



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE  
LYON-SUD CHARLES MERIEUX**

---

Année 2018 - N°

**SUIVI GYNECOLOGIQUE CHEZ  
LES FEMMES AYANT DES RELATIONS  
SEXUELLES AVEC DES FEMMES**

*Etude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique*

**THESE**

Présentée

à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

et soutenue publiquement le 27/03/2018

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Mélanie ROUANET**

Née le 22 février 1985

A Mazamet (81)

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

2017-2018

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

## SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

## SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

## U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Éric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R. L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge  
LINA Gérard  
LONG Anne  
LUAUTE Jacques  
PEYRON François  
PICAUD Jean-Charles  
POUTEIL-NOBLE Claire  
PRACROS J. Pierre  
RIOUFFOL Gilles  
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire  
RUFFION Alain  
SANLAVILLE Damien  
SAURIN Jean-Christophe  
SEVE Pascal  
THOBOIS Stéphane  
TRILLET-LENOIR Véronique  
TRONC François

Biologie Cellulaire  
Bactériologie  
Médecine vasculaire  
Médecine physique et Réadaptation  
Parasitologie et Mycologie  
Pédiatrie  
Néphrologie  
Radiologie et Imagerie médicale  
Cardiologie  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Urologie  
Génétique  
Hépatogastroentérologie  
Médecine Interne, Gériatrique  
Neurologie  
Cancérologie ; Radiothérapie  
Chirurgie thoracique et cardio

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE  
BARREY Cédric  
BOHE Julien  
BOULETREAU Pierre  
BREVET-QUINZIN Marie  
CHAPET Olivier  
CHO Tae-hee  
CHOTEL Franck  
COTTE Eddy  
DALLE Stéphane  
DEVOUASSOUX Gilles  
DISSE Emmanuel  
DORET Muriel  
DUPUIS Olivier  
FARHAT Fadi  
FEUGIER Patrick  
FRANCO Patricia  
GHESQUIERES Hervé  
GILLET Pierre-Germain  
HAUMONT Thierry  
KASSAI KOUPAI Berhouz  
LASSET Christine  
LEGA Jean-Christophe  
LEGER FALANDRY Claire  
LIFANTE Jean-Christophe  
LUSTIG Sébastien  
MOJALLAL Alain-Ali  
NANCEY Stéphane  
PAPAREL Philippe  
PIALAT Jean-Baptiste  
POULET Emmanuel

Anesthésie-Réanimation Urgence  
Neurochirurgie  
Réanimation urgence  
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
Anatomie et cytologie pathologique  
Cancérologie, radiothérapie  
Neurologie  
Chirurgie Infantile  
Chirurgie générale  
Dermatologie  
Pneumologie  
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
Chirurgie Vasculaire  
Physiologie  
Hématologie  
Biologie Cell.  
Chirurgie Infantile  
Pharmacologie Fondamentale, Clinique  
Epidémiologie., éco. Santé  
Thérapeutique  
Médecine interne, gériatrie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie. Orthopédique  
Chirurgie. Plastique  
Gastro Entérologie  
Urologie  
Radiologie et Imagerie médicale  
Psychiatrie Adultes

REIX Philippe	Pédiatrie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologique
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie
YOU Benoît	Cancérologie

#### **PROFESSEUR ASSOCIE NON TITULAIRE**

FILBET Marilène	Thérapeutique
-----------------	---------------

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRES**

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

#### **PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE**

DUPRAZ Christian
------------------

#### **PROFESSEUR ASSOCIE SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE**

BONIN Olivier
---------------

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)**

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Éric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)**

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques

DESESTRET Virginie  
DIJOUDE Frédérique  
DUMITRESCU BORNE Oana  
GISCARD D'ESTAING Sandrine  
MILLAT Gilles  
PERROT Xavier  
PONCET Delphine  
RASIGADE Jean-Philippe  
VUILLEROT Carole

Cytologie – Histologie  
Anatomie et Cytologie pathologiques  
Bactériologie Virologie  
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction  
Biochimie et Biologie moléculaire  
Physiologie  
Biochimie, Biologie moléculaire  
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière  
Médecine Physique Réadaptation

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)**

COURY LUCAS Fabienne  
DEMILY Caroline  
FRIGGERI Arnaud  
HALFON DOMENECH Carine  
LOPEZ Jonathan  
MAUDUIT Claire  
MEWTON Nathan  
NOSBAUM Audrey  
PETER DEREK  
PUTOUX DETRE Audrey  
RAMIERE Christophe  
ROLLAND Benjamin  
SKANJETI Andréa  
SUBTIL Fabien  
SUJOBERT Pierre  
VALOUR Florent

Rhumatologie  
Psy-Adultes  
Anesthésiologie  
Pédiatrie  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Cytologie – Histologie  
Cardiologie  
Immunologie  
Physiologie  
Génétique  
Bactériologie-virologie  
Psychiatrie d'adultes  
Biophysique. Médecine nucléaire  
Biostatistiques  
Hématologie  
Mal infect.

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE**

CHANELIERE Marc  
PERDRIX Corinne  
SUPPER Irène

### **PROFESSEURS EMERITES**

*Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy  
BERLAND Michel  
CARRET Jean-Paul  
FLANDROIS Jean-Pierre  
LLORCA Guy  
MOYEN Bernard  
PACHECO Yves  
PEIX Jean-Louis  
PERRIN Paul  
SAMARUT Jacques

Physiologie  
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale  
Anatomie - Chirurgie orthopédique  
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière  
Thérapeutique  
Chirurgie Orthopédique  
Pneumologie  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Biochimie et Biologie moléculaire

## COMPOSITION DU JURY

### **Président du jury :**

Madame le Professeur Marie FLORI

### **Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Monsieur le Docteur Thomas PIPARD (directeur de thèse)

## LE SERMENT d'HIPPOCRATE

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.*

*A mon père,*

## REMERCIEMENTS

### Aux membres du jury

*Madame le Professeur Marie FLORI,*

*Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, d'avoir pris le temps d'échanger sur ce sujet quelque peu original et de votre bienveillance lors de nos rencontres. Votre expérience sur la santé de la femme en soins primaires ne peut qu'alimenter et enrichir ce travail et la soutenance qui va suivre. Soyez assurée de ma profonde gratitude.*

*Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD,*

*J'ai eu l'honneur d'assister à vos cours lors du DIU de gynécologie et j'ai apprécié votre disponibilité et votre approche humaine de la médecine et de la gynécologie. Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.*

*Madame le Professeur Liliane DALIGAND,*

*Vous avez immédiatement accepté de faire partie du jury de cette thèse et juger ce travail sans me connaître. L'intérêt que vous portez à la santé des femmes apporte un regard essentiel sur ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.*

*Monsieur le Docteur Thomas PIPARD,*

*Quand je t'ai parlé de mon sujet, sans même savoir que tu dirigeais des thèses, tu as de suite montré un vif intérêt pour ce sujet atypique et t'es même porté volontaire pour le diriger. De notre année syndicale au Syrel à ces deux années de thèse, nous nous sommes suivis dans notre parcours, mais tu as sans aucun doute pris un train d'avance sur moi. La tâche n'était pas facile mais tu as su poser le cadre nécessaire tout en me laissant une certaine liberté dans ce travail. Merci pour tes messages encourageants pendant les périodes de stress (et elles étaient nombreuses). Je suis très honorée de faire partie de tes tous premiers thésards.*

A toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude, et à toutes celles qui ont souhaité y participer. Vous avez été nombreuses à m'avoir contacté et je vous en remercie. Votre mobilisation prouve toute la légitimité de ce sujet. Merci d'avoir partagé vos parcours de vie, souvent dans votre intimité, et de m'avoir convaincu à chaque fois de l'importance de vous écouter. Que ce travail puisse vous donner toute la visibilité que vous méritez.

A toutes les personnes qui m'ont grandement aidé au recrutement.

Notamment au Centre de santé et sexualité de Lyon, particulièrement à ses bénévoles et Mme COUDEYRAS présidente du réseau Virages, ainsi qu'aux bénévoles du Collectif lesbien lyonnais.

Au CeGIDD de l'hôpital de La Croix Rousse, et particulièrement le Dr Fernandez.

Au Dr ORIOL, ancien médecin du planning familial de Villeurbanne.

A tous les bénévoles des associations qui ont gentiment relayé mon annonce, plus particulièrement les associations APGL, Enfants arc-en-ciel, Les Dérailleurs, David et Jonathan.....

Aux amis et collègues qui en ont parlé autour d'eux ou à leurs patientes.

A tous ceux qui ont participé à ma formation et fait de mon internat un moment riche d'expériences et de belles rencontres

Particulièrement aux équipes médicales et paramédicales du CH de Montélimar. Et notamment les services des urgences et de pédiatrie. Pour avoir rendu ma première année d'internat inoubliable. Parce que le monde des bisounours, ça existe.

Aux Dr Prothon et Dr Conchon. Pour m'avoir guidé dans mes premiers pas de médecine de ville.

Au cabinet médical de Vaugneray. Aux Dr Chambion, Dr Ciancaleoni et Dr Moritel pour votre gentillesse et bienveillance pendant mon SASPAS. J'étais un peu chez moi et vous m'avez fait aimer la médecine libérale. Aux secrétaires formidables, Laurence et Marie-Noëlle. Au Dr Thomas.

Au Dr Faysse et toute l'équipe chaleureuse et accueillante du CPEF d'Oullins durant mes 6 mois de stage. C'est finalement un peu grâce à ce stage que ce sujet a émergé. J'ai apprécié

*travailler à vos côtés. Merci pour votre humanisme et m'avoir prouvé que tout le monde a le droit d'être soigné dignement. J'aimais la gynéco, je l'aime encore plus depuis.*

*Aux médecins et secrétaires qui m'accordent leur confiance depuis plusieurs mois.*

*Au Dr Alsadoun. Pour me faire confiance depuis plus d'un an. Pour m'avoir soutenu pendant la longue période d'incertitude pour ma licence de remplacement, sans jamais me mettre de pression !*

*Au Cabinet médical de la Boisse. Aux Dr Le Saout et Dr Tavernier. A Véronique et Camille. Pour travailler dans la bonne humeur depuis plus d'un an. Pour votre soutien pendant cette période de stress. Pour me rappeler que mon bien-être passe avant mon travail et le vôtre.*

*A ma famille :*

*A ma mère et ma sœur, parce que je vous dois tout. Pour vos nombreuses lectures, relectures et re-relectures, souvent dans l'urgence.*

*A ma mère. Surtout. Pour tous les sacrifices que tu as fait et les épreuves que nous avons affrontées durant ces nombreuses années, pour m'avoir soutenu et réconforté dans les moments difficiles et périodes de doutes. Pour ta grande disponibilité et tes encouragements. J'ai eu besoin de faire des pauses dans mon cursus et tu l'as toujours compris et fais confiance dans mes décisions. Je ne pourrai jamais te remercier autant que tu le mérites. Ça y est, tu vas enfin pouvoir dormir tranquillement !*

*A ma sœur Elo. Evidemment. Quelle chance j'ai de t'avoir. Tu as tenu ton rôle haut la main, toujours présente, rassurante, positive et protectrice. Mais ça y est, ta petite sœur est maintenant docteur ! Moi aussi je suis fière de ce que tu accomplis et de la vie que tu te construis. Tu mérites le bonheur, tu es sur la bonne voie. Et mention spéciale pour ton aide précieuse dans la mise en page et la réalisation de ce superbe tableau ! Sans toi, cette thèse n'aurait pas pris forme ! Merci infiniment.*

*A ma tante Alice. Tu as toujours été entre une grande sœur et une deuxième mère. Pour ta bonne humeur et nos nombreux fous rires. A tant de bons moments encore à partager.*

*A ma famille. Petite, mais précieuse. Les épreuves que nous avons traversé n'ont fait que renforcer nos liens.*

*A tous ceux qui nous ont quitté, souvent trop tôt. A ceux qui nous ont rejoint.*

*A Denis, tu fais sans aucun doute partie de la famille. Tu as le don de voir le monde toujours d'une autre façon qui la rend à chaque fois curieuse et atypique. Tu étais important pour papa, tu l'es désormais pour maman, tu l'es forcément pour moi.*

### *Aux amis, copains, co-externes montpelliérains*

*J'aurais trop de choses à dire à chacun d'entre vous, alors je vous laisse choisir...*

*A celui à qui je dois ma 3<sup>ème</sup> P1, celles à qui je dois ma D4, celle qui a bravé le froid lyonnais à plusieurs reprises (et je sais que ce n'était pas une mince affaire pour la sudiste que tu es (tu te reconnâtras)), à l'excentrique, à la chaleur canado-martinico-guyannaise, à celui que je ne comprends pas toujours, au « rire-moqueur », aux discussions interminables dans la nuit, aux café-crème du RU, à votre originalité, mais surtout pour tout ce que nous avons partagé en dehors de la médecine et qui ont transformé ces longues années d'étude en merveilleux souvenirs. Pour continuer à être présents malgré les différentes destinations que nous avons prises. Pour vos appels, mails et sms motivants et encourageants ces derniers mois. Que cette riche amitié perdure encore longtemps.*

*A Aj. Je suis tellement contente que tu sois revenu sur le continent.*

*A Cathy. Pour avoir été une sous-colleuse hors-pair et rester une amie exceptionnelle. A Vincent, et Paolo bien sûr, le plus beau de tous.*

*A Doudou. Pour partager la passion des voyages, de la découverte, de la photo. A Jojo que je découvre petit à petit.*

*A Evelyne. « Parce que ça ne sert à rien de courir, l'important c'est d'arriver à point » (enfin il était temps quand même !!)*

*A Mehdi. Même si j'ai pas toujours un décodeur avec moi ! Reste fidèle à toi-même.*

*A Cécile. Garde ton sourire, le soleil te va si bien. A ta nouvelle vie guyanaise.*

*A Aurélie. Avec Cathy vous avez été des sous-colleuses merveilleuses. Je crois que notre réussite nous nous la devons mutuellement.*

*A Sarah. A ta nouvelle vie parisienne après avoir traversé la France et le globe.*

***A mon trio de choc.** Vous êtes des amis précieux, j'ai de la chance de vous avoir. C'est toujours un bonheur de vous retrouver et partager des moments simples et conviviaux.*

*A Phil. Pour savoir apprécier la tartiflette à sa juste valeur (à toute heure du jour ou de la nuit !), pour les week-ends chalets et gîte, sous la pluie ou sous la neige et pour les coups de fil souvent longs, toujours positifs ! A Amandine pour son accueil.*

*A Seb Q. Pour ta sagesse et me prouver que l'on peut vivre heureux avec peu de choses. Pour nos discussions socio-philo-écologico-culturelles et les fanfares qui ne pourraient se faire sans toi ! Pour avoir été une épaule réconfortante à plusieurs reprises. Pour tout ça, merci. A Christelle qui te correspond si bien.*

*A Seb Ott. Pour avoir amené un peu de chaleur polynésienne pendant toutes ces années. Le son du Ukulele continue de résonner en ton absence. Reste plus qu'à se retrouver sous un cocotier sur un coin de ton île.*

*A Steicy, Vincent et tous ceux qui ont pris le train en marche. Pour les soirées jeux et avoir contribué à tous ces bons moments mémorables.*

### *Aux amis lyonnais*

*Pour être toujours là dans les bons moments comme dans les moins bons. Pour votre soutien, avis et remarques pertinentes dans ce travail. Pour ce fabuleux road-trip NZ et partout ailleurs et les escapades en montagnes. Pour votre folie douce.*

*A Anaïs. Au meilleur des semestres d'internat et aux années d'amitié qui ont suivi. Merci pour ton humour (au moins aussi bon que le mien !) et tes chaussettes pantoufles (les 2 choses qui font une bonne soirée chez vous les pieds au chaud !). Au grand chauve et au petit chevelu qui va bientôt montrer le bout de son nez.*

*A Clem. Pour ton humour décalé, ton écoute, ta curiosité. Pour avoir toujours les mots justes et m'avoir convaincu de me lancer dans ce sujet. Pour être toujours motivée pour tout ! A Nico.*

*A Sophie. Pour toutes les routes montagneuses que nous avons arpentées et les voyages en conditions extrêmes (enfin, surtout orageuses !). Pour les rando-siestes et les dimanches post-garde au lac. Pour nos questions existentielles. Ton amitié est précieuse. L'aventure ne fait que commencer et j'espère qu'elle se poursuivra plus près des montagnes.*

*A Amel. Pour tes ramousettes, tes histoires rocambolesques et ton enthousiasme...débordant ! Pour avoir partagé un petit bout de l'aventure réunionnaise.*

*A Marion et Elise. Vous avez été à votre tour des super co-internes. Pour l'amitié qui s'est créée. Marion, pour ta curiosité. Elise pour ton attention, les conseils et nos futures missions Médecins du monde ? Merci à toutes les deux pour les pauses-repas pendant la rédaction qui m'ont permis de sortir le nez de mon ordinateur.*

*A Silène. Pour m'avoir suivi depuis Montpellier. La seule. Pour avoir débuté avec moi à Montélimar. J'apprécie toujours ta bonne humeur et ta motivation.*

*A Axelle. Que ta nouvelle vie péruvienne soit à ton image : pétillante.*

*A Anaïs R, Emilien, etc.*

*A tous les autres montiliens qui ont fait les débuts avec moi.*

*A mon groupe de pair, co-internes, collègues puis amis. A Anaïs, Clem, Elodie, Agathe, Isa, Thomas (encore !). Depuis l'expérience SyReL jusqu'ici. Pour nos soirées « boulot » toujours dans la bonne humeur et les crudités + sauces.*

#### *Aux vieilles amitiés qui résistent*

*A Gégé. Ma vieille amie. Ma plus fidèle. Depuis les années lycée jusqu'à aujourd'hui, que de chemins parcourus (dans tous les sens du terme d'ailleurs). Merci pour ta joie de vivre, tes remarques toujours pertinentes, ta spontanéité et ton (gros) grain de folie. Parce qu'avec toi on ne s'ennuie jamais. Surtout ne change pas. A ta petite famille qui s'agrandit.*

*A Julia. Je suis heureuse de voir comment tu as construit ta vie à Bordeaux. J'ai hâte de rencontrer votre petite Anna et regoûter à l'un de tes petits plats 4 étoiles !*

*A Line. Parce que partager une chambre d'internat au lycée, ça crée des liens particuliers. A nos futures retrouvailles au milieu des musées.*

*A Jean. Le lycée me paraît loin mais on formait une belle équipe. Parce que les amitiés de l'internat restent particulières, même à l'autre bout du monde...*

*A Nadia. Ma plus vieille amie. Même si nous nous sommes éloignées, j'aime nos rendez-vous « thé annuel » !*

*Et tous les bons souvenirs d'enfance dans les villages perdus de la Montagne Noire, aussi fous qu'ils pouvaient l'être.*

*A toutes les personnes qui ont croisé ma route et bien plus encore.*

*A mes colocs de Montpellier venus des 4 coins de l'Europe et de France. Pour avoir passé les quatre meilleures années avec vous et avoir fait de cette coloc une grande famille. Parce qu'avec vous tout était possible, tout était partagé, tout était bonne humeur. Parce que depuis, J'AIIME les allemands (et les belges, et les italiens, et les québécois, et les guadeloupéens)! Pour m'avoir fait vivre l'Erasmus par procuration.*

*A mes colocs Réunionnaises. Pour avoir fait de cette dispo une véritable parenthèse enchantée. J'espère revenir.*

*Au cercle de thèse, pour avoir rendu le travail de thèse plus facile et plus agréable. A ceux pour qui c'est bientôt le tour. Courage, la fin n'est pas loin. A ceux qui arrivent.*

*A la troupe de la Batucada Bandana. Pour cette parenthèse musicale (pluri)-hebdomadaire qui me permet de m'évader (et accessoirement d'évacuer mon stress en tapant sur des surdos !) au son des percussions brésiliennes depuis maintenant 3 ans. Pour votre bonne humeur partagée (avec vous et le public) ! Allez, Samba ! Takalikatia poum tchak !*

*A tous ceux que j'ai pu oublier.*

*Parce que vous avez tous contribué à votre façon à la personne que je suis et le médecin que je deviens.*

*A mon père. Qui me manque. Tu n'auras jamais su que mon rêve d'être médecin s'est réalisé, mais au fond de moi, je sais que tu n'en doutais pas. Merci de m'avoir transmis le goût des voyages, de l'art et de la culture, de m'avoir donné la curiosité de toujours vouloir aller voir ce qu'il y a ailleurs. Mais je n'oublie pas mes racines, je sais qu'elles étaient essentielles pour toi. J'espère que de là où tu es, tu es fier de moi.*

## AVANT -PROPOS

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 extrapolable à toutes les femmes ayant des relations avec des femmes (FSF). Le contexte politique et social dans lequel elle a été réalisée ne peut donner une vision complète de la population ciblée. Les résultats présentés ne sont en aucun cas exhaustifs et sont une analyse possible des entretiens réalisés, visant à répondre au mieux à la question de recherche. Certains propos n'ont pas été retenus lors de l'analyse des données, non par manque d'intérêt mais parce qu'ils ne répondaient pas directement aux objectifs de l'étude. Les catégories décrites et les unités de sens utilisés pour les illustrer ont été choisies pour leur pertinence.

Une attention particulière a été portée à ne pas sur-interpréter les propos des participantes et ne pas faire de généralisations abusives.

La transsexualité et l'intersexualité n'apparaissent pas dans ce travail pour des raisons de méthodologie.

Les termes de « lesbienne », « homosexuelle », « homosexualité », « homo-bisexuelle » ont pu être utilisés à la place de FSF, notamment lorsque ceux-ci avaient été employés dans les études citées. Il ne s'agit en aucun cas d'exclure les femmes ayant d'autres orientations sexuelles ou se définissant sous une autre désignation, mais bien de les inclure sous le terme plus général de FSF, le plus souvent utilisé dans cette étude.

Le contenu de ce travail ne doit en aucun cas et sous aucun prétexte, être utilisé à des fins de stigmatisation ou de discrimination, qu'il s'agisse des femmes, des personnes LGBTI ou des professionnels de santé.

## RESUME

**Contexte** : Considérées comme une minorité sexuelle, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) présentent, dans différentes proportions, des risques gynécologiques identiques à toutes les femmes. Il existe pourtant un défaut dans leur suivi. Leurs représentations de la gynécologie sont peu étudiées et souvent centrées sur les infections sexuellement transmissibles. L'étude s'est intéressée au vécu de la consultation gynécologique dans cette population et à leurs attentes.

**Population étudiée et méthodes** : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 FSF âgées de 18 à 49 ans avec analyse sémiopragmatique selon les universaux de Peirce et triangulation des analyses.

**Résultats** : Le suivi gynécologique prenait un chemin commun à celui des autres femmes. Leur orientation sexuelle occupait pourtant une place particulière. Elle influençait leur regard sur la gynécologie qu'elles attribuaient essentiellement aux pratiques hétérosexuelles, les mettant en marge de ce suivi. Le poids de l'hétéronormativité, de l'homophobie et de l'hétérosexisme ; les craintes de discriminations, de jugements et de stigmatisations compliquaient la divulgation de l'orientation sexuelle et rendaient la prise en charge et la relation complexe et ambivalente (incompréhension, prise en charge inadaptée, suivi et relation rompus). Pour s'en protéger, elles développaient des stratégies adaptatives (autocensure, recherche de signes d'ouverture gay-friendly, accès au réseau associatif). La maternité, vécue dans l'illégalité, pouvait modifier cette relation et créer un lien fort et indéfectible avec le professionnel. Face à leur invisibilité, elles décrivaient des besoins d'équité et étaient dans l'attente d'une prise en charge plus inclusive en santé sexuelle.

**Conclusion** : Cette étude permet de mieux comprendre l'influence des représentations sociétales à l'origine des stigmatisations et stéréotypes envers l'homosexualité féminine, et l'impact dans la relation de soins et la perception du suivi gynécologique. Elle soulève l'importance d'une prise en charge holistique et inclusive en santé sexuelle dans un cadre d'ouverture et de tolérance.

# TABLE DES MATIERES

AVANT -PROPOS.....	17
RESUME.....	18
TABLE DES MATIERES.....	19
ABREVIATIONS.....	22
LEXIQUE.....	23
1. INTRODUCTION.....	24
2. MATERIEL ET METHODES.....	28
2.1. Type d'étude et méthodologie : choix de la méthode.....	28
2.2. Bibliographie.....	28
2.3. Composition de l'équipe de recherche.....	29
2.4. Constitution de l'échantillon et recrutement.....	29
2.5. Posture du chercheur.....	32
2.6. Entretiens.....	32
2.6.1. Documents d'information préalable à l'entretien.....	32
2.6.2. Guide d'entretien.....	32
2.6.3. Réalisation des entretiens.....	33
2.7. Recueil et analyse des données.....	35
2.8. Aspects éthiques et réglementaires.....	36
2.9. Matériel.....	37
3. RESULTATS.....	38
3.1. Description de l'échantillon.....	38
3.2. A la fois ordinaire et singulière : du suivi identique au suivi spécifique.....	40
3.2.1. Un suivi ordinaire.....	40
3.2.1.1. Un suivi traditionnel et nécessaire.....	40
3.2.1.2. Un suivi évité et redouté.....	42
3.2.2. Et singulier.....	42
3.2.2.1. Ne pas se sentir concernée.....	42
3.2.2.2. Du risque potentiel à l'immunité face aux IST.....	44
3.2.2.3. Se sentir différente.....	47
3.2.2.4. Une maternité médicalisée.....	48
3.3. Une relation de soins empreinte de normes et représentations sociétales.....	50
3.3.1. Une relation de soins complexe et ambivalente.....	50
3.3.1.1. Une relation comme les autres.....	50

3.3.1.2.	La place particulière de l'orientation sexuelle : entre méfiance et confiance .....	51
3.3.2.	Répercussions de cette relation ambivalente.....	58
3.3.2.1.	Le professionnel : un bon interlocuteur ?.....	58
3.3.2.2.	Inverser les rôles .....	59
3.3.2.3.	L'orientation sexuelle : un sujet appréhendé et anticipé.....	59
3.3.2.4.	Une relation fragilisée.....	61
3.3.3.	Normes et représentations sociétales .....	62
3.3.3.1.	Poids des normes et hétéronormativité : une société normative.....	62
3.3.3.2.	Du sexisme à l'homophobie.....	64
3.3.3.3.	Maternité et PMA : les limites de la législation .....	65
3.3.3.4.	Minorité sexuelle : entre visibilité et invisibilité.....	66
3.4.	Attentes et améliorations : vers une prise en charge globale et inclusive .....	68
3.4.1.	Une équité à renforcer : la nécessité de l'ouverture .....	68
3.4.1.1.	Mieux communiquer pour mieux sensibiliser .....	68
3.4.1.2.	Développer l'information.....	71
3.4.1.3.	Eduquer .....	72
3.4.1.4.	La place particulière du médecin traitant.....	72
3.4.2.	Du besoin médical au besoin fondamental.....	73
3.4.2.1.	Des besoins de santé gynécologique .....	73
3.4.2.2.	Une minorité à valoriser .....	75
4.	DISCUSSION .....	77
4.1.	Discussion de la méthode .....	77
4.1.1.	Equipe de recherche et de réflexion .....	77
4.1.1.1.	Expérience et formation du chercheur .....	77
4.1.1.2.	Relation avec les participantes et caractéristiques de l'enquêtrice.....	78
4.1.1.3.	Posture du chercheur et carnet de bord .....	79
4.1.2.	Conception de l'étude .....	80
4.1.2.1.	Constitution de l'échantillon raisonné.....	80
4.1.2.2.	Caractéristiques et difficultés du recrutement.....	81
4.1.2.3.	Recueil des données .....	83
4.1.3.	Analyse et résultats .....	86
4.1.3.1.	L'analyse des données .....	86
4.1.3.2.	Rédaction des résultats.....	87
4.2.	Discussion des résultats .....	87

4.2.1.	A la fois ordinaire et singulière : une relation de soins complexe et ambivalente .....	87
4.2.1.1.	Une relation comme les autres.....	87
4.2.1.2.	Une relation ambivalente .....	88
4.2.1.3.	Répercussions et stratégies adaptatives .....	91
4.2.2.	Représentations sociétales : société normative et vision hétéronormée .....	94
4.2.2.1.	Une société hétéronormée .....	94
4.2.2.2.	Homophobie et hétérosexisme .....	96
4.2.2.3.	La maternité et le poids de la législation .....	98
4.2.3.	Visibilité et invisibilité.....	101
4.2.3.1.	L'invisibilité des FSF.....	101
4.2.3.2.	Vers une évolution des mentalités : une visibilité non dénuée de risques .....	102
4.2.4.	Des besoins et attentes spécifiques.....	104
4.2.4.1.	Les besoins en santé sexuelle .....	104
4.2.4.2.	Des stratégies d'amélioration pour répondre au besoin d'équité .....	106
5.	C O N C L U S I O N S .....	112
6.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	115
7.	ANNEXES.....	123
	Annexe 1 : Note d'information à l'attention des participantes .....	123
	Annexe 2 : Prospectus de recrutement à l'attention des participantes .....	124
	Annexe 3 : Lettre d'information pour la participation à une recherche observationnelle .....	125
	Annexe 4 : Formulaire de consentement pour la participation à une recherche observationnelle.....	127
	Annexe 5 : Canevas d'entretien initial .....	128
	Annexe 6 : Canevas d'entretien final .....	131
	Annexe 7 : Questionnaire pour l'acquisition des données socio-démographiques .....	134
	Annexe 8 : Catégories de Peirce.....	135
	Annexe 9 : Réponse du Comité de Protection des Personnes.....	136
	Annexe 10 : Récépissé de la déclaration à la CNIL .....	137
	Annexe 11 : Grille COREQ.....	138
	Annexe 12 : Entretiens retranscrits (sur CD).....	143

## ABREVIATIONS

**APGL** : Association des Parents et futurs parents Gays et Lesbiens

**CeGIDD** : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CPEF** : Centre de Planification et d'Education Familiale

**CPP** : Comité de Protection des Personnes

**CRIPS** : Centre Régional d'Information et de Prévention Sida

**CSF** : Contexte de la Sexualité en France

**DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées

**ENVEFF** : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

**FCU** : Frottis Cervico-Utérin

**FSF** : Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes

**HPV** : Human Papillomavirus

**HSH** : Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

**IAD** : Insémination Artificielle avec Don de sperme

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**LBGTI** : lesbienne-Gay-Bisexuel-Transgenre-Intersexuel

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PACS** : PActe Civil de Solidarité

**PMA** : Procréation Médicalement Assistée

## LEXIQUE

**Coming out** : Annonce volontaire d'une orientation sexuelle ou d'une identité de genre à son entourage (1).

**Discrimination** : 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 (2).

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

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

**Gay-friendly / Lesbian friendly** : Caractérise le fait d'être bienveillant(e) à l'égard des lesbiennes (1).

**Gayphobie** : Attitudes ou manifestations de mépris, de rejet ou de haine envers les personnes gays (1).

**Hétéronormativité** : 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 (3).

**Homoparentalité** : Exercice des droits parentaux par deux personnes du même sexe vivant en couple (4).

**Pansexuel** : Personne attirée sexuellement ou sentimentalement par une autre personne sans considération de son sexe ou de son genre (5).

**Safe sex / safer sex** : Stratégies de réduction des risques de transmission des infections sexuellement transmissibles (6).

**Stigmatisation** (7): Fait de dénoncer, critiquer publiquement quelqu'un(e) ou un acte que l'on juge moralement condamnable ou répréhensible.

## 1. INTRODUCTION

Depuis la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, et plus particulièrement depuis l'instauration en 1999 du pacte civil de solidarité (PACS), permettant d'officialiser l'union de deux personnes de même sexe, la place de l'homosexualité dans la société a sensiblement évolué. La loi autorisant le mariage pour tous, promulguée le 17 mai 2013, et actuellement le débat sur la procréation médicalement assistée (PMA) pour les couples de même sexe, tendent vers une meilleure visibilité sociale de la communauté lesbienne-gay-bisexuelle-transgenre-intersexuelle (LGBTI). Pour autant, la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle est considérée comme la deuxième forme de discrimination la plus répandue au sein de l'Union Européenne. La France, quant à elle, se situe encore aujourd'hui au-dessus de la moyenne européenne (8).

Bien que considérées comme une minorité sexuelle, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) n'en restent pas moins une population non-négligeable. Selon les résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) (9), et ce malgré une probable sous-déclaration, 4% des femmes déclarent avoir déjà eu des pratiques homosexuelles. Ce chiffre s'étend à 6% dans l'agglomération parisienne (et jusqu'à 8,1% pour la tranche d'âge 40-49 ans). Parmi ces femmes, 1% déclarent avoir eu des rapports homosexuels sur les 12 derniers mois. L'homosexualité féminine reste pourtant, un sujet encore peu étudié en France.

Le « *coming out* », processus de découverte de son orientation sexuelle et de révélation aux autres, peut commencer à tout âge et peut être associé à une détresse émotionnelle notable. Cette période de découverte est souvent vécue dans l'isolement et la clandestinité. Des attitudes de rejet, en particulier familiales, les harcèlements ou agressions homophobes dont certaines sont victimes et l'absence de soutien social contribuent à une plus grande fragilité psychologique et identitaire, particulièrement à l'adolescence. Les personnes gaies et lesbiennes sont ainsi deux à trois plus exposées au risque suicidaire, notamment chez les sujets jeunes et les femmes (10,11). Ces difficultés psychologiques et sociales rencontrées, notamment en phase d'acceptation de leur homosexualité, font des FSF, un groupe vulnérable sur le plan de la santé.

Des études anglo-saxonnes (12–14) ont montré que les FSF, particulièrement chez les moins de 30 ans, avaient moins recours aux soins médicaux, qu’il y avait un retard à la consultation et qu’elles recevaient des soins de qualité inférieure en comparaison à la population hétérosexuelle. Ces inégalités en soins de santé, en partie influencées par des expériences négatives en consultation, soulèvent un réel problème de santé publique. Pourtant, de par leur situation de femme et de femme ayant des relations avec d’autres femmes, les FSF ont des besoins de santé spécifiques notamment en termes de gynécologie (15,16).

Plusieurs études ont démontré que les FSF constituaient un groupe à risque au niveau gynécologique. En cause, la précocité des rapports, un nombre de partenaires plus élevé, un risque d’infections sexuellement transmissibles (IST) plus important que chez les femmes hétérosexuelles (quatre fois plus d’IST rapportées au cours des cinq dernières années selon l’enquête CSF), des conduites à risques (usage de drogues et alcool) et des pratiques sexuelles plus diversifiées (9,17). Pour autant, les risques liés aux IST et au cancer du col de l’utérus sont sous-estimés par les FSF (11–15). Des études ont mis en évidence un défaut dans leur suivi et moins de recours au dépistage. Le premier frottis cervico-utérin (FCU) est réalisé plus tardivement et moins régulièrement par rapport à la population générale. Les sujets n’ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes sont beaucoup moins susceptibles d’avoir subi un examen pelvien (18,22–24). L’enquête CSF (25) rapporte que 8% des femmes n’ayant eu que des partenaires féminins durant les 12 derniers mois n’ont jamais eu recours à des soins gynécologiques, contre 1% chez les femmes hétérosexuelles et bisexuelles. L’enquête Profa sur « la santé des femmes qui aiment les femmes » (26) réalisée en Suisse Romande a, quant à elle, montré que 28% des lesbiennes n’avaient jamais effectué de contrôle gynécologique. Pourtant, grâce au dépistage par FCU, recommandé tous les 3 ans entre 25 et 65 ans (27), le cancer du col de l’utérus est désormais placé au 11<sup>ème</sup> rang des cancers chez la femme (28). Si l’infection par le Human Papillomavirus (HPV) est probablement l’infection sexuellement transmise la plus répandue dans le monde, les FSF n’en sont pas épargnées (29). Selon une étude réalisée au Royaume-Uni (30), on estime que 17% des lesbiennes n’ont jamais eu de FCU, alors que la présence de l’HPV a été observée chez 21% des femmes lesbiennes sans contact sexuel préalable avec des hommes (15,31). Ces chiffres sont semblables à ceux communiqués dans le Plan national de lutte contre le

VIH et les IST qui rapporte que la proportion de transmission de HPV chez les lesbiennes oscille entre 13% et 30% (dont 6% n'ayant jamais eu de rapports sexuels avec des hommes) (32).

Une autre étude portant sur 1139 lesbiennes, a montré que 76% des participantes ont déclaré un FCU anormal et plusieurs autres études ont documenté des cas de cancer du col de l'utérus chez les lesbiennes sans jamais avoir eu de contact hétérosexuel (33,34).

Au-delà des thématiques abordées en consultation, telles que : la contraception, la sexualité, la puberté, les pathologies gynécologiques, la ménopause, la grossesse, les IST, ou encore les examens de dépistage, le suivi de la femme occupe une place essentielle dans son parcours de soins. En France, près de 19% des consultations spécialisées chez les femmes de moins de 50 ans se font chez le gynécologue (35,36). La première consultation gynécologique marque une étape importante, représentant pour certaines un « rite initiatique », pour beaucoup une rupture avec l'enfance, pour la plupart une intrusion dans l'intimité, alors même que ce corps féminin est en pleine transformation. Ce suivi commence tôt à l'adolescence, il évolue et s'adapte au parcours de vie de chacune. Il fait l'apprentissage des normes corporelles et sexuelles. Il modifie irréversiblement le statut de jeune fille en celui de femme (37,38). Pour nombres d'entre elles, ce suivi évoque aussi l'examen gynécologique technique, mettant à nu les parties les plus intimes de leur corps, devant parfois mettre de côté leur propre pudeur, s'exposer dans certains cas au sexe opposé, se dévoiler la plupart du temps à un inconnu (39). Le premier contact avec le professionnel est donc déterminant pour la suite de la prise en charge.

Pendant longtemps, et aujourd'hui encore, l'image de l'homosexualité féminine a souvent été associée à celle de la masculinité, bouleversant les normes imposées par la société. Elle pouvait être décrite comme une rupture avec la féminité traditionnelle jusqu'à parfois même ne plus être considérée comme une « vraie » femme puisqu'elle supposait de ne pas pouvoir assurer l'une des principales fonctions qu'on lui attribuait : la maternité (40,41). Si cette vision stigmatisante de l'homosexualité féminine a considérablement évolué, elle soulève cependant la question de la place faite aux FSF dans le suivi médical gynécologique.

L'entrée dans la vie adulte et particulièrement celle de la vie sexuelle marque le début d'une certaine indépendance vis-à-vis de l'autorité parentale. Chaque jeune femme se voit ainsi confrontée à ses responsabilités, y compris dans le domaine de la santé et devient le principal acteur de sa santé. Les femmes de moins de 50 ans, non ciblées par les campagnes de dépistage systématique du cancer du sein par la mammographie, ne sont donc pas amenées à consulter obligatoirement ni systématiquement leur gynécologue. L'enquête menée par le CRIPS Rhône-Alpes (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) en 2010-2011 sur « Les FSF face au VIH et aux IST » (42) a mis en évidence que l'âge influençait le suivi gynécologique. Les trois-quarts des participantes de moins de 30 ans déclaraient ne pas avoir de gynécologue habituel. La santé sexuelle — définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social — des femmes jeunes, reste donc une priorité. Elle ne se limite pas à l'absence de maladie ou de dysfonctionnement, et prend également en compte différents facteurs (biologiques, psychologiques, socio-culturels, etc.) pouvant l'influencer (43,44).

Depuis peu, on note une certaine prise de conscience de l'invisibilité des FSF sur le plan de la santé par les pouvoirs publics. Le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 (32) inclut pour la première fois les FSF et s'intéresse à la question de la prévention dans cette population. Pour autant, peu d'études se sont intéressées à leur vécu de la consultation gynécologique.

Si des mesures semblent avoir été instaurées pour prendre en compte les spécificités des minorités sexuelles, quel regard les FSF portent-elles sur leur prise en charge gynécologique ? Comment leur orientation sexuelle influence-t-elle leur suivi ? Quels en sont leurs besoins ?

L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu de la consultation gynécologique des FSF afin de comprendre quels sont les éléments influençant leur suivi et quelles sont leurs attentes.

## 2. MATERIEL ET METHODES

### 2.1. Type d'étude et méthodologie : choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive par entretiens individuels semi-dirigés, menée jusqu'à saturation des occurrences.

L'objectif principal était d'explorer le vécu de la consultation gynécologique chez les FSF pour comprendre comment l'orientation sexuelle pouvait avoir une influence sur le suivi. L'objectif secondaire était d'explorer leurs attentes pour mieux les prendre en charge.

### 2.2. Bibliographie

La recherche bibliographique a débuté en mars 2016. Elle a été effectuée dans un premier temps *via* le portail documentaire de l'Université Lyon 1 avec le catalogue en ligne de la Bibliothèque Universitaire de Lyon 1 et les bases de données suivantes : PubMed, SUDOC, Banque de données de Santé Publique, EM Premium, Google, Google Scholar. Les données ont été enrichies par des articles de revues psycho-sociales du moteur de recherche CAIRN.

Les mots clés utilisés de manière isolée ou en association, à partir des termes MeSh, étaient pour la recherche francophone : « homosexualité », « lesbienne », « homosexualité féminine », « bisexualité », « santé des femmes », « dépistage », « gynécologie ». Pour la littérature anglophone : « homosexuality », « lesbian », « bisexuality », « homosexuality, female », « bisexual », « women's health », « screening », « gynecology », « gynecological examination ». Ces mots clés ont été combinés dans des équations de recherche en utilisant des opérateurs booléens. Pour ce travail, l'aide d'une bibliothécaire de la faculté de médecine de Lyon Sud a été sollicitée afin d'utiliser les termes MeSh appropriés et d'affiner l'équation de recherche.

La bibliographie a été complétée par la remontée de la bibliographie dans les articles et thèses déjà consultés sur ce sujet et les recherches enrichies par la littérature grise.

Elle a été actualisée tout au long de ce travail en fonction des nouveaux thèmes émergés lors des entretiens. Une dernière recherche a été réalisée au moment de la rédaction de la discussion en date du 7 février 2018 afin de ne pas omettre de nouvelles données.

### 2.3. Composition de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche comportait deux personnes. L'auteur de ce travail était l'enquêtrice principale. Elle travaillait en collaboration avec le directeur de thèse.

L'avancée du travail était régulièrement discutée entre les membres de l'équipe de recherche mais également au sein du Cercle de thésards (45). Le contenu des entretiens n'était pas dévoilé afin de conserver la confidentialité qui avait été garantie aux enquêtées.

### 2.4. Constitution de l'échantillon et recrutement

- Les critères d'inclusion de l'échantillon raisonné :

L'enquêtée devait être une femme âgée de 18 à 49 ans, se définissant comme homosexuelle ou bisexuelle, ayant eu une relation avec une femme ou une attirance pour une autre femme au cours des douze derniers mois.

Etaient exclues les personnes transgenres « *Female to Male* » et « *Male to Female* », car considérées comme un sujet de thèse à part entière apportant d'autres facteurs influençant le suivi gynécologique.

La limite d'âge fixée à cinquante ans a été choisie après étude de la littérature sur le sujet. L'enquête organisée en relation avec le CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention Sida) entre 2010 et 2011 soulignait que l'âge influençait le suivi gynécologique. Les trois-quarts des participantes à l'enquête qui disaient ne pas avoir de gynécologue habituel avaient moins de 30 ans (42). Les femmes jeunes et notamment les FSF, représentent une population à risques. Elles sont plus exposées aux infections génitales et adoptent plus de conduites à risques en phase d'acceptation de leur homosexualité (9,17). D'autre part, le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie à partir de 50 ans peut être un facteur incitant plus facilement à effectuer son suivi gynécologique. L'objectif était alors d'étudier le vécu de la consultation gynécologique chez des femmes jeunes non ciblées par ce dépistage, ne recevant donc pas de message de prévention directement à leur domicile pouvant les inciter à consulter pour un suivi gynécologique.

Les critères d'inclusion ont été définis selon les trois principales dimensions de l'orientation sexuelle (14,46) :

- l'attraction sexuelle et/ou affective pour les personnes de l'un ou l'autre sexe ou des deux sexes ;
- le sexe des partenaires sexuels (homme, femme ou les deux) incluant de ce fait les pratiques sexuelles avec une personne de même sexe ou de sexe différent ;
- l'auto-identification, par exemple homosexuel(le), bisexuel(le), lesbienne, gay, asexuel(le), pansexuel(le), etc.

Selon les différentes études retrouvées dans la littérature, étaient considérées l'une ou l'autre des dimensions de l'orientation sexuelle. Il a donc été décidé, pour ce travail, de prendre en compte ces trois dimensions.

- Recrutement :

Le recrutement a été réalisé entre mai 2017 et novembre 2017. Les entretiens se sont déroulés dans l'ordre d'acceptation et de disponibilité des participantes. Un échantillonnage raisonné a été effectué en variation maximale selon les critères suivants : âge, femmes militantes ou non, le milieu de vie urbain ou rural, le fait d'avoir des enfants ou pas, et le fait d'être ou non dans une démarche de procréation.

Le recrutement a été effectué d'une part dans l'entourage direct de l'enquêtrice par bouche-à-oreille et dans la patientèle des membres de l'équipe de recherche, et d'autre part *via* des structures de santé en lien avec la gynécologie et/ou la sexualité, et des associations.

Une note d'information à l'attention des participantes a été élaborée afin de donner les principales informations sur l'étude et ses modalités (Annexe 1). Le terme de « suivi gynécologique » a été volontairement remplacé par celui de « suivi de la femme » qui visait à donner une information plus large afin de ne pas influencer à l'avance les réponses des interviewées. Si elles acceptaient de participer, les enquêtées étaient recontactées directement par téléphone ou par e-mail. Des informations complémentaires leurs étaient données et un rendez-vous était convenu.

Le Centre de santé et sexualité de Lyon (géré par le réseau Virages Santé) ainsi que le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de l'hôpital de la Croix Rousse ont été un moteur essentiel dans le recrutement initial. La responsable du réseau Virages Santé ainsi que des membres bénévoles du centre de santé et sexualité ont été rencontrés à plusieurs reprises. Cela a permis de comprendre le fonctionnement du centre, ses objectifs et réfléchir sur les modalités à mettre en place pour le recrutement. La médecin responsable du CeGIDD a également été rencontrée dans ce même sens.

A l'issu de ces entretiens, il s'est avéré nécessaire de diffuser l'information au travers d'affiches déposées dans les salles d'attente et disponibles en petits formats sous forme de prospectus (Annexe 2). Elles rappelaient les principales informations sur le thème, le déroulement de l'étude et les coordonnées de l'enquêtrice. Cette fiche d'information sous la forme de flyer a également été diffusée grâce au réseau social Facebook® et notamment sur les pages du Centre de santé et sexualité qui a ensuite été relayée vers le Collectif Lesbien Lyonnais.

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) d'Oullins et de Lyon 9 ainsi que le Planning Familial de Villeurbanne ont également été sollicités.

A la fin de chaque entretien, l'enquêtrice proposait aux participantes de diffuser l'information autour d'elles. Il leur était demandé de ne pas dévoiler le déroulement précis de l'entretien, mais seulement de partager la note d'information. Ainsi, par effet boule de neige, l'information a été diffusée dans des réseaux d'associations LGBTI (sportives entre autres).

Après plusieurs entretiens, il était nécessaire d'élargir les profils des enquêtées à d'autres cultures et à des femmes ayant des enfants ou étant dans une démarche de procréation.

L'Association des Parents et futurs Parents Gays et Lesbiens (APGL) dont le siège social est situé à Paris a été contactée, de même que l'association Enfants arc-en-ciel. L'information a pu être relayée dans les différentes antennes régionales.

D'autres associations LGBTI accueillant des personnes d'autres origines culturelles ou religieuses ont été contactées comme : Afrique Arc-en-ciel, David et Jonathan (mouvement homosexuel chrétien), HM2F (mouvement homosexuel musulman de France).

## **2.5. Posture du chercheur**

Une posture du chercheur a été réalisée au tout début de ce travail. Elle a été complétée à deux reprises : après le début des entretiens et au début de l'analyse des données. Elle permettait d'exposer les *a priori* et craintes sur le sujet afin de prendre plus de recul et de garder le plus d'objectivité possible sur ce travail. Elle aidait également à observer comment les idées et pratiques de l'enquêtrice avaient pu évoluer au fur et à mesure de l'enquête. Elle restait personnelle et seule l'enquêtrice et le directeur de thèse en avait connaissance.

## **2.6. Entretiens**

### **2.6.1. Documents d'information préalable à l'entretien**

Au moment du recrutement, les personnes mises en contact avec l'enquêtrice recevaient une note d'information rappelant l'objectif du travail et son déroulement (Annexe 1).

Lors de la rencontre, une lettre d'information était délivrée (Annexe 3). Un formulaire de consentement était complété et signé par les deux intervenants, en double exemplaire (Annexe 4).

### **2.6.2. Guide d'entretien**

Le guide d'entretien initial a été élaboré à partir d'une revue de la littérature permettant de formuler des hypothèses et d'organiser les thèmes à explorer. Il a été validé par le directeur de thèse.

Il a été testé auprès de trois femmes. Ces trois entretiens ont été soumis à une autocritique. Ils ont été retranscrits et commentés en marge par la chercheuse elle-même, puis confrontés à celle du directeur de thèse. Au terme de ces trois entretiens test, le guide d'entretien a été peu modifié (Annexe 5).

L'entretien débutait par une question ouverte sur le vécu de leur première consultation gynécologique. L'utilisation du terme « consultation pour un motif spécifiquement féminin » a été choisie délibérément à la place de celui de « consultation gynécologique » afin de donner aux participantes une libre interprétation de la consultation gynécologique, sans

qu'elles ne se limitent obligatoirement à l'examen médical proprement dit. Une deuxième partie explorait les connaissances et l'intérêt du suivi gynécologique. Il abordait ensuite l'influence de leur orientation et pratiques sexuelles sur leur propre suivi. Il terminait par une ouverture vers les propositions visant à améliorer l'adhésion à un suivi gynécologique.

Au fil des entretiens, le guide a été enrichi. Il a évolué en fonction des nouveaux thèmes abordés et ajusté en fonction des profils des participantes. La question de la maternité a été particulièrement développée lorsque celle-ci était abordée spontanément par les interviewées, ou bien si les femmes interrogées avaient elles-mêmes des enfants ou un désir d'enfant. De même, la question de la place du médecin traitant s'est avéré un thème redondant et important qui a fait l'objet d'une question supplémentaire. Le guide d'entretien final est présenté en Annexe 6.

L'entretien se terminait par un questionnaire fermé sur des données socio-démographiques (Annexe 7). Il avait pour objectif de mieux comprendre dans quel environnement les participantes évoluaient. Ces données pouvaient être utilisées lors de l'analyse des résultats. Les catégories socio-professionnelles ont été classées selon la nomenclature de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (47).

### **2.6.3. Réalisation des entretiens**

#### **- L'investigateur :**

Les entretiens ont été réalisés par un seul et même investigateur, l'enquêtrice principale. Elle veillait au bon déroulement des entretiens, occupait à la fois le rôle d'observateur du langage non-verbal et le rôle de modérateur dans la relance et la reformulation.

#### **- Durée et lieu des entretiens :**

Le lieu de chaque entretien était choisi conjointement avec la participante. En raison de l'éloignement géographique entre enquêtée et enquêtrice, certains entretiens pouvaient être réalisés par visio-conférence Skype®.

Il n'y a jamais eu de personne tierce supplémentaire, ce qui permettait la libre expression. Lorsque deux femmes d'un même couple souhaitaient participer, les entretiens étaient réalisés séparément et idéalement l'un à la suite de l'autre afin de ne pas influencer les

réponses de l'autre. Lorsque cela n'était pas possible, il était demandé à la première femme interrogée de ne pas dévoiler le déroulement, ni le sujet exact de l'entretien à sa partenaire. Il n'y avait pas de contrainte de temps ni de lieu.

- Déroulement de l'entretien :

Un premier temps était consacré à la présentation de l'investigatrice, son identité et son statut. Il était ensuite rappelé l'objectif de l'étude et de l'entretien ainsi que les modalités de sa mise en œuvre. Ces explications étaient adaptées à chaque femme.

Le consentement écrit daté et signé de chaque participante a été recueilli pour l'enregistrement audio de l'entretien, la retranscription littérale et l'utilisation des *verbatim* dans le travail de thèse.

Le caractère confidentiel des données recueillies et le respect de l'anonymat leur étaient rappelés.

Les différents thèmes abordés commençaient toujours par une question ouverte afin de laisser aux femmes un degré de liberté dans leurs réponses. Pendant l'entretien, l'investigatrice était assise à côté de l'interviewée pour établir une attitude d'écoute active en utilisant les techniques de reformulation, de relance, de respect des silences sans risquer d'influencer l'échange.

La formulation et l'ordre des questions restaient libres en fonction du déroulement de l'entretien.

- Notes durant l'entretien :

Les notes prises durant l'entretien portaient sur les nouveaux thèmes abordés par les enquêtées pour pouvoir relancer ou reformuler dans la suite des entretiens. L'objectif était de laisser l'interviewée aller jusqu'au bout de son raisonnement et de revenir à l'aide de ces notes sur les points intéressants et non développés. Des notes ont été prises sur le langage non-verbal pendant les entretiens. Elles ont été retranscrites et intégrées entre parenthèses.

## 2.7. Recueil et analyse des données

### - Recueil :

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot. L'anonymat était respecté en attribuant une lettre à chaque femme interrogée et la lettre X à toute autre personne ou lieu ayant pu être cités au cours de l'entretien, lorsque ceux-ci pouvaient permettre l'identification. Dans un souci de confidentialité, les fichiers d'enregistrement audio ont ensuite été effacés et les entretiens anonymisés ne seront disponibles que sur CD à disposition du jury évaluant ce travail.

### - Autocritique et journal de bord :

Lors de la retranscription des entretiens, l'enquêtrice réalisait une autocritique sur sa position et ses propos face à l'enquêtée. Cette analyse réflexive a permis d'améliorer la technique d'entretien et de progresser dans le recueil des données.

Un journal de bord des entretiens était également tenu. Il permettait d'y inscrire les impressions positives et négatives, les difficultés rencontrées lors des entretiens ainsi que les nouvelles remarques et idées émergentes.

### - Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot puis analysés dans l'ordre du recueil des données. Une analyse manuelle du verbatim a été réalisée selon l'analyse sémiopragmatique de Peirce en tenant compte des différents éléments de contextualité préexistants. La première étape consistait en une lecture flottante de type intuitive permettant de s'imprégner du texte et du contexte de l'entretien. Une lecture focalisée de chaque entretien a ensuite été effectuée afin de découper le verbatim en unité de sens et réaliser une première thématization selon les trois catégories de Peirce (Annexe 8). Les entretiens ont été relus à plusieurs reprises pour avoir une analyse la plus exhaustive possible. Cela permettait de repérer les éléments signifiants textuels et contextuels et d'effectuer une catégorisation peircienne. Les thèmes et sous-thèmes qui en émergeaient étaient alors restitués par ordonnancement logique des catégories obtenues.

Cette technique permettait, par la réalisation d'une lecture conceptualisante, d'effectuer une analyse phénoménologique en hiérarchisant les catégories et faire émerger le sens du phénomène étudié.

Aucune nouvelle thématique concernant l'objet de l'étude n'a été relevée à partir du dix-huitième entretien. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'au vingtième entretien pour s'assurer qu'aucune nouvelle thématique n'était évoquée.

Un deuxième chercheur, le directeur de thèse, a réalisé de manière indépendante, une analyse thématique des résultats. Une triangulation des analyses a ensuite été effectuée par la mise en commun de ces analyses afin de créer les différents thèmes, assurant la validité de la recherche.

## **2.8. Aspects éthiques et réglementaires**

L'étude a été conduite conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Suite à l'application de la loi Jardé en novembre 2016, relative aux recherches impliquant la personne humaine, un protocole de recherche a été établi et présenté au comité de protection des personnes (CPP) IDF VI<sup>1</sup>. Suite à son examen le 19 mai 2017, il s'est avéré que l'étude n'entrait pas dans le champ de compétence du CPP (Annexe 9). Seule une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était nécessaire. Celle-ci a été faite et acceptée le 27 mars 2017 : enregistrement n°2048007 v 0 (Annexe 10).

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### **- Information et consentement :**

Les participantes étaient informées de l'étude et de l'utilisation des données dans un langage clair. Elles recevaient une fiche informative (Annexe 3) et signaient un formulaire de consentement de participation nominatif en deux exemplaires, l'un gardé par la

---

<sup>1</sup> IDF VI : Ile-de-France VI

participante, le second conservé par l'investigateur (Annexe 4). Le consentement pouvait être retiré à tout moment de l'étude et sans motif.

- Confidentialité :

Selon le code de la santé publique, toutes personnes amenées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude étaient tenues au secret professionnel.

- Archivage des données :

Aucune donnée nominative informatisée ou audio n'a été conservée à l'issue de l'étude.

Seule la version papier et anonymisée sera conservée au bureau des thèses et référencée.

## **2.9. Matériel**

Pour ce travail, un ordinateur avec le logiciel de traitement de données Microsoft Office® 2010 a été utilisé. L'installation du logiciel Zotero® a permis de classer les références bibliographiques de manière simplifiée. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique, permettant leur retranscription intégrale dactylographiée. Certains ont nécessité l'utilisation du logiciel Skype®.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Description de l'échantillon

Au total, 29 femmes ont pris contact directement ou ont été contactées par l'enquêtrice. Le Centre de santé et sexualité de Lyon et la diffusion de l'information via le Collectif lesbien lyonnais, a permis de recruter 4 femmes ayant contacté d'elles-mêmes l'enquêtrice. 2 personnes ont pu être recrutées grâce à l'une des anciens médecins du Planning Familial. Par effet boule de neige, des participantes ont relayé l'information dans d'autres réseaux associatifs. 4 personnes ont pris ainsi contact avec l'enquêtrice par cet intermédiaire. 11 femmes ont contacté directement l'investigatrice pour participer à l'étude grâce à deux associations homoparentales. 3 via l'association APGL et 8 via l'association Enfants arc-en-ciel, et une personne a été recrutée via l'association David et Jonathan. Enfin, 2 femmes ont été recrutées dans la patientèle du directeur de thèse et 5 non issus du milieu associatif ou militant grâce à l'entourage de l'enquêtrice.

Parmi ces 29 femmes, 1 femme a été exclue en raison de son âge et 8 femmes n'ont pas été interrogées. Sur ces 8 femmes, un entretien n'a finalement pas pu être réalisé pour des questions de disponibilité, 4 femmes n'ont pas donné suite aux mails ou appels téléphoniques, et 3 ont pris contact après la fin du recrutement.

Au final, l'échantillon se composait de 20 femmes âgées de 24 à 48 ans, dont la moyenne d'âge était de 34.6 ans.

Les entretiens se sont déroulés entre le 23 mai 2017 et le 24 novembre 2017.

Leur durée était comprise entre 28 minutes et 1 heure 29 minutes, avec une moyenne de 58 minutes.

Cinq entretiens ont été réalisés au domicile des enquêtées, trois dans une salle mise à disposition à la faculté de médecine de Lyon Est, deux sur le lieu de travail de la participante, et dix ont été réalisés par visio-conférence Skype® en raison de l'éloignement géographique entre enquêtée et enquêtrice.

Le profil des participantes et la description de l'échantillon sont présentés dans le tableau 1.

**Tableau 1** : Description de l'échantillon. Cat. socio-prof. = catégorie socio-professionnelle ; Prof. Inter. = profession intermédiaire.

Entretien (durée)	Age	Région/ département	Lieu de vie	Cat. socio-prof.	Situation familiale	Nombre d'enfants	Auto-identification	Moyen de contact
A (28')	27	Rhône	Rural	Employée	Célibataire	0	Lesbienne	Patientèle
B (56')	35	Rhône	Urbain	Sans emploi	Concubinage	0	Lesbienne	Planning familial
C (1h09)	32	Rhône	Urbain	Prof. Inter.	Concubinage	0	Bisexuelle	Planning familial
D ( 56')	45	Rhône	Urbain	Sans emploi	Célibataire	0	Lesbienne	Association
E (50')	34	Rhône	Urbain	Cadre	Célibataire	0	Lesbienne	Association
F (58')	37	Rhône	Urbain	Sans emploi	Concubinage	0	Lesbienne	Association
G (1h07)	24	Rhône	Urbain	Prof. Inter.	Pacsée	0	Lesbienne	Association
H (1h03)	25	Haute-Savoie	Rural	Cadre	Célibataire	0	Bisexuelle	Association
I (44')	38	Ile-de-France	Urbain	Prof. Inter.	Mariée (avec J)	1 (a porté l'enfant)	Lesbienne	Association
J (42')	40	Ile-de-France	Urbain	Cadre	Mariée (avec I)	1 (n'a pas porté l'enfant)	Gay	Association
K (55')	27	Ile-de-France	Urbain	Cadre	Pacsée (avec N)	0	Ne se définit pas	Bouche-à-oreille
L (45')	39	Loire	Rural	Prof. Inter.	Mariée	2 (1 d'une relation hétéro / 1 de sa relation actuelle)	Pansexuelle	Bouche-à-oreille
M (1h19)	36	Ile-de-France	Urbain	Cadre	Mariée	1 (a porté l'enfant)	Avec une femme	Association
N (53')	27	Ile-de-France	Urbain	Sans emploi	Pacsée (avec M)	0	Lesbienne	Bouche-à-oreille
O (1h01)	33	Loiret	Rural	Cadre	Mariée	1 (n'a pas porté l'enfant)	Homosexuelle	Association
P (1h29)	48	Ile-de-France	Urbain	Prof. Inter.	Mariée	2 (a porté les 2 enfants)	Lesbienne	Association
Q (57')	31	Rhône	Urbain	Employée	Mariée	1 (n'a pas porté l'enfant)	Ne sais pas	Association
R (56')	39	Rhône	Semi-rural	Employée	Mariée	2 (issus d'une relation hétéro antérieure)	Lesbienne	Patientèle
S (1h05)	31	Haute-Garonne	Semi-rural	Prof. Inter.	Mariée	2 (a porté les 2 enfants)	Lesbienne	Association
T (1h09)	45	Lot	Rural	Cadre	Mariée	2 (a porté les 2 enfants)	Lesbienne	Association

## 3.2. A la fois ordinaire et singulière : du suivi identique au suivi spécifique

### 3.2.1. Un suivi ordinaire

Le suivi gynécologique était avant tout celui d'une femme ordinaire, dont l'orientation sexuelle n'était pas le principal déterminant. Elles étaient des femmes avant tout.

#### 3.2.1.1. Un suivi traditionnel et nécessaire

Le **début de la sexualité**, plus particulièrement avec un homme, avait un rôle initiateur dans le suivi, impliquant souvent une demande de **contraception**.

*H : « c'était pour une prescription de pilule, parce que c'était mon premier copain »*

*P : « j'ai une sexualité, j'ai des hormones qui travaillent, et puis, et donc il faut surveiller toute cette évolution hormonale »*

Des **causes somatiques** ou le **suivi de leur grossesse** imposaient aux femmes d'aller consulter, pouvant alors être des facteurs déclenchants à l'initiation d'un suivi.

*H : « j'ai des antécédents un peu compliqués. J'ai eu une torsion d'annexe en fait. (...). Donc du coup je suis suivie »*

*O : « quand j'ai rencontré ma femme actuelle et qu'on a eu le projet d'avoir un enfant, en fait. Et c'est seulement à ce moment-là que du coup on a déclenché de nouveau un suivi gynécologique »*

Les **besoins de prévention**, de contrôle et de dépistage étaient souvent à l'origine du suivi. **L'éducation** reçue par l'entourage familial, une campagne d'information, un discours préventif ou positif du professionnel encourageaient dans la démarche.

*R : « c'est des rituels que j'ai toujours vu ma mère faire et qui m'a sûrement inculqué et que je fais avec les enfants, et qui fait qu'à l'heure actuelle voilà, je consulte régulièrement. C'est de l'éducation »*

*T : « c'est la pression des pairs, un peu. Ouais c'est ça, parce qu'elle était pas intrinsèque en fait »*

Ce besoin de prévention était perçu comme un **besoin intrinsèque**, inhérent à la condition de femme. Il était important, au même titre que toutes les autres femmes, **quelle que soit la sexualité**.

*J : « C'est un peu ancré en moi qu'il faut y aller tous les ans (...). Pour moi ça fait partie des visites qu'une femme doit faire chaque année »*

*R : « je pense qu'on doit aller chez le gynécologue qu'on soit avec une femme ou un homme, on doit y aller de la même façon en fait et pas différemment »*

La **prise de conscience** était un moteur du suivi. Les **rencontres féminines** ou féministes pouvaient être des facteurs motivants.

*B : « en arrivant à Lyon, en discutant avec des copines, aussi des copines féministes que en fait je me suis dit « ah ouais quand même c'est bien de se préoccuper de son corps »*

*M : « je m'étais dit qu'à 22 ans c'était peut-être bien que j'aille voir un gynéco un jour et que je commence à être un peu vigilante à ce qui se passait un peu par-là »*

Le corps et **l'appareil génital** représentaient une **zone fragile**, une source de maladies qu'elles devaient surveiller, et une source de plaisir qu'il fallait préserver.

*F : « c'est quand même une partie fragile mine de rien(...) faut en prendre soin »*

*F : « c'est aussi une source de plaisir. J'ai pas envie de gâcher ça. Et puis c'est, ouais c'est vraiment aussi la féminité(...) c'est vraiment une zone qu'il faut surveiller »*

*T : « prendre soin de son corps et c'est aussi cette partie-là qui a vécu quelque chose d'assez intense, du coup, qui a vécu la grossesse et l'accouchement »*

Une fois instauré, le suivi s'inscrivait dans **une logique, une habitude** comme **une tradition ou un rituel**.

*O : « c'était un peu le traditionnel rendez-vous chez le gynécologue à l'époque avec ma mère »*

*B : « le fait qu'il se passe quand même quelques années...que c'était rentré dans la tête que ça fait partie aussi, ça peut faire partie de la prévention quoi, d'aller voir des gynécos »*

### 3.2.1.2. *Un suivi évité et redouté*

En l'absence de symptômes ou de problèmes, certaines femmes ne ressentaient pas le besoin de consulter.

*M : « Après moi si je sens que j'ai pas de problème, que j'ai pas, il y a rien qui me dérange, ben j'y vais pas »*

La consultation gynécologique les exposait à leur **intimité** et leur **pudeur**.

*A : « C'est pour ça que j'avais jamais fait jusqu'à, jusqu'à ici (...). Trop pudique »*

*O : « je pense que j'étais plus gênée par la nudité, voilà, la situation d'être devant un médecin dans ces conditions, que, voilà ça n'avait rien à voir avec mon orientation sexuelle »*

#### Résumé :

Les participantes décrivaient un suivi commun à toutes les femmes. Les motifs en lien avec la sexualité et la grossesse étaient souvent à l'origine de leur suivi. L'éducation ou un discours préventif qu'elles avaient reçu pouvaient être une prise de conscience à l'initiation d'un suivi. S'il était redouté et parfois évité en raison de son caractère intime, le suivi gynécologique était avant tout un besoin intrinsèque à la condition de femme, indépendamment de son orientation et pouvant s'inscrire dans une logique de ritualisation.

### 3.2.2. Et singulier

Si elles exprimaient un parcours commun aux femmes hétérosexuelles, il se distinguait pourtant des autres femmes. Le regard qu'elles portaient sur la santé gynécologique en était affecté.

#### 3.2.2.1. *Ne pas se sentir concernée*

##### 3.2.2.1.1. Par les thèmes

Elles associaient la **gynécologie** à la **grossesse** et la **contraception**. Les questions qui leur étaient posées ne s'adressaient pas à elles.

*N : « j'ai l'impression de pas me sentir trop concernée. Peut-être parce que quand je vais chez le gynécologue les questions qu'on me pose, elles s'appliquent pas à moi »*

*K : « ben comme je prends pas la pilule, euh...et que j'ai pas de risque de tomber enceinte...pour le gynéco c'est peut-être réducteur, mais il sert principalement à ça »*

#### 3.2.2.1.2. Croyances et représentations du suivi gynécologique

La gynécologie était **fortement liée aux femmes hétérosexuelles**. La gynécologie ne s'adressait pas à leur population.

*B : « je pense j'avais aussi mes clichés ou a priori comme quoi « oh ben nous les lesbiennes on n'a pas tant besoin finalement »*

*E : « c'est conditionné d'un point de vue gynéco. C'est conditionné, le suivi, ben au fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes et au fait d'avoir des grossesses »*

Cette **image de la profession** renforçait l'**exclusion** au suivi.

*Q : « je sais pas si on s'exclue nous-même ou si, on entend tellement peut-être que le gynécologue c'est pour le suivi, bon ben des grossesses, de la contraception ou autre que du coup c'est la profession qui se donne une image pour les hétérosexuelles »*

*Q : « c'est comme si on nous ouvrait une petite porte sur le côté »*

#### 3.2.2.1.3. La mésinformation et la désinformation

Un **discours erroné** ou **hétérocentré** du professionnel ou de l'entourage restait profondément ancré, les mettant en marge de ce suivi.

*P : « C'est que quand j'ai vu la gynéco à l'hôpital X, Dr X, elle m'avait dit que comme j'étais lesbienne, je n'avais pas besoin de suivi »*

*N : « pareil, quand on me dit « pourquoi tu prends la pilule ? T'as pas besoin ! Pourquoi tu vas voir la gynéco ? T'as pas besoin ! »*

Il s'installait alors une **incertitude** quant à leur suivi.

*O : « ça laisse en fait une grande part de flou pour nous »*

#### 3.2.2.1.4. Un suivi modifié

**L'intérêt d'un suivi** était alors **discuté**. Elles ne comprenaient pas toujours les raisons de le faire, avec parfois même un sentiment de **désintérêt**.

*O : « je connais pleins de femmes ayant des relations avec des femmes qui se disent ben de toute façon je vais jamais aller chez le gynéco. Ça sert à quoi ? »*

*K : « moi j'ai déjà senti que genre, quand t'as un copain, enfin tu fais ton vrai suivi et que là, c'est vrai que moi, honnêtement je m'en fous un peu »*

*F : « il y en a beaucoup qui le font pas. Justement parce que, parce qu'il y a pas de relation avec un homme »*

Elles **échappaient** ainsi à la **surveillance**.

*I : « c'est qu'on a un peu l'impression qu'on est sous le radar »*

*O : « le principal risque c'est qu'on n'ait aucun suivi justement en pensant que, il y a pas de problème. Et que du coup on passe à côté des dépistages pour les cancers en fait »*

Elles ne se retrouvaient **pas dans le cheminement classique**. Le suivi pouvait alors ne plus être spontané ni automatique.

*I : « on sait qu'on n'a pas, qu'on n'est pas exactement dans le moule par rapport aux sujets habituellement accordés »*

*N : « je suis quasiment sûre que si j'avais, si j'étais dans une relation hétérosexuelle j'irais plus souvent et plus spontanément voir la gynécologue »*

### **3.2.2.2. Du risque potentiel à l'immunité face aux IST**

#### 3.2.2.2.1. Perception des risques

Elles rapportaient des **risques potentiels mais réduits**.

*E : « il y a peut-être des choses qui sont transmissibles entre femmes mais je pense que ça reste honnêtement, je pense que c'est vraiment très très marginal »*

*H : « Je me sens moins...j'ai l'impression de prendre moins de risques quand c'est avec une femme, quand même »*

Même si les risques étaient possibles, **peu de femmes se sentaient concernées** ou exposées. La **confiance** à l'égard de l'autre **les protégeait**.

*I : « c'était notre première fois à toutes les deux, on se disait qu'on n'était pas concerné »*

*B : « les moyens de prévention pour moi ça passe aussi déjà beaucoup par la confiance et puis de se parler, en tout cas régulièrement avec sa partenaire »*

Elles **associaient les risques d'IST aux hommes**, dans les relations hétérosexuelles ou dans les relations entre hommes.

*L : « je lie ça aux hommes, hein. Je lie pas ça aux femmes »*

*J : « parce qu'on a cette image, voilà, le préservatif masculin, c'est dans les relations hétérosexuelles, ou gay-homme où on se choppe le plus de choses »*

*O : « le fait d'avoir eu une relation sexuelle avec un homme est souvent considéré, voilà comme le, présenté en tout cas, quand on est jeune, comme le principal risque »*

Même lorsqu'elles avaient eu des relations hétérosexuelles, **la question des risques ne se posait plus** lorsqu'elles avaient des relations avec des femmes.

*D : « quand j'étais hétéro, j'ai fait plusieurs tests de, pour savoir si j'avais, enfin pour le sida, quoi...donc là, femme avec, des rapports femme avec une femme, la question ne se pose pas, et, enfin toutes les IST MST, enfin ne se posent pas »*

#### 3.2.2.2.2. Des moyens de prévention sous-utilisés

Au contraire des relations hétérosexuelles, **la prévention des IST** entre femmes n'était **pas une démarche automatique**.

*H : « Pour les rapports avec les femmes, pour le coup je me suis pas renseignée. Parce que je comptais pas en utiliser »*

*M : « c'est pas automatique comme a pu être le préservatif dans mes relations hétéros »*

Lorsqu'elle était connue, la **digue dentaire** était **en général non utilisée**. Elle était décrite comme un dispositif peu engageant, renvoyant à une **image négative**.

*F : « J'ai dit qu'est-ce que c'est que ce truc, quoi. Ça fait peur, ça fait dentiste, bon. C'est pas terrible en plus comme mot, comme terme »*

*A : « leur préservatif de bouche (...). Ça donne pas envie. Vous dites non, ça casse tout, vous arrivez vers une fille, vous arrivez avec ça, elle va vous regarder, elle va dire : « tu fais quoi là ? »*

Cette sous-utilisation des moyens de prévention était dominée par un manque de connaissance des risques et des systèmes de protection.

### 3.2.2.2.3. Une méconnaissance certaine

Les **risques de transmission** entre deux femmes et les moyens de protection étaient en général **mal connus**.

*D : « ça reste très, très pas connu, mal connu en fait. Non, je me rends compte, j'ai une méconnaissance de ça »*

*K : « J'ai aucune idée de ce qui peut être transmissible. Genre vraiment aucune idée. Genre comment ça peut se transmettre, ce qu'on peut avoir, aucune idée »*

Souvent par **manque d'informations** ou par des **informations erronées**.

*G : « Et au moment des questions moi j'avais posé la question, « entre femmes, qu'est-ce qu'il y avait comme risques spécifiques et comment on pouvait se protéger ? » On m'avait répondu qu'il n'y avait absolument aucun risque et que du coup il n'y avait pas de moyen de prévention (...). J'ai passé plusieurs années comme ça au début de ma vie sexuelle à être persuadée qu'il y avait aucun problème »*

*L : « il y a une grosse, grosse désinformation. Enfin pas désinformation, l'absence d'information sur les risques que peuvent avoir les femmes entre elles »*

Et par **manque d'accessibilité**.

*A : « D'ailleurs je sais même pas où...on s'en procure où ? À la pharmacie ? Ils en ont ? Vous imaginez arriver à la pharmacie ? Je voudrais un préservatif de bouche ? »*

*G : « c'est plus facile de trouver des gants que des digues dentaires par exemple »*

### 3.2.2.3. *Se sentir différente*

#### 3.2.2.3.1. Dans son corps

Dans leur sexualité, leur corps prenait une dimension différente. L'absence de recours à une contraception renvoyait à une **image plus libre et plus nature** de leur corps.

*R : « c'est de plus avoir de corps étranger, de pas prendre de moyen de contraception, voilà. De vivre mon corps naturellement, sans être contraint de quoi que ce soit en fait »*

Les pratiques sexuelles différentes qu'elles pouvaient avoir par rapport aux femmes hétérosexuelles posaient la question de la **compliance de leur appareil génital**.

*G : « c'était du style, « ah non moi j'irai pas faire un frottis, parce qu'ils mettent des écarteurs et il est hors de question, pour ma vulve et mon vagin ». Et la question de la taille, de l'élasticité, etc., chez les lesbiennes elle est relativement importante »*

*M : « au niveau du sexe, de la souplesse, de, j'en sais rien, je sais pas »*

Le **rapport à la virginité** était présent lorsqu'elles n'avaient jamais eu de rapport hétérosexuel, pouvant générer une **appréhension de la douleur** au moment de l'examen gynécologique.

*G : « La même crainte que vont avoir des ados encore vierges »*

*G : « Il y a la question de la douleur, est-ce que, ben il y a jamais eu de pénis dedans, est-ce que vraiment ça va pas me faire mal. Je pense qu'il y a toute cette crainte-là »*

Le corps féminin n'était plus forcément destiné à la fonction reproductrice ou maternelle. Il était **source de questionnement**.

*C : « associer mon corps à un corps reproducteur, euh...voilà, c'est compliqué. Je pense que c'est d'autant plus compliqué quand on a des rapports sexuels avec des femmes »*

*M : « ça marchait pas très bien avec les hommes, donc forcément ça venait remettre en question ce truc-là chez moi. Peut-être que, je sais pas, peut-être que j'avais un truc qui fonctionnait pas »*

*C : « les seins c'est beaucoup relié à « je vais faire des enfants », enfin dans l'imaginaire, dans les images qui sont véhiculées »*

#### 3.2.2.3.2. Dans sa sexualité

Le **schéma de vie** de la femme était **transformé**, leur histoire n'était pas tracée.

*C : « j'ai été obligé de me poser la question de « est-ce que j'aurai des enfants ? Comment ça va se passer ? Si je veux des enfants, que je suis avec une femme, ben ça va être compliqué, ça veut dire machin, ça veut dire (...) son histoire elle est pas tracée »*

*H : « Moi je trouve ça inquiétant, même pour mon avenir parce que je me dis mais, parce que du coup j'y ai réfléchi, je me dis mais si c'est une femme, si je veux avoir une famille, ça paraît quand même plus compliqué que si c'est un homme »*

Elles ne se considéraient **pas** comme **une patiente classique**.

*K : « entre la première et la deuxième, ben la première c'était un peu une patiente normale (...) la deuxième, euh...ben la situation est un peu moins classique on va dire (...) tu te sens un peu différente quand même »*

*B : « ça a été plutôt source de « ah, je suis pas comme les autres » (...) j'avais pas de modèle autour de moi »*

#### 3.2.2.4. **Une maternité médicalisée**

Lorsque celle-ci était envisagée, la maternité faisait systématiquement intervenir une **tierce personne** ou nécessitait des aides. Elle n'était alors **plus un phénomène naturel**.

*N : « Avoir recours à la PMA, enfin à une aide quelconque. Enfin avoir recours à un environnement médical pour quelque chose qui se fait de façon naturelle dans les couples hétéros »*

Malgré elles, elles avaient souvent **recours directement à la PMA**.

*Q : « ça m'a poussé vers une gynécologue spécialisée en PMA. Parce que, bon j'y serais peut-être venue si j'étais hétéro (...), là, voilà, ça a été directement »*

La maternité devenait un **parcours long et complexe**, qui était alors source de stress.

*N : « j'ai plus l'impression que c'est plus l'étape en amont de la grossesse qui va être compliquée, plus qu'après »*

*Q : « un peu de stress quand même, de repartir, de reprendre le TGV, de repartir en Belgique. Et puis la peur que ce soit compliqué »*

*T : « ça a été long pour moi. Donc il y a eu six échecs avant que ça marche (...) donc c'est quand même assez stressant »*

Les femmes s'exposaient à la **clandestinité et l'illégalité**. Leur parcours pouvait être vécu dans le secret jusqu'à l'étranger.

*N : « Et là à l'heure actuelle c'est pire parce que du coup ça veut dire rentrer dans une démarche médicale et en plus le faire à l'étranger »*

*T : « on était quand même dans un circuit un petit peu clandestin »*

#### Résumé :

L'image de la gynécologie était fortement liée aux femmes et aux pratiques hétérosexuelles, renforçant le sentiment d'exclusion au suivi. Elles ne se sentaient alors pas toujours concernées par les thèmes entourant la gynécologie. Un discours hétérocentré, voire erroné, mettait le doute sur l'intérêt d'un suivi et influençait leur perception des risques d'IST, souvent minimisés et mal connus. Les moyens de protection étaient alors peu utilisés, la confiance les protégeait. La différence était marquée dans leur corps, alors source de questionnement et dans la maternité qui s'inscrivait dans un parcours médicalisé, illégal, long et complexe. Elles n'étaient plus des patientes classiques.

Ce suivi était altéré et influencé par des normes et des représentations imposées par la société.

### 3.3. Une relation de soins empreinte de normes et représentations sociétales

#### 3.3.1. Une relation de soins complexe et ambivalente

##### 3.3.1.1. Une relation comme les autres

Les femmes attendaient de leur médecin gynécologue une relation semblable à celle de n'importe quelle autre femme.

Le temps d'**écoute** et la **disponibilité** étaient appréciés. Elles avaient besoin de se sentir en **confiance et respectée**.

*R : « se sentir à l'aise, qu'il soit doux et...je pense qu'il faut vraiment qu'il soit à l'écoute autant sur le plan de nos rapports sexuels, de notre envie d'avoir ou pas des enfants, et après comme moi, le fait d'être avec une femme »*

*M : « le comportement (...) c'est la confiance, c'est le fait d'être rassurée et d'être face à quelqu'un qui va prendre soin de nous et qui va nous respecter, et dans ce qu'on est, et notre corps, et notre situation. »*

Elles prêtaient une attention particulière à l'**attitude** et aux **gestes effectués**. S'adapter à chaque situation était essentiel.

*I : « il avait été très doux et qu'il m'avait dit « ah ben du coup je vais faire », je sais plus ce qu'il avait dit, mais en gros, il avait fait une consultation, plutôt soft avec, je sais plus comment ça s'appelle (...) il en avait pris un particulièrement, apparemment étroit et ça avait été »*

Au final, l'**attitude** et le **discours de normalité** du médecin les mettaient en confiance.

*P : « elle c'était surtout le discours en fait que j'étais une femme comme les autres avec une vie sexuelle comme les autres et que j'avais autant besoin de médecin que les autres. Donc un discours de normalité en fait »*

*M : « que je suis suivie comme quelqu'un d'autre, quoi. Qu'il y avait pas un comportement particulier. (...) pas d'être...je sais pas, de sentir une différence (...). C'était ça qui était agréable »*

Pour certaines, elles attendaient de leur professionnel avant tout une **expertise médicale** plutôt qu'une écoute. Il avait une place de **technicien**.

*B : « la gynéco c'est voilà, pour faire des examens que je peux pas faire moi-même, quoi. Le frottis »*

*H : « Quand je vais voir le gynéco, c'est pour qu'il s'occupe de mes problèmes gynécologiques et que...moi je le vois pas comme quelqu'un qui est un confident »*

*C : « j'attends en fait qu'elle reste à sa place de prescripteur »*

Dans cette relation qui semblait ordinaire, l'orientation sexuelle prenait une dimension particulière entre elles et leur praticien gynécologue.

### **3.3.1.2. La place particulière de l'orientation sexuelle : entre méfiance et confiance**

#### **3.3.1.2.1. Les craintes et attitudes vécues**

La **crainte du jugement** ou de **discrimination** était évoquée, pouvant avoir des répercussions sur les soins qu'on pourrait leur apporter.

*O : « il y a déjà cette première problématique de quelle considération, enfin comment on va être accueillie par le médecin (...) le jugement de valeur qu'il arrive que le médecin puisse porter sur notre mode de vie »*

*E : « c'est vraiment la peur d'être mal reçue et que du coup le jugement soit un p'tit peu, du médecin soit influencé et qu'après ça se répercute sur les soins qu'on puisse m'apporter et sur ma santé en fait »*

Elles craignaient de **ne pas recevoir un traitement adapté** à leur situation.

*O : « ma crainte, c'est du coup d'avoir un traitement qui n'était pas adapté. Qui ne corresponde pas à ma situation, et du coup qui soit, soit inutile, soit pas adapté »*

*N : « Parce que j'aurais peur que le médecin il soit pas habitué à suivre des personnes qui seraient dans ma situation et qui fasse des parallèles avec des problématiques hétérosexuelles qui seraient pas forcément les mêmes »*

Elles avaient **peur de ne pas être acceptées** dans leur sexualité. La **peur de l'homophobie** était très présente. Lorsqu'elle l'avait vécu, la peur de **revivre une expérience similaire** était omniprésente.

*M : « Oh ben de pas être acceptée comme on est, hein. C'est juste ça, hein »*

*K : « c'est bête mais tu sais jamais si tu tombes sur un homophobe »*

*Q : « j'avais cette peur de retomber sur quelqu'un qui direct me casse. Parce que vraiment, elle m'a, ça m'avait cassé, quoi. Et ça m'avait fait peur pour la suite »*

La  **Crainte d'avoir une sexualité différente affichée et visible** lors de l'examen était soulevée.

*M : « De pas être comme les autres et que ce soit...et que ce soit mis en valeur ou que ce soit, voilà, que la différence soit appuyée »*

*K : « tu te dis que presque en t'auscultant il peut le voir, de lui-même que t'es pas normale, enfin t'es pas normale, que t'as pas des relations sexuelles avec un homme »*

Le **rapport de genre** pouvait perturber cette relation. Elle était source de malaise lors de l'examen gynécologique.

*A : « c'est la première fois que j'avais la tête d'un mec entre les jambes, donc j'ai eu un peu du mal à me détendre »*

*P : « par rapport à ma sexualité (...) les gens sont des médecins, et donc ils ont les gestes (...). Mais il y a une sorte de gêne au début qui, il y a une sorte de truc. Ben d'ailleurs j'avais choisi une femme comme gynéco, mais j'étais pas sûre de mon truc »*

Lorsqu'elles l'annonçaient, elles avaient le **sentiment** que leur **orientation sexuelle** était **rarement prise en compte** avec parfois même une **absence de réaction du professionnel**.

*I : « c'était toujours un peu la même chose. Je le disais, la personne faisait comme si de rien n'était, « ah, bon, bon d'accord, ok » et puis voilà. On parle pas plus »*

*O : « j'ai plutôt eu la sensation que c'était pas pris en compte, en fait. Ça restait vraiment sur des techniques, mais cet aspect-là, cette spécificité-là a été mis de côté »*

*D : « on peut dire qu'il y a eu une non, enfin une non-réaction...c'est comme si du coup il y avait pas de sexualité (...) ouais une non-existence de mon état »*

Certaines rapportaient des **attitudes de malveillance** à leur égard, renvoyant parfois à un sentiment d'humiliation.

*Q : « je lui ai demandé « comment on peut tomber enceinte dans ces cas-là ? » (...) je m'attendais pas à ce qu'elle me dise, ah ben telle clinique en Belgique ou en Espagne. C'est pas ce que je lui demandais. Et donc c'est là que la réponse est arrivée : « avoir des rapports hétérosexuels réguliers »*

*Q : « c'était de la désinformation, un peu d'humiliation aussi, j'ai trouvé (...) sa façon, je sais pas de me toucher, ouais je me suis sentie jugée et un peu sale en fait »*

La **limite entre la maladresse et l'homophobie était floue**, devant souvent se fier à un ressenti ou à des témoignages d'autres femmes.

*O : « on a pas mal de témoignages de femmes qui ont été brutalisées »*

*P : « je sais pas mais j'ai senti un truc hyper malsain, quoi »*

#### 3.3.1.2.2. Aborder l'orientation sexuelle en consultation

La question de la contraception ou des relations sexuelles était souvent un **prétexte pour l'aborder**.

*L : « En général ça se faisait tout seul quand on me demandait mes antécédents de contraception »*

Un **discours hétérocentré** rendait le sujet difficile à aborder. Une **question imprécise** pouvait représenter un **frein**.

*D : « en fait la manière dont c'est présenté fait que c'est super, enfin que c'est pas facile de dire que, ben non que j'ai une partenaire femme »*

*G : « j'ai des amies ça leur est déjà arrivé, du coup de parler de leur conjointe au masculin, parce que le médecin en avait parlé au masculin »*

*K : « C'est vrai qu'on n'a pas tendance à préciser « oui j'ai des relations sexuelles, mais c'est un peu différent qu'avec un homme »*

Parfois, elles se **sentaient obligées de l'aborder ou de devoir se justifier** par rapport aux questions qui leurs étaient posées, ou des situations qu'elles devaient exposer.

*I : « il m'a posé directement la question de savoir si j'avais des rapports ou pas, donc je me suis sentie un peu obligée de préciser »*

*O : « quand on a besoin d'expliquer, on se sent toujours un peu en porte à faux, enfin à devoir se justifier, à devoir expliquer »*

*B : « je me suis un peu sentie dos au mur, fallait que je le dise. Euh, parce que comme la norme c'est l'hétérosexualité, du coup j'ai senti que « ah, on va y venir, je vais devoir le dire »*

La **sexualité** en général, était un **sujet tabou**, qui rendait la question difficile à aborder.

*K : « C'est vraiment pas quelque chose dont on parle, même à son entourage proche. Donc à son médecin »*

*L : « C'est peut-être justement, peut-être que les praticiens, ont une certaine pudeur ou une certaine gêne par rapport au sujet et osent pas en parler »*

Le sujet était **rarement abordé par le médecin**. La question de l'orientation n'était **pas posée**.

*K : « Jamais. Jamais. Il y a eu rien, aucun, enfin c'est pas du tout abordé »*

*H : « si on n'en parle pas, c'est aussi tout simplement que les gynécos ils nous en parlent pas non plus, quoi »*

**L'image** et **la posture** que leur renvoyait le professionnel les freinaient dans cette confiance.

*K : « peut-être plus jeune parce qu'une gynéco proche de la retraite je sais pas. Je sais pas si je serais à l'aise pour en parler »*

*G : « les médecins ont toujours cette posture, voilà un peu de sagesse, de savoir et tout, c'est un peu délicat d'expliquer »*

**Assumer son orientation sexuelle** et **avoir fait son coming out** était déterminant pour pouvoir l'aborder en consultation.

*K : « j'étais pas encore forcément à l'aise, je le disais pas trop. Je sais même pas si je l'avais dit à mes parents, tu vois donc en parler comme ça, non »*

*M : « comme j'ai mis un petit peu de temps avant d'être à l'aise avec mon homosexualité, euh...je pense que c'est pareil, c'est le lien avec la sexualité et c'est assumer ça face à un médecin »*

Elles avaient **besoin de comprendre la nécessité d'aborder** cette **question intime** et **personnelle**, comment l'information allait être utilisée et en quoi elle allait impacter leur prise en charge.

*N : « si c'est un médecin comme ça qui me le dit, en ayant conscience, enfin en sachant derrière ce que ça implique »*

*L : « de prendre cette information en considération, pas plus que le reste, si c'est pas la cible de la chose, je trouve ça bien (...). Mais sinon, elles peuvent se sentir, je sais pas, ça pourrait être vécu comme quelque chose d'intrusif »*

Divulguer son orientation sexuelle apportait un bénéfice dans la prise en charge.

Il s'agissait d'un **changement dans leur vie** qui pouvait être **important de partager**. C'était une **information** qui leur paraissait **pertinente** et que le médecin se devait d'obtenir.

*D : « c'est une partie de moi, c'est important, donc je vais pas le cacher »*

*J : « C'était vraiment pour la mettre au courant de...ben la vie et l'activité sexuelle me paraît pertinente pour ce type de médecin »*

*Q : « quand je vais voir un professionnel de santé, c'est pour qu'il m'aide, donc si il connaît pas ma situation, je me dis qu'il lui manque des éléments pour pouvoir vraiment me renseigner »*

Cela leur permettait de **poser** et **recadrer le contexte**, avec une **vision plus globale** pour mieux adapter leur prise en charge.

*J : « je lui ai dit d'emblée pour poser la chose. Justement pour qu'elle ne m'aborde pas de la même manière qu'une femme hétérosexuelle »*

*O : « je pense que c'est important, parce que...ben justement, je pense que le suivi n'est pas le même (...) enfin je trouve que c'est...se sentir écouté et compris en fait dans sa globalité, pour avoir un traitement adapté »*

*G : « pour moi une fois que c'est dit on prend en compte, ben déjà qui je suis »*

Mais aussi **d'éviter des quiproquos** dans la consultation ou **soulever un mal-être** éventuel.

*S : « ça évite des quiproquos, des incompréhensions, enfin ça permet au médecin en tout cas de mieux cerner aussi ce qui se passe »*

*G : « la façon dont on peut le dire quand on est lesbienne ou bi, ça peut aussi donner des indices de comment on va (...) si c'est dit avec difficulté c'est qu'il y a peut-être quelque chose à discuter »*

Pour certaines, annoncer son orientation permettait de **connaître la réaction du médecin**.

*M : « je le dis en général assez vite, en fait. Justement pour savoir si en face de moi j'ai quelqu'un que ça va gêner ou que ça va pas gêner »*

#### 3.3.1.2.3. Cas particulier de la grossesse : de l'isolement à l'alliance

Initialement, le processus de grossesse était **vécu de manière cachée**. L'interdiction de la PMA en France rendait le sujet sensible. **Trouver un praticien** acceptant de s'impliquer dans ce parcours pouvait être **difficile**.

*P : « quand on était dans ce processus de PMA de 2005 à 2010, pour nous, c'était encore caché, il fallait faire gaffe. On pouvait pas s'adresser à n'importe qui, parce qu'on risquait de se prendre en plus des réflexions hyper désobligeantes ou alors des refus »*

*O : « on pèse ses mots quand même, parce que, voilà, on sait que c'est une situation un peu bancal, on n'a pas le droit de faire ce suivi en France »*

*S : « ce parcours-là du combattant (...) psychologiquement c'est quand même pas facile à encaisser je trouve. Avoir des gens qui sont pas prêt à nous aider »*

Elles pouvaient ressentir **une gêne** chez le gynécologue lorsqu'elles annonçaient leur projet de maternité. Jusqu'à parfois essayer **des refus**, souvent inattendus ou incompris, **remettant en question la relation** entre le soignant et la patiente.

*M : « au départ ça la gênait pas trop et après ça la gênait un peu quand même. Et du coup j'avais changé »*

*P : « j'étais persuadée qu'il y aurait aucun problème (...) elle a vécu des mouvements post-féministes, et puis elle était très très ouverte, on parlait de tout. Jamais je m'étais*

*imaginée que quand je lui ai demandé ça, des ordonnances, elle allait me sortir la sécu. Alors là je suis tombée des nues, quoi. Et j'étais hyper déçue »*

*S : « à la fin elle a dit « c'est très bien votre projet, mais débrouillez-vous ». Voilà. « Moi je ne vous prescrirai aucun traitement »*

La **franchise** et la **transparence** étaient des conditions nécessaires au bon déroulement du suivi et de la relation avec le médecin.

*M : « c'était très clair. C'était « j'ai fait une PMA, je suis avec une femme et j'ai fait une PMA en Belgique ». Moi je préfère être transparente (...) je pense que j'ai aucun intérêt à dissimuler des choses »*

*O : « on voulait jouer carte sur table dès le départ, donc on l'a vu en amont du projet »*

Dans ce parcours complexe, elles pouvaient recevoir un **accueil favorable et un soutien rassurant** du corps médical, les mettant sur un pied d'égalité avec les couples hétérosexuels.

*O : « pour elle ça changeait pas, ça ne changeait rien au fait qu'on était des patientes comme les autres et que voilà, elle nous suivrait comme n'importe quelle patiente »*

*Q : « je lui ai dit « ben je viens vous voir parce que je passe de l'autre côté de la barrière. Cette fois c'est moi ». Donc ben là elle m'a dit « ah super ! ». Donc, vraiment très très bien accueillie »*

Une fois instauré, le suivi de la maternité créait un **lien fort** avec leur gynécologue. Ce dernier avait un rôle actif dans la grossesse, leur permettant de mener à bien leur projet. Il s'en suivait une **grande reconnaissance** qui **changeait définitivement cette relation**.

*I : « J'ai vraiment beaucoup de reconnaissance(...). Je savais qu'elle avait fait beaucoup plus que juste son métier, et donc je lui étais personnellement très reconnaissante. Ça crée un lien fort avec cette personne »*

*I : « le fait qu'elle ait acceptée de nous suivre et qu'elle nous ait permis d'avoir notre fille, c'est, c'est merveilleux ! On la remerciera jamais assez »*

*T : « il a vraiment, j'en ai les larmes aux yeux d'ailleurs parce que c'est vraiment émouvant. Mais donc ouais, il a vraiment rendu quelque chose de possible »*

Un **réseau complice** et « **clandestin** » se créait, à l'origine d'une certaine **alliance** entre la patiente et les différents intervenants, suscitant de **l'admiration et du courage**.

*P : « l'échographe prénatale (...) elle aussi était complice de cette histoire. Et j'ai trouvé que c'était, qu'elles avaient toutes les deux un courage fou. Et le labo aussi était complice. Le labo qu'envoyait les fax à Bruxelles »*

*P : « Ah oui, oui, ça l'a changé (...) quelqu'un qui comme elle, qui a accepté, qui a réfléchi, et qui a accepté de suivre, alors qu'elle aurait pu avoir des soucis, sur ces prescriptions, parce qu'elle était pas du tout gynéco FIV (...). Pour moi ça fait preuve d'un certain courage »*

#### Résumé :

Face à des attentes similaires à toutes les femmes, l'orientation sexuelle occupait une place particulière dans la relation de soins, alors complexe et ambivalente. La relation évoluait de la méfiance à l'alliance. Les jugements ou discriminations qui pouvaient leur être portés, ou la peur de voir leur homosexualité visible à l'examen étaient redoutés. L'orientation sexuelle n'était pas toujours facile à assumer ni à aborder. La question n'était jamais posée et la sexualité, un sujet intime et tabou. Cette information, parfois ignorée du médecin, pouvait être importante à donner en offrant une vision globale d'elles-mêmes et évitant les quiproquos. La maternité, une fois acceptée, créait un lien fort au sein d'un réseau complice et clandestin avec le professionnel, suscitant de l'admiration et du courage.

### **3.3.2. Répercussions de cette relation ambivalente**

#### **3.3.2.1. Le professionnel : un bon interlocuteur ?**

Le manque de questions ou de prise en compte de l'orientation sexuelle en consultation soulevait la **question de la formation des professionnels** sur ce sujet.

*K : « Je sais même pas si les gynécos sont formés à ça (...) est-ce qu'une relation sexuelle femme-femme est abordée au niveau de la formation des gynécos ? »*

*F : « J'ai bien compris que bon elle connaissait pas trop et que ça la mettait pas forcément à l'aise parce que justement, il y avait peut-être une méconnaissance »*

Il n'était alors **plus un interlocuteur privilégié**. Le **milieu associatif** et militant devenait leur **principal réseau** d'échange d'information et de communication. Elles y cherchaient des personnes qui les comprenaient, auxquelles elles pouvaient s'identifier.

*F : « j'ai dû me dire, ben de toute façon c'est pas la peine d'aborder le sujet parce qu'ils savent pas, donc je vais aller voir ailleurs »*

*N : « sur les sites LGBT (...). Parce que je me dis que les personnes qui parlent, elles savent de quoi elles parlent. Je peux m'identifier à elles. Et qu'au moins je suis sûre que c'est vraiment des personnes qui sont dans ma situation »*

*E : « tout ce qui est milieu gay-lesbien, les associations, ben c'est vraiment, on va dire mon seul support, quoi. C'est le seul réseau que j'ai »*

### **3.3.2.2. Inverser les rôles**

Elles se retrouvaient parfois à **inverser les rôles**, en **informant** ou **rassurant** le professionnel.

*B : « je m'étais dit ça serait bien quand même que je lui amène des dépliantes ou quelque chose pour, parce que je me suis dit en fait c'est à nous de, enfin, les lesbiennes de, voilà, de les informer »*

*F : « du coup je me suis peut-être mis moi dans le rôle du rassurant envers elle, parce que ça me pose pas de soucis »*

*G : « donc là je me suis retrouvée à 19 ans, premier rendez-vous chez le gynéco à devoir lui expliquer que ben si, il y en avait des risques »*

### **3.3.2.3. L'orientation sexuelle : un sujet appréhendé et anticipé**

Face aux craintes vis-à-vis de leur orientation sexuelle, les femmes **se protégeaient**. Elles pouvaient être amenées à **cacher ou mentir** à propos de leur orientation.

*K : « moi quand on me met mal à l'aise comme ça, je mens tu vois »*

*O : « on a tendance à vouloir se protéger et donc à dire ce qui a besoin d'être dit et de s'en tenir à l'essentiel »*

*P : « je lui ai dit que j'ai des difficultés à avoir des enfants avec mon conjoint. J'ai caché tout de suite parce que j'ai su que ça allait être la merde et qu'il pouvait refuser »*

Elles **ne voulaient pas s'exposer à une possible homophobie**.

*E : « Les raisons pour lesquelles je veux pas en parler ? Ben voilà, oui c'est tout simplement, oui c'est l'homophobie pure et simple »*

*T : « je suis à peu près sûre que je lui en ai pas parlé, parce que je sentais que c'était pas quelqu'un de réceptif et qui pourrait avoir des a priori négatifs ou une hostilité »*

Elles recherchaient alors des **éléments sécurisants**, comme une garantie d'un **endroit « safe »**.

*P : « la salle d'attente est vraiment très très hétéroclite, mais en plus au mur il y a des images sympas, et qui fait qu'on se dit « ah, on est chez nous là, ça va, on est, on va pas être victime d'homophobie, on peut pas être victime d'homophobie »*

*O : « j'avais essayé de trouver des informations dans les réseaux sociaux ou dans les associations pour savoir s'il pouvait y avoir des gens plus recommandables que d'autres dans notre situation particulière »*

*G : « on s'échange les numéros, quand on en trouve un ou une à qui ça pose pas de problème, et qui est safe, comme on dit dans notre langage, ben on y va »*

Ces éléments pouvaient être de l'ordre du **non-dit** et du **ressenti**, des **signaux** auxquels elles étaient sensibles. Elles étaient attentives à **l'attitude positive** ou **l'image** d'un médecin jeune.

*T : « en fonction de pleins de signaux qu'on sait pas forcément expliquer (...). Des signaux faibles, non verbaux de toute façon »*

*T : « C'est du ressenti mais enfin ça, ça fait partie de notre quotidien, en fait. On se protège en fait, on évite de se mettre dans des situations (...) on filtre les gens avec qui on peut parler et ceux avec qui on se sent moins en confiance, où on va plus hésiter à le dire »*

*Q : « il a bien vu qu'on était en couple et tout (...). Et puis on a bien vu qu'il était pas fermé sur le sujet, quoi. Que déjà il allait pas avoir des réflexions négatives à ce sujet-là »*

*N : « le médecin était jeune et avait l'air ouvert d'esprit, j'aurais pu lui en parler plus facilement. Enfin j'en ai parlé d'ailleurs, du coup »*

Elles pouvaient être amenées à se diriger vers des **médecins étiquetés gay-friendly, ouverts à l'homosexualité**, étant parfois le critère principal pour choisir son gynécologue.

*M : « Moi c'est le principal. C'est le principal de savoir si c'est un médecin qui soigne ou qui suit d'autres couples de femmes, quoi. D'autres femmes qui sont homosexuelles »*

*M : « j'étais allée voir une gynéco qui était, ce qu'on appelle gay-friendly. Donc, euh...un peu plus ouverte d'esprit (...) le médecin inscrit sur le site de « moi ça me dérange pas d'avoir des patientes homosexuelles », ouais on y va plus librement et on y va volontiers plus facilement »*

#### **3.3.2.4. Une relation fragilisée**

Le **dialogue pouvait alors être compliqué**, créant parfois un **décalage** entre elles et le médecin.

*D : « je me sentais pas à l'aise pour en parler, j'arrivais pas à en parler librement parce que j'avais l'impression qu'en face il y avait pas du tout de compréhension »*

*E : « c'est ce qui est un petit peu en décalage, et voilà, je le sens, alors lui vraiment perplexe sur ma situation »*

Cette relation ambivalente était **source d'incompréhension**, parfois à l'origine d'une **prise en charge inadaptée**.

*L : « il avait pas l'air de se rendre compte, il sait que je suis avec une femme (...), mais il a pas pensé deux minutes que pour nous c'était vachement plus lourd, plus compliqué et plus angoissant »*

*O : « ça crée pas du tout une relation de confiance parce qu'on se dit il a pas écouté, donc du coup ma situation n'est pas prise en compte, donc il me propose un traitement qui n'est pas adapté »*

Qui pouvait être à l'origine d'une **interruption du suivi**. La **relation** était alors **rompue**.

*Q : « elle m'a dégoûté de ça et puis d'ailleurs, pendant des années j'y suis pas retournée chez le gynéco »*

*G : « suite à tous ces espèces de micro-échecs ou déceptions. Aujourd'hui j'ai plus trop envie d'y aller »*

*L : « suite à ça, il y a quelque chose qui s'est creusé (...) et donc du coup on a changé de médecin »*

Développer l'**autonomisation des soins** par l'auto-examen ou faire son **suivi à domicile** dans un cadre familial étaient envisagés comme des alternatives.

*G : « dans le milieu associatif, il y a beaucoup de mouvements qui sont faits justement, plutôt l'auto-consultation en fait gynéco (...). Il y a plein de groupes qui se forment comme ça, sur faire de l'auto-gynécologie »*

*G : « on est en train de chercher un ou une sage-femme qui va venir chez nous et puis ça sera toujours la même. J'ai des amies lesbiennes aussi qui font ça et elles se sont jamais senties aussi à l'aise lors de ces consultations à domicile »*

#### Résumé :

Le professionnel de santé n'était pas un interlocuteur privilégié. Elles se retrouvaient parfois à inverser les rôles en informant ou rassurant le professionnel, soulevant la question de la formation. Le réseau associatif était une alternative de choix. Elles y trouvaient des personnes qui les comprenaient et auxquelles elles s'identifiaient. Pour se protéger, elles pouvaient cacher leur orientation. Elles recherchaient alors des éléments sécurisants ou un médecin *gay-friendly*, signes d'ouverture à l'homosexualité. Des incompréhensions ou des prises en charge inadaptées pouvaient fragiliser le dialogue et rompre la relation. L'autonomisation des soins devenait alors une alternative.

### **3.3.3. Normes et représentations sociétales**

Les normes et les représentations sociétales pesaient sur le regard que les femmes portaient sur la gynécologie et sur la relation qu'elles entretenaient avec leur médecin gynécologue.

#### **3.3.3.1. Poids des normes et hétéronormativité : une société normative**

La vision d'une **société hétéronormée** laissait peu d'alternatives à d'autres sexualités.

*Q : « comme d'habitude, tout est prévu pour les hétérosexuels (...) on est quand même nombreuses, alors... Mais tout est pensé pour les couples hétérosexuels »*

*O : « aujourd'hui la possibilité c'est : vous êtes en couple avec un homme ou pas »*

Elle faisait partie de l'**éducation « classique »** qui était communément donnée.

*D : « Il suffit de voir comment on est éduqué, etc. On est dans un société hétéronormée de toute façon »*

*D : « souvent vous fondez une famille et on a des enfants, et...c'est comme ça que la normalité est représentée »*

L'image d'une **société hétéronormée** était très présente dans l'**environnement médical**. Elles ne se sentaient alors pas toujours à leur place ni à l'aise pour parler de leur sexualité.

*D : « le cabinet de gynéco était un hymne à la reproduction. Enfin, voilà, à l'enfantement (...) donc pleins de photos de mamans, de bébés, voilà, tout ça (...) je trouve que c'est pas facile d'aborder le fait que, que j'ai pas des rapports hétéros, voilà, quand tout est...quand tout est dirigé vers cette image-là »*

*F : « c'est difficile à aborder parce qu'on sait qu'ils sont dans le schéma traditionnel et ça pousse très certainement, enfin pour moi en tout cas ça m'a poussé à ne rien dire, à ne pas en parler, à me taire là-dessus. Ça peut pousser au mensonge aussi »*

Elles étaient malgré elles **un public à part**, les faisant se sentir **en dehors des normes**. Elles essayaient alors de se fondre dans la majorité.

*G : « c'est une des rares situations dans ma vie où, déjà dès la salle d'attente et puis après avec, enfin, et ça me fait ça avec tous les gynécos que j'ai vu (...) d'avoir l'impression d'être hors norme (...). Parce que, ben je me retrouve dans un cabinet qui s'adresse qu'à des hétéros, avec une gynéco qui a priori va surtout voir que des hétéros et du coup, j'ai pas l'impression de faire phénomène de foire mais on sent bien que c'est pas dans leurs habitudes, quoi, et qu'on est un peu traitées comme un cas à part »*

*O : « Et du coup on essaie de plus ou moins se fondre dans un moule hétérosexuel, alors qu'on n'a pas les mêmes problématiques »*

Elles devaient affronter **le regard des autres** face à leur situation peu habituelle.

*M : « c'est des regards, c'est la façon dont les gens regardent et ils se disent « est-ce que c'est deux mamans ? Est-ce que c'est une copine ? Est-ce que c'est une sœur qui l'accompagne ? Est-ce que c'est une cousine ou je sais pas quoi, ou est-ce que c'est deux mamans ? »*

*M : « on se demande toujours ce que vont penser les autres, ou ce que vont...à la fois on sent qu'on suscite un peu de curiosité »*

### **3.3.3.2. Du sexisme à l'homophobie**

**L'homophobie** était très présente dans la société. **Les expériences personnelles** vécues en société ou les actes homophobes plus généraux contre la communauté LGBTI influençaient le regard qu'elles avaient de leur praticien. La vivre en consultation n'était alors pas impossible.

*K : « ça m'est arrivé que quelques fois, tu vois, mais tu vois des « sales goudous », des, enfin pas du point de vue médical, hein, mais ça aurait très bien pu être un médecin dans la rue qui m'insulte »*

*N : « j'en sais rien si c'est même pas possible un jour de tomber sur un médecin qui, je dirais ça et réagisse mal, je sais même pas. Parce que j'imagine qu'il y a des intégristes un peu partout, c'est pas exclu. Enfin j'imagine que ça pourrait arriver »*

*S : « quand on vit des manifestations là, la manif pour tous, des choses comme ça, je trouve que c'est quand même très difficile de voir ces réactions de haine que ça suscite »*

**L'image de la femme** en général, et de l'homosexualité féminine en particulier renvoyait à une **image sexiste**.

*Q : « déjà quand on parle des choses spécifiques pour les femmes, (...) en tant que femme on est très représentée dans les pubs ou autre, mais c'est plus, c'est hyper sexiste »*

*O : « en tant que femmes, c'est toujours délicat je pense la consultation chez le gynécologue, parce que, parfois, surtout avec les gynécologues hommes (...) on a déjà un manque de considération en tant que femme »*

*K : « Il y a toujours un esprit mal tourné des mecs. Ben oui je suis avec une fille, je couche avec une fille (...) pour eux ça les excitent entre guillemets, donc je sais pas, dans ma tête un gynéco ça serait pareil »*

**L'homosexualité** était souvent **mal perçue**, jusque dans la famille. Elle renvoyait à une **image négative**, parfois même à une **situation anormale**.

*H : « dans mon éducation c'était pas quelque chose de concevable, que voilà, l'homosexualité était vue comme quelque chose de pas normal, qu'on avait un problème psychologique en fait »*

*N : « même encore maintenant c'est pas forcément toujours très bien perçu et toujours très facile à vivre »*

*E : « Moi ça a été mal accueillie dans ma famille, donc après c'est vrai que vis-à-vis d'un professionnel, quand ça a été très mal accueillie, du coup on l'aborde pas »*

Il subsistait une **image erronée de la sexualité** chez les femmes, celle d'une sexualité **inexistante**, voire **non reconnue**.

*K : « c'est encore des articles que j'ai lu, mais genre ils disaient que ben en fait les relations sexuelles c'est une pénétration entre guillemets d'un pénis avec un vagin, donc je pense que si ils disent relations sexuelles, et si on me posait la question, c'est qu'on se disait que j'avais couché avec un homme et puis que deux femmes ça, c'est pas vraiment de relation sexuelle »*

*D : « moi, en tant que femme ayant des rapports avec une femme, pour les médecins que j'ai en face, en gros, c'est comme si j'avais pas de sexualité, comme si il se passait rien »*

*F : « il y a aussi de toute façon que les femmes n'ont pas de sexualité hein. C'est bien connu, surtout entre elles »*

### **3.3.3.3. Maternité et PMA : les limites de la législation**

L'**interdiction de la PMA** pouvait être un **frein à la libre expression** quant à un éventuel projet de grossesse. Elle les mettait dans une **position d'inégalité** face aux autres femmes hétérosexuelles.

*Q : « et puis après on revient en France, et là on se dit, on paie nous aussi la sécurité sociale, on paie tout, mais non, nous on est citoyen de seconde zone »*

*M : « c'était hyper dur. Parce qu'on me renvoyait dans le visage que moi j'avais pas le droit d'avoir des enfants »*

*M : « à partir du moment où c'est interdit, c'est normal que les médecins ils en parlent pas. La PMA elle est pas autorisée »*

### 3.3.3.4. **Minorité sexuelle : entre visibilité et invisibilité**

#### 3.3.3.4.1. Invisibilité et absence de représentativité

Les FSF, de manière générale dans la société française, se sentaient **invisibles**.

*D : « ce qui est pas représenté, ce qui est pas dit en fait est nié, quoi, n'existe pas, donc euh...Voilà, la sexualité des femmes avec les femmes, ouais, est très...est invisible »*

*J : « Toute façon les lesbiennes sont invisibles dans la société française »*

Les **informations** les concernant étaient **inexistantes**.

*J : « On n'en parle pas. Donc pour moi elle est inexistante cette information-là de manière générale »*

*B : « j'ai l'impression qu'il y en a pas beaucoup, hein. J'en n'entends pas beaucoup parler ! Donc euh, non j'ai l'impression, c'est encore une fois de l'invisibilité »*

Cette **invisibilité** se ressentait aussi dans les **lieux de consultation**.

*P : « chez ma gynécologue par exemple, vous avez une petite table d'information, vous avez rien à l'usage des lesbiennes »*

*G : « Et moins de 35 ans et étant lesbienne, bon grossesse avec le papa et la maman sur tous les trucs, ok merci, mais j'existe pas en fait »*

L'homosexualité n'était jamais envisagée quand elles avaient reçu des cours d'éducation sexuelle en **milieu scolaire**. Le **discours** employé était **hétérocentré**.

*H : « C'était toujours, ben un garçon, une fille, « quand vous allez avoir votre premier copain », « ah les filles ». C'est toujours très orienté, très sexué »*

*H : « C'est vrai que moi au lycée j'ai eu des cours sur la sexualité ou des trucs comme ça, mais les gens qui sont intervenus, ils ont jamais parlé de ça »*

#### 3.3.3.4.2. Les FSF oubliées au sein d'une minorité sexuelle

Elles étaient effacées voire **oubliées au sein de la communauté homosexuelle**. La communauté LGBTI était limitée aux hommes homosexuels.

*Q : « quand on parle d'homosexualité on parle souvent des hommes. Mais nous on est complètement absente de ça, hein. Enfin, je sais pas si ça intéresse grand monde finalement »*

*F : « c'est sûr que l'arrivée du VIH, on a bien axé ça sur les hommes. Du coup effectivement, les travaux, recherches et tout ça a été fait autour d'eux. Mais, pas d'elles »*

#### 3.3.3.4.3. Le rôle de la médiatisation et visibilité sociale : impact du climat social

**Les médias** jouaient un rôle primordial dans la visibilité de la communauté LGBTI. **L'actualité** autour du mariage pour tous et de la PMA avait instauré un **climat social défavorable**, pouvant éveiller des opinions négatives, qu'elles redoutaient de voir chez les praticiens.

*J : « il y a beaucoup de choses qui ont été soulevées, du fait de cette loi sur le mariage. Donc on sait qu'il y a aussi des médecins qui ont une opinion personnelle telle, qu'ils ont effectivement, par exemple refusés de suivre des femmes qui étaient en PMA à l'étranger ou qui ont pu mettre des femmes mal à l'aise »*

Cependant, la **diffusion de documentaires ou de fictions** offrait davantage de **visibilité** à la population homosexuelle et leur donnait une image plus positive.

*P : « On est tellement passé à la télé, ça fait l'objet de films, il y a eu pleins de films (...) avec une famille homoparentale qui va bien, tous les personnages gays et lesbiens avec des gosses dans tout un tas de séries, de sitcom et tout ça, ça ça fait avancer le truc à vitesse grand V »*

*B : « maintenant, je sais pas il y a des séries où il y a des lesbiennes et euh, c'est...enfin ce genre de petites choses fait que c'est quand même plus facile, même si ça doit toujours être encore compliqué »*

Elles notaient une **évolution des mentalités**. Même si les difficultés étaient encore bien présentes, **l'homosexualité semblait mieux acceptée**. Le **vocabulaire** commençait à être **adapté** notamment au cours de leur grossesse.

*P : « J'ai l'impression que les gens sont un peu décoincés à ce niveau-là, les praticiens, et que...J'ai plus l'impression qu'il y ait de problèmes dans les mégalo-poles »*

*N : « je me dis que c'était il y a dix ans et que sûrement que maintenant c'est mieux perçu dans la société »*

*M : « on notait des adaptations de vocabulaire. Certains intervenants du coup changeaient un peu : « oui donc le papa...ou la personne qui accompagne ! » Du coup il y avait des petites modifications dans le...ce qui est vachement touchant en fait »*

#### Résumé :

Les représentations sociétales influençaient la relation de soins. L'image d'une société hétéronormée dans l'environnement médical, laissait peu de places à d'autres sexualités. Elles étaient hors des normes. L'homosexualité avait une connotation négative et l'homophobie vécue en société ne leur paraissait pas impossible en consultation. La vision sexiste de la femme donnait une image erronée d'une sexualité entre femmes, inexistante et non-reconnue. L'interdiction de la PMA renforçait l'inégalité entre femmes et compliquait le dialogue avec le professionnel. Elles se sentaient invisibles, y compris dans la communauté LGBTI. Si l'actualité et la médiatisation leur donnaient une certaine visibilité et changeaient les mentalités, elles pouvaient aussi éveiller de l'hostilité à leur égard.

### **3.4. Attentes et améliorations : vers une prise en charge globale et inclusive**

#### **3.4.1. Une équité à renforcer : la nécessité de l'ouverture**

Elles étaient dans l'attente d'un système de soins plus égalitaire et plus ouvert à la diversité, qui les aiderait à se sentir plus concernées et à mieux adhérer au suivi gynécologique.

##### **3.4.1.1. Mieux communiquer pour mieux sensibiliser**

Pour mieux communiquer, améliorer **l'information des professionnels** leur semblait indispensable. Ils seraient ainsi davantage **sensibilisés** à leurs problématiques et répondraient mieux à leurs questions et leurs attentes.

*B : « ce serait vraiment bien que les gynécos, les médecins soient le plus informés possible en fait. Qu'ils soient en mesure de, de conseiller justement sur, sur de la prévention »*

**Mettre en lien les différents acteurs de santé et les associations LGBT** permettrait de mieux les connaître.

*F : « peut-être en venant, vous, donc le corps médical, dans le centre LGBT pour justement parler de tout ça et, ouais, mieux connaître ce public »*

Qu'ils soient visuels ou non, les **signes d'ouverture devaient être développés**, que les personnes concernées comprendraient.

*K : « faut quand même avoir un élément de confiance. Soit qu'il t'en parle, soit que tu vois, que je sais pas, dans la salle d'attente tu vois qu'il y a pas de soucis, ou alors que quelqu'un t'en ai parlé éventuellement. Je sais pas, faudrait que ce soit gay-certified »*

*A : « Mettre des posters dans les cabinets que seules les femmes qui ont eu des relations avec les femmes peuvent comprendre, des p'tits clin d'œil »*

**Sortir de l'hétéronormativité** et de la **présomption d'hétérosexualité** de la personne était une notion essentielle.

*D : « qu'on parte pas du présupposé que forcément la personne est hétéro, quoi. Déjà. Ouais, c'est le premier point. Comme ça après ça pourrait plus facilement aider le dialogue »*

Elles proposaient de poser la question des relations sexuelles de **manière plus neutre** et plus **ouverte**. Aborder la question de l'orientation sexuelle en **incluant** et en **envisageant toutes les sexualités** possibles serait aidant et facilitant pour les femmes.

*B : « peut-être de revoir la manière dont sont posées les questions et d'inclure vraiment plus de questions qui laissent la place au fait qu'il y ait plusieurs types de sexualités »*

*N : « je trouve que poser la question de façon ouverte, ça serait, c'est ce qui amènerait le plus de personnes à se confier, quoi. Enfin en tout cas moi je le ferais »*

*G : « peut-être en posant la question directement. Est-ce que vous avez déjà eu des partenaires sexuels, femmes, hommes, trans. Enfin du coup en donnant toutes les possibilités*

*d'identité des partenaires, ben du coup je pense qu'on se sent plus libre de donner la réponse »*

L'utilisation d'un **langage « inclusif »** et de termes plus adaptés à leur situation était perçue comme des signes d'ouverture.

*T : « donc c'est ça, du langage inclusif déjà parce que c'est une marque je pense. Donc qu'il soit oral ou écrit dans les supports de communication »*

*F : « Peut-être qu'il faudrait parler de protection avant contraception, et ça pourrait effectivement donner un indice »*

Beaucoup de femmes souhaitaient un **médecin davantage « pro-actif »** dans les questions.

*E : « mais ça peut aider, s'il y en a qui le sont et qui osent pas l'exprimer. Que ça vienne du professionnel, en fait »*

Elles se retrouveraient alors dans une **position passive**, les épargnants d'une démarche active souvent difficile à affronter.

*I : « moi je trouverais ça très bien que le médecin le demande. Activement. Plutôt que nous d'avoir à essayer de trouver le moment pour peut-être le dire »*

*N : « à une question « est-ce que vous avez eu des rapports sexuels récemment ? », c'est plus facile de dire non, alors que si on demande avec un homme ou avec une femme, là c'est carrément moins dur, quoi. Du coup, enfin un petit peu tendre la perche »*

Ces signes d'ouverture, sous quelques formes qu'ils soient, permettaient de les **mettre en confiance**, donner **l'image d'un médecin plus ouvert** à la diversité et ainsi de **faciliter le dialogue**.

*N : « que la personne elle voit ça et se dise « ah ben ici ils ont l'air assez ouvert d'esprit sur le sujet, peut-être que je pourrais l'aborder plus facilement »*

Pour mieux communiquer, il fallait développer l'information.

### **3.4.1.2. Développer l'information**

Les **sources d'informations** devaient être **multipliées**, diversifiées et être disponibles dans les lieux **accessibles** à toutes les femmes pour mieux les sensibiliser au suivi.

*G : « pour pouvoir toucher un maximum de personnes ? Ben soit directement dans les cabinets des médecins, dans les salles d'attente »*

*B : « tous les médias peuvent être...enfin, je trouve que ce que j'aime bien dans les brochures, ce qui peut être dans les salles d'attente de consultation un peu n'importe où, c'est que, ben la personne le prend pour elle, et que ça peut être aussi, ben discret »*

*P : « donc je pense que c'est vraiment par des campagnes d'informations massives »*

Les **personnes les plus isolées**, en milieu **rural** ou ne fréquentant pas le milieu LGBT ne devaient **pas être oubliées**.

*K : « mais même s'il y avait de l'information dans les centres LGBT ou dans je ne sais quel centre, je pense que ça concerne qu'une minorité de la communauté gay »*

*C : « c'est la ville, mais il y a quand même, je pense pas mal de jeunes et de jeunes femmes qui se retrouvent pour le coup complètement isolés (...) complètement isolés avec la norme et complètement isolés avec ces questions-là »*

Les informations devaient **cibler le public** auxquelles elles s'adressaient.

*C : « les campagnes de prévention pour moi, elles doivent être ciblées avec des messages qui sont clairs et qui sont adaptés au public qu'elles ciblent »*

*B : « il leur faut de la communication qui est adaptée et pas rose bonbon, la famille au complet »*

Elles devaient contenir des **messages adaptés** qui interpelleraient.

*G : « je trouve que décentrer les campagnes de prévention des personnes vers les pratiques qui sont à risques, les gens se sentiraient peut-être plus concernés »*

*F : « on fait des pubs pour les préservatifs, pourquoi on peut pas faire de la pub pour les digues dentaires comme pour le préservatifs »*

Mieux communiquer devait passer par une meilleure éducation.

### **3.4.1.3. Eduquer**

L'éducation devait commencer dès le début de la sexualité. Elles souhaitaient que la sexualité soit abordée plus largement dans le **milieu scolaire**, incluant les différentes orientations sexuelles et les différents moyens de protection existants.

*N : « je me dis que si on en parlait au lycée, même sans en fait l'apologie, comme personne, mais au moins l'évoquer et que les ados sachent que ça existe, et que c'est pas parce qu'on n'a pas des rapports hétéros mais des rapports homos, qu'il faut pas se protéger »*

*B : « Dans le milieu scolaire, ben...pareil, plus d'interventions d'associations »*

### **3.4.1.4. La place particulière du médecin traitant**

La **relation particulière** qui pouvait s'installer avec le médecin traitant était **facilitatrice** vis-à-vis de l'orientation sexuelle.

*N : « franchement ça me gênerait moins d'aborder avec mon médecin traitant qu'avec un gynéco que je vois jamais »*

*H : « il prend plus le temps quand même. Et qu'on peut venir le voir pour parler de tout et de rien, contrairement aux spécialistes où on y va pour un but précis »*

*H : « c'est que le médecin traitant, enfin c'est un médecin de famille, c'est quelqu'un qui nous connaît depuis longtemps, il nous connaît mieux. Donc on va peut-être plus se confier à lui »*

Il était envisagé comme un **moteur essentiel du suivi**, en sensibilisant, informant et encourageant les FSF n'allant jamais chez le gynécologue à entreprendre ces démarches.

*R : « quelqu'un comme X qui ne va jamais chez le gynéco, il faut qu'elle trouve ces informations (...). Et ces informations il faut qu'elle les ait chez son médecin traitant. Il y a que là où elle pourra les avoir »*

*Q : « parce qu'il y a peut-être des patientes homosexuelles qui disent pas à leur généraliste qu'elles le sont, mais peut-être qu'il pourrait l'aborder, comme ça, quand il les voit régulièrement, « est-ce que vous avez fait un frottis dernièrement ? Non, bon. Est-ce que*

*vous allez voir, est-ce que vous avez un gynécologue ? Est-ce que je peux vous conseiller quelqu'un ? » Peut-être que ça aiderait »*

Il avait un **rôle majeur** dans l'initiation du suivi, faisant **le lien** entre la femme et les besoins de prévention.

*R : « C'est le rôle initial (...) c'est lui qui vous connaît le mieux. Donc il est capable à la base, c'est lui qui a l'ouverture d'esprit et qui voit, qui doit vous envoyer chez telle ou telle personne (...). Je crois que c'est lui qui a le plus, le rôle le plus important. Malgré tout. Et que l'information à la base elle doit venir de lui »*

*S : « Peut-être que là aussi le médecin traitant peut faire le trait d'union justement »*

Ces demandes faisaient suite à des attentes en termes de santé gynécologique, mais aussi à des besoins plus fondamentaux.

#### Résumé :

Les femmes recherchaient un système de soins plus égalitaire et plus ouvert à la diversité. Pour mieux communiquer, les professionnels devaient être mieux formés. Créer des signes d'ouverture en sortant de l'hétéronormativité et en utilisant un langage inclusif et neutre donnerait l'image d'un médecin ouvert, facilitant le dialogue. Un médecin pro-actif aiderait à la divulgation de l'orientation sexuelle. L'information devait être développée et adaptée au public qu'elle ciblait pour sensibiliser et inclure toutes les femmes, y compris les plus isolées. L'éducation en milieu scolaire était tout aussi importante. Par sa place particulière et centrale, le médecin traitant pouvait faciliter le dialogue et inciter le suivi.

### **3.4.2. Du besoin médical au besoin fondamental**

#### **3.4.2.1. Des besoins de santé gynécologique**

##### **3.4.2.1.1. Le besoin d'informations**

Elles souhaitaient **davantage d'informations sur les risques** auxquels elles pouvaient être exposées et les moyens de s'en prémunir.

*Q : « qu'il me parle, voilà, des risques et comment concrètement. Pas juste de dire, oui il y a des risques entre femmes (...) mais de me dire comment je peux contracter tel ou tel virus, concrètement. Et comment s'en protéger »*

*D : « justement pas de parler que du préservatif, mais parler des digues dentaires, ou d'autres moyens existants »*

**Inform**er et **expliquer l'importance du suivi** gynécologique au même titre que n'importe quelle autre femme était essentiel pour qu'elles se sentent plus concernées.

*G : « il y a tout le côté aussi, d'expliquer aux femmes qui ont des relations avec des femmes pourquoi c'est important qu'elles aient aussi un suivi gynéco »*

*C : « c'est d'être au courant que elles ont quand même des risques, et des risques graves type cancer du sein, cancer de l'utérus »*

*J : « donc je me dis que de l'information sur, est-ce qu'il faut le faire, oui ou non et pourquoi, à quelle fréquence »*

#### 3.4.2.1.2. Prise en charge globale en santé sexuelle

La notion de **santé sexuelle** était omniprésente. Le bien-être physique et mental était intimement lié et devait être pris en compte en consultation.

*H : « normalement la définition de santé, enfin bien-être physique, sexuel, intellectuel ou je sais pas quoi dans la définition de l'OMS, donc on devrait le prendre en compte »*

*T : « on préfère cloisonner, mais la sexualité ça touche à pleins de choses de la vie intime, mentale, psychologique, etc... »*

Aborder la dimension psychologique et sociale pouvait permettre de **soulever des difficultés éventuelles** dans leur relation de couple ou de savoir comment elles vivaient leur sexualité.

*T : « ça serait pas mal que la question de la qualité de la relation avec les partenaires soit abordée. Et qu'il y ait un lien quand même qui soit fait avec la santé psychologique et éventuellement détection de, ben des situations un peu problématiques, quoi »*

*E : « Lorsqu'il y a des femmes, surtout jeunes on va dire, on va dire 18-25 ans, qui doutent de leur sexualité et qui peuvent être pas mal contrariées par ces réflexions-là »*

Elles voyaient une prise en charge **au-delà de la gynécologie**.

*E : « peut-être pas forcément limiter la question au suivi gynécologique »*

*T : « il y a un cloisonnement assez complet, il me semble aujourd'hui et je pense qu'on bénéficierait à ce que les choses soient un peu décroisées »*

#### **3.4.2.2. Une minorité à valoriser**

Elles décrivaient un besoin de **reconnaissance** de leur sexualité.

*F : « C'est du coup une prise de conscience, ben que si, nous avons une sexualité »*

*D : « qu'il y ait une écoute, qu'on soit reconnues »*

**Rassurer** à propos de leur orientation sexuelle et de l'absence de maladie était important.

*J : « Et puis de dire que ce n'est pas, ça n'est ni tabou, ni honteux, (...) et qu'on a le droit, tout simplement (...) il faut pas que ce soit un sujet de honte, de culpabilité, etc. Et que du coup même à son gynéco, et surtout à son gynéco on peut en parler »*

Il fallait offrir un **cadre réconfortant** et de tolérance.

*B : « que ici il y a la place de, d'évoquer tout un tas de choses sans jugement, que ça va rester confidentiel. Enfin, de poser un cadre de bienveillance, quoi »*

*B : « à l'adolescence c'est déjà pas forcément simple de parler de sexualité, mais qui puisse y avoir aussi la place pour les différents types de sexualité, je trouve ça, ça serait, enfin indispensable »*

**Dédiaboliser, démystifier** et faire **tomber les préjugés** autour de l'homosexualité était nécessaire.

*P : « Toute l'éducation sexuelle et toutes les actions qui peuvent être menées avec des associations, le planning familial, des associations gays et lesbiennes aussi, des assos homoparentales, aussi, qui démystifieraient un petit peu l'orientation sexuelle »*

*N : « ouais en fait dédiaboliser le truc »*

*J : « pour certaines aussi surmonter des préjugés gros, tout simplement »*

Elles désiraient que l'orientation sexuelle soit un sujet **banalisé** et **normalisé**. Il devait être **démocratisé**.

*H : « De normaliser en fait les rapports...enfin...l'homosexualité et la bisexualité »*

*E : « Voilà, banaliser cette question-là en fait. Ça serait une bonne chose »*

*F : « si on pouvait démocratiser ça comme n'importe quel système de prévention, ça serait parfait »*

**Etre visible et exister** aux yeux de tous était fondamental.

*H : « Ben par rapport aux risques qu'on peut avoir (...). Je trouve qu'on devrait en parler. Montrer que ça existe »*

*A : « qui prouve que, et ben que, qu'elles comptent quoi, qu'on sait qu'elles existent »*

*B : « Ça fait que c'est visible, d'autres personnes le voient aussi, ils se disent « ah tiens, elles existent aussi ! »*

Les visibiliser et en parler étaient des moyens de **libérer la parole** et **lever les tabous**.

*L : « je pense que ça pourrait aussi libérer, parce qu'il y a sans doute pleins de jeunes filles à l'heure actuelle qui ont des rapports avec d'autres jeunes filles ou des femmes, et qui ont très peu d'informations là-dessus et peut-être le vivent mal aussi »*

*A : « sur celles qui assument pas, ouais ça pourrait les aider »*

Résumé :

Les FSF rapportaient des besoins d'informations sur les risques et l'intérêt d'un suivi gynécologique. La prise en charge devait être globale en santé sexuelle s'étendant au-delà de la gynécologie. Elles représentaient une minorité qu'elles cherchaient à valoriser. Offrir un cadre rassurant et réconfortant était essentiel. L'homosexualité devait être démystifiée, dédiabolisée et banalisée. Les visibiliser permettrait de libérer la parole et lever les tabous.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Discussion de la méthode

Le choix d'une étude qualitative a paru la plus appropriée pour répondre aux objectifs. Cette méthode permettait d'explorer, au travers de leurs récits et de leurs attitudes, toutes les facettes du vécu émotionnel des femmes interrogées face à leur parcours gynécologique et comprendre leurs attentes. Une autre méthode n'aurait pas permis de répondre à la question posée (48,49).

La discussion de la méthode a été réalisée avec la grille COREQ : *Consolidated criteria for Reporting Qualitative* permettant de réaliser une critique objective de l'étude grâce à ses 32 items et ses 3 domaines (Annexe 11).

#### 4.1.1. Equipe de recherche et de réflexion

Les entretiens ont tous été menés par l'auteur de ce travail qui était alors médecin généraliste remplaçante.

##### 4.1.1.1. *Expérience et formation du chercheur*

L'enquêtrice était novice dans la recherche qualitative. Une première étude par entretiens semi-dirigés avait été menée en 2014, dans le cadre du mémoire de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine générale, mais ne portait que sur trois entretiens.

La formation théorique du chercheur était fondée sur une journée d'enseignement pédagogique à la méthodologie des études qualitatives organisée par le Collège Universitaire de Médecine Générale.

Le manque d'expérience a été contrebalancé par les connaissances du directeur de thèse qui a été formé à la recherche qualitative en santé<sup>2</sup> et codirigé plusieurs thèses qualitatives avec un autre directeur de thèse expérimenté dans ce domaine. Les échanges lors des Cercles de thésards (45) pendant toute la durée de l'étude, ont permis d'approfondir les connaissances de l'enquêtrice à la recherche qualitative. Ces temps d'échange entre les différents thésards

---

<sup>2</sup> Diplôme interuniversitaire : Recherche qualitative en santé. <http://fmc.umontpellier.fr/fmc/diu-recherche-qualitative-en-sante-191.html>

étaient l'occasion de partager les connaissances méthodologiques et les expériences personnelles que chacun avait acquises selon les différents stades d'avancement de leur travail. Ils pouvaient donner un point de vue extérieur à celui de l'équipe de recherche en réfléchissant au sujet de thèse avec un plus grand recul. La présence d'une deuxième directrice de thèse dans le cercle de thésards a également enrichi les échanges et a pu apporter une expérience supplémentaire en recherche qualitative.

Le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu également constituer une limite d'influence. L'absence d'entraînement à la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu influencer les réponses des participants par sa personnalité, sa subjectivité, ses réactions, la façon de mener l'entretien, de poser les questions ou encore la façon de reformuler ou de relancer. Cette limite a été atténuée par la réalisation d'un guide d'entretien détaillé avec des questions de relances multiples. Ce dernier a été testé à trois reprises puis modifié. Une autocritique des entretiens dans les formulations des questions et des relances était réalisée par l'enquêtrice puis par le directeur de thèse, pour rectifier les difficultés de l'enquêtrice. Enfin, l'investigatrice était remplaçante en médecine générale, ce qui a pu faciliter le respect des temps de parole et de silence lors des entretiens et adopter une attitude d'écoute active.

#### **4.1.1.2. Relation avec les participantes et caractéristiques de l'enquêtrice**

Les participantes n'étaient pas connues de l'enquêtrice à l'exception de deux femmes qui ont été recrutées par l'entourage de l'investigatrice qu'elle avait eu l'occasion de rencontrer par le passé. Ces deux personnes ne faisaient pas toutefois partie de l'entourage direct de l'enquêtrice, qu'elle ne connaissait donc pas personnellement.

Afin de conserver la juste distance et ne pas laisser la crainte d'un quelconque jugement s'installer, ces entretiens ont été réalisés en milieu de recrutement. Le guide d'entretien était alors maîtrisé, les techniques d'entretien acquises et l'enquêtrice avait davantage d'aisance dans les thèmes abordés. Les entretiens réalisés auparavant avait également permis de corriger des attitudes ou questions de relance et d'anticiper les réponses ou situations qui pouvaient être déstabilisantes pour l'enquêtrice et l'enquêtée. Cela permettait de mettre la personne en confiance, de ne pas induire de jugement ni limiter la richesse des informations délivrées au cours des entretiens.

L'anonymat a été assuré en attribuant une lettre à chaque participante, indépendamment de leur nom ou prénom.

Les participantes n'avaient pas connaissance précisément de la question de recherche. Elles savaient qu'elles allaient participer à une étude sur le suivi de la femme chez les FSF. Le terme de gynécologie n'avait pas été précisé afin que les participantes ne se documentent pas au préalable sur le sujet et gardent le plus de spontanéité dans les réponses.

Lors de la prise de contact, l'enquêtrice se présentait comme étant chercheuse en fin d'études plutôt que médecin généraliste et s'excluait volontairement du milieu médical (par exemple en utilisant les formules « comment les professionnels pourraient » plutôt que « comment nous pourrions »). En associant l'enquêtrice à une étudiante chercheuse plutôt qu'à un médecin, les participantes pouvaient se sentir plus libre de se confier, limitant ainsi la crainte du jugement sur leur vécu ou prise en charge. Elles pouvaient alors se sentir plus à l'aise pour émettre des critiques quant à leur parcours médical ou à l'égard des professionnels, sans chercher à apporter la réponse qu'elles pensaient attendue.

Il a pu s'installer rapidement un climat rassurant et bienveillant évitant des situations de malaise.

Certaines participantes ont utilisé spontanément le tutoiement lors du premier contact avec l'enquêtrice. Celle-ci avait d'abord souhaité maintenir le vouvoiement afin de garder une certaine distance avec les interviewées et rester à sa place de chercheuse. Cela a pu constituer une limite lors d'un entretien, la participante ayant pu se sentir moins en confiance et moins libre dans ses réponses. Il a donc été décidé pour les entretiens suivants, lorsque les participantes s'adressaient à l'enquêtrice par le tutoiement lors du premier contact, de proposer librement le tutoiement ou le vouvoiement selon leur préférence, afin qu'elles se sentent le plus à l'aise possible.

#### **4.1.1.3. *Posture du chercheur et carnet de bord***

Au cours de ce travail, il a été important d'établir une posture du chercheur. Elle permettait à l'enquêtrice d'exprimer explicitement les raisons du choix de ce sujet. Ensuite elle posait la

posture initiale, c'est-à-dire ses *a priori* ou craintes qu'elle pouvait avoir sur le sujet et le déroulement de l'étude, au début de ce travail. Cette posture a pu évoluer tout au long de ce travail en fonction d'étapes marquantes pour l'enquêtrice, notamment au fil des entretiens ou lors de l'analyse des données. Enfin, elle notait comment sa pratique avait changé parallèlement à l'avancement de ce travail.

Cela a permis à la chercheuse de prendre davantage de recul sur son travail, de garder un esprit critique et de se libérer de la crainte du jugement ou d'un parti pris sur un sujet sensible.

Un carnet de bord des entretiens était également tenu. Il permettait d'apporter une critique de chaque entretien afin d'améliorer les questions et les relances, et d'utiliser les critiques positives pour les entretiens suivants.

#### **4.1.2. Conception de l'étude**

Le cadre théorique c'est-à-dire le choix de la méthode, le déroulement des entretiens ainsi que leur durée a été expliqué dans la méthodologie.

Les entretiens n'ont pas été répétés.

##### **4.1.2.1. Constitution de l'échantillon raisonné**

###### **- Sélection des participantes**

La sélection des participantes, la prise de contact et la taille de l'échantillon, ont été décrits dans la partie Matériel et Méthodes.

La sélection des participantes s'est faite selon la technique de l'échantillonnage raisonné en variation maximale, qui ne recherche pas la représentativité statistique mais à explorer l'ensemble des possibles. C'est une caractéristique propre à la méthode qualitative qui vise à découvrir les atypies, les exceptions (50).

L'échantillon raisonné n'est pas préétabli avant les études dans la méthode qualitative. Les participantes ont été sélectionnées selon leurs caractéristiques afin de diversifier au mieux les opinions, les comportements, les attitudes et les vécus en vue d'obtenir un recueil exhaustif des données. Le choix s'est porté sur l'âge, le statut familial, l'expérience de la

grossesse, le lieu de vie urbain et rural, un vécu hétérosexuel antérieur, l'activité homosexuelle ou bisexuelle. Il s'agissait de rechercher des opinions, des comportements ou attitudes et des vécus différents en vue d'obtenir un recueil exhaustif des données.

L'âge des participantes variait de 24 à 48 ans avec un âge moyen de 34.6 ans.

Les différentes catégories socio-démographiques ont pu être représentées avec toutefois une plus grande proportion de femmes résidant en milieu urbain. Données semblables à celles retrouvées dans la littérature, qui rapporte que les FSF habitaient plus souvent les grandes agglomérations et notamment la région parisienne (51,52).

Les situations familiales et parentales étaient diversifiées avec 10 femmes ayant des enfants, dont 6 ayant mené leur grossesse dans le cadre de leur relation homosexuelle et 9 étant désignées comme l'accompagnante. Une seule femme avait eu ses enfants dans le cadre d'une relation hétérosexuelle antérieure. Les profils des participantes sont présentés dans le tableau 1 de la partie « Résultats ».

#### **4.1.2.2. *Caractéristiques et difficultés du recrutement***

Le recrutement a été facilité par la rencontre avec le Centre de Santé et Sexualité de Lyon ainsi que le CeGIDD de l'hôpital de la Croix Rousse. La note d'information créée à cet effet a été relayée par différentes associations LGBTI, soit par contact direct de l'enquêtrice avec ces associations, soit par effet boule de neige par les participantes ayant déjà réalisé l'entretien.

La majorité des femmes interrogées ont pris d'elles-mêmes contact avec l'investigatrice pour participer à l'étude. Le nombre important de femmes ayant souhaité participer à l'étude était révélateur de l'engouement de cette population à davantage de visibilité dans le milieu médical, et *a fortiori* en santé publique, en partageant leurs expériences médicales.

Cette forte mobilisation des femmes a pu constituer une force, mettant en lumière le manque de recherche dans cette population qui se voyait oubliée des études médicales et scientifiques.

Toutefois, 4 femmes ayant pris contact initialement avec l'enquêtrice n'ont pas donné suite aux emails ou appels et aucune femme n'ayant jamais eu de suivi gynécologique n'a pu être recrutée.

D'autre part, les participantes étaient a priori toutes issues d'une culture occidentale. Malgré la mise en lien avec des associations d'origine culturellement différente comme Afrique-arc-en-ciel ou HM2F (mouvement homosexuel musulman de France), aucune femme ayant une origine culturelle autre ou des croyances religieuses différentes n'a pu être interrogée. Une seule participante a été recrutée via l'association David & Jonathan (mouvement homosexuel chrétien), mais l'abord religieux n'a pas été évoqué.

Interviewer des femmes de même origine ethnique a pu constituer une limite en ne montrant qu'une vision occidentale de la femme, de la gynécologie et de l'homosexualité. Interroger des femmes d'autres origines aurait pu permettre de mettre en évidence d'autres facteurs socio-culturels influençant leur suivi et leur vécu, non retrouvés dans ces entretiens. De même, le fait d'avoir interrogé des femmes ayant déjà eu un suivi gynécologique ne donne qu'une vision très limitée de la population homo- et bisexuelle féminine.

Ce constat est superposable à la majorité des études réalisées dans cette population. Le recrutement se faisant généralement sur la base du volontariat, les femmes les plus isolées, géographiquement, culturellement ou socialement sont probablement moins accessibles et sont peu représentées dans ces études, tout comme les femmes n'ayant jamais consulté un gynécologue. Nombreux travaux ont montré que les femmes recrutées étaient pour la plupart des femmes blanches, résidant dans de grandes agglomérations (12,18,19,53,54).

Enfin, les femmes qui vivaient en milieu rural avaient grandi ou avaient déjà vécu en milieu urbain ou en périphérie de grandes villes. De ce fait, le vécu et les représentations de l'homosexualité en milieu rural ont été peu explorés. De même, une grande partie des répondantes à l'étude avaient, ou avaient eu au cours de leur vie, été en contact avec des associations LGBTI. Elles avaient donc pour la plupart, reçues un soutien des membres de ces associations, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble de la population de femmes homo- et bisexuelles qui restent de ce fait peu accessibles à ce type d'études menées sur la base du volontariat. Ce travail ne donne donc qu'une vision partielle de cette population pourtant hétérogène, qui n'a pu explorer le vécu de femmes davantage isolées.

Bien que la majorité des femmes ait été recrutée en région Rhône-Alpes et en Île-de-France, le recrutement au niveau national représente une force de cette étude. Elle présente un échantillon plus large géographiquement qui ne montre pas de différence régionale majeure dans le vécu et les représentations.

Plusieurs hypothèses se posent quant aux raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas donné suite au recrutement ou n'ont pas répondu à l'annonce :

- la pudeur
- la peur du jugement
- la peur de se dévoiler à une inconnue
- la peur d'aborder un sujet intime et de percevoir les questions comme intrusives
- la crainte de n'avoir rien à dire en absence de suivi gynécologique
- la peur de mal répondre
- ne pas avoir fait son *coming out* et ne pas assumer sa sexualité
- le temps à consacrer à un entretien
- un manque d'intérêt pour le sujet et ne pas se sentir concernée

Au contraire, les femmes s'étant portées volontaires pour participer à l'étude peut laisser penser qu'il s'agit de femmes :

- mieux affirmées dans leur sexualité
- intégrées dans le milieu associatif ou militant et non isolées
- ayant vécu des expériences douloureuses vis-à-vis de leur orientation sexuelle et souhaitant les partager
- voyant au travers de cette étude une motivation pour faire passer un message

#### **4.1.2.3. Recueil des données**

##### **- Entretien semi-dirigé**

L'entretien individuel était le mode de recueil le plus approprié à l'étude d'un sujet sensible. Il permet de solliciter une personne à propos de son vécu, de son expérience personnelle en y intégrant les composantes idéologiques et culturelles telles que les représentations, les croyances, *etc* (55).

Il permettait aux participantes de s'exprimer librement, de se dévoiler en oubliant le cadre de l'étude et se raconter le plus fidèlement possible. Il orientait les interviewées sur le thème de la consultation gynécologique, sans pour autant les restreindre à des questions fermées.

Pour ces raisons, cette méthode a été jugée préférable à celle du focus group.

Il était important de rappeler en début d'entretien de l'absence de jugement ou de mauvaises réponses. Cela a permis de mettre plus facilement en confiance, de libérer la parole et aborder des expériences de vie plus intimes.

- Lieu et déroulement des entretiens

Les lieux d'entretien ont été décidés conjointement par la chercheuse et les interviewées en fonction de la disponibilité de chacune et du souci d'un endroit adapté. Les entretiens se sont déroulés dans un endroit calme, par souci de confort pour aborder ce thème intime dans les meilleures conditions possibles.

Cinq femmes ont été rencontrées à leur domicile.

Trois entretiens ont été réalisés dans une salle mise à disposition à la faculté de médecine de Lyon Est. Cela pouvait constituer une limite à la libre expression de par l'environnement universitaire et scolaire. Afin de mettre le plus à l'aise possible, enquêtée et enquêtrice étaient installées du même côté, et non face à face pour ne pas créer de sentiment de jugement ou d'évaluation tout en rappelant l'anonymat.

Deux entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des interviewées. Un entretien a été réalisé à la fin de la journée de travail et un entretien sur la pause de midi. Ce dernier a pu être limité par le temps accordé à l'entretien, notamment lors des derniers thèmes abordés.

Enfin, en raison d'un nombre important de contacts pris au niveau national, dix entretiens ont dû être réalisés par visioconférence Skype® eux-mêmes réalisés au domicile des enquêtées. Même si une rencontre physique pouvait sembler préférable, ce mode de communication a été accepté afin d'élargir les caractéristiques des interviewées. La réalisation des entretiens par visioconférence permettait de maintenir le contact visuel, facilitant l'échange avec l'investigatrice. Il était rappelé l'absence d'enregistrement des images vidéo, garantissant l'anonymat. Ils ont été réalisés à partir du huitième entretien, une fois les thèmes maîtrisés et les techniques de relance et reformulation acquises.

Lors de ces entretiens, un a été interrompu brièvement par l'irruption d'une personne dans la pièce de l'interviewée, un a été marqué par l'absence de l'enquêtée quelques minutes due aux pleurs de son bébé et quatre ont été interrompus momentanément en raison d'une mauvaise communication. Deux entretiens en particulier ont été interrompus plusieurs minutes jusqu'à rétablissement d'une bonne connexion. Lors du dernier entretien, une

mauvaise mise en route de l'enregistrement a pu générer une perte de données malgré le rappel de ses propos, par l'enquêtrice à l'enquêtée, lors de la reprise de l'échange.

Aucun entretien n'a été effectué dans un lieu public.

Une mauvaise qualité de certains enregistrements ou des bruits de fond ont pu gêner l'enquêtrice au moment de la retranscription de certaines phrases.

Aucune tierce personne n'était présente lors des rencontres.

Les entretiens ont duré en moyenne 58 minutes, seul un a duré 28 minutes mais il s'agissait du premier entretien.

- Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé par la chercheuse et discuté avec le directeur de thèse. Les questions du guide d'entretien ont été rédigées suite à une revue de la littérature en vue de répondre aux objectifs de l'étude. Il a été testé lors des 3 premiers entretiens permettant de vérifier sa bonne compréhension et d'ajuster sa composition. Il a ensuite été enrichi et modifié au fur et à mesure des entretiens.

- Saturation des données

Une analyse progressive des entretiens a permis d'extraire les thèmes et sous-thèmes développés par les femmes. Il est apparu une redondance des idées formulées à partir du dix-huitième entretien. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'au vingtième pour s'assurer de l'absence d'apparition de nouvelles thématiques, mettant fin au recrutement.

- Validation de la retranscription par les participantes

La retranscription des entretiens n'a pas été retournée aux participantes afin d'éviter le phénomène d'autocensure *a posteriori* qui aurait pu nuire à la validité de l'étude.

- Difficultés rencontrées dans le recueil des données

Le lien établi lors de la rencontre avec les participantes a pu faciliter ou au contraire inhiber l'approfondissement de leur vécu. La narration a pu être amputée par un phénomène d'autocensure par peur du regard d'autrui. Il pouvait exister une limite d'investigation dans le recueil de données puisque le thème abordé était un sujet intime et sensible.

La mémoire des participantes pouvait être une limite à la narration de leur vécu. Elle est dans le cas du vécu, modifiée par l'humeur au moment de l'entretien et par le recul qu'elles pouvaient avoir de leurs expériences passées, qu'il s'agisse de leur parcours de vie personnel ou de leur parcours médical.

L'enquêtrice a pu rencontrer plusieurs difficultés lors du recueil des données.

Premièrement, le thème abordé faisait écho avec l'actualité en France ou à l'étranger au moment des entretiens. Les interviewées pouvaient alors s'éloigner des questions posées en abordant des sujets plus généraux autour de la femme ou de l'homosexualité. Il était nécessaire de recentrer l'entretien sur la question de recherche.

Ensuite, l'enquêtrice devait veiller à ne pas entrer dans un débat politique en gardant la neutralité et se préservant d'un quelconque parti-pris, notamment lorsque les thèmes autour de la PMA et de la législation étaient abordés.

Enfin, il était nécessaire de trouver un équilibre et une juste distance dans le ton et le langage employé. L'objectif était de comprendre les mécanismes influençant leur vécu sans chercher à être trop intrusif dans les questions, sans juger ni faire culpabiliser à propos de leur suivi.

Ces difficultés ont été limitées par la réalisation du guide d'entretien qui permettait de garder un axe dans les questions, par l'autocritique des entretiens lors de la retranscription et la tenue d'un journal de bord comme cela a été décrit précédemment.

### **4.1.3. Analyse et résultats**

#### **4.1.3.1. *L'analyse des données***

Les données ont été analysées de manière indépendante par les deux membres de l'équipe de recherche. Chaque membre réalisait un codage manuel et progressif au fur et à mesure des entretiens. La confrontation de ces analyses a été réalisée à la fin des entretiens lors d'une triangulation des analyses. Elle permettait de faire ressortir les thèmes et sous-thèmes et de faire émerger les catégories, non préétablies, répondant à la question de recherche.

L'analyse des deux chercheurs n'a pas été partagée avant la triangulation afin de limiter les risques d'interprétation erronés et vérifier la cohérence des idées exprimées.

La pertinence de développer les idées a été discutée en fonction des données de la littérature. Les éléments les plus pertinents et inattendus étaient mis en avant. Le plan a été validé en cohérence avec la question posée au début de l'étude. Les idées jugées non-pertinentes, ne répondant pas aux objectifs posés pour l'étude, n'ont pas été retranscrites dans les résultats.

L'analyse des données n'a pas été retournée aux participantes pour validation.

#### **4.1.3.2. Rédaction des résultats**

Les résultats ont été rédigés selon les catégories avec les thèmes et sous-thèmes définis lors de la confrontation des analyses. Ils ont été étayés par les unités de sens issus des *verbatim* des participantes, qui illustraient de manière la plus pertinente les idées développées. Chaque unité de sens était identifiée par la lettre attribuée à la femme interrogée.

## **4.2. Discussion des résultats**

### **4.2.1. A la fois ordinaire et singulière : une relation de soins complexe et ambivalente**

#### **4.2.1.1. Une relation comme les autres**

L'intime est au cœur de la consultation gynécologique. Qu'elle soulève la question de la pudeur et de la gêne en exposant son intimité à un inconnu, ou bien par les questions personnelles qu'elle suscite, elle place la femme dans une position d'inconfort et de vulnérabilité. Si l'idée de Goffman (1968) selon laquelle le statut du médecin conférerait distance et neutralité, en gynécologie cette interaction ne va pas toujours de soi (56,57). Alors que la plupart des femmes éprouvent un attachement particulier à cette consultation, elle n'en reste pas moins un moment redouté et appréhendé. Se mettre nue et se mettre à nue est toute la difficulté dans le maintien d'une relation d'équilibre et de neutralité entre la patiente et le professionnel. La « distance intime » qui s'établit entre la femme et le praticien, génératrice de gêne, peut amener à rompre cet équilibre relationnel.

La gestion de l'intime et la relation particulière avec le professionnel se retrouvent dans ce travail. Au travers de leur parcours médical, le vécu de la consultation gynécologique des FSF et les attentes envers leur soignant s'apparentent à ceux des autres femmes,

indépendamment de leur sexualité. Les qualités humaines telles que l'écoute, la disponibilité, les attitudes de précaution lors de l'examen ou encore le respect du corps et du mode de vie sont celles que les femmes recherchent (46,57). Si certaines attribuent à leur médecin un rôle de technicien et d'expertise médicale, ces qualités humaines sont la base d'une relation de confiance dans une consultation où pudeur et intimité prennent une place particulière (58).

#### **4.2.1.2. Une relation ambivalente**

##### **- Une relation dominée par les craintes**

Cette relation d'apparence ordinaire, se voit fortement déséquilibrée par les craintes, les représentations et les expériences vécues autour de leur sexualité, à l'origine d'une certaine ambivalence vis-à-vis du professionnel.

La peur d'être exposée à des situations désagréables voire des attitudes négatives en consultation, en lien avec leur sexualité, peut se manifester à différents niveaux.

Certaines femmes expriment des appréhensions autres que celles habituellement évoquées quant à l'examen gynécologique « technique ». Dans leurs pratiques sexuelles, le rapport à la virginité est évoqué. Il s'en suit souvent une crainte de la douleur au moment de l'examen, qu'elles expliquent par des pratiques sexuelles différentes des femmes hétérosexuelles. Elles peuvent aussi imaginer au travers de ce geste, une manière de voir leur homosexualité affichée. Sans le dire, leur orientation sexuelle serait dévoilée. Ce rapport au sexe génital et à la virginité est assez nouveau et peu exploré dans la littérature. Peu d'études ont été consacrées à leurs représentations et à leurs rapports au corps en gynécologie (3,46), comme par exemple les représentations maternelles qui peuvent y être associées. Les travaux évoquant un lien entre FSF et virginité ont essentiellement portés sur la question de la transmission des IST entre femmes et des représentations qu'elles peuvent en avoir (21). Ces craintes et appréhensions vis-à-vis de leur corps accentuent le sentiment de malaise et de vulnérabilité, causes de réticence au suivi gynécologie.

La peur d'être exposée à un quelconque jugement ou discrimination et les répercussions potentielles sur les soins qui puissent leur être prodigués, étaient des sentiments très présents dans leur parcours de soins. Ne pas être acceptée dans son identité sexuelle, une

attitude de rejet, d'ignorance ou d'indifférence vis-à-vis de l'orientation sont autant d'attitudes négatives redoutées et à l'origine d'un sentiment de méfiance à l'égard du professionnel (15). Une partie importante des FSF a une vision négative et une faible satisfaction à l'égard du comportement des médecins lors de l'examen gynécologique (12,15). Si ces craintes et les attitudes de discrimination sont largement rapportées dans les études (12,24,30,46,59), et plus récemment dans l'actualité<sup>3</sup>, elles expliquent l'hésitation des FSF à recourir à des soins médicaux, dont les soins gynécologiques.

Bien que ces attitudes relèvent parfois plus de la maladresse que de la maltraitance de la part du professionnel, notamment par une situation qui ne lui est pas familière, les FSF sont souvent réticentes à divulguer leur orientation sexuelle.

- Aborder l'orientation sexuelle en consultation : une évidence ?

Si la consultation gynécologique constitue un espace au sein duquel parler de sexualité est *a priori* légitime (38), dévoiler son orientation sexuelle à un professionnel de santé, qui plus est inconnu, peut s'avérer difficile. Les réticences de nombreuses FSF à ne pas la divulguer ont été mentionnées dans plusieurs études (13,23,46,53). 51% des canadiennes identifiées comme lesbiennes se disent incapables de dévoiler leur homosexualité à leur médecin alors que 91% estiment cette information pertinente (60).

Des bénéfices à l'évoquer en gynécologie ont toutefois été exprimés. D'après les recherches en cours, beaucoup de FSF pensent que la divulgation de leur orientation aux professionnels de santé est importante (12,61). Annoncer son orientation sexuelle, c'est montrer sa vraie personne, être considérée comme entière, pas uniquement comme femme ni uniquement comme homosexuelle. Elle permet de justifier certaines situations ou l'absence de prise de contraception. En posant le contexte, elles voient là une façon de donner au médecin une vision globale et entière d'elles-mêmes, dans l'objectif de recevoir un discours et une prise en charge adaptés à leurs besoins (61).

---

<sup>3</sup> Article issu de la revue médicale Le Généraliste : « Santé des LGBT+ : de l'importance d'être un généraliste friendly ». Mars 2018. [https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier\\_313967](https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier_313967)

La révélation de l'identité sexuelle serait en soi cause de soulagement (62). Les FSF dont le gynécologue était informé de leur orientation, étaient deux fois plus nombreuses à faire régulièrement leur suivi. A l'inverse, elles sont nombreuses à avoir retardé le moment de consulter par crainte de la réaction du médecin. Elles se disent plus satisfaites de la relation avec leur médecin et davantage à l'aise pour échanger à propos de leur santé sexuelle, que celles ne l'ayant pas évoquée (18,19,46,53,54). Des données récentes chez les hommes sont similaires : 84.4% des hommes ayant révélé cette information à leur médecin considéraient que cela n'avait pas dégradé leur relation et qu'au contraire, elle était importante pour établir une bonne relation médecin-patient. De même, ceux l'ayant divulguée se sentaient mieux informés et mieux dépistés (63).

La notion de satisfaction n'a pas été réellement évoquée chez les participantes de l'étude présentée. Toutefois, les femmes n'ayant jamais abordé leur sexualité en consultation ont, pour la plupart, estimé que cette information serait pourtant une porte ouverte au dialogue. Elle représente une partie importante de leur vie qui forge leur identité.

Si révéler son identité sexuelle peut paraître pertinente et apporter de nombreux bénéfices, cette divulgation, ou « *coming out* », peut s'avérer difficile pour certaines lesbiennes (53).

Le discours et l'attitude du praticien en dépendent. Une question imprécise du professionnel peut donner la possibilité à la patiente de ne donner qu'une réponse partielle. Elle peut choisir de révéler ou non son orientation. Cette question, rarement abordée par le praticien est l'un des principaux facteurs à la non-divulgation (53).

Ne pas questionner sur la sexualité relèverait du caractère intime et tabou relatif au sujet de la sexualité en général, et de l'homosexualité en particulier (62). Qu'il s'agisse du médecin ou de la patiente, cette information relève du domaine privé dont il est utile de juger de sa pertinence et de son impact.

La posture et l'image de sagesse et de savoir d'un gynécologue ne s'adressant qu'aux femmes hétérosexuelles freinent aussi dans cette confiance.

Enfin, l'emploi d'un discours hétéronormé est sans nul doute un facteur déterminant à la divulgation ou non de l'orientation sexuelle (18). La présomption d'hétérosexualité et une communication non inclusive rendent l'échange difficile pouvant pousser à l'autocensure.

Révéler son orientation sexuelle relève donc d'une démarche active et risquée pour la patiente (62), qui nécessite souvent d'assumer pleinement sa sexualité. Trois types de divulgation d'orientation sexuelle ont été décrits : la divulgation planifiée, passive et non planifiée. Tous ont un risque de discrimination, mais la divulgation non planifiée est celle qui présente le plus grand risque de conséquences psychologiques négatives (6). Ces données peuvent expliquer le fait que la majorité des femmes qui divulgue leur orientation sexuelle le font de leur propre initiative, tel un mécanisme anticipatoire qu'elles peuvent maîtriser. Dans cette étude, les participantes qui avaient activement abordé leur orientation en consultation, avaient pour la plupart obtenu le soutien d'associations LGBTI au moment de leur *coming out* et assumaient leur sexualité. Cette notion est retrouvée dans la littérature. Les FSF participant à des manifestations militantes sont probablement plus ouvertes quant à leur orientation sexuelle, que celles qui n'y participent pas (54).

Si la connaissance de l'orientation et des comportements sexuels d'une femme paraît essentiel pour fournir une information et une éducation appropriée en matière de sexualité sécuritaire, la façon dont cette information est obtenue peut également affecter la relation entre le professionnel et la patiente (6). Révéler ou non son orientation est donc toute la difficulté à laquelle les FSF se voient confronter : divulguer son orientation au risque d'être exposées à la discrimination, aux préjugés et aux stigmatisations, ou se taire en laissant croire qu'elles sont hétérosexuelles et donc se rendre invisibles et ne pas recevoir les soins adéquats.

#### **4.2.1.3. Répercussions et stratégies adaptatives**

##### **- Des professionnels de santé vers le réseau associatif : la question des interlocuteurs**

Le manque de formations et de connaissances des professionnels de santé en matière d'homosexualité féminine est un constat rapporté dans plusieurs études. S'il s'agit souvent d'une perception à partir du point de vue des patientes, les médecins eux-mêmes affirment ne pas être suffisamment informés sur ces questions (6,64). Encore récemment, des

médecins témoignaient<sup>4</sup> de leur inexpérience et de leur méconnaissance dans ce domaine, se sentant ainsi mal préparés aux questions de sexualités autres qu'hétérosexuelles (65).

En raison d'une mauvaise diffusion de l'information, certaines FSF se voient recevoir des informations erronées ou des soins non-adaptés (3,66,67) impactant leur suivi, parfois interrompu (19,21,68).

Le professionnel de santé, peut ainsi être perçu comme non qualifié et non compétent dans le domaine. Il n'est alors plus un interlocuteur privilégié et nombreuses sont les femmes qui vont se tourner vers d'autres acteurs. Des sources telles que les médias, les livres, les brochures ou encore les ateliers éducatifs représentent des alternatives auxquelles elles ont facilement recours (69). Elles y trouvent des messages et des informations utilisant des codes auxquels elles vont être sensibles. Le milieu associatif devient souvent un réseau privilégié. Avec l'épidémie du VIH dans les années 1980, le réseau associatif LGBTI s'est peu à peu élargi, devenant une forme de lutte contre les discriminations en matière de sexualité. Il est devenu de ce fait, un acteur clé pour changer les représentations et les pratiques (32). En y ayant recours, les personnes LGBTI et donc les FSF, y cherchent des personnes qu'elles vont considérer de plus qualifiées pour répondre à leurs questions et au travers desquelles elles vont pouvoir s'identifier.

#### - Des rôles inversés

Plusieurs participantes ont évoqué la notion d'inversion des rôles. Elles pouvaient se retrouver à être celles qui rassurent ou celles qui informent.

Former et informer les professionnels relève alors de la responsabilité des femmes. Cette donnée non retrouvée dans la littérature, rappelle celle des patients-experts atteints de maladies rares. Par le fait qu'elles représentent la plupart du temps des cas isolés et peu fréquents dans la patientèle, elles sont souvent peu ou mal connues du professionnel. Là encore, l'apparition du VIH et du sida avait conduit les patients atteints, pour la plupart homosexuels, à adopter les mêmes mécanismes, à savoir informer les professionnels de leur maladie. La responsabilité implicite pour les patientes d'éduquer les professionnels de santé, est une des hypothèses aux obstacles d'une prise en charge adéquate (68).

---

<sup>4</sup> Article issu de la revue médicale Le Généraliste : « Santé des LGBT+ : de l'importance d'être un généraliste friendly ». Mars 2018. [https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier\\_313967](https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier_313967)

- Des stratégies adaptatives et d'évitement

L'inadéquation des soins reçus par rapport à leurs attentes, l'absence d'échange autour de la sexualité, le sentiment d'ignorance ou de déception face à l'indifférence lors de la divulgation de l'orientation sexuelle sont autant d'éléments qui poussent les FSF à adopter des stratégies adaptatives (3,53,66). Pour se protéger, elles développent des mécanismes d'anticipation et d'évitement (24,46). Ainsi, elles sont parfois amenées à cacher des informations ou mentir à propos de leur identité sexuelle. Des éléments visuels dans la salle d'attente ou non-verbaux à travers l'attitude du médecin représentent des signes d'ouverture auxquels elles vont être attentives. Ils sont perçus comme des indices leur garantissant d'un environnement tolérant et sécurisant (61,66,68,70).

La notion de médecin *gay-friendly* ou *lesbian-friendly* (71) a aussi été évoquée et est retrouvée dans la littérature. Les listes de professionnels étiquetés comme tels sont alors perçus comme des signes directs d'ouverture. Cette « appellation » devient un élément rassurant dans la démarche de soins. Elle leur assure l'accès à un médecin ouvert à la diversité, bien informé sur leurs besoins et favorisant la divulgation de la sexualité (15,53,68).

Pour se préserver d'actes qualifiés de malveillants ou de l'exposition à un environnement hétéronormé dans lequel elles ont du mal à s'identifier, les FSF se tournent peu à peu vers des consultations à domicile. De par le cadre familial, celles-ci peuvent être pour certaines femmes, un moyen de mieux adhérer au suivi gynécologique et améliorer la relation de soins. D'autre part, l'autonomisation des soins semble se développer et de plus en plus de lesbiennes se fient aux soins auto-administrés et à l'auto-éducation (53,70). « L'auto-gynécologie » comme il a été mentionné dans l'un des entretiens, paraît être une pratique en expansion dans le milieu communautaire, notamment via des sites internet dédiés. Cette notion d'autonomisation des soins, peu présente dans la littérature, soulève tout de même la question d'un suivi adapté selon les recommandations établies et celle de la participation à une plus grande invisibilité des FSF.

Et c'est bien cette ambivalence, régie par les normes et les représentations sociétales autour de l'homosexualité féminine, qui définit la relation de soins entre les femmes ayant des relations avec des femmes et le professionnel gynécologue, rendant la prise en charge pour le moins complexe.

#### **4.2.2. Représentations sociétales : société normative et vision hétéronormée**

Les discours des femmes interrogées ont permis de mettre en lumière le poids des représentations sociétales dans leur vécu de la consultation gynécologique et l'image « traditionnelle » que renvoient la gynécologie et l'homosexualité féminine.

##### **4.2.2.1. Une société hétéronormée**

De façon générale, les FSF ne se sentaient pas ou peu concernées par les thèmes autour de la gynécologie. Les croyances et les représentations d'un suivi gynécologique destiné aux femmes hétérosexuelles restaient profondément ancrées. Afin de comprendre les raisons pour lesquelles les FSF se sentent en dehors des normes, il faut avoir conscience du lien étroit entre sexualité humaine et contexte social, historique et culturel d'une société (37). L'homosexualité féminine en est un parfait exemple.

Bien qu'elle soit dépénalisée en France depuis 1982, puis retirée de la liste des maladies mentales par l'OMS en 1991, l'homosexualité féminine reste encore marquée par les constructions historiques autour de la sexualité d'une part – et *a fortiori* de l'homosexualité – et par l'image et la place de la femme et son corps d'autre part. Les faits historiques ne sont pas sans rappeler les liens entre homosexualité et médecine, et plus précisément entre lesbianisme et gynécologie.

Au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, en Amérique du Nord et en Europe, des modèles bio-médicaux définissaient ce que représentait la normalité et la déviance, y compris pour les questions de sexualité. La médecine moderne, fondée sur l'histoire de l'Eglise liant maladie du corps et morale, a longtemps associé homosexualité et maladie mentale. L'attirance pour une personne du même sexe et tout comportement en ce sens étaient considérés comme une maladie, dangereuse et contagieuse (70).

Pendant le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle, le milieu médical a cherché à élaborer des théories sur la nature et les causes exactes de l'homosexualité afin d'en poser un diagnostic et la traiter (70). Si l'homosexualité a longtemps été pensée comme une pathologie, ce sont les pratiques sexuelles, envisagées comme non fécondes entre deux personnes, qui étaient initialement condamnées. Avec la constitution juridique puis médicale de la catégorisation

de l'homosexualité, ce n'était plus un type d'acte qui était réprimé, mais un type d'identité individuelle (72).

Dans les sociétés occidentales, dans le système de pensée du début du XVIII<sup>e</sup> siècle, c'est le sexe qui détermine naturellement le genre. Une personne de sexe féminin est pensée comme naturellement femme et féminine, une personne de sexe masculin comme naturellement homme et masculine (72,73). L'homosexualité est ainsi conceptualisée, par la société et le corps médical, en termes d'anomalie. Au fil de l'histoire, la complémentarité naturelle entre femmes et hommes et l'attraction pour le sexe opposé sont devenues une évidence. L'hétérosexualité s'est alors imposée comme la norme (72,74).

Au-delà de l'homosexualité, les FSF sont soumises au poids des normes corporelles et à la féminité dictées par la société. Dans son livre *La sociologie du corps* (75), David Le Breton explique comment l'effet conjugué de l'éducation reçue et des modèles sociaux qui entourent l'individu influence notre rapport au corps dans la société. Dans les années 1950, l'initiation sexuelle était pour une majorité de femmes liée au mariage. Si l'activité sexuelle n'est plus l'attribut de l'individu marié, en âge d'avoir des enfants, il existe encore des signes de normalisation forts (76). Le lien entre féminité et fécondité confère à placer la femme, au travers de son corps, dans une perspective essentiellement reproductive et de maîtrise de sa fertilité (37,77). Ainsi, l'image de la femme est associée au corps reproducteur et nourricier et celle de la gynécologie à la maternité.

Féminité et esthétique corporelle forment « un couple indissocié ». L'image de la femme associe le devoir de beauté et le devoir de santé. Devoir de santé étroitement lié au féminin du fait de la prise en charge médicale par la gynécologie et l'obstétrique. Le poids de la presse de santé est particulièrement significatif de cette association culturelle entre femme et santé, en lui donnant une certaine esthétique au travers notamment des messages et affiches de prévention. Jeune, belle et mince, telle est l'image idéale de la femme que proposent les médias et la publicité (73,78).

En se révélant être un espace au sein duquel normes esthétiques et corporelles sont prises en considération (par la pesée ou le rappel des conseils diététiques ou d'hygiène de vie), la consultation gynécologique ne déroge pas à la règle (38). La médicalisation de la sexualité, notamment par la prescription de méthodes contraceptives, contribue à renforcer les définitions normatives du féminin (76).

Si des mythes se sont construits autour de l'homosexualité (10), en particulier chez les hommes, tels que la pédophilie ou des comportements efféminés, les termes qui se rapportent au lesbianisme n'échappent pas au poids de la stigmatisation et de l'étiquetage social. L'homosexualité féminine a souvent été vue comme la négation même de l'idée de procréation et perçue comme une transgression de l'ordre du genre en renonçant à la maternité (40,79). Le mot « lesbienne » est devenu synonyme de masculinité. Cette non-correspondance à la norme sociale dominante attribuée aux femmes, fait qu'on leur a attribué une place qualifiée de déviante (41,74).

La société dite normative, voire hétéronormée dans laquelle les FSF évoluent, reste imprégnée de stéréotypes autour de la femme et de l'homosexualité, ne laissant que peu de place à une autre sexualité dans le système de soins. Les croyances qui se sont installées ont influencé le regard sur la sexualité et par là même les sexualités autres qu'hétérosexuelles (37).

Dans leurs discours, l'image traditionnelle de la femme renvoyée par la société et l'environnement médical les mettent en marge de ce suivi. Se sentir hors des normes dans son corps, dans sa sexualité ou dans son schéma de vie sont autant de questions auxquelles les FSF sont confrontées. Rompre l'image du schéma familial classique ou celle du corps maternel et reproducteur étaient des éléments soulevés lors des entretiens, et pour lesquels elles n'avaient pas de modèle auquel se référer.

#### **4.2.2.2. Homophobie et hétérosexisme**

##### **- L'homophobie**

L'homosexualité, de par son héritage social, véhicule encore aujourd'hui une image négative, celle d'une sexualité « contre-nature ». Cette vision péjorative et la pression énorme pour se confronter à la majorité hétérosexuelle sont à l'origine de marginalisation sociale, discrimination et stigmatisation (10,24).

L'homophobie, telle qu'elle est caractérisée la plupart du temps, est « l'attitude d'hostilité et de rejet d'une sexualité et d'une affectivité vécue avec une personne de même sexe » (51,80). Les personnes homo-bisexuelles font, par le simple fait de leur orientation sexuelle,

l'objet de réactions négatives ou haineuses (59). La peur, l'aversion, les comportements discriminatoires ou de violences sont des manifestations de l'homophobie auxquelles les personnes LGBTI sont exposées (70). Le rejet par l'entourage familial est, quant à lui, une particularité de l'homosexualité, puisqu'il ne frappe pas les autres groupes minoritaires comme par exemple la couleur de peau ou les croyances religieuses (81).

Les personnes ayant des relations avec des personnes de même sexe et notamment les FSF ont ainsi un statut défavorisé dans la société.

#### - Sexisme et hétérosexisme

Si l'homophobie tend à discriminer l'ensemble de la population homo et bisexuelle, une autre notion, celle de l'hétérosexisme, renforce l'inégalité sociale entre hommes et femmes, y compris dans l'homosexualité. Elle se définit comme la conjonction de l'hétérocentrisme, qui suppose l'hétérosexualité comme la norme pour la sexualité, et du sexisme qui considère qu'il n'existe que deux sexes, auxquels correspondent deux genres socialement hiérarchisés. L'homme et le masculin étant alors considérés comme supérieurs à la femme et au féminin (80). Cette non-correspondance à la norme sociale dominante attribuée aux femmes et la domination de genre, rendent les FSF discréditées en tant que femmes et discréditables en tant qu'homosexuelles (74,79). La sexualité lesbienne est perçue comme un impensé social. « Il n'y a pas de sexualité là où il n'y a pas de pénétration masculine ». Telle est l'image stéréotypée de la sexualité entre femmes (80). Ce déni des pratiques sexuelles entre femmes, qui vont à l'encontre des représentations « anciennes » de la nécessaire relation entre sexualité et reproduction (42), donne lieu à des mythes et idées reçues à propos des FSF. C'est ainsi que l'idée du fantasme qu'auraient les hommes sur la sexualité entre femmes, ou encore qu'il n'existe pas vraiment de rapports sexuels entre femmes, sont encore très présents dans les esprits, et que les participantes ont pu exprimer à travers leurs ressentis en consultation (80).

#### - La lesbophobie

Les FSF sont donc confrontées à deux formes sociales complexes de discrimination : le sexisme, lié au simple fait d'être une femme, et l'homophobie, liée au fait d'avoir des relations sexuelles et affectives avec une personne de même sexe. Ainsi a été créé le terme de lesbophobie, englobant ces deux notions et rendant compte de leur spécificité face à la

gayphobie (80). Cette forme de stigmatisation sociale à l'égard des FSF explique le fait qu'une partie d'entre elles se sentent déconsidérées et invisibilisées (51).

La lesbophobie n'est pas dans la vie des FSF une expérience marginale. Nombreuses sont celles qui ont été confrontées au cours de leur vie à des actes lesbophobes. L'enquête sur la lesbophobie réalisée en 2003-2004, portant sur 1793 lesbiennes, révélait que près d'une répondante sur trois (57%) déclarait avoir vécu au moins une situation lesbophobe au cours de leur vie. 10% d'entre elles évoquaient le milieu médical, dont 44% concernait les gynécologues, et pouvait se manifester sous la forme d'un manque de formation et d'information sur les questions d'orientation sexuelle, un déni de l'homosexualité, des propos inappropriés et parfois des refus de soins (24,80,82). Le dernier rapport rendu par SOS Homophobie sur l'année 2016, montre que le nombre de cas recensés de lesbophobie a augmenté de 16%. La famille (23%), les lieux publics (18%), internet (16%) et le travail (14%) réunissent à eux seuls 70% des cas de lesbophobie (83).

En 2015, le rapport de l'enquête de SOS homophobie montrait que le secteur de la santé représentait 2% des cas de lesbophobie, avec plus d'un tiers des situations impliquant un gynécologue (51).

Si les actes à caractère lesbophobe sont loin d'être majoritaires dans le milieu de la santé, l'actualité récente rappelle qu'ils n'ont pour autant pas totalement disparus (65,84). Le vécu d'une expérience homophobe sous quelque forme que ce soit, qu'elle ait lieu dans l'espace public ou privé explique en partie ce détachement des FSF vis-à-vis des médecins gynécologues. Vivre une telle expérience en consultation ne leur paraît alors pas impossible. Les notions de sexisme et d'hétérosexisme qui y sont reliées sont des déterminants de santé qui ne font que renforcer le sentiment d'inégalité d'accès aux soins de santé et une sous-utilisation des services de santé notamment gynécologique (70).

#### **4.2.2.3. *La maternité et le poids de la législation***

##### **- Cadre légal de la PMA : entre illégalité et inégalité**

En raison probablement de l'interdiction de la PMA en France pour les couples de même sexe, il existe peu d'études sur le vécu de ce parcours.

Pourtant, le désir d'être mère et/ou de parentalité est une réalité parmi les FSF. En 2013, l'Insee estimait qu'environ 20 000 personnes vivant avec une personne de même sexe élevaient au moins un enfant en France. Si dans la plupart des cas il s'agissait d'enfants conçus lors d'une relation hétérosexuelle antérieure, la situation semble évoluer depuis quelques années (85).

Bien que l'ouverture de la PMA aux couples d'homosexuels et aux femmes seules ait reçu un avis favorable du Comité consultatif national d'éthique, l'homoparentalité reste un sujet encore très controversé. Alors que plusieurs études n'ont montré aucune différence entre les enfants élevés par des FSF et ceux par des personnes hétérosexuelles, le regard de la famille et de la société est parfois lourd à porter. Devenir mère est une construction sociale qui a du mal à se défaire des considérations biologiques et de ce qui entoure l'idée d'une famille plus « traditionnelle » (13,15,86).

Au-delà des préjugés moraux qu'elles doivent affronter pour accomplir leur désir de devenir mère et/ou parents, les FSF éprouvent un sentiment d'inégalité face aux femmes hétérosexuelles (13). Le problème d'accès à la PMA et l'absence de prise en charge par l'assurance maladie, rendent le vécu de la maternité chez les FSF long et complexe. L'engagement de frais médicaux, souvent conséquents et l'absence de reconnaissance du statut de l'accompagnante en tant que parent légal, renforcent le sentiment d'inégalité, et les renvoient à une situation dévalorisante, celle de « citoyenne de seconde zone » (87).

- *La maternité : un regard qui change, une relation qui évolue*

Si concrétiser le désir de maternité pour les couples de femmes semble augmenter, le cadre juridique pousse certaines FSF à contourner la loi. Soit en utilisant des méthodes dites « artisanales », soit en effectuant leur démarche de procréation à l'étranger, dans la clandestinité et l'illégalité. Une étude menée entre 2005 et 2007 a révélé que les centres belges pratiquant l'insémination artificielle avec don de sperme (IAD) avaient reçus 1651 couples français. Et leur nombre augmente de manière importante (moins de 450 en 2005 et jusqu'à plus de 600 en 2007) (85). Dans ce contexte d'illégalité et de forte pression médiatique, juridique et politique, la crainte d'aborder ce sujet en consultation paraît compréhensible. Se référer à un professionnel de santé pour obtenir des informations ou acceptant de s'engager dans ce processus peut s'avérer difficile. Elles se retrouvent parfois

confrontées à l'avis défavorable des soignants qui ne veulent pas s'impliquer dans cette démarche, que ce soit pour des raisons morales ou légales.

Toutefois, la tendance ces dernières années est enclin à changer. Les médecins gynécologues sont de plus en plus nombreux à accepter de les prendre en charge et travailler en coopération avec les centres étrangers, comme cela a été rapporté dans une étude réalisée dans des centres en Belgique (85). Sur 270 médecins recevant les demandes d'aides à la procréation pour les couples de même sexe, 61% ont participé directement à la préparation de PMA réalisées à l'étranger. Une autre étude menée dans 3 pays européens, révèle que 86% des femmes bénéficiant d'une PMA à l'étranger faisaient état d'un suivi médical en France, assuré par le gynécologue habituel dans 56% des cas (85).

Récemment, un manifeste signé par 130 médecins et biologistes de la reproduction, mettait au grand jour la réalité et l'incohérence de la prise en charge des couples de même sexe par les gynécologues, bien que celle-ci soit toujours condamnable (88).

Ainsi, si la majorité des études font état d'une certaine méfiance à l'égard des professionnels de santé, le vécu de la maternité, dans ce contexte particulier, semble incontestablement marquer un tournant dans la relation entre la femme et le professionnel de santé. Dans ce suivi aux conditions particulières, la franchise est une valeur essentielle. Elle devient la condition inéluctable d'une relation de confiance et d'une prise en charge optimale, dont les femmes se sentent quelque peu redevables envers le médecin.

Lorsque le suivi est accepté, c'est un lien fort et solide qui se crée entre elles et les professionnels intervenants dans le déroulement de leur grossesse. Cet accueil favorable et bienveillant, est alors à l'origine d'une alliance thérapeutique qui s'organise autour d'un réseau complice. Dans cette relation qui se construit dans une certaine clandestinité, les femmes éprouvent de l'admiration envers leur soignant.

Cette relation, peu explorée dans le cas présent de la PMA au sein des couples homosexuels, peut toutefois faire référence aux situations médicales en marge de la législation et dont le corps médical fait souvent l'objet de clivages aussi forts que ceux de la société en général. Elle rappelle notamment les situations d'avortements clandestins avant la loi Veil de 1975 (89). C'est donc dans le secret que semble s'établir une relation complice et indéfectible.

### 4.2.3. Visibilité et invisibilité

#### 4.2.3.1. *L'invisibilité des FSF*

Les notions développées précédemment, tels que l'homophobie, l'hétérosexisme et l'hétéronormativité contribuent à l'invisibilisation des FSF à plusieurs niveaux. La récurrence de ce terme dans les entretiens montre à quel point il constitue le nœud central dans la question de la santé et plus particulièrement de la santé gynécologique dans cette population.

##### - *Invisibilité sociale*

Alors que les HSH sont fréquemment attaqués dans leur masculinité et agressés physiquement, les FSF sont quant à elles, plus généralement invisibilisées et niées dans leur sexualité. En attribuant à la femme une fonction sociale propre, celle de la procréation, la sexualité entre femmes, dans un contexte de domination hétérosexuelle et masculine a longtemps été oubliée des recherches en sciences sociales (24,51,72). La non-reconnaissance du lesbianisme est une des formes de l'invisibilité sociale. Les FSF, en tant que femmes et en tant qu'homosexuelles, se voient donc confrontées à une double invisibilité (74).

##### - *Une minorité parmi les minorités*

L'invisibilité s'opère aussi dans leur propre communauté. Elles sont une minorité parmi les minorités. Les recherches sur la santé des FSF, bien qu'elles soient en pleine expansion, sont encore peu nombreuses, notamment en matière de gynécologie. L'apparition du VIH au début des années 1980 a été déterminante dans la multiplication des études sur la population homosexuelle. Pour autant, la plupart s'est intéressée aux hommes gays et aux IST, mettant les FSF en marge des politiques de santé publique (21,90). L'épidémie de sida a donc, d'une certaine manière, contribué à leur invisibilité et entretenu les lacunes dans la recherche sur la santé des FSF. Bien que des efforts aient été faits, les campagnes de prévention et d'information sont encore perçues comme quasi-inexistantes par les femmes, ou du moins invisibles face à celles s'adressant aux HSH.

- Invisibilité en gynécologie

En ayant considéré pendant longtemps les FSF comme une population non à risques d'IST (en comparaison aux HSH), les FSF ont été ignorées des programmes de prévention liés notamment aux IST et VIH. Les FSF représentent pourtant un groupe hétérogène encore moins bien connues que les hommes gays.

Le terme d'orientation sexuelle ne permet pas la distinction entre attirance, pratique sexuelle et l'auto-définition de soi. Il existe en réalité de multiples facettes aux sexualités homo-bisexuelles, alors que l'indicateur le plus souvent utilisé dans les études sur les comportements sexuels est le fait d'avoir déjà eu une partenaire de même sexe ou des rapports sexuels avec une personne de même sexe. Or, la catégorisation binaire hétérosexualité/homosexualité a ses limites (9). En occultant les pratiques sexuelles ou l'auto-définition, elle tend à homogénéiser au risque de créer des perceptions stéréotypées éloignées des réalités et des expériences vécues. Certaines femmes ne s'identifient pas toujours comme homosexuelles ou lesbiennes, ou ont des pratiques sexuelles diversifiées, et ne présentent donc pas forcément les mêmes risques. Ainsi, cette bipartition exclut les FSF des messages préventifs au prétexte qu'elles ne sont pas une population à risque de transmission et contribue à son invisibilité.

D'une autre manière, les FSF sont invisibles ou se rendent elles-mêmes invisibles face au professionnel : rendues invisibles par la présomption d'hétérosexualité, ou se rendant elles-mêmes invisibles face à l'hétéronormativité, l'homophobie et l'hétérosexisme (91).

Les salles d'attente accentuent le sentiment d'invisibilité. Plusieurs participantes ne se sentaient pas incluses dans les messages de prévention qu'elles pouvaient voir sur les affiches ou brochures mis à disposition. Elles se sentaient inexistantes et ignorées.

**4.2.3.2. Vers une évolution des mentalités : une visibilité non dénuée de risques**

La recherche sur la santé des femmes homo-bisexuelles a considérablement progressé au cours de ces deux dernières décennies. Les premières études étaient peu nombreuses, concernaient souvent des femmes anglo-saxonnes et bien éduquées, reflétant la difficulté d'accéder à des sous-groupes marginalisés. Petit à petit, les travaux se sont multipliés, s'étendant aux minorités difficiles d'accès. Les événements sociétaux tel que l'instauration du PACS en 1999, contribuant à une meilleure visibilité de la population LGBTI, y ont

certainement participé. Jusqu'en 2010, on observe un certain désinvestissement des pouvoirs publics. Ce sont alors des groupes militants épars qui se mobilisent donnant lieu à des brochures de prévention et d'information (Tomber la culotte, Gouix, Les Klamydia's, On sex'prime, etc.) à l'égard des FSF. En 2010, pour la première fois, les pouvoirs publics prennent en charge la question de santé sexuelle relative aux FSF. Le plan national de lutte contre le VIH/sida 2010-2014 (32), comportant des recommandations relatives aux FSF, la campagne de prévention financée par l'INPES intitulée « Comment ça va les filles ? » ou encore le site internet L créé par le CRIPS Île-de-France en sont quelques exemples.

Les FSF sont et se rendent de plus en plus visibles. Afficher son homosexualité dans l'espace public, grâce notamment aux actions des différentes associations LGBTI pour protéger cette population et faire valoir leur droit, est désormais plus facile. Cette tendance à une plus forte visibilité sociale des FSF, par une meilleure reconnaissance des différentes formes de sexualité et de parentalité (à travers notamment des couples homoparentaux) est toutefois confrontée à un paradoxe et n'est pas sans conséquence.

Dès lors qu'elles sont visibles au quotidien, les FSF sont victimes de discrimination. C'est ce qu'atteste une enquête sur la lesbophobie qui rapporte que les femmes qui avaient été victimes d'agression, pour nombre d'entre elles, l'avaient été parce qu'elles étaient « visibles » à ce moment-là, c'est-à-dire identifiable comme homosexuelles. Soit parce qu'elles étaient en couple au moment de l'agression (pour 73% des répondantes), soit en raison de leurs tenues vestimentaires non « conformes » aux codes féminins traditionnels ou par leurs comportements (80). Ces agressions sont d'autant plus importantes que les femmes sont jeunes (42% des personnes concernées ont entre 18 et 24 ans) et qu'elles affirment une certaine liberté de mouvement dans l'espace public.

L'actualité autour du mariage pour tous, ou encore plus récemment le débat autour de l'accès à la PMA pour les couples de même sexe rendent compte de ce paradoxe, comme en attestent quelques-unes des participantes dans leur entretien et retrouvé dans l'enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie (51).

Entre visibilité et invisibilité, c'est donc le dilemme auquel les FSF sont perpétuellement confrontées. Il rend la question de la divulgation de l'orientation sexuelle et donc de la prise en charge complexe en consultation. Etre invisible parce qu'elles ont longtemps été

invisibilisées, ou se rendre invisible pour se protéger renforce l'inégalité d'accès aux soins de santé et notamment gynécologique.

#### **4.2.4. Des besoins et attentes spécifiques**

Les différentes études retrouvées dans la littérature et plus récemment dans les articles de presse (92) s'intéressant aux patient(e)s LGBTI en consultation, rappellent les difficultés d'accès aux services de santé des FSF et l'obtention d'informations pertinentes.

##### **4.2.4.1. Les besoins en santé sexuelle**

*« La sexualité est à la fois une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps interpersonnelle et collective. Elle est un facteur de socialisation importante. Sexualité et social, sexualité et culture sont indissociables » (37).* Cette phrase résume à elle seule le concept de santé sexuelle et de ce fait sa complexité dans le cadre de l'homosexualité.

##### **- Le contexte**

Les FSF représentent un groupe hétérogène et diversifié dans leur profil et leurs pratiques. Bien que les problématiques médicales et gynécologiques ne soient pas spécifiques aux FSF (93), elles restent exposées, voire surexposées à certains risques ou maladies (54). Ainsi, en termes de santé sexuelle, elles doivent être considérées dans leur globalité et il est nécessaire de porter une attention particulière aux risques gynécologiques et psycho-affectifs. Ignorer la « culture » d'une personne peut être dommageable dans les interventions de santé (94). Il n'est donc pas question de stigmatiser, ni de réduire les FSF à leur seule condition d'homo-bisexuelle, mais bien de les envisager dans leur ensemble.

Dans leurs discours, la notion de bien-être dans la sexualité était fondamentale et le suivi gynécologique ne devait pas se limiter aux seuls risques médicaux gynécologiques.

Pour développer des stratégies d'action spécifiques il faut comprendre quels sont les déterminants de la santé sexuelle à prendre en compte chez les FSF.

- Les infections sexuellement transmissibles et dépistage

Malgré le développement de brochures de santé communautaires (Tomber la culotte, Gouix, Les Klamydia's, On sex'prime, etc.) et non communautaires (L par le CRIPS Île-de-France) à l'égard des FSF, beaucoup d'incertitudes persistent autour des IST. Elles se sentent globalement mal ou peu informées sur les risques, le dépistage et la prévention (19,42).

La littérature sur le sujet décrit un risque faible de transmission de VIH entre femmes et résulte pour la plupart des cas de conduites à risques tels que l'usage de drogues ou des rapports hétérosexuels non protégés (23,95–97). Pour autant, l'échange de sécrétions vaginales et cervicales, de sang menstruel, ou de sang lors de traumatismes vaginal et rectal, sont des situations qui rendent potentiel le risque de transmission entre femmes (33,98).

D'autres expositions aux IST, tels que l'herpès (99), les vaginoses (100,101), l'infection par Chlamydia Trachomatis (102), l'hépatite virale A ou le papillomavirus (18) (dont les HPV oncogènes) sont également rapportées. Elles justifient de ce fait d'effectuer le FCU selon les mêmes recommandations pour toutes les femmes. Pourtant, les FSF ont une perception très faible du risque d'exposition aux IST (6,21,90,103). De la même manière, les moyens de prévention sont en général mal connus et sous-utilisés. Les stratégies du *safer-sex* (l'usage de digue dentaire, de préservatifs sur les objets pénétrants, de gants lors des pénétrations digitales ou éviter les rapports menstruels) peuvent être évoquées, mais pas toujours, voire rarement mises en œuvre. 35 à 40% déclarent ne pas les connaître (6). La monogamie, la confiance, la complicité et la parole avec la partenaire représentent des barrières symboliques leur conférant une certaine immunité (6,19,42). Ainsi, en se pensant protégées des risques d'IST et par manque de connaissances, les FSF peuvent ne pas être amenées à consulter ni à réaliser les examens gynécologiques de dépistage (90).

Les nombreuses croyances qui se sont construites autour de l'homosexualité et le fait que les FSF ne seraient pas à risques d'IST et ne nécessiteraient pas de suivi gynécologique sont encore bien présents dans les esprits. Entre mythes et réalités, c'est souvent le doute qui s'installe.

- Vulnérabilité psychologique

Un thème récurrent a été celui du *coming out* et des difficultés psychologiques et sociales qui en découlent, notamment au moment de la divulgation. L'adolescence est une période de fragilité psychologique, au cours de laquelle se jouent souvent les premières expériences

sexuelles et est parfois source de questionnements à propos de la sexualité. Les attitudes d'homophobie précédemment décrites et l'homophobie intériorisée (10,90) (la faible estime de soi par la honte de son homosexualité ou encore l'image négative de l'homosexualité souvent véhiculée) peuvent pousser à vivre sa sexualité dans le secret. Le manque de support familial et social peut alors amener au repli sur soi, à des états dépressifs, à la peur d'en parler aux médecins, mais aussi à adopter des comportements à risques (toxicomanie, rapports non protégés, risques d'IST et risques de grossesses non désirées lors de rapports hétérosexuels) (51,81).

- *Agressions et violences sexuelles*

Comme dans l'ensemble de la population féminine, environ 38% des lesbiennes ont été victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance. Elles peuvent également être victimes de violences de la part de leur partenaire (66).

- *Parentalité et PMA*

L'interdiction de la PMA pour les couples de même sexe en France, pousse certaines femmes à mener leur projet de grossesse via les méthodes dites « artisanales ». Si l'utilisation de ces méthodes est peu quantifiable, elle soulève toutefois la question du risque de transmission d'IST, et donc de VIH chez les FSF (13). En effet, les essais parfois répétés d'inséminations artificielles peuvent prendre plusieurs mois, et l'on peut supposer que les dépistages d'IST ne sont pas systématiquement demandés ni réalisés avant chaque nouvelle tentative.

**4.2.4.2. Des stratégies d'amélioration pour répondre au besoin d'équité**

Être homo-bisexuelle n'est pas un facteur de risque de mauvaise santé. C'est bien la combinaison des facteurs sociaux et environnementaux précédemment décrits qui affecte l'état de santé des personnes LGBTI, et qui rend la prise en charge complexe et spécifique (15,22,104).

Tout comme dans ce travail, le besoin d'équité en santé et particulièrement en santé sexuelle est naturellement et largement exprimé par les FSF dans différentes études (67,79,91). Elles revendiquent à juste titre une égalité sociale et l'accès à des soins de santé

égalitaire, en termes d'informations, de prévention et de dépistage (3,70). En ce sens, elles doivent être considérées avec autant d'attention par les professionnels.

Promouvoir le respect et la tolérance sont des principes fondamentaux qui doivent amener à une reconnaissance et une meilleure acceptation des diversités sexuelles (64). Pour faciliter le dialogue et favoriser l'abord de la sexualité, il est nécessaire de leur offrir des environnements de soins accueillants, sécurisants, et inclusifs (9,68).

Donner davantage de visibilité dans les brochures et les campagnes de prévention peut inciter au suivi et au dépistage (46). Les messages d'information doivent être adaptés à la population qu'ils ciblent (19). En favorisant la neutralité plus que la féminité et en incluant toutes les femmes, toutes les orientations et toutes les pratiques, cela encouragerait les femmes à initier ou poursuivre leur suivi. Les sous-groupes les plus isolés (notamment les femmes n'ayant jamais effectué de suivi gynécologique, celles ne fréquentant pas le milieu communautaire, les populations plus rurales, plus jeunes, ou socialement et culturellement isolées), peu représentés dans les études car peu accessibles, ne doivent pas être oubliés. Les signes d'ouverture et de non-discrimination ainsi que l'accessibilité aux informations sur la santé sexuelle doivent amener à une meilleure sensibilisation. Le médecin traitant, par son accessibilité, et parce qu'il peut être consulté pour un tout autre motif, tient là un rôle central dans le discours préventif et dans l'initiation du suivi gynécologique. Parce qu'il est souvent mieux connu que les autres professionnels, il peut instaurer un climat de confiance favorable à la confiance et encourager à poursuivre son suivi (10,16,105).

Ne pas prendre pour acquis l'hétérosexualité d'une personne et l'usage d'un discours dénué de jugement sont tout aussi importants (61,105). Poser des questions neutres et ouvertes à la diversité (par exemple « Êtes-vous en couple ou marié ? Est-ce un partenaire homme ou femme ou les deux ? ») permettrait sans doute d'aborder la question de la sexualité et de l'orientation avec plus d'aisance (12). De la même manière, la notion de médecin « pro-actif » a été évoquée à plusieurs reprises lors des entretiens. Bien que les avis puissent diverger sur la façon et l'intérêt d'aborder la question de l'orientation, au risque d'être trop intrusif, une partie des femmes estimait la démarche plus facile si c'était le médecin qui amenait la question (106). Cela permettrait alors de libérer les paroles, et soulever un éventuel mal-être.

Renforcer la formation des professionnels à la santé gynécologique des FSF est souvent soulevée (19). Une étude au Canada rapportait que 80% des gynéco-obstétriciens disaient ne pas avoir reçu d'enseignement sur la santé lesbienne alors que 59% souhaiteraient en avoir (46). Améliorer les connaissances sur les comportements liés à la sexualité des FSF et les risques qui y sont liés, permettrait de mieux sensibiliser à cette problématique et déconstruire les idées reçues. Travailler en lien avec les acteurs associatifs et communautaires pourrait être un moyen de se familiariser à leurs problématiques et leurs besoins. Les professionnels seraient alors mieux armés pour ouvrir le dialogue, être attentifs aux problématiques qui y sont rattachés, et adapter leur discours et leur prise en charge aux pratiques réelles (15).

La sensibilisation et l'éducation en santé sexuelle doivent s'opérer à différents niveaux. Beaucoup de femmes soulevaient le manque d'informations et de sensibilisation aux diversités sexuelles en milieu scolaire (6). En présentant les rapports hétérosexuels (souvent au travers du préservatif masculin ou des méthodes contraceptives) comme étant la seule sexualité possible et la seule à risques d'IST, Les FSF sont rendues invisibles dès le début de la sexualité. Elles peuvent de ce fait avoir une perception des risques erronés, échapper aux messages préventifs et se sentir exclues du suivi gynécologique. Il pourrait alors être intéressant de pouvoir aborder la question des IST incluant toutes les pratiques et orientations possibles.

Aussi, face à l'incertitude que certaines femmes peuvent avoir quant à l'intérêt d'un suivi, sa fréquence et son déroulement, des recommandations précises doivent leur être données. Envoyer un courrier informant et incitant au suivi gynécologique à intervalle régulier selon les recommandations en vigueur, et comme c'est déjà le cas pour le dépistage du cancer du sein pourrait être une piste.

Ainsi, une approche globale et holistique de la santé sexuelle est essentielle pour prendre en compte toutes les dimensions entourant la gynécologie et l'orientation sexuelle. Elle doit permettre aux FSF de se sentir plus impliquées, plus concernées et adhérer davantage au suivi gynécologique.

C'est donc dans cet objectif que des lignes directrices (19,66), des plans nationaux (32), des études (42) et formations spécifiques (54) à la population LGBTI commencent à être

développés en France<sup>5</sup> et dans différents pays. Et bien qu'ils soient encore peu nombreux et non spécifiques aux FSF, des centres de santé sexuelle ont été créés à Paris<sup>6</sup> et plus récemment à Lyon<sup>7</sup>, signe d'une ouverture à la diversité et d'une prise de conscience des enjeux de santé publique dans cette population.

Le schéma de modélisation suivant illustre la pression sociétale pesant sur les professionnels de santé, les femmes et notamment les FSF, et comment elle interfère dans la relation de soins. Les signes d'ouverture doivent rétablir l'équilibre de cette relation pour une meilleure prise en charge en santé gynécologique.

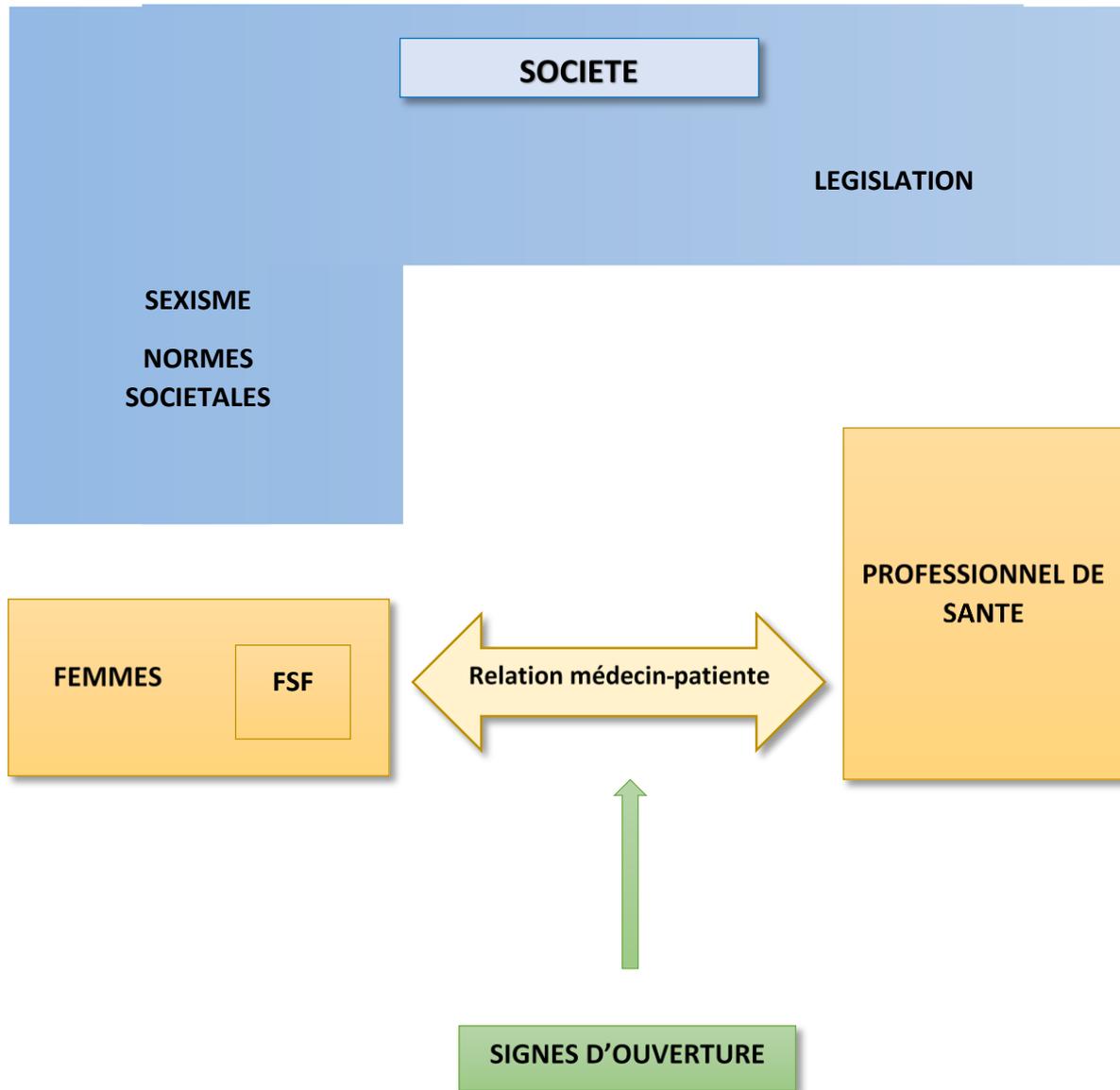
---

<sup>5</sup> 15<sup>ème</sup> congrès du CNGE en novembre 2015 et 12<sup>ème</sup> congrès de la médecine générale France en avril 2018

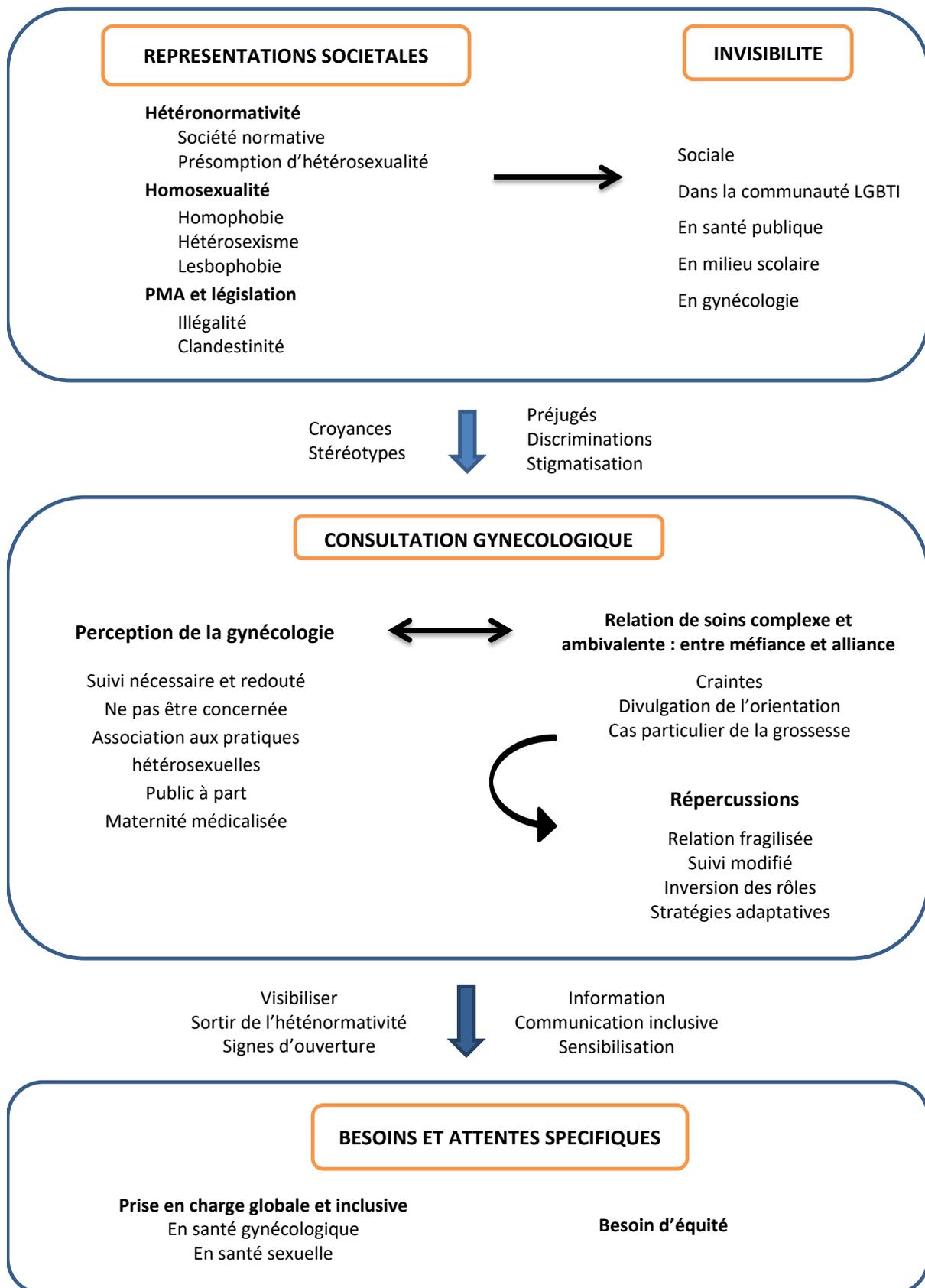
<sup>6</sup> Le 190. Centre de santé sexuelle à Paris

<sup>7</sup> Centre de santé et de sexualité (C2S) à Lyon

Schéma de modélisation :



**Schéma de synthèse :**





Nom, prénom du candidat : ROUANET Mélanie

## 5. CONCLUSIONS

Bien que considérées comme une minorité sexuelle, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) représentent une part non négligeable de la population. Leur parcours personnel et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer lors du *coming out* les rendent vulnérables sur le plan de la santé. Si elles ne sont pas exemptes de risques au niveau gynécologique, on note pourtant un défaut dans leur suivi.

Alors que la consultation gynécologique reste un moment particulier dans le parcours de soins d'une femme, quelle place leur orientation sexuelle occupe-t-elle dans ce suivi ? Quel est leur vécu de la consultation gynécologique et quelles sont leurs attentes ?

Pour y répondre, une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés dans différentes régions de France, auprès de 20 FSF âgées de 18 à 49 ans entre mai et novembre 2017.

Les besoins des FSF étaient avant tout ceux d'une femme avant d'être ceux d'une minorité. Leur suivi prenait un chemin commun, celui d'un suivi traditionnel nécessaire et parfois redouté. Elles recherchaient auprès de leur médecin à la fois une expertise médicale et des qualités humaines.

Dans ce parcours qui semblait ordinaire, leur orientation sexuelle occupait une place particulière. Elles ne se sentaient pas forcément concernées par les questions habituellement évoquées ou par les risques infectieux (infections génitales et IST) auxquels elles étaient potentiellement exposées. L'association forte, dans leurs représentations, entre la sphère gynécologique et les hommes les mettait en marge de ce suivi. La différence était marquée aussi bien dans leur corps que dans leur schéma de vie qu'elles considéraient hors des normes.



Nom, prénom du candidat : ROUANET Mélanie

La maternité devenait alors un projet médicalisé et complexe, vécue dans l'illégalité et la clandestinité.

Si elle paraissait importante à aborder, l'orientation sexuelle n'était pas si facile à évoquer. Le poids d'une société hétéronormée, l'homophobie et l'hétérosexisme auxquels elles étaient exposées, l'invisibilité face à laquelle elles étaient confrontées et la législation qu'elles devaient affronter, rendaient la relation avec le praticien complexe et ambivalente. Des craintes, des incompréhensions, parfois même des prises en charges et des attitudes inadaptées pouvaient s'installer, jusqu'à rompre cette relation. Pour s'en préserver, elles pouvaient être amenées à mentir ou cacher leur orientation. Elles recherchaient alors des éléments sécurisants : un professionnel étiqueté *gay-friendly* ou une attitude favorable de celui-ci, leur garantissant un bon accueil et un bon traitement.

La relation évoluait de la méfiance à l'alliance, la maternité étant un moment marquant de cette relation. Une fois acceptée, le réseau complice qui pouvait s'installer créait un lien fort et particulier avec le professionnel, renforçant cette relation. Elles éprouaient de l'admiration, du courage et de la reconnaissance face à un médecin dépassant le cadre de la législation.

Malgré une évolution notable des mentalités, les FSF restaient dans l'attente d'une prise en charge plus globale et plus inclusive en santé sexuelle, au même titre que toutes les femmes. Créer des signes d'ouverture en communiquant mieux, en éduquant, en sensibilisant et en développant une information plus inclusive pourraient être des éléments nécessaires pour valoriser et visibiliser une minorité qui cherchait à renforcer le sentiment d'équité face à l'hétérosexualité.

Nom, prénom du candidat : ROUANET Mélanie

Au vu de ce travail et dans une société où la place de la femme est grandissante et celle de l'homosexualité plus présente, il paraît essentiel de mieux sensibiliser aux problématiques rencontrées par cette population hétérogène.

Si donner davantage de visibilité pourrait permettre de libérer les paroles et faciliter l'accès aux soins aux personnes géographiquement, socialement et culturellement les plus isolées, qu'en est-il du vécu de ces populations les moins accessibles ? Dans un monde contemporain qui voit ses schémas traditionnels bouleversés à travers les époques et les frontières, comment évoluent les représentations et le vécu du parcours gynécologique de ces populations plus âgées ou culturellement différentes ? Un travail complémentaire à cette étude pourrait évaluer le vécu de ces femmes après l'âge de 50 ans, en dehors d'un projet de procréation et une fois incluses dans une démarche de dépistage de masse.

<p>Le Président de jury P. A. Fourni</p>  <p>Vu et Permis d'imprimer Lyon, le 27/07/2018</p>	<p>Vu, Le Doyen de la Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux</p>  <p>Professeur Carole BURILLON</p> 
---	--

## 6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Définitions [Internet]. SOS homophobie. 2010 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/definitions-homophobie-lesbophobie-gayphobie-biphobie-transphobie>
2. Larousse. Définitions : coming out - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coming\\_out/10910059](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coming_out/10910059)
3. Éguavoën S. Femme et lesbienne : quels enjeux ? Vers une pratique inclusive en consultation gynécologique [Internet]. 2015 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228998/document>
4. Définitions : homoparentalité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/homoparentalit%C3%A9/10909909>
5. pansexuel — Wiktionnaire [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/pansexuel>
6. Fishman SJ, Anderson EH. Perception of HIV and Safer Sexual Behaviors among Lesbians. *J Assoc Nurses AIDS Care*. nov 2003;14(6):48-55.
7. Larousse. Définitions : stigmatiser - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
8. La discrimination dans l'Union européenne : Perceptions, expériences et attitudes [Internet]. Eurobaromètre Spécial 296 - Commission européenne; 2008 juillet [cité 9 juill 2017] p. 154-60. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_296\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_296_fr.pdf)
9. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Découverte; 2008. p. 243-71.
10. Frappier J-Y, Girard M. Orientation sexuelle et homosexualité à l'adolescence. *La santé des adolescents : approches, soins, prévention* [Internet]. 1997 [cité 30 mars 2016]. p. 9. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/239926227\\_Orientation\\_sexuelle\\_et\\_homosexualite\\_a\\_l'adolescence](https://www.researchgate.net/publication/239926227_Orientation_sexuelle_et_homosexualite_a_l'adolescence)
11. Ryan B, Frappier J-Y. Quand l'autre en soi grandit: les difficultés à vivre l'homosexualité à l'adolescence. In: *La peur de l'autre en soi: du sexisme à l'homophobie*. 1994. p. 238-51.

12. Johnson SR, Guenther SM, Laube DW, Keettel WC. Factors influencing lesbian gynecologic care: A preliminary study. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;140(1):20-8.
13. Carroll NM. Optimal gynecologic and obstetric care for lesbians. *Obstet Gynecol.* 1999;93(4):611–613.
14. Moran N. Lesbian health care needs. *Can Fam Physician.* 1996;42:879-84.
15. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust.* 2003;178(12):643-5.
16. White JC, Levinson W. Lesbian health care. What a primary care physician needs to know. *West J Med.* 1995;162(5):463-6.
17. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat\\_France.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf)
18. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health.* 2001;91(6):947-52.
19. Johnson MJ, Nemeth LS, Mueller M, Eliason MJ, Stuart GW. Qualitative Study of Cervical Cancer Screening Among Lesbian and Bisexual Women and Transgender Men. *Cancer Nurs.* 2016;39(6):455-63.
20. Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians. *J Womens Health.* 2010;19(2):229-37.
21. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):9.
22. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health.* juin 2001;91(6):972-5.
23. Marrazzo JM. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians<sup>1</sup>. *Emerg Infect Dis.* nov 2004;10(11):1975-8.
24. 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]. 2009 [cité 21 mars 2016];(1). Disponible sur: <http://gss.revues.org/951>
25. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France [Internet]. *La Découverte*; 2008 [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>

26. Descuves A, Berrut S. La santé des femmes qui aiment les femmes [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.profa.ch/multimedia/docs/2013/12/santedesfemmes-dec2013.pdf>
27. synthese\_recommandations\_depistage\_cancer\_du\_col\_de\_l'uterus.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
28. Les cancers en France : Edition 2015 [Internet]. Institut national du cancer; 2015 [cité 3 août 2017]. Disponible sur: <file:///C:/Users/MELANI~1/AppData/Local/Temp/Les-cancers-en-France-edition-2015-1.pdf>
29. Le cancer du col de l'utérus en France: Etat des lieux 2010 [Internet]. Institut national du cancer; 2010 [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <file:///C:/Users/MELANI~1/AppData/Local/Temp/ETACOLUTE10.pdf>
30. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pr.* 2000;50(455):481–482.
31. Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(3):770-4.
32. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la Santé; 2010 p. 266p.
33. Fethers K. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2000;76(5):345-9.
34. Grindel CG, McGehee LA, Patsdaughter CA, Roberts SJ. Cancer prevention and screening behaviors in lesbians. *Women Health.* 2006;44(2):15-39.
35. Fohet C, Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2004;32(3):228-32.
36. Danet S, Olier L, Moisy M, France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. Documentation française; 2010.
37. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1998;(156):613-20.
38. Guyard L. Chez la gynécologue: Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnol Fr.* 2010;40(1):67.
39. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique.* 2011;23(2):77.
40. Chetcuti N. Se dire lesbienne: vie de couple, sexualité, représentation de soi. Payot; 2010.

41. Tamagne F. Genre et homosexualité: De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité. *Vingtième Siècle Rev Hist.* 2002;75(3):61.
42. Devillard S, Le Talec J-Y. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST [Internet]. 2011 [cité 19 oct 2016] p. 105. Disponible sur: [http://isere.education-sante-ra.org/publications/2011/fsf\\_vih\\_ist.pdf](http://isere.education-sante-ra.org/publications/2011/fsf_vih_ist.pdf)
43. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information\\_sexuelle/index.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp)
44. WHO | Gender and human rights [Internet]. WHO. 2002 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/#](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/#)
45. Fouque Magro C. Cercle de thésards: analyse de quatre années de fonctionnement : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et focus groups auprès de 13 anciens thésards [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
46. Berrut S. Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse Romande [Internet]. [Genève]: Université de Genève; 2016 [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: <http://doc.rero.ch/record/259101>
47. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>
48. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale.* mai 2002;3(2):81-90.
49. Giacomini M-K. Les « preuves » issues de la recherche qualitative: une route semée d'embûches [Internet]. 2001. Disponible sur: [http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents\\_electroniques/MET/MET-DON/ELE%20MET-DON%20A-8125.pdf](http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-DON/ELE%20MET-DON%20A-8125.pdf)
50. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.
51. SOS Homophobie (France). Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [Internet]. Paris: SOS homophobie; 2015 [cité 25 mars 2016]. 84 p. Disponible sur: [https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete\\_sur\\_la\\_visibilite\\_des\\_lesbiennes\\_et\\_la\\_lesbophobie\\_2015.pdf](https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf)
52. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2005;33(10):776-82.
53. Smith EM, Johnson SR, Guenther SM. Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *Am J Public Health.* 1985;75(9):1085-7.

54. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice? *Womens Health Issues*. 2013;23(6):341-6.
55. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Malakoff: Armand Colin; 2016.
56. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psychosom*. 2002;3(27):81-92.
57. Gamblez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer*. 2011;22(98):122-8.
58. Jean. *Le suivi gynécologique : Représentations et attentes des femmes suivies par un gynécologue*. [2011];
59. Risdon C. Lesbian and bisexual women Challenging our heterosexist assumptions. *Can Fam Physician*. 1998;44:1567-74.
60. Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario : project affirmation [Internet]. 1997. Disponible sur:  
[http://www.rainbowhealthontario.ca/wpcontent/uploads/woocommerce\\_uploads/2014/08/Systems%20Failure%20Report.pdf](http://www.rainbowhealthontario.ca/wpcontent/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Systems%20Failure%20Report.pdf)
61. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian – does the doctor need to know?: A qualitative study about the significance of disclosure in general practice. *Scand J Prim Health Care*. janv 2007;25(1):58-62.
62. Oriol S. *Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins [Thèse d'exercice]*. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2009.
63. Potherat G. *Homogen: perception par les patients de la modification de la relation médecin patient après mention de l'orientation sexuelle [Thèse d'exercice]*. [France]: Université Paris 13; 2017.
64. Utamsingh PD, Richman LS, Martin JL, Lattanner MR, Chaikind JR. Heteronormativity and practitioner–patient interaction. *Health Commun*. 2016;31(5):566-74.
65. Santé des LGBT+ : de l'importance d'être un généraliste friendly [Internet]. *Le Généraliste*. [cité 2 mars 2018]. Disponible sur:  
[https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier\\_313967](https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2018/03/01/colloque-singulier_313967)
66. Davis V. Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. *J SOGC*. 2000;22(3):206-10.
67. Carpentier J. *Le suivi gynécologique des femmes homosexuelles, un accès insuffisant à la prévention et au dépistage ? : Enquête d'opinion réalisée auprès de médecins et de*

- patientes homosexuelles afin de comprendre les mécanismes en jeu [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
68. Mathieson CM. Lesbian and bisexual health care. *Can Fam Physician*. 1998;44:1634-40.
  69. Lévy J, Dumas J, Thoër C, Ryan B, Léobon A. Internet et santé des minorités sexuelles au Canada : une étude exploratoire. *Santé Publique*. 2009;21(hs2):53-63.
  70. S'occuper de la santé des lesbiennes [Internet]. Canada; 2001. Disponible sur: [file:///E:/THESE/biblio%C3%A0%20lire/articles%20lus/S'occuper%20de%20la%20sant%C3%A9%20des%20lesbiennes/s\\_occuper\\_de\\_la\\_sante\\_des\\_lesbiennes\\_yaGn00ynU4pz\\_6964.pdf](file:///E:/THESE/biblio%C3%A0%20lire/articles%20lus/S'occuper%20de%20la%20sant%C3%A9%20des%20lesbiennes/s_occuper_de_la_sante_des_lesbiennes_yaGn00ynU4pz_6964.pdf)
  71. Gyn&co [Internet]. Gyn&co. [cité 14 mars 2018]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>
  72. Perrin C, Escoda MR i, Parini L. La notion d'homophobie, ses usages et son rapport au féminisme. *Nouv Quest Féministes*. 2012;31(1):4.
  73. Ephesia (Group), éditeur. La place des femmes: les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales. La Découverte; 1995. 740 p. (Collection « Recherches »).
  74. Guillemaut F. Images invisibles: les lesbiennes. In: La peur de l'autre en soi: du sexisme à l'homophobie. Montréal: VLB; 1994. p. 225-37.
  75. Le Breton D. La sociologie du corps. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
  76. Marquet J, Bastien D. Normes et conduites sexuelles approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires. 2004.
  77. Andro A, Bachmann L, Bajos N, Hamel C. La sexualité des femmes : le plaisir contraint. *Nouv Quest Féministes*. 2010;29(3):4-13.
  78. Remaury B. Le beau sexe faible: les images du corps féminin entre cosmétique et santé. Paris: Grasset; 2000. 264 p.
  79. Falcoz C, Bécuwe A. La gestion des minorités discréditables : le cas de l'orientation sexuelle. *Trav Genre Sociétés*. 2009;N° 21(1):69.
  80. Arc S, Vellozzo P. Rendre visible la lesbophobie. *Nouv Quest Féministes*. 2012;31(1):12.
  81. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2009;57(6):437-50.
  82. Rapport de l'enquête sur la lesbophobie [Internet]. SOS homophobie; 2008 [cité 3 août 2017] p. 240. Disponible sur: [https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete\\_lesbophobie.pdf](https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/enquete_lesbophobie.pdf)

83. Rapport sur l'homophobie 2017 [Internet]. SOS homophobie; 2017. Disponible sur: [https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport\\_annuel\\_2017.pdf](https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2017.pdf)
84. Une personne LGBTI sur deux s'est déjà sentie discriminée dans son parcours de soins [Internet]. Le Généraliste. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/01/23/une-personne-lgbti-sur-deux-sest-deja-sentie-discriminee-dans-son-parcours-de-soins\\_313474](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/01/23/une-personne-lgbti-sur-deux-sest-deja-sentie-discriminee-dans-son-parcours-de-soins_313474)
85. Jouannet P, Spira A. Demandes d'aide à la procréation formulées par les couples de même sexe auprès de médecins en France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2014;62(4):268-72.
86. Dezenaire F. Les mères lesbiennes, de Virginie Descoutures. PUF, coll. « Partage du savoir », 2010. Rev Fr Aff Soc. 2013;(1-2):213-6.
87. Gross M. Désir d'enfant chez les gays et les lesbiennes. Terrain. mars 2006;(46):151-64.
88. Manifeste de 130 médecins pour améliorer la PMA [Internet]. Fiv.fr. 2016 [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.fiv.fr/manifeste-130-medecins-amelioration-pma/>
89. Ferrand M. Les médecins face à l'avortement. Sociol Trav. 1988;30(2):367-80.
90. HIV risk for lesbians, bisexuals and other women who have sex with women [Internet]. Women's institute Gay Men's Health Crisis; 2009 [cité 17 oct 2016] p. 22. Disponible sur: [http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC\\_lap\\_whitepaper\\_0609.pdf](http://www.gmhc.org/files/editor/file/GMHC_lap_whitepaper_0609.pdf)
91. Pasquier A, Richard S. Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires: inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
92. ENQUETE FRANCEINFO. Entre « méfiance » et « humiliation », le parcours du combattant des personnes LGBTI chez le médecin [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/choix/enquete-franceinfo-entre-mefiance-et-humiliation-le-parcours-du-combattant-des-personnes-lgbti-chez-le-medecin\\_2595434.html](https://www.francetvinfo.fr/choix/enquete-franceinfo-entre-mefiance-et-humiliation-le-parcours-du-combattant-des-personnes-lgbti-chez-le-medecin_2595434.html)
93. Johnson SR, Smith EM, Guenther SM. Comparison of gynecologic health care problems between lesbians and bisexual women. A survey of 2,345 women. J Reprod Med. 1987;32(11):805-11.
94. 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.
95. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. Clin Infect Dis. 2003;36(3):40-1.

96. Cohen H, Marmor M, Wolfe H, Ribble D. Risk Assessment of HIV Transmission Among Lesbians. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 1993;6(10):1173-4.
97. Peterson LR, Doll L, White C, Chu S. No Evidence for Female-to-Female HIV Transmission Among 960,000 Female Blood Donors. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 1992;5(9):853-5.
98. Bailey JV. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2004;80(3):244-6.
99. Marrazzo JM, Stine K, Wald A. Prevalence and Risk Factors for Infection With Herpes Simplex Virus Type-1 and -2 Among Lesbians. *Sex Transm Dis.* 2003;30(12):890-5.
100. Bailey JV, Farquhar C, Owen C. Bacterial Vaginosis in Lesbians and Bisexual Women: *Sex Transm Dis.* nov 2004;31(11):691-4.
101. Marrazzo JM, Thomas KK, Agnew K, Ringwood K. Prevalence and risks for bacterial vaginosis in women who have sex with women. *Sex Transm Dis.* 2010;37(5):335.
102. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health.* 1 juill 2011;101(7):1284-90.
103. Marrazzo JM. Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? *Sex Transm Infect.* 2000;76(5):330-2.
104. Jouvin E, Beaulieu-Prévost D, Julien D. Minorités sexuelles: des populations plus exposées que les autres. *INPES Baromètre Santé.* 2005;271-84.
105. Bize R. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Medicale Suisse.* 2011;(7):1712-7.
106. 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.

## 7. ANNEXES

### Annexe 1 : Note d'information à l'attention des participantes

Bonjour,

Je suis en fin d'études de médecine générale à Lyon.

Afin d'obtenir le titre de Docteur en médecine, je réalise mon travail de thèse sur le suivi de la femme chez les femmes ayant des relations avec des femmes.

L'objectif de ce travail est de permettre aux médecins de mieux cibler les attentes des femmes ayant des relations avec des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

Pour cela, je cherche à rencontrer des femmes entre 18 et 49 ans qui ont ou ont eu des relations avec une femme ou une attirance envers une autre femme.

Cela consiste, si vous acceptez, à un entretien individuel avec moi, pouvant durer de 30 minutes à une heure, durant lequel plusieurs thèmes seront abordés. L'entretien sera enregistré mais restera totalement anonyme et aucune identité ne sera retranscrite dans ma thèse. Les noms que vous pourriez mentionner seront systématiquement remplacés par une lettre, afin de garder votre anonymat ou celui des personnes que vous auriez pu citer.

Si vous êtes d'accord pour participer à l'étude en apportant votre témoignage, je vous propose de me contacter par mail (**xxx**) ou par téléphone (**xxx**).

Nous déciderons ensemble de la date et du lieu de l'entretien, selon votre convenance et nos disponibilités. En cas de besoin et en fonction de la distance, ces entretiens pourront être réalisés par Skype®. Les images ne seront bien entendues non enregistrées et non utilisées.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez et reste à votre disposition si vous avez des questions sur le déroulement de ce travail.

Mélanie ROUANET

## Annexe 2 : Prospectus de recrutement à l'attention des participantes



# Recherche des femmes volontaires pour un entretien sur le suivi médical des femmes

---

**Pour les professionnels de santé et les associations, il est important de mieux comprendre les attentes et les besoins des femmes ayant des relations avec des femmes.**

**Pour cela, vous pouvez nous aider en participant à une enquête !**

Je suis en fin d'étude de médecine générale à Lyon, et je réalise mon travail de thèse sur le suivi de la femme auprès de femmes ayant des relations avec des femmes.

Pour cela, je cherche à faire des entretiens avec des femmes ayant des relations avec des femmes âgées de 18 à 49 ans.

L'enquête se déroule sous la forme d'entretien individuel anonyme.

L'entretien peut avoir lieu où vous le désirez (chez vous ou ailleurs, via Skype en fonction de l'éloignement géographique).

Si vous voulez apporter votre témoignage, partager votre expérience, ou que votre opinion soit prise en compte, et si vous êtes :

- **Une femme entre 18 et 49 ans**
- **Vous identifiant comme homosexuelle ou bisexuelle**
- **Ayant ou ayant eu des relations avec une autre femme**
- **Prête à donner un peu de votre temps pour m'apporter votre témoignage dans le cadre d'un entretien**

Alors n'hésitez pas : laissez-moi vos coordonnées ou contactez-moi !

Si vous connaissez des personnes susceptibles de correspondre à ces critères, n'hésitez pas à leur en parler et à leur laisser mes coordonnées.

N'hésitez pas non plus à me contacter si vous avez simplement des questions.

**Merci d'avance !**

Mélanie Rouanet  
Doctorante en médecine générale

Pour me contacter :

- **par téléphone : xxx**
- **par mail : [xxx](#)**

## **Annexe 3 : Lettre d'information pour la participation à une recherche observationnelle**

### **Titre de la recherche : Vécu de la consultation gynécologique chez les femmes ayant des relations avec des femmes**

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

#### **BUT DE L'ÉTUDE**

Explorer le vécu de la consultation gynécologique chez les femmes ayant des relations avec des femmes et en explorer leurs attentes.

#### **BÉNÉFICES ATTENDUS**

Mieux comprendre les attentes des femmes ayant des relations avec des femmes en gynécologie et améliorer la prise en charge.

#### **DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE**

Entretien individuel réalisé avec l'enquêtrice, d'une durée prévisible de 30 minutes à une heure selon les échanges. Le lieu de l'entretien sera choisi en fonction de votre lieu de résidence et selon votre convenance.

#### **RISQUES POTENTIELS**

Il pourra être évoqué des événements de vie personnels et intimes. Cependant, les données seront totalement anonymes.

## FRAIS MÉDICAUX

Votre collaboration à ce protocole de recherche observationnelle n'entraînera pas de participation financière de votre part.

## LÉGISLATION – CONFIDENTIALITÉ

Le Comité de Protection des Personnes a étudié ce projet de recherche et émis un avis favorable à sa réalisation le 19/05/2017.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur Thomas PIPARD conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL en date du 23/11/2016.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Docteur Thomas PIPARD, tél : xxx.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

**Annexe 4 : Formulaire de consentement pour la participation à une recherche observationnelle**

**Accord écrit de participation à une observation de pratique professionnelle**

Je soussignée.....  
accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de Mélanie ROUANET, ayant pour thème le vécu de la consultation gynécologique chez les femmes ayant des relations avec des femmes lors d'un entretien enregistré le .....

Je déclare avoir été informée de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel.

J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique.

J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Etabli en deux exemplaires, un exemplaire pour moi, un exemplaire pour l'enquêteur.

Fait à .....

Le .....

Signature :

## **Annexe 5 : Canevas d'entretien initial**

Bonjour, je suis Mélanie ROUANET. Je suis en fin d'études de médecine générale.

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Comme je vous l'avais expliqué lors de notre premier contact, je réalise mon travail de thèse sur le suivi des femmes ayant des relations avec des femmes, et plus précisément sur le suivi de la femme. L'objectif est de mieux cibler les attentes des femmes ayant des relations avec des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

L'entretien devrait durer de 30 minutes à une heure, durant lequel plusieurs thèmes seront abordés.

Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, qu'il sera retranscrit mot à mot mais restera totalement anonyme. Vous pouvez donc vous sentir complètement libre.

Avez-vous des questions ?

### 1) La première consultation gynécologique : vécu et représentations

**Racontez-moi la première fois que vous avez consulté pour un problème spécifiquement féminin ?**

Comment aviez-vous vécu cette consultation ? Comment s'est-elle déroulée ?

Quel était le motif de cette consultation ?

Comment vous êtes-vous sentie ? Qu'est-ce qui fait que vous vous êtes senti à l'aise / mal à l'aise ?

**Aviez-vous déjà eu des relations avec une femme à cette époque ?**

Si non, racontez-moi votre première consultation à partir du moment où vous avez commencé à avoir des relations avec une femme.

En quoi était-ce différent ? Qu'est-ce qui a changé ?

Comment vous êtes-vous sentie ?

Si vous n'avez jamais eu de consultation spécifiquement féminine, comment l'imaginez-vous ?

2) Le suivi gynécologique : connaissances et contenu de la consultation

**A votre avis, dans votre cas, en quoi est-ce important d'avoir un suivi médical gynécologique ? Que vous apporte(ra)-t-il ?**

D'après vous, pourquoi devriez-vous consulter ?

Selon vous, quels thèmes le médecin, devrait aborder et quels thèmes aimeriez-vous que le médecin aborde ?

À votre avis, à quel moment une femme ayant des relations avec une femme devrait consulter ?

**A quels risques pensez-vous être exposés ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?**

En quoi vous sentez-vous concernée ou non concernée ?

En ce qui vous concerne, que savez-vous des risques d'IST ?

De leur dépistage ?

De leur prévention et des stratégies pour se protéger ?

Et concernant le frottis : qu'est-ce que cela vous évoque ?

3) Vécu et influence de l'orientation et des pratiques sexuelles sur la consultation et le suivi gynécologique

**Comment avez-vous pu aborder votre orientation sexuelle en consultation ?**

Dans quel contexte l'avez-vous abordé ?

Comment vous êtes-vous senti ?

Si vous ne l'avez jamais abordé, quelle(s) en étai(en)t raison(s) ?

**En quoi votre orientation et vos pratiques sexuelles ont-elles influencé votre suivi gynécologique et votre vision de la consultation gynécologique ?**

**Si vous n'avez pas d'expérience gynécologique, pourquoi n'avez-vous pas consulté ?**

4) Les attentes, mesures et propositions pour améliorer la prise en charge

**Selon vous, comment pourrait-on de manière très générale, améliorer la prise en charge gynécologique des femmes qui ont des relations avec des femmes ?**

Qu'est-ce qui vous motiverait/encouragerait à consulter et avoir un suivi médical « gynécologique » ?

**Vis-à-vis des professionnels de santé, quelles recommandations leur feriez-vous pour améliorer la prise en charge ?**

Comment pourraient-ils aborder la question de l'orientation sexuelle ?

**Concernant la politique de santé publique, que pensez-vous des informations sur le suivi des FSF ?**

Quelles suggestions feriez-vous ?

Comment souhaiteriez-vous être informée ?

**Vis-à-vis de l'environnement médical : quels éléments dans un cabinet médical permettraient d'aborder plus facilement le sujet de la sexualité, les thèmes qui l'entourent et de le suivi gynécologique ?**

Quelles recommandations feriez-vous aux professionnels pour qu'une nouvelle femme ayant des relations avec des femmes se sente bien accueillie et se sente à l'aise pour aborder ces thèmes-là ?

## **Annexe 6 : Canevas d'entretien final**

Bonjour, je suis Mélanie ROUANET. Je suis en fin d'études de médecine générale.

Je vous remercie par avance d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Comme je vous l'avais expliqué lors de notre premier contact, je réalise mon travail de thèse sur le suivi des femmes ayant des relations avec des femmes, et plus précisément sur le suivi de la femme. L'objectif est de mieux cibler les attentes des femmes ayant des relations avec des femmes et d'améliorer leur prise en charge.

L'entretien devrait durer de 30 minutes à une heure, durant lequel plusieurs thèmes seront abordés.

Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, qu'il sera retranscrit mot à mot mais restera totalement anonyme. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, vous pouvez donc vous sentir complètement libre.

Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

### 1) La première consultation gynécologique : vécu et représentations

#### **a) Je voudrais que vous me racontiez la première fois que vous avez consulté pour un problème spécifiquement féminin ?**

Comment aviez-vous vécu cette consultation ? Comment s'est-elle déroulée ?

- Quel était le motif de cette consultation ?
- Comment vous êtes-vous sentie ? Qu'est-ce qui fait que vous vous êtes sentie à l'aise / mal à l'aise ?

#### **b) Aviez-vous déjà eu des relations avec une femme à cette époque ?**

- Si non, racontez-moi votre première consultation à partir du moment où vous avez commencé à avoir des relations avec une femme.
- En quoi était-ce différent ? Qu'est-ce qui a changé ?
- Comment vous êtes-vous sentie ?

Si vous n'avez jamais eu de consultation spécifiquement féminine, comment l'imaginez-vous ?

2) Le suivi gynécologique : connaissances et contenu de la consultation

**a) A votre avis, dans votre cas, en quoi est-ce important d'avoir un suivi médical gynécologique ? Que vous apporte(ra)-t-il ?**

- D'après vous, pourquoi devriez-vous consulter ? Qu'est-ce qui vous a poussé à consulter / ne pas consulter ?
- Selon vous, quels thèmes le médecin devrait aborder et quels thèmes aimeriez-vous qu'il aborde ?
- Qu'attendez-vous de votre gynécologue et du suivi gynécologique ?

**b) A quels risques pensez-vous être exposés ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?**

- En quoi vous sentez-vous concernée ou non concernée ?
- En ce qui vous concerne, que savez-vous des risques d'IST ?
  - De leur dépistage ? Des risques de transmission entre deux femmes ? Des situations où vous pourriez être exposées ?
  - De leur prévention et des stratégies pour se protéger ?
- Et concernant le frottis : qu'est-ce que cela vous évoque ? A quoi sert-il ?

3) Vécu et influence de l'orientation et des pratiques sexuelles sur la consultation et le suivi gynécologique

**a) Comment avez-vous pu aborder votre orientation sexuelle en consultation ?**

- Dans quel contexte l'avez-vous abordé ?
- Comment vous êtes-vous sentie ? Qu'est-ce que ça a changé de l'évoquer / de ne pas l'évoquer ?
- Si vous ne l'avez jamais abordé, pour quelle(s) raison(s) ?
- Que pensez-vous d'aborder la question de l'orientation en consultation ?

**b) En quoi votre orientation et vos pratiques sexuelles ont-elles influencé votre suivi gynécologique et votre vision de la consultation gynécologique ?**

**c) Si vous avez eu une ou des expériences de grossesse, comment s'est déroulé votre suivi ?**

- À partir du moment où vous avez évoqué un désir de grossesse ? Comment l'avez-vous abordé en consultation ?
- Comment s'est déroulée votre grossesse ? Qu'est-ce que ça a changé dans votre suivi ? Avec votre gynécologue ?

4) Les attentes, mesures et propositions pour améliorer la prise en charge

**a) Selon vous, comment pourrait-on de manière très générale, améliorer la prise en charge gynécologique des femmes qui ont des relations avec des femmes ?**

- Qu'est-ce qui vous motiverait/encouragerait à consulter et avoir un suivi médical gynécologique ?

**b) Vis-à-vis des professionnels de santé, quelles recommandations leur feriez-vous pour améliorer la prise en charge ?**

- Comment pourraient-ils aborder la question de l'orientation sexuelle ?
- Comment aimeriez-vous qu'on l'aborde ? Comment faciliter ?
- Que pensez-vous de la place et du rôle du médecin traitant dans le suivi gynécologique ?

**c) Concernant la politique de santé publique, que pensez-vous des informations sur le suivi des FSF ?**

- Quelles suggestions feriez-vous ?
- Comment souhaiteriez-vous être informée ?

**d) Vis-à-vis de l'environnement médical : quels éléments dans un cabinet médical permettraient d'aborder plus facilement le sujet de la sexualité, les thèmes qui l'entourent et de le suivi gynécologique ?**

- Quelles recommandations feriez-vous aux professionnels pour qu'une nouvelle femme ayant des relations avec des femmes se sente bien accueillie et se sente à l'aise pour aborder ces thèmes-là ?

## Annexe 7 : Questionnaire pour l'acquisition des données socio-démographiques

### 1. AGE

### 2. PROFESSION

- |   |  |
|---|--|
| - Agricultrice exploitante                            | - Employée   |
| - Artisane, commerçante, chef<br>d'entreprise         | - Ouvrière   |
| - Cadre et professions<br>intellectuelles supérieures | - Retraitée  |
| - Professions intermédiaires                          | - Autre personne sans activité professionnelle<br>(chômeuse n'ayant jamais travaillé, étudiante, autre<br>sans activité) |

### 3. STATUT FAMILIAL

- Célibataire
- Concubinage
- Pacsée
- Mariée
- Divorcée
- Veuve

### 4. NOMBRE D'ENFANTS

### 5. LIEU DE VIE

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

### 6. AUTO-IDENTIFICATION DE L'ORIENTATION SEXUELLE

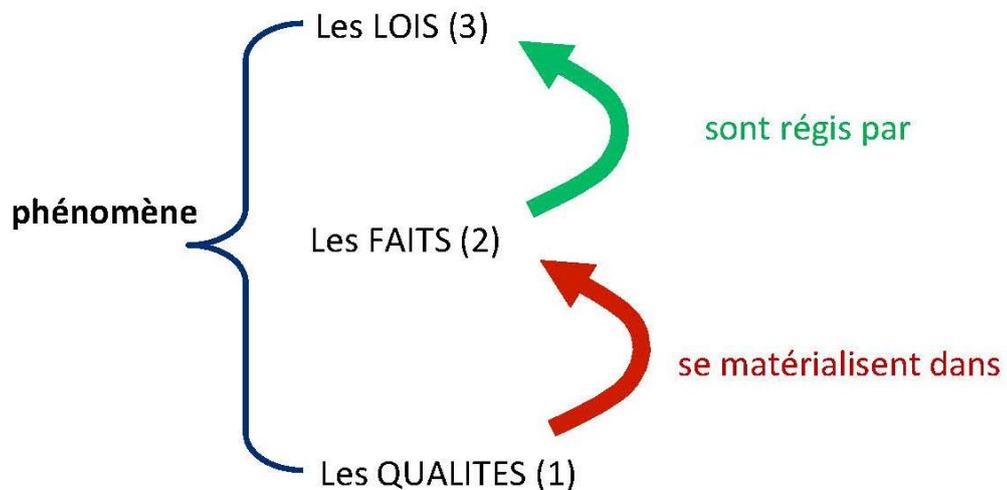
- |                |                         |
|----------------|-------------------------|
| - Lesbienne    | - Hétérosexuelle        |
| - Homosexuelle | - Autres :              |
| - Bisexuelle   | - Refus de se définir : |
| - Pansexuelle  |                         |

## Annexe 8 : Catégories de Peirce

### Les catégories sémiotiques de Peirce et leurs correspondances

Qualité	faits	lois
Priméité <b>1</b> (qualisignes)	Secondéité <b>2</b> (sinsignes)	Tiercéité <b>3</b> (légisignes)
Sentiments, ressentis, Emotions données sensorielles, Qualités, Formes.	Constats Individuels, Faits d'expérience, Actions-réactions, Actions réflexives, Existants, Être-au-monde.	Arguments, Symboles, Généralités, Principes, normes, règles, mécanismes Synthèse, médiation Habitus, institutions.

### Hiérarchie catégorielle hiérarchique de Peirce



## CPP - Ile-de-France VI

### Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

**Président :** Nathalie BRION

**Vice-Président :** Christophe DEMONFAUCON

Kevin BIHAN - Laurent CAPELLE - Micheline DENANCE - Jacqueline DUNO - Marie-Hélène FIEVET - Marie GICQUEL-BENADE - Clarisse GOUDIN - Gilles HUBERFELD - Nathalie JOUNIAUX-DELBEZ - Annie LE FRANC - Christiane LOOTENS - Marie-Cécile MASURE - Michèle MEUNIER-ROTIVAL - Anne-Laure MORIN - Thang NGUYEN - Sabine PLANCOULAINE - Florence RABILLON - Benoît ROUSSEAU - Marie-Pascale SCHULLER - Sophie TEZENAS DU MONTCEL - Dominique VARIN

Madame ROUANET Mélanie

Paris, le 7 juin 2017

**Référence à rappeler :** CPP/ 26-17

Madame,

Nous avons examiné le protocole intitulé « *Vécu de la consultation « gynécologique » chez les femmes ayant des relations avec des femmes* » lors de la séance du 17 mai 2017.

Le comité estime que votre protocole entre dans le champ des études sociologiques sans recueil de données médicales mais seulement par auto-déclaration de la personne. Cela ne rentre pas dans le champ de la recherche impliquant la personne humaine et donc du champ de compétence du CPP. Cependant vous devez faire une déclaration de base auprès de la CNIL.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Le Président du CPP  
Professeur Nathalie BRION

## Annexe 10 : Récépissé de la déclaration à la CNIL

# CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2048007 v 0**

du 27 mars 2017

Madame ROUANET MELANIE  
UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1 -  
FACULTE DE MEDECINE LYON SUD  
165 CHEMIN DU PETIT REVOYET  
69600 OULLINS

#### A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

#### Organisme déclarant

**Nom :** UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1 - FACULTE DE  
MEDECINE LYON SUD

**Service :**

**Adresse :** 165 CHEMIN DU PETIT REVOYET

**Code postal :** 69600

**Ville :** OULLINS

**N° SIREN ou SIRET :**

196917744 00019

**Code NAF ou APE :**

8542Z

**Tél. :** 0426235905

**Fax. :**

#### Traitement déclaré

**Finalité :** MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 27 mars 2017  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50–54

## Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



*French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research*

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

**Michel Gedda**  
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

### RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

### Mots clés

Édition  
Évaluation  
Pratique factuelle  
Qualité  
Lecture  
Recherche qualitative  
Rédaction  
Responsabilité  
Standard  
Transparence

### SUMMARY

*This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.*

*COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.*

*An original French translation of the checklist is proposed.*

*This translation is open access under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License](#).*

*Level of evidence. – Not applicable.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

### Keywords

*Edition  
Assessment  
Evidence-based practice  
Quality  
Reading  
Qualitative research  
Reporting  
Responsibility  
Standard  
Transparency*

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :  
[direction@a-3pm.org](mailto:direction@a-3pm.org)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

© 2014 Elsevier Masson SAS.

Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

## Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. *Kinesither Rev* 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. *Kinesither Rev* 2015;15(157)

**Langue :**  
Anglais

**Référence bibliographique de la version en cours :**  
Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

**Contact :**  
Allison Tong  
Centre for Kidney Research  
The Children's Hospital  
Westmead, NSW 2145, Australia  
Tel : +61 2 9845 1482.  
Fax : +61 2 9845 1491.  
Courriels : [allisont@health.usyd.edu.au](mailto:allisont@health.usyd.edu.au), [allisont@chw.edu.au](mailto:allisont@chw.edu.au)

## TRADUCTION FRANÇAISE

## Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau 1*) :
  - équipe de recherche et réflexion,
  - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
  - conception de l'étude,
  - cadre théorique,
  - sélection des participants,
  - contexte,
  - recueil des données ;
- analyse et résultats :
  - analyse des données,
  - rédaction du rapport.

## Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

## • Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

## RÉFÉRENCE ORIGINALE

## Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *Consolidated criteria for REporting Qualitative research*

## Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

## Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

## Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?

## Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et réglées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécu, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F<sup>1</sup> : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

<sup>1</sup> GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : [www.groumf.fr](http://www.groumf.fr).

**Déclaration d'intérêts**

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements**

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.  
Groupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).  
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.  
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.  
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

**RÉFÉRENCES**

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3<sup>e</sup> ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

## **Annexe 12 : Entretiens retranscrits (sur CD)**

---

ROUANET Mélanie

Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

Pages : 97 ; illustrations : 2 ; tableau : 1 ; annexes : 12

Th. Méd. : Lyon 2018 ; n°

---

## **RESUME**

**Contexte** : Considérées comme une minorité sexuelle, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) présentent, dans différentes proportions, des risques gynécologiques identiques à toutes les femmes. Il existe pourtant un défaut dans leur suivi. Leurs représentations de la gynécologie sont peu étudiées et souvent centrées sur les infections sexuellement transmissibles. L'étude s'est intéressée au vécu de la consultation gynécologique dans cette population et à leurs attentes.

**Population étudiée et méthodes** : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 20 FSF âgées de 18 à 49 ans avec analyse sémiopragmatique selon les universaux de Peirce et triangulation des analyses.

**Résultats** : Le suivi gynécologique prenait un chemin commun à celui des autres femmes. Leur orientation sexuelle occupait pourtant une place particulière. Elle influençait leur regard sur la gynécologie qu'elles attribuaient essentiellement aux pratiques hétérosexuelles, les mettant en marge de ce suivi. Le poids de l'hétéronormativité, de l'homophobie et de l'hétérosexisme ; les craintes de discriminations, de jugements et de stigmatisations compliquaient la divulgation de l'orientation sexuelle et rendaient la prise en charge et la relation complexe et ambivalente (incompréhension, prise en charge inadaptée, suivi et relation rompus). Pour s'en protéger, elles développaient des stratégies adaptatives (autocensure, recherche de signes d'ouverture *gay-friendly*, accès au réseau associatif). La maternité, vécue dans l'illégalité, pouvait modifier cette relation et créer un lien fort et indéfectible avec le professionnel. Face à leur invisibilité, elles décrivaient des besoins d'équité et étaient dans l'attente d'une prise en charge plus inclusive en santé sexuelle.

**Conclusion** : Cette étude permet de mieux comprendre l'influence des représentations sociétales à l'origine des stigmatisations et stéréotypes envers l'homosexualité féminine, et l'impact dans la relation de soins et la perception du suivi gynécologique. Elle soulève l'importance d'une prise en charge holistique et inclusive en santé sexuelle dans un cadre d'ouverture et de tolérance.

---

**MOTS CLES** : homosexualité, femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes, suivi, gynécologie, hétérosexisme, hétéronormativité, invisibilité

---

## **JURY** :

Président : Madame le Professeur Marie FLORI

Membres : Monsieur le Professeur Cyril HUISSOUD

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Monsieur le Docteur Thomas PIPARD

---

**DATE DE SOUTENANCE** : 27 mars 2018

---

**ADRESSE E-MAIL DE L'AUTEUR** : melanie.rouanet@hotmail.fr

---