légitime.

L'idée même de **communauté**, peut, elle-même, plus largement être considérée comme un **objet politique de contre-pouvoir**. Elle peut être conçue comme **agissante dans ou en opposition au pouvoir en place**. Ainsi, d'autres groupes se mobilisent *contre* le système de santé qui les a précédemment rendus invisibles ou les a stigmatisés (63).

Du fait de notre positionnement **en tant que professionnelles de santé**, et maintenant que ces distinctions (santé communautaire/communauté, à l'intérieur/en opposition) sont faites, nous envisagerons les **possibilités de partenariat étroit avec la communauté depuis l'intérieur du système de santé** (50). La santé communautaire occupe une place particulière *dans et en opposition* au système de santé.

3. Des réseaux de soins

Ces deux positions de contre-pouvoir, ***en opposition et participation***, sont rarement si distinguables et ne sont **pas incompatibles**. Bien au contraire, la notion d'« **empowerment** », telle qu'utilisée au Canada et au Québec, comprend « à la fois des mouvements d'opposition contestant le système de l'extérieur ainsi que des associations, des groupes, des mouvements qui inventent et construisent des alternatives participatives à l'intérieur du système, souvent en partenariat et en forgeant des alliances avec divers acteurs, y compris l'État » (100).

Suite à cette discussion, sur l'approche participative et la notion de « réseau », développée à partir des entretiens et de la littérature, des **pistes à suivre et à poursuivre** pour améliorer l'accès aux soins primaires des lesbiennes pourraient être les suivantes :

- **soutenir les initiatives communautaires et autonomisantes autour de la santé et de l'accès aux soins des femmes et des lesbiennes ;**
- **inviter l'ensemble des soignant.e.s à explorer leurs propres représentations** et leurs conséquences sur les soins, **les sensibiliser aux inégalités sociales de santé** et, notamment, à l'existence de discriminations envers les personnes LGBT ;
- **favoriser la visibilité de soignant.e.s formé.e.s, sensibilisé.e.s et/ou solidaires en soins primaires**, par exemple, par la promotion, la diffusion et le soutien d'initiatives telles que les listes de soignant.e.s *friendly* ;
- **créer des réseaux de soins et de collaboration** entre ces professionnel.les, les centres communautaires y compris de santé, les associations et les collectifs ;
- **améliorer les connaissances** en produisant plus de données, et de meilleure qualité, sur la santé des lesbiennes (30) ;

Enfin, nous souhaitons mettre en perspective les propos de Françoise Guillemaut rapportés dans le paragraphe *L'invisibilisation des lesbiennes*, selon lesquels il importe de **ne pas considérer les lesbiennes comme une catégorie spécifique** puisque, par leur questionnement et leur mode de vie, elles font partie intégrante de la société toute entière. L'intérêt de la catégorisation résulte dans l'analyse et la visibilité de leur point de vue minoritaire, comme moyen de faire émerger la question politique de l'hétérosexualité. En ce sens, **la notion de « compétence culturelle » doit être analysée** (47,89). La différence se situe bien entre un accueil inclusif et une prise en charge spécifique. De même, **la notion de « justice sociale »** semble renvoyer à la lutte contre les discriminations, probablement **insuffisante puisqu'elle ne s'associe pas nécessairement à l'inclusion de la diversité**.

4. Des politiques publiques

Au fil de cette discussion ont été mis en lumière plusieurs enjeux quant à la santé des lesbiennes. L'un d'eux réside dans la vision systémique des discriminations hétérosexistes. En ce sens, l'absence d'actions à un niveau systémique fera perdurer les inégalités de droits et d'accès aux soins des personnes LGBT (57).

Perrin *et al.* analysent que dans les sociétés occidentales, la transposition des discours religieux et médicaux se retrouvent dans le processus de légitimation des codes pénaux. Ainsi, c'est l'hétérosexisme systémique et ses fondements qu'il faut appréhender et sur lesquels il conviendrait d'agir (44).

Falcoz et Bécuwe signalent que les **luttres contre les discriminations, seules, sont insuffisantes**. Elle et lui insistent sur la **nécessité de développer, de plus, des politiques promulguant la reconnaissance et la valorisation de toutes les différences ainsi que leur inclusion**, ce qui peut s'appliquer aussi aux politiques de santé publique (43).

C'est ainsi en alliant plusieurs niveaux d'actions qu'il semble envisageable de permettre un accès aux soins plus égalitaire pour les lesbiennes. S'il est difficile, pour les soignant.e.s, d'imaginer résoudre individuellement des barrières structurelles aux soins, Utamsingh *et al.* soulignent que la relation de soins reste un espace privilégié d'action, pour proposer un accueil satisfaisant aux personnes LGBT (39).

IV. Les forces et les limites de l'étude

A) Les forces de l'étude

1. Le choix de l'entretien semi-dirigé

L'entretien individuel semi-dirigé a été choisi pour la qualité d'accès aux discours des personnes qu'il permet. La sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre étant des thèmes perçus comme intimes, il a été préféré au focus groupe.

2. La durée des entretiens

La durée des entretiens, en moyenne supérieure à 45 minutes, permettait d'explorer en profondeur les expériences et les attentes des personnes, et de recueillir ainsi des données qu'une méthode quantitative n'aurait pas permis. La bienveillance et l'attrait des interviewé.e.s pour le sujet contribuaient à une ambiance chaleureuse et facilitaient la libre expression. De plus, la confiance pouvait s'installer du fait de l'absence de limitation en temps des entretiens.

3. La réalisation d'entretiens exploratoires

Cette phase a permis de circonscrire l'étude et de définir des axes de recherche pertinents au regard de la littérature.

Elle a aussi été l'occasion pour les chercheuses d'apprendre à être à l'aise lors des interviews et de se familiariser aux techniques d'enregistrement.

4. Les critères de validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (101). Le codage et l'analyse thématique impliquent une part de subjectivité dans l'interprétation. Celle-ci conduit à une interprétation particulière de ce que les personnes ont exprimé. Pour limiter cet effet, une attention particulière a été apportée à la fiabilité de ces étapes et ce, à deux niveaux. Nous avons effectué une révision des codages des différents entretiens, au fur et à mesure, lors d'une double lecture par les chercheuses, assurant une fiabilité diachronique et synchronique (102). Le peu de divergence d'avis au cours de cette étape assurait la proximité avec les idées contenues dans les verbatims.

Notre recherche se portant sur la manière dont les lesbiennes vivaient leurs relations aux soignant.e.s et leurs effets, il incombait de saisir à travers leurs discours, puis de restituer, leurs perceptions des situations de soins auxquelles elles.ils étaient confronté.e.s. En elles-mêmes, ces perceptions représentaient des données à part entière qui donnaient à voir la réalité des situations et des expériences vécues. Néanmoins, conscientes du risque que peut comporter une analyse, seule, des points de vue subjectifs, nous avons également cherché à obtenir durant les entretiens des données objectives en questionnant nos enquêté.e.s sur leurs pratiques, sur le « comment » et pas seulement le « pourquoi ». Cette précaution méthodologique visait ainsi à obtenir des données sur la réalité des pratiques de soins, au-delà de la manière dont elles sont *a posteriori* perçues et (ré)interprétées par les individus qui les mettent en récit.

Les entretiens ont été écoutés en totalité par les investigatrices. Des confirmations étaient parfois nécessaires pour la compréhension des dires des interviewé.e.s. En effet, l'enquêtrice présente au moment de la rencontre avait pu appréhender le contexte, et l'ensemble des attitudes non verbales de la personne interrogée, qui pouvaient être difficiles à retranscrire, mais étaient nécessaires à l'intelligibilité des propos.

L'étude nous paraît répondre aux critères de validité interne dans la mesure où les hypothèses de départ figurent dans les résultats, aux côtés d'hypothèses émergentes.

Les différentes étapes et la méthode ont été discutées à plusieurs reprises au cours de l'étude avec des chercheur.e.s de diverses disciplines (épidémiologie-santé publique, médecine générale, sociologie) et sensibilisé.e.s à cette thématique.

5. Les critères de validité externe

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. L'échantillon doit donc être ciblé et représentatif de la problématique. Nous avons tenté d'atteindre cet objectif en diversifiant les caractéristiques sociales (positions sociales, âges, zones d'habitation, etc.) des personnes interrogées lorsqu'une certaine répétition des propos apparaissait au fil des entretiens.

Les profils étaient assez variés selon les données socio-démographiques visées par l'étude (Annexe XI).

6. La posture des chercheuses

Les intervieweuses ont pu être identifiées de différentes manières, parfois combinées, par les interviewé.e.s : chercheuses, médecins, féministes, lesbiennes. Cela a probablement évité d'orienter les discours dans un seul et même sens.

La proximité des positions genrée et militante a permis d'établir des relations de confiance avec les personnes enquêtées, facilitant alors la mise en récit de leurs expériences et l'expression de leurs points de vue. La posture compréhensive que nous avons adoptée dans la conduite des entretiens a permis à nos interlocuteur.e.s d'explicitier leurs expériences et leurs réflexions, et de livrer les spécificités des réalités vécues dans leurs parcours de soins. L'approche féministe peut être envisagée dans une conception d'objectivité « forte » telle que l'envisage Sandra Harding, en opposition à une objectivité « faible » qui considère la science comme neutre (33).

Par exemple, être identifiées comme médecins et féministes a pu être une force de l'étude car les personnes pouvaient éprouver une certaine satisfaction à exprimer leurs points de vue à des soignantes jugées capables d'entendre les critiques. De plus, nous avons tenté d'appliquer le principe de réflexivité afin de prendre de la distance sur nos *a priori* et nos postures, et de limiter leurs répercussions sur l'interprétation des données.

B) Les limites de l'étude

1. Le mode de sélection des participant.e.s

Le recrutement de proche en proche a rendu difficile de ne pas évoquer *a minima* le sujet de l'étude. Il semblait complexe, au vu du sujet abordé, de ne délivrer aucune information sur le contenu de l'entretien et la raison du recrutement.

Cette méthode de prise de contact a favorisé la réponse de personnes sensibilisées à ce sujet et de personnes facilement accessibles par nos réseaux. Par exemple, certaines associations protégeaient leurs adhérent.e.s, en demandant de passer par un tiers pour tout contact. Nous émettons l'hypothèse qu'il pouvait s'agir de personnes pour lesquelles la visibilité publique de l'homosexualité était plus difficile. Les paroles de ces personnes n'ont donc pas pu être recueillies.

Tel que cela a été explicité dans la discussion, l'hétérogénéité des personnes se reconnaissant ou étant identifiées comme lesbiennes rend très vaste la diversité des profils. La remise en question, légitime, de la catégorisation a aussi conduit certaines personnes à refuser de répondre à l'étude, parfois de façon virulente.

2. Les interactions et la posture des chercheuses

Les personnes interrogées ont potentiellement été informées de notre statut de médecin, ce qui a pu biaiser les discours. Un sentiment d'évaluation et d'asymétrie de la relation a pu être créé de ce fait et de part la posture d'enquêtrice. Cette asymétrie a pu être nuancée avec les interviewé.e.s ayant le même statut professionnel que les chercheuses. D'une façon plus générale, les différentes manières d'identifier les investigatrices ont pu moduler les réponses.

Nous pensons que nos points de vue situés nous limitent et nous orientent dans notre analyse, comme pour tout.e chercheur.e.

3. La déperdition d'informations

Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative des enquêtrices. Malgré la phase exploratoire et la lecture de livres sur les techniques d'entretiens (31,32), mener les interviews s'est avéré être un exercice générateur d'une certaine appréhension. Celle-ci a pu être perçue par les interviewé.e.s et déconcentrer les interlocuteur.e.s.

Des interactions avec l'extérieur ont pu parasiter les entretiens selon les lieux choisis. Le dialogue a pu être également parasité par un arrêt de l'enregistrement pendant quelques minutes. Un entretien a dû être intégralement ré-enregistré suite à une erreur de manipulation d'une des intervieweuses. La retranscription des verbatims, puis leur lecture, ont parfois été frustrantes. Certaines idées auraient pu être approfondies et auraient nécessité des relances de la part des enquêtrices.

Il a pu exister une variabilité de l'usage de la grille d'entretien entre les deux investigatrices ayant pu altérer la reproductibilité inter-entretiens. Un sous-thème a, par exemple, parfois été omis.

Nous considérons aussi que des compléments d'analyse sociologiques, à partir des données recueillies, auraient permis de comprendre plus finement les parcours et les enjeux des personnes enquêtées.

4. La désirabilité de l'information

Dans certains entretiens, il arrivait que l'interviewé.e demande l'avis de l'intervieweuse ou encore comment les autres personnes avaient répondu à la même question. Dans ces situations, nous avons essayé de valoriser le caractère particulier de son expérience.

CONCLUSION

Si être considéré.e comme « *celle.celui que je suis* » amène parfois à se dire « *lesbienne* » en consultation, cette expression de soi, peut être associée, par les soignant.e.s, à des représentations et des imaginaires ne coïncidant pas avec les réalités multiples des lesbiennes. D'une autre manière, être identifié.e à tort est aussi délétère.

Au fil de la recherche, les expériences rapportées par les personnes interrogées ainsi que les données retrouvées dans la littérature rendent compte du fait que les inégalités en santé, du point de vue des lesbiennes ou de personnes identifiées comme telles, ne résident pas seulement dans le manque de réponses à des besoins spécifiques mais principalement, dans les répercussions des normes présentes dans la société et dans les soins.

Actuellement, la mise en lumière des revendications et des expériences des lesbiennes dans le système de soins peut permettre de les visibiliser et de mieux prendre en considération les risques de discriminations qu'elles encourent. En consultation, s'appuyer sur des catégorisations (homme/femme, hétéro/homo, etc.) ne semble pas pouvoir répondre aux enjeux des besoins spécifiques en santé sexuelle. S'attacher à proposer des soins selon le principe du « *screen what you have* » pourrait être une piste pour ne pas présupposer ni interroger le genre ou la sexualité d'une personne (52).

Cependant, être lesbienne, en termes d'expression de soi, peut avoir d'autres significations, individuelles ou collectives. Les luttes et les revendications communautaires ne montrent-elles pas comment cette auto-nomination peut être opérante, voire performative, à un niveau politique ?

L'utilisation de la méthode qualitative et l'apport des sciences humaines et sociales, nous ont permis de mieux appréhender les multiples enjeux présents au sein de la consultation de soins primaires pour les personnes lesbiennes, et de percevoir la nécessité de croiser les approches, dans la recherche comme dans les soins.

Les soins primaires peuvent être un espace privilégié d'accès aux soins. Soutenir les espaces et les dynamiques communautaires, s'associer à ceux-ci pour créer des réseaux de collaboration, inviter les professionnel.le.s de santé à explorer leurs représentations, les sensibiliser aux inégalités sociales de santé et favoriser la visibilité des soignant.e.s *friendly* sont autant de perspectives favorisant l'*empowerment* et le prendre soin.

Anne : « Moi j'ai besoin aussi de (x2), ben, d'être prise pour celle que je suis. [...] Voilà c'est prendre en compte (pause) l'autre quoi tout simplement [...] c'est con parce que c'est juste prendre l'humain ».



Professeur Thierry LANG

Département d'Epidémiologie et Santé Publique
Eq. 5 UMR 1027 Inserm-Université Paul Sabatier
Directeur de l'IFERISS - Faculté de Médecine Purpan
37, Allée Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex 9
thierry.lang@univ-tlse3.fr
Tél. +33 5 61 14 59 35 - Sec: +33 5 61 14 56 49

Toulouse, le 16-09-16

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



REFERENCES

1. Âgisme. In: Wikipédia [Internet]. 2016.
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%82gisme&oldid=128579035>
2. SOS Homophobie : Définitions [Internet]. SOS homophobie. 2010.
<https://www.sos-homophobie.org/definitions-homophobie-lesbophobie-gayphobie-biphobie-transphobie>
3. Coming out. In: Wikipédia [Internet]. 2016.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Coming_out&oldid=129388860
4. Déterminant de santé. In: Wikipédia [Internet]. 2016.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9terminant_de_sant%C3%A9&oldid=128442262
5. OMS. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle [Internet]. 1997.
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_fr.pdf
6. Larousse Entrée. Discrimination.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discrimination/25877>
7. Collectif Manoukian. Discrimination directe, indirecte et systémique - Les mots sont importants (lmsi.net) [Internet]. <http://lmsi.net/Discrimination-directe-indirecte>
8. Genre (sciences sociales). In: Wikipédia [Internet]. 2016.
[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre_\(sciences_sociales\)&oldid=128966989](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Genre_(sciences_sociales)&oldid=128966989)
9. Commissaire aux droits de l'homme. Droits de l'homme et identité de genre [Internet]. 2009.
<http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/droitdelhomme.pdf>
10. Eguavoën S. Femme et lesbienne: quels enjeux? Vers une pratique inclusive en gynécologie. Mémoire diplôme de sage femme [Internet]. 2015.
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998/document>
11. Chamberland L, Lebreton C. Réflexions autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouv Quest Féministes*. 1 avr 2012;Vol. 31(1):27-43.
12. Enquête sur la lesbophobie (édition 2015) | SOS homophobie [Internet].
<http://www.sos-homophobie.org/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015/enquete-sur-la-lesbophobie-edition-2015>
13. INPES. Inégalités sociales de santé: Définition et concepts du champ [Internet].
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
14. Balthasar H, Berrut S, Bize R, Charrière E, Medico D, Volkmar E. Rapport vers l'égalité des chances santé LGBT [Internet]. Lausanne: PREOS; 2011.
http://www.vogay.ch/IMG/pdf/rapport_vers_egalite_des_chances_sante_lgbt.pdf
15. Sexisme. In: Wikipédia [Internet]. 2016.
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sexisme&oldid=129210363>
16. OMS. Charte d'Ottawa. 1986.
17. Larousse Entrée. Stigmatiser.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
18. Association Chrysalide. L'accueil médical des personnes transidentitaires [Internet].
<http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/Chrysalide-Guide5.pdf>

19. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe [Internet]. 2015. <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/actualites-3/article/lancement-du-guide-pratique-pour>
20. Maïa. Brochure : Pourquoi et comment féminiser le français [Internet]. http://www.culina.herbesfolles.org/docs/PourquoiEtCommentFeminiserLeFrancais_brochure.pdf
21. Mimeault I. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes. [Internet]. 2003. http://rqasf.qc.ca/files/resume_SL.pdf
22. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé [Internet]. Observatoire des inégalités. 2007. http://inegalites.fr/spip.php?article652&id_mot=
23. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé: Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>
24. Hunt K, Macintyre S. Genre et inégalités sociales en santé. Didier Fassin *Al Inégalités Soc Santé*. 1 avr 2000;363-75.
25. Clair I. Sociologie du genre. 1ère édition. Armand Colin; (128).
26. Paillé P. La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain. Armand Colin; 2006. 187 p.
27. Descuves A, Berrut S. La santé des femmes qui aiment les femmes. [Internet]. Suisse; 2013. <http://www.profa.ch/multimedia/docs/2013/12/santedesfemmes-dec2013.pdf>
28. Rosenstreich G, Comfort J, Martin P. Primary health care and equity: the case of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex Australians. *Aust J Prim Health*. 2011;17(4):302-8.
29. 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*. août 2013;50(6):587-97.
30. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre Sex Société* [Internet]. 29 juin 2009. <https://gss.revues.org/951?lang=en>
31. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin; (128).
32. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin; (128). 2011.
33. Clair I. Faire du terrain en féministe. *Actes Rech En Sci Soc*. 28 juin 2016;(213):66-83.
34. Nicaise S. La construction sociale de l'engagement « gouine » dans la mobilisation « Transpédégouine ». 2015.
35. Hudspith M, Bastedo S, Minister's Advisory Council on Women's Health, BC Ministry of Health, BC Ministry Responsible for Seniors, Lesbian and Bisexual Women's Health Project Advisory Committee. S'occuper de la santé des lesbiennes. Ressource à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des décideurs et des planificateurs du Canada [Internet]. 1999. http://www.paquet.ca/opFichier/s_occuper_de_la_sante_des_lesbiennes_yaGn00ynU4pz_6964.pdf
36. Hinchliff S, Gott M, Galena E. « I daresay I might find it embarrassing »: general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community*. juill 2005;13(4):345-53.
37. Nunez DG, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Méd Suisse*. 2011;(12):213-7.

38. Morrison S, Dinkel S. Heterosexism and Health Care: A Concept Analysis. *Nurs Forum* (Auckl). 1 avr 2012;47(2):123-30.
39. Utamsingh PD, Richman LS, Martin JL, Lattanner MR, Chaikind JR. Heteronormativity and practitioner–patient interaction. *Health Commun.* 3 mai 2016;31(5):566-74.
40. Mangeot P. Sida. In: *Dictionnaire de l’homophobie*, sous la direction de Louis-Georges TIN. 2003.
41. Guillemaut F. Images invisibles: les lesbiennes. In: *La peur de l’autre en soi, du sexisme à l’homophobie* [Internet]. http://www.europrofem.org/contri/2_07_fr/livr_dwl/peur/dwlpeur5.htm
42. Guyard L. Chez la gynécologue. *Ethnol Fr.* 18 janv 2010;Vol. 40(1):67-74.
43. Falcoz C, Bécuwe A. La gestion des minorités discréditables : le cas de l’orientation sexuelle. *Trav Genre Sociétés.* 1 févr 2009;N° 21(1):69-89.
44. Perrin C, Escoda MR i, Parini L. La notion d’homophobie, ses usages et son rapport au féminisme. *Nouv Quest Féministes.* 1 avr 2012;Vol. 31(1):4-11.
45. Arc S, Vellozzo P. Rendre visible la lesbophobie. *Nouv Quest Féministes.* 1 avr 2012;Vol. 31(1):12-26.
46. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France INED [Internet]. <https://www.ined.fr/fr/publications/hors-ined/enquete-sur-la-sexualite-en-france/>
47. Grabowiecka S. Minorité sexuelle et individu : l’intervention auprès des femmes homosexuelles dans les soins de santé. *Reflets Rev D’intervention Soc Communaut.* 2011;17(2):163-73.
48. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health inequalities among sexual minority adults: evidence from ten u.s. States, 2010. *Am J Prev Med.* avr 2014;46(4):337-49.
49. Berrut S. Les lesbiennes en consultation gynécologiques: enquête qualitative en suisse romande [Internet]. 2016. http://doc.rero.ch/record/259101/files/S.Berrut_lesbiennes_en_consultation_gynecologique_def.pdf
50. Bize R. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Médicale Suisse.* 2011;(7):1712-7.
51. McNair RP, Hegarty K. Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review. *Ann Fam Med.* 11 janv 2010;8(6):533-41.
52. McNamara MC, Ng H. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians. *Cleve Clin J Med.* juill 2016;83(7):531-41.
53. Klein EW, Nakhai M. Caring for LGBTQ patients: Methods for improving physician cultural competence. *Int J Psychiatry Med.* mai 2016;51(4):315-24.
54. 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.
55. Jackson CL, Agénor M, Johnson DA, Austin SB, Kawachi I. Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 17 août 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4989521/>
56. Jouvin E, Beaulieu-Prevost D, Julien D. Minorités sexuelles : des populations plus exposées que les autres ? [Internet]. INPES; 2006. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/synthese/minorites.asp>

57. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. Sexual and Gender Minority Health: What We Know and What Needs to Be Done. *Am J Public Health*. juin 2008;98(6):989-95.
58. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian Health Research Priorities. *Lesbian Health: Current Assessment and Directions for the Future* [Internet]. Solarz AL, éditeur. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45100/>
59. Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med*. avr 2011;78(4):220-4.
60. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Étude sur les attentes des usagers en provenance des communautés gaie et lesbienne et des femmes victimes de violence...* [Internet]. 1999. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs58095>
61. Poiret C. Articuler les rapports de sexe, de classe et interethniques. *Rev Eur Migr Int*. 29 mai 2005;21(1):195-226.
62. Dorlin E. *Sexe, genre et sexualités: Introduction à la théorie féministe*. Presses Universitaires de France; 2008. 96 p.
63. Davy Z, Siriwardena AN. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *Br J Gen Pract*. sept 2012;62(602):491-2.
64. Bozon M. Orientations intimes et constructions de soi. pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. *Sociétés Contemp*. 2001;no 41-42(1):11-40.
65. Chetcuti N. *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Payot. 2010.
66. Seaver MR, Freund KM, Wright LM, Tjia J, Frayne SM. Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis. *J Womens Health*. 1 mars 2008;17(2):215-25.
67. Davis V. Lignes directrices sur la santé des lesbiennes – Déclaration de principe SOGC [Internet]. <http://sogc.org/fr/guidelines/lignes-directrices-sur-la-sante-des-lesbiennes-declaration-de-principe/>
68. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. oct 2005;33(10):776-82.
69. Oriol S. *Abord de la sexualité en consultation de médecine générale : méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins*. [Lyon]: Faculté de médecine; 2009.
70. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs*. août 2006;55(4):407-15.
71. Coalition for lesbian and gay rights in Ontario: project affirmation. System failure [Internet]. 1997. http://www.rainbowhealthontario.ca/wpcontent/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Systems%20Failure%20Report.pdf
72. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):58-62.
73. Collectif. Gouixx [Internet]. 2005. <http://polyvalence.ca/pdf/f/Gouixx.pdf>
74. Les Klamydia's. *Guide du safe sex entre femmes* [Internet]. http://www.klamydias.ch/pdf/safe_sex_fr.pdf
75. Antonio U, Nicole A, Kamel B, Clotilde G. L. *Le suivi gynécologique des lesbiennes* [Internet]. CRIPS Île-de-France; 2004. <http://www.lecrips.net/L/doc/L1.pdf>

76. Sappho [Internet]. 2008.
http://www.sante-plurielle.ch/fichier/sante_generale/sappho.pdf
77. ILGA, Association internationale des lesbiennes, gay, bisexuel, transsexuels et intersexués. La santé des lesbiennes: mythes et réalités [Internet]. 2011.
http://old.ilga.org/health/ILGA_Lesbians_Health_Myths_Realities_FR.pdf
78. Collectif. Tomber la culotte! [Internet]. 2011.
http://www.planning-familial.org/sites/internet/files/fsf_brochure_210911_bassedef.pdf
79. Lhomond B. Le risque de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. *Transcriptases*. 1996;46.
80. Lhomond B. Lesbiennes et VIH: une mise au point. *Triangul'ère*. 2002;
81. Jouannet P, Spira A. Demandes d'aide à la procréation formulées par les couples de même sexe auprès de médecins en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2014;62(4):268-72.
82. Collectif. « Nous, médecins, avons aidé des couples homosexuels à avoir un enfant même si la loi l'interdit ». *Le Monde.fr* [Internet]. 17 mars 2016.
http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/17/pour-la-creation-d-un-veritable-plan-contre-l-infertilite_4884871_3232.html
83. Ouverture de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) à toutes les femmes : questions/réponses [Internet]. SOS homophobie. 2014. <https://www.sos-homophobie.org/ouverture-de-la-procreation-medicalement-assistee-pma-toutes-les-femmes-questionsreponses>
84. Chamberland L, Lebreton C. La santé des adolescentes lesbiennes et bisexuelles : état de la recherche et critique des biais androcentristes et hétérocentristes. *Rech Féministes*. 2010;23(2):91-107.
85. Scott SD, Pringle A, Lumsdaine C. Sexual Exclusion–Homophobia and health inequalities: a review. *Lond Health First* [Internet]. 2004.
http://www.lgbt-healthinequalities.scot.nhs.uk/documents/8%20Evidence_base/Sexual_Exclusion_health_inequalities04.pdf
86. National LGBT health education center. The fenway institute. Understanding the health needs of LGBT People [Internet]. 2016.
<http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBTHealthDisparitiesMar2016.pdf>
87. Watremez V. La violence des femmes et des lesbiennes : analyses et enjeux politiques contemporains ? *Rech Féministes*. 2005;18(1):79.
88. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust* [Internet]. 2003.
<https://www.mja.com.au/journal/2003/178/12/lesbian-health-inequalities-cultural-minority-issue-health-professionals>
89. CHUV. Les compétences cliniques transculturelles. Vers l'égalité des chances en santé pour les personnes LGBT. Sélection de références [Internet]. Centre de documentation en santé publique C, Bibliothèque universitaire de médecine, Centre d'enseignement médical et de communication audiovisuelle, éditeurs. 2013.
http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/BI_PauseP_Transculturel_2013.pdf
90. Roberts SJ, Patsdaughter CA, Grindel CG, Tarmina MS. Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women Health*. 2004;39(4):41-55.

91. Tribune : Plus jamais de toucher vaginal sur patientes endormies sans consentement préalable | Dix Lunes [Internet].
<http://10lunes.com/2015/02/tribune-plus-jamais-de-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-sans-consentement-prealable/>
92. Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis. Le Monde.fr [Internet]. 6 févr 2015.
http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/06/une-tribune-denonce-le-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies_4571810_1651302.html
93. Toucher vaginal sans consentement : une pratique bien réelle. Madame Figaro [Internet]. 6 févr 2015.
<http://madame.lefigaro.fr/societe/polemique-touchers-vaginaux-patientes-endormies-non-consententes-050215-94255>
94. Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique [Internet]. France Culture. 2015.
<http://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>
95. Ghadi V, Naiditch M. Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? Santé Publique. 18(2):171-86.
96. Lefève C, Mino JC, Worms F. La philosophie du soin. Matière L'esprit. 2006;4:25-34.
97. Lombrail P. Loi de Santé Publique. Santé Publique. 1 août 2012;24(3):185-7.
98. Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. Sci Soc Santé. 1995;13(2):39-59.
99. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Santé Publique. 12 juin 2012;24(2):165-78.
100. Mendell M. L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités. Géographie Économie Société. 2006;8(1):63-85.
101. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exerc Rev Fr Médecine Générale [Internet].
<http://www.exercer.fr>
102. Roussel P, Wacheux F. Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. De boeck. 2005. 440 p.
103. Dupouy J, Kinouani S. Revue systématique de la littérature : chic et pratique ! E-Respect. mars 2013;(3):19-26.

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien à usage exploratoire

Présentation

Bonjour,

Je m'appelle ..., j'effectue un travail de recherche dans lequel je m'intéresse à l'expérience des lesbiennes vis-à-vis de la médecine générale. Ce qui m'intéresse, c'est votre témoignage, votre expérience, votre vécu. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre histoire et vos ressentis qui sont importants.

Cet entretien est anonyme et enregistré. Vous êtes totalement libre de parler.

Il va se dérouler en deux parties. Une première partie pour mieux vous connaître où je vous poserai quelques questions sur votre vie puis une seconde partie sur le sujet de notre étude.

Si quelque chose vous gêne, à tout moment, n'hésitez pas à me le dire.

Est-ce que je peux débiter l'enregistrement ?

1^{ère} partie : données personnelles, mise en relation

Pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de ce que vous faites dans la vie ? Quelles sont vos conditions de vie, votre âge, votre statut affectif ? Est-ce que vous vous décririez comme militante ou non ?

Ensuite, comme il s'agit d'un travail sur un sujet qui fait partie de l'intime, on aimerait utiliser des termes qui vous correspondent. Est-ce qu'il y a un terme ou des termes dans lequel ou lesquels vous vous reconnaissez par rapport à votre.vos sexualité.s ou votre identité sexuelle, et que nous pouvons utiliser dans l'entretien ?

2^e partie : exploration du sujet

Maintenant je vais vous poser une question très générale et vous pouvez partir sur ce que vous voulez. Vous pouvez prendre le temps de réfléchir, faire des pauses.

En tant que [auto-nomination], est-ce que vous pourriez me raconter comment se sont passées les interactions avec des médecins généralistes que vous avez rencontrés, sollicités... ?

ANNEXE II : Guide d'entretien à usage principal

Informations sur le déroulé de l'entretien, les objectifs, la confidentialité, l'écoute et le temps, l'explication du terme « soins de base »

- I. Quelle est votre perception de votre état de santé ?
 - Comment décririez-vous votre état de santé en ce moment ?
 - II. Comment cela se passe-t-il au quotidien quand vous avez besoin de vous soigner ?
 - ... quand vous vous posez des questions sur votre état de santé ?
 - ... quand vous avez besoin d'examens, de médicaments ?
 - Quels sont vos réflexes/habitudes vis-à-vis de votre santé ?
 - III. Que connaissez-vous comme lieux/réseaux de soins qui vous sont accessibles ?
 - Quels sont les endroits où vous pensez pouvoir aller pour vous soigner ?
 - Vers qui imagineriez-vous vous tourner en cas de besoin de « soins de base » ?
 - Vers qui vous tourneriez-vous si vous aviez des questions en lien avec la santé sexuelle ?
 - IV. Quels sont les difficultés, les obstacles que vous avez rencontrés dans votre accès aux soins ?
 - ... quand vous aviez des questions concernant votre santé, sexualité ?
 - ... quand vous avez eu des démarches à faire en lien avec votre santé ?
 - Quels sont vos vécus des relations avec les médecins ?
 - V. Quels sont vos moyens d'accéder à des « soins de base » qui correspondent à vos attentes ?
 - Quelles sont les expériences qui correspondaient à vos attentes ?
 - Quelles alternatives avez-vous mis en place ?
 - Comment imagineriez-vous que l'accès à des soins et les soins eux-mêmes répondent à vos attentes ?
- Puis à partir du 12^e entretien :
- VI. Si elle l'a été, comment a pu être abordée la question de la parentalité/des enfants en consultation ?

ANNEXE III : Fiche de recueil des informations personnelles

Ce questionnaire nous permet de recueillir des informations personnelles vous concernant pour faciliter l'analyse des entretiens et présenter les profils des personnes interviewées.

Certaines questions peuvent être considérées comme sensibles. Les questions sensibles peuvent être des questions que les personnes interrogées jugent, pour des motifs personnels, trop indiscretes, inconvenantes et/ou des questions auxquelles elles ne souhaitent et/ou ne savent répondre. En ce sens, aucune réponse n'est obligatoire.

Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines questions, merci de préciser que vous ne souhaitez pas vous prononcer (vous pouvez alors inscrire « NSP » équivalent à « ne se prononce pas »).

Quel est votre âge ?.....

Avez-vous effectué une/des formation(s) et/ou obtenu un/des diplôme(s) ?

Si oui, lequel.les ?.....

Quels formation(s) et/ou diplôme(s) ont effectué les personnes avec qui vous avez grandi ?

Quelle est votre activité principale ? (Travail, études, temps libre/activités personnelles, recherche d'emploi, autre...)

Quel est votre mode de vie ? (Rural/urbain, avec ou sans enfant(s)...).....

Quel est votre statut affectif ? (Célibataire, couple, multi-partenariat, union libre, marié.e, autre...)

Avez-vous actuellement ou par le passé eu des activités de militantisme ? (associations ou collectifs féministes, LGBT...)

Si oui, lesquelles ?.....

Subissez-vous des discriminations racistes, validistes et/ou en lien avec votre genre et/ou en lien avec vos croyances et/ou vos pratiques ?.....

Comment vous considérez-vous : lesbienne, gouine, homosexuelle, autre... ?.....

Dans votre quotidien (vie personnelle, vie professionnelle...) être lesbienne, gouine, homosexuelle...vous le considérez comme facile...difficile ?.....

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ? OUI NON

ANNEXE IV : Courriel d'invitation à participer aux entretiens

« Bonjour,

Dans le cadre d'une étude, menée à l'Université Toulouse-III, nous sommes à la recherche de personnes pour participer à des entretiens. Ce travail porte sur les expériences et les attentes des personnes lesbiennes vis-à-vis de leur santé et des soins du quotidien (médecine générale, gynécologie/santé sexuelle, petites urgences).

Nous cherchons à inclure et à visibiliser une grande diversité de personnes afin de témoigner de réalités multiples. Nous proposons aux personnes s'auto-déterminant comme lesbiennes de participer à ce travail.

En pièce jointe, vous trouverez un formulaire d'information détaillant l'organisation de cette recherche.

Si vous êtes intéressé.e.s ou pour toutes questions, vous pouvez nous répondre pour un accord de principe en nous fournissant vos coordonnées téléphoniques et mail, et nous vous recontacterons dans les semaines qui viennent.

N'hésitez pas à diffuser ce mail autour de vous à des personnes susceptibles de vouloir participer.

Cordialement. »

ANNEXE V : Formulaire d'information et de recueil de consentement

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur le déroulement de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des modalités que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à nous contacter pour toute information.

Projet de recherche

Ce projet de recherche est mené par deux personnes, Alice PASQUIER et Sidonie RICHARD, et concerne les expériences et les attentes des personnes lesbiennes vis-à-vis de leur santé et des soins du quotidien (médecine générale, gynécologie/santé sexuelle, petites urgences).

Pourquoi avoir choisi cette thématique ?

Nous avons choisi cette thématique dans un contexte où les sexualités peuvent être des déterminants d'inégalités de santé, susceptibles d'influencer l'accès aux soins mais aussi les soins en eux-mêmes.

Comment se déroule le travail de recherche ?

Cette étude repose sur le recueil de témoignages individuels qui seront enregistrés (enregistrements sonores) et analysés afin de faire ressortir vos expériences et vos attentes en matière de santé. Nous ne sommes pas à la recherche de réponses types ou idéales. Nous nous intéressons à vos ressentis, sans jugement.

Nous proposons aux personnes s'auto-déterminant comme lesbiennes trans' ou cis, ou par d'autres termes (homosexuelle, gouine...), de participer à ce travail. L'auto-détermination implique qu'il n'y ait ni définition ni justification nécessaire.

L'idée est de donner la parole aux personnes concernées, dans leurs diversités, parole trop peu souvent prise en compte et pourtant incontournable pour des soins de qualité. Nous souhaitons visibiliser ces expériences afin de témoigner de réalités multiples.

Ce projet n'est pas financé par un organisme privé.

Si vous le souhaitez, les résultats de nos travaux pourront vous être communiqués.

Déroulement de l'entretien

Votre participation sera requise pour une rencontre d'une durée de votre choix. Il n'y aura qu'une seule intervieweuse au moment de l'entretien. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Il s'agira de répondre à des questions ouvertes sur le sujet précédemment expliqué. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande audio qui sera détruite après la retranscription. Seuls de petits extraits, écrits et anonymes, des entretiens seront publiés.

Consentement à la participation

Notre démarche se veut inclusive, non stigmatisante et respectueuse des valeurs et des idées de chacun.e.s. Les interviews étant enregistrées, la notion de consentement se trouve aussi au centre de ce travail. Nous avons besoin de recueillir votre accord pour l'enregistrement de l'entretien et son utilisation. Vous avez la possibilité de vous rétracter sur les termes de l'accord à tout moment de l'étude.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à celle-ci sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si vous veniez à vous retirer de l'étude, demandez-vous à ce que les documents audios et écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom, prénom), déclare avoir lu et compris le présent formulaire, et, en avoir reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature : _____

Fait à _____, le _____ 20

Sidonie Richard et Alice Pasquier

Contacts :

ANNEXE VI : Extrait de verbatim

Anne : J'sais pas, non mais ne serait-ce que pour revenir à la gynécologie, c'est incompréhensible (x2) qu'il n'y ait pas eu un réseau, moi je me dis même en tant que lesbienne, ou n'importe quoi, comment se fait-il qu'on n'ait pas un réseau qui ce soit mis en place là-dessus ? Donc l'analyse que j'en fais, c'est que les lesbiennes se désintéressent de cette option-là de soins, en définitive, quoi moi c'est ce que j'en ai (...).

Intervieweuse : Oui, déduit ?

Anne : Ouais, c'est ce que j'ai vu de l'autre côté quoi, hum, donc c'est vrai que (...). Ouais (...). Après (silence) pour revenir à (...) au côté homme et femme dans les soignants je sais (...) une des choses qui m'a (...) je sais quand est-ce que j'ai décidé ça. C'est quand j'l'ai vu en fait, en réfléchissant, c'est avec le sida où en fait rien (x4) n'était fait pour les lesbiennes. On ne savait pas !

I : Hum (x2) hum.

Anne : On savait pas, on savait pas si on pouvait se le transmettre ou pas, on savait rien, on savait rien ! Voilà, tout ce qu'on savait c'était que les gars tombaient tous comme des mouches !

I : Ouais.

Anne : Euh, que le monde hétéro était aussi touché que ce soit des hommes ou des femmes mais nous entre lesbiennes, avant qu'on arrive à avoir une parole médicale ou quelque chose qui dise : 'Bon ben là vous pouvez pas transmettre ou quoi que ça soit', ça a été très lent et c'est là que je me suis dis que franchement ma santé, personne n'en a qu'à battre ! Donc c'est vraiment à moi de faire avec quoi, parce que c'était pas (...) ces années-là, je me rappelle à l'époque [*inaudible*] on fait une prise de sang pour savoir.

I : Ouais.

Anne : Voilà, ça a quand même été des années (soupir). C'est, c'est après voilà des (x2) (silence). Tout dépend comment tu peux vivre ta sexualité, c'est des années où voilà moi j'avais 25 ans, entre 25 et 30 ans, c'est des années très actives on va dire sexuellement et là on se demande, on se dit 'mais (x2) qu'est-ce qui faut faire ? Qu'est-ce qui faut pas faire ?', euh, parce que d'un autre côté tout ce qui était mis, toutes les protections, tout ce qu'on mettait (...). 'Ah non, je (x5) vais pas prendre, mais non, un scaphandre pour, euh (...)'.

I : Ouais.

Anne : Tu vois à un moment donné c'est ça.

I : Ouais.

Anne : Où tu vois voilà, c'était compliqué. Et d'avoir des choses qui parlent de nous.


I : Hum (x2).

Anne : Ben y avait rien, ça a été très (x2) long, et j'pense que c'est là que la cassure s'est faite, lorsque j'ai dit : 'Stop je vais plus voir, je fais plus confiance à cette société. C'est la médecine des hommes, elle est pas pour moi'. C'est vraiment là je crois. C'est là où ça m'a éclaté à la gueule. Voilà à ce moment là, ça m'a vraiment éclaté ... /

I : C'est ce moment-là (...).

Anne : /... parce que hormis le fait des difficultés pour le commun des mortels de comprendre que c'était pas le cancer gay, bon ben ça a été facile, ça a été vite évacué si tu veux.

ANNEXE VII : Avis de la commission d'éthique



Département
Universitaire
Médecine
Générale

Faculté de Médecine de Toulouse
123 route de Narbonne
31062 Toulouse Cedex
Université Paul Sabatier
Toulouse II

Commission Éthique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*

59 rue de la Providence – 31500 Toulouse

Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

AVIS DE LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom Alice Pasquier / Sidonie Richard

Qualité : Internes de Médecine générale

Adresse :

Courriel :

Numéro de téléphone :

Renseignements concernant le promoteur :

Noms : Dr Valérie COURTEAUT et Dr Anne FREYENS, médecins généralistes

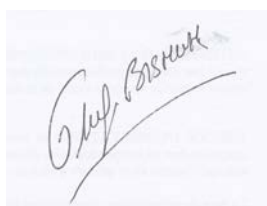
Titre complet de la recherche :

Quels sont les vécus et attentes des personnes lesbiennes vis-à-vis de la médecine générale ?

AVIS DE LA COMMISSION Avis favorable

Le 12 mars 2016 à Toulouse

Le secrétaire



ANNEXE VIII : Exemple de contexte d'énonciation

Contexte

Le contact de *Morgan* est issu du recrutement de proche en proche. Après plusieurs essais infructueux, nous parvenons, par téléphone, à convenir d'un rendez-vous pour nous rencontrer.

Nous nous retrouvons en milieu d'après-midi pour cet entretien. Il fait beau et nous nous installons à la terrasse d'un café, en bordure d'une rue très passante. Il y a beaucoup de bruit autour de nous.

Profil

Morgan est une femme d'environ trente ans. Elle tente d'être enceinte. Elle vit avec sa compagne en milieu urbain mais leur souhait est d'aller vivre en milieu rural, si possible au sein d'un collectif cohabitant. Elle a elle-même une formation de soignante mais n'exerce pas son métier. Elle est critique vis-à-vis de sa profession et du milieu médical. Elle me signale suite à l'entretien que le plus difficile, pour elle, ce sont les stigmatisations subies au travail concernant son mode de vie et ses choix personnels, souvent perçus comme hors-norme.

Idées fortes

Morgan participe à des groupes d'auto-formation sur la santé et souhaite constituer avec des amies, un groupe de soutien en gynécologie.

Morgan et sa compagne n'ont pas anticipé la possibilité de subir des formes de stigmatisation ou de discrimination en cas d'accouchement en milieu hospitalier.

Nota Bene : ce document a été retravaillé pour des raisons d'anonymat.

ANNEXE IX : Extrait du tableau d'encodage

Alternatives	Recueil d'informations	But			Savoir pour ne plus avoir peur	Angela : La clef, c'est connaître car on a plus peur. [...] C'est la clef. Quand tu connais, tu vois de quoi tu parles.
					Savoir du.de la patient.e rend la relation moins inégalitaire	Angela : Si on sait pas de quoi on parle, on ne peut pas avoir une relation d'égalité à (...), on ne peut pas, mais moins d'inégalités.
					Utilité pour le.la médecin que patient.e.s soient plus autonomes car donnent plus d'informations en consultation	Morgan : Puis même, j'imagine, euh, chez le médecin, pour quelqu'un qui va chez le médecin plus régulièrement, en fait, ça fait juste une situation où t'as déjà des trucs à lui dire et tu ne pars pas de zéro. Tu vois pour chercher, t'as déjà réfléchi, tu t'es déjà écoutée, t'as déjà fait attention à toi et capter des trucs, des changements machin. Et en fait, t'as quand même plus de trucs à apporter au médecin qui (...), 'fin j'pense ça a tout (x2) intérêt à exister ce truc là. J'imagine.
		Thèmes	Prévention sexualité		Espace de parole autour de la sexualité avec ami.e.s	Myriam : Moi moi c'était juste parce que j'ai toujours voulu avoir une ouverture par rapport à ça, avec mes proches en fait. Même mes amis hommes, autant parce qu'on parlait aussi de nos sexualités. C'est là aussi qu'on s'est rendu compte avant tous ces documentaires. Moi j'faisais chier mes potes pour qu'ils me parlent autant de leur sexualité, j'leur parle, tu vois, on en parlait comme des potes en fait. Et on s'est rendu compte que ça se r'assemblait vachement. Eh oui !
					Informations de prévention par discussion avec des ami.e.s	Myriam : [concernant les connaissances liées au papillomavirus] Mais parce que j' discute aussi avec mes amis de toutes ces choses
			Soins gynécologiques		Traitement des fibro-adénomes chez les lesbiennes	Bérénice : [traitement médicamenteux du fibro-adénome chez les lesbiennes] Est-ce qu'il y a un sous-traitement ? Est-ce qu'il y a une sous-surveillance ? J'dis ça pour mes nichons mais c'est valable pour tout !
			Réseaux		Influence positive de la « réputation » du MG consulté	Louise : c'était un peu bizarre. En plus, tout le monde me l'avait décrit comme un mec génial [...] et après en sortant, j'me disais 'non mais en fait c'est chouette' [...] on m'avait tellement conseillé que de toute façon [...] j'partai avec un a priori
					Consultation d'un.e soignant.e conseillé.e par ami.e.s	Mathilde : c'est une copine qui me l'avait conseillée [...] et qui avait eu un bon contact ; Anne : Y a 30 ans quand je suis arrivée ici je savais pas trop mais, euh, j'ai un peu pris le médecin d'une pote [...] c'était une adresse qu'on se donnait voilà avec des ami.e.s [...] Quelqu'un qui va faire des soins (...) alors on va refiler l'adresse et ça fait boule de neige donc ça [...] avec les copines, on essaye de se refiler les bonnes adresses mais voilà le problème c'est que les bonnes adresses partent à la retraite, on attend la nouvelle génération qu'on connaît pas forcément ; Alex : j'avais obtenu ça d'une gynéco qui était la gynéco d'un copain trans, 'fin bref qui avait juste accepté de me faire le truc [...] et là en fait je me suis dit, j'ai lancé un appel à mes copines et, euh, j'ai lancé un mail à mes copines en disant 'il me faut quelqu'un qui non seulement est sur gynandco mais avec qui vous avez une bonne relation en fait' [...] Morgan: Et a priori, on a des contacts assez chouettes qu'on va pas tarder à aller voir pour se rencontrer.
					Consultation d'une sage-femme qui lui avait été conseillée	Andréa : Et je suis allée voir une sage femme cette fois pas une gynéco', on m'avait conseillé ça
					Partage d'adresses et de thérapeutes alternatifs	Emmanuelle : et d'informer qu'il y a d'autres médecines plus naturelles si les gens sont ouverts mais passer le relais oui, j'ai plusieurs fois dans mon bureau donné les coordonnées de thérapeutes que j'avais pas (...) (rire) que j'avais essayé, qu'étaient bien.
					Création d'un carnet d'adresses de soignant.e.s friendly et safe	Anne : Y a des réseaux qui essayent de se faire des espèces de carnets d'adresses justement de soignants, de soignantes qui sont ami.e.s

ANNEXE X : Analyse de la littérature

D'après un article issu de la revue e-respect (103).

Définition d'une question clinique précise = objectif principal

« *Décrire les expériences et les attentes actuelles des personnes lesbiennes vis-à-vis des soins primaires en France métropolitaine* »

Définition des critères « PICOS » :

Population : personnes majeures lesbiennes, gouines, homosexuelles (LGH)

Interventions : consultations en soins primaires

Comparator : population générale

Outcomes = critères de jugement

principal : santé et accès aux soins primaires des lesbiennes

secondaires :

Données de santé publique concernant la santé des personnes LGH majeures (I)

Représentations de l'offre de soins actuelle (II)

Expériences de l'offre de soins actuelle (III)

Conséquences sur l'accès aux soins des personnes LGH majeures (IV)

Attentes et propositions concernant l'amélioration de l'offre de soins (V)

Alternatives à l'offre de soins actuelle (VI)

Studies Design = méthodologie des études

qualitative

quantitative

Définition des critères d'inclusion/critères d'exclusion :

Inclusion : articles en lien avec la prise en charge médicale en soins primaires, concernant les personnes majeures, concernant les personnes se considérant comme lesbiennes cis et transgenres, concernant le système de soins

Exclusion : articles en lien avec la prise en charge paramédicale ou sociale, concernant les personnes mineures, ciblant une structure ou une maladie

Élaboration de la stratégie de recherche :

Sources (bases de données, littérature grise), *stratégie de recherche* pour chaque source (équation de recherche), *période* : la plus large possible, *restrictions décidées* : articles anglophones et francophones

Classement des articles sélectionnés dans le logiciel zotero selon leur correspondance aux critères de jugement après lecture des résumés et analyse.

Extrait du tableau d'analyse de la littérature

Numéro de l'article / Auteur / Année	Type d'étude / Période d'étude	Contexte / Lieu d'étude	Population	Groupe de référence	
Article 3 / Raphaël Bize <i>et al.</i> / 2011	Revue de la littérature / 2000-2011	Suisse	LGBT	Personne cis genre hétérosexuelle	
Résultats				Limites	Qualités
<ul style="list-style-type: none"> - (I-1) Morbidités émotionnelle et médicale considérables - (I-2) Violences psychologiques, verbales et/ou physiques – Isolement – Statut minoritaire - (I-3) Anxiété, dépression et comportements suicidaires d'incidences plus élevées - (I-4) Risque accru de développer des addictions - (I-5) Affections sur-représentées : maux de tête, lombalgies, insomnie, HTA - (I-6) Risque faible de transmission du VIH mais avéré pour HPV - (I-7) Orientation sexuelle et identité de genre non considérées comme des variables d'intérêt dans les enquêtes de santé et abordées de manière sporadique dans la formation des médecins - (I-8) Marginalisation des femmes lesbiennes dans les stratégies nationales de prévention, notamment en matière de VIH et d'IST - (II-1) Peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient - (II-2) Présupposé « hétérosexuel » ou « cisgenre » - (II-3) Vision centrée sur les risques liés au VIH - (III-1) Même en l'absence de discriminations avérées, petits détails qui accroissent le sentiment d'invisibilité et d'insécurité des personnes LGBT - (III-2) Contrainte à faire son <i>coming out</i> dans situation où est très vulnérable - (III-3) Difficultés pour les médecins à aborder le thème de la sexualité, a fortiori celui de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre - (IV-1) Autocensure - (IV-2) Retardement du recours aux soins - (IV-3) Plus grande insatisfaction des soins reçus - (IV-4) Recours moins réguliers aux contrôles gynécologiques et aux frottis de dépistage que les femmes hétérosexuelles alors que ces examens devraient être pratiqués à fréquence identique - (V-1) Partenariat étroit avec les communautés concernées 				<ul style="list-style-type: none"> - Revue non systématique de la littérature - Population large de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> - Article destiné aux médecins généralistes

ANNEXE XI : Caractéristiques sociales des personnes interrogées

	<i>Sophie*</i>	<i>Mathilde</i>	<i>Anne</i>	<i>Emmanuelle</i>	<i>Bérénice</i>	<i>Andréa</i>	<i>Alex</i>
Âge	24 ans	40 ans	55 ans	63 ans	30 ans	36 ans	27 ans
CSP	(CSP 8)	(CSP 4)	(CSP 5)	(CSP 3)	(CSP 3)	(CSP 4)	(CSP 8)
Entourage familial	ND	ND	(CSP 6), (CSP 5)	(CSP 3), (CSP 5)	(CSP 4)	(CSP 5)	(CSP 4), (CSP 3)
Activité.s principale.s	Études	Travail	Travail	Travail/randonnée/ciné ma/lecture	Travail	Travail/Recherche d'emploi et de militantisme	Études
Mode de vie	Urbain, sans enfant, colocation	Urbain, vit avec son fils en garde partagée	Urbain, sans enfant, concubinage	Rural, enfant parti du foyer, mariée	Urbain, sans enfant, seule	Urbain, sans enfant, concubinage	Urbain, vit en couple, sans enfant
Statut affectif	Relation à 2	ND	Compagnonnage	Mariée	Couple	Couple	Couple non exclusif sexuellement
Militantisme	Oui, féministe	Oui, féministe	Oui, féministe	Oui, ONG humanitaire internationale	Non	Oui, féministe, LGBT, parti politique	Oui, féministe et trans'
Discrimination.s subie.s	ND	ND	Je suis lesbienne dans un monde hétéro-normé	Non	Non, absence	Genre	Sexisme, transphobie, validisme
Auto-détermination	Lesbienne ou gouine	Gouine	Lesbienne	Lesbienne	Lesbienne sur sa sexualité mais pas sur son identité	Lesbienne	Trans'
Vécu.s lesbiens au quotidien	ND	ND	Facile	Facile car le vit bien elle-même	Difficile sur représentation sociale pour elle et sa compagne	Fabuleux	C'était difficile d'être gouine, c'est encore plus difficile d'être trans'

*Les prénoms ont été modifiés. Les dires des personnes entretenues ont été repris dans ce tableau et légèrement modifiés pour des raisons d'anonymat.

ND : Non demandé / CSP : catégories socio-professionnelles, INSEE. Dans un souci d'anonymisation des données, nous avons choisi de ne faire apparaître que les CSP Niveau 1.

1 Agriculteurs exploitants

2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures

4 Professions Intermédiaires

5 Employés

6 Ouvriers

7 Retraités

8 Autres personnes sans activité professionnelle

Suite des caractéristiques sociales des personnes interrogées

	<i>Louise</i>	<i>Myriam</i>	<i>Angela</i>	<i>Lucie</i>	<i>Carole</i>	<i>Virginie</i>	<i>Morgan</i>	<i>Charlie</i>
Âge	25 ans	34 ans	27 ans	56 ans	38 ans	50 ans	31 ans	33 ans
Études	(CSP 4)	(CSP 3)	(CSP 3)	(CSP 6)	(CSP 8)	(CSP 4)	(CSP 4)	(CSP 3)
Entourage familial	(CSP 3), (CSP 4)	ND	(CSP 6), (CSP 2)	(CSP 4), (CSP 3)	(CSP 4), (CSP 2)	(CSP 2)	(CSP 3), (CSP 3)	(CSP 4), (CSP 4)
Activité.s principale.s	Travail et militantisme	Art	Travail/art (peinture, écriture, photographie)	Travail/temps libre	Vivre	Travail	Aucune principale ! Mécanique, travaux, transformations de plantes médicinales, événementiel	Travail et temps libre
Mode de vie	Urbain, sans enfant, colocation	Rural, sans enfant, concubinage	Urbain, sans enfant, pacsée	Rural, enfants partis du foyer, mariée	Urbain, sans enfant	Urbain en déplacement	Sans enfant, rural, en collectif	Rural, en cours de grossesse
Statut affectif	Flou	Couple	Pacsée	Mariée	Célibataire	Couple	Couple	Couple
Militantisme	Oui, féministe	Dans le passé, anarcho-autonome	Oui, féministe et LGBT	Oui, associations et manifestations	Association de RDR, Indignée	Non	Réseaux féministes	Oui, association LGBT chrétienne
Discrimination.s subie.s	ND	ND	Oui, validiste, lesbophobe et sexiste	Ça ne m'atteint plus	Oui, par rapport à un handicap qui ne se voit pas forcément et délit de 'sale gueule'	Comme tout le monde en face de connards	Discriminations positives ; socialement intégrées ! En lien avec le fait d'être une femme !!! Discriminations sur mon mode de vie	Un peu mais pas plus que ça, en lien avec homosexualité et croyances
Auto-détermination	Gouine, questionne la catégorisation	Homosexuelle, questionne la catégorisation	Lesbienne	Lesbienne	Autre, aime les gens même si couche avec des femmes	Aimante	J'ai trouvé depuis peu ! Pansexuelle	Lesbienne
Vécu.s lesbien.s au quotidien	ND	ND	Cela a été très difficile, puis moins difficile, et encore moins difficile (...)	Pas de problème dans son quotidien	Dans vie personnelle non, dans vie professionnelle peut-être au début mais passe avec des sourires et de l'autodérision	Plutôt jouissif	Facile pour l'instant ! Le fait d'être cissexuelle et cisgenre aide peut-être, sans doute ?	Difficile mais très intéressant

Des expériences aux attentes des lesbiennes en soins primaires en France : inégalités en santé, postures professionnelles et *empowerment*

Contexte : Les personnes LGBT peuvent subir des discriminations responsables d'inégalités sociales de santé visibles dans les soins de premiers recours, interface initiale entre les personnes et l'institution. **Méthode** : L'objectif de l'étude était de décrire les expériences et les attentes actuelles de personnes lesbiennes en soins primaires en France. La recherche s'appuyait sur une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés, comprenant une phase exploratoire. **Résultats** : 15 personnes, s'identifiant ou ayant été identifiées comme lesbiennes, ont été rencontrées entre septembre 2014 et juin 2016. Les personnes rapportaient des représentations chez les soignant.e.s, issues de normes sociales, qui conduisaient à des inégalités d'accueil en soins primaires. Des idées préconçues et un manque d'intérêt menaient à des attitudes inadéquates des soignant.e.s. Concernant l'accès aux soins, des expériences positives étaient mentionnées mais d'autres stigmates pouvaient le compliquer. Des obstacles, et des stratégies pour les contourner, étaient retracés. Des soins de qualité étaient associés à une accessibilité aux soins primaires, parfois envisagés en réseaux, et à un accueil bienveillant non hétérosexiste. De nombreuses expériences d'alternatives, de solidarités et d'*empowerment* étaient relatées. **Discussion** : La déconstruction des croyances chez les soignant.e.s est un enjeu pour la prise en considération et la visibilité des lesbiennes. Pour agir sur les inégalités en santé, il semble important d'interroger l'hétérosexisme et les catégorisations comme d'intégrer des analyses intersectionnelles. Considérer l'autre, son expression de soi, et se référer plutôt aux pratiques sexuelles pour la réduction des risques, permettraient de proposer des informations et des soins adéquats. Des réseaux de collaboration pourraient concilier autonomie des personnes, santé communautaire et soins de premiers recours. **Conclusion** : Croiser les approches dans la recherche, comme dans les soins, permet de mieux appréhender les enjeux de la relation soigné.e/soignant.e et d'essayer de favoriser le prendre soin et l'*empowerment*.

From experiences to expectations of lesbians in primary health-care in France : health inequalities, professional attitudes and empowerment

Context : LGBT people can suffer from discriminations leading to unequal access to health-care, which is obvious in primary care, the first interaction between people and the institution. **Method** : The objective of this study was to describe lesbians' experiences and expectations in primary care in France. This research was based on a qualitative study using semi-directed interviews, including an exploratory stage. **Results** : 15 persons, identifying themselves or identified as being lesbian, were interviewed from September 2014 to June 2016. These persons reported that the way they were perceived by health-care personnel, stemming from social norms, lead to inequalities in their primary care reception. Stereotypes and a lack of interest lead to poorly adapted behavior from staff. Regarding access to health-care, a few positive experiences were mentioned but other stigmas could complicate them. Some obstacles, and strategies aiming to overcome them, were related. Quality health-care was associated to a welcoming environment without heterosexism and a better access to primary care, sometimes within collaborative networks. Other experiences of alternatives, solidarity and empowerment were also related. **Discussion**: The deconstruction of health-care personnel's perceptions is an issue in order to achieve consideration and visibility of lesbians. To act upon inequalities in health-care, it seems important to question heterosexism and categorizations, and to integrate intersectional analyses. The consideration of others and their expressions of themselves, as well as referring to sexual practices when addressing safer sex, would permit appropriate information and care. Some collaboration networks may combine personal autonomy, community health and primary care. **Conclusion**: Crossing approaches in research and in health-care allows a better understanding of issues in the patient-doctor relationship and may attempt to favor care and empowerment.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clefs : lesbiennes, soins primaires, hétérosexisme, inégalités sociales de santé, relation de soins, santé communautaire, empowerment, étude qualitative

Key words: lesbians, primary care, heterosexism, social health inequalities, patient-doctor relationship, community health, empowerment, qualitative study

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrices de thèse : Docteure Valérie COURTEAUT et Docteure Anne FREYENS