

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

Quels sont les enjeux de visibilité et d'inclusion des lesbiennes, bies & co dans le milieu médical?

Auteur : Johnen Isabelle
Promotrice : I. Yépez Del Castillo
Lectrice : E. Piccoli
Année académique : 2022-2023
Master en sciences de la population et du développement.

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. »

Avant-propos :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont encouragée et soutenue tout au long du processus de réalisation de ce mémoire. Les contributions qu'ils m'ont apportées ont enrichi mon travail.

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement ma promotrice, le Professeur Yépez Del Castillo. Ses conseils avisés m'ont guidé tout au long de ce travail. Ses critiques constructives et sa disponibilité ont été essentiels à la réussite de ce projet. Cela m'a permis de me dépasser et à donner le meilleur de moi-même. Je remercie également tous les enseignants de la faculté pour leurs enseignements de qualité tout au long de mon parcours académique.

Je tiens également à remercier l'association « Tels Quels », et plus particulièrement Marine Detillessé, pour m'avoir permis de suivre les formations « Go to Gynéco » à leurs côtés, pour le partage de leurs connaissances et le temps qu'ils m'ont accordé ainsi qu'à mon travail.

Je suis profondément reconnaissante envers mes amis et ma famille pour leur soutien émotionnel inconditionnel et leur encouragement tout au long de ce travail. Mais également pour l'aide apportée lors de la correction de l'orthographe et la syntaxe de ce travail qui a contribué à l'amélioration de celui-ci.

Finalement, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers les participants de mon étude, qui ont généreusement consacré leur temps et leur expertise malgré leur emploi du temps chargé. Leurs contributions ont été inestimables et ont enrichi les résultats de cette recherche.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide précieuse de toutes ces personnes. Leur soutien a été une ressource essentielle tout au long de mon parcours académique.

Table des matières :

Avant-propos	1
Préambule	2
Introduction	4
Méthodologie	8
Analyse de la problématique	13
Conclusion.....	36
Lexique.....	39
Bibliographie	48

Préambule :

Pour une lecture plus légère, je ferai référence aux femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes en employant un pronom féminin (FSF), bien que les hommes trans¹(transfluide, transgenre, etc.) ayant gardé leurs organes sexuels fassent également partie de ce groupe. Il arrivera que je parle de ce groupe sous la terminologie “FSF” ou bien lesbiennes selon le terme repris dans les travaux et sources employés afin de ne pas dénaturer l’information. Pour les autres interrogations de vocabulaire, un lexique est disponible à la fin de ce travail, reprenant des mots plus techniques et acronymes propres à cette communauté et à ce travail.

Lors de ce travail, je me suis retrouvée face à certaines limites. Pour avoir un travail plus précis et exhaustif, il aurait été préférable d’aller encore plus loin dans les entretiens et dans l’observation participante. Néanmoins pour des raisons techniques et de disponibilité, je me suis restreinte à une quinzaine d’entretiens. Ce qui permet de faire une bonne introduction et entrée en matière de ce sujet mais qui mériterait des recherches supplémentaires pour être approfondi.

De plus, j’ai expérimenté certaines difficultés à trouver des personnes à interviewer dans le cadre de ce mémoire, les personnes travaillant dans le domaine médical ayant, de manière générale, un agenda déjà bien chargé. De plus, lors de ma recherche de médecins ayant suivi une formation spécifique au FSF ou à la communauté LGBTQIA+, le nombre de candidats potentiels s’est encore réduit de mon champ de recherche.

Finalement, il a fallu que je prenne également ma propre subjectivité en compte. Étant une femme cisgenre hétéro, je me suis plongée dans un monde qui m’était inconnu. J’ai assimilé énormément d’informations tout au long de mon travail, mais sans jamais l’avoir vécu par moi-même. Ce travail m’a également permis de déconstruire des idées reçues et des stéréotypes présents chez moi sans même que j’en ai conscience. Il y a une image des FSF présente dans l’imaginaire collectif, et je ne faisais pas exception à la règle.

¹ Genre Pluriel.le.s, 2019

Introduction :

La Belgique est régulièrement classée parmi les pays les plus progressistes du monde en matière de droits LGBT, ce qui semble indiquer une acceptation générale de la diversité sexuelle au sein du royaume. (ILGA-Europe, 2021) Pourtant, il est à noter que des problèmes persistent, particulièrement dans le domaine de la santé. (Chartrain C. & all, 2009)

Des femmes lesbiennes et bisexuelles signalent souvent une situation de marginalisation et d'invisibilisation dans les services de santé, ce qui entraîne quantité de problèmes de santé non résolus et d'expériences négatives avec leurs professionnels de la santé (Case P. & all, 2004).

Cela m'a amené à m'interroger sur les différents enjeux que représentent l'inclusion et la visibilité des FSF dans le milieu médical. Il semblerait que ce sujet soit sous-étudié en Belgique.

En effet, la discrimination dans le milieu de la santé, délibérée ou non, peut être le résultat de stéréotypes, de carences dans la formation médicale, ou d'un manque d'engagement institutionnel envers l'inclusion des lesbiennes, bisexuelles et autres personnes LGBTQ+ (Eliason M.J & all, 2011). Certains de ces problèmes de santé peuvent être mal compris ou sous-estimés étant donné le manque de formation et de sensibilisation de ces professionnels de la santé. Ces barrières semblent pouvoir avoir des effets négatifs sur la santé et le bien-être de ces femmes (Eliason M.J & all, 2001).

En effet, il est documenté que certaines lesbiennes et femmes bisexuelles retardent ou évitent de demander des soins de santé en raison de l'anticipation de la stigmatisation ou de la discrimination (Jedrzejewski T., 2016). Il semble important de créer des environnements de soins de santé où les FSF se sentent en sécurité et respectées.

Les stéréotypes de genre peuvent mener à des hypothèses erronées sur la santé des FSF, notamment l'idée fautive qu'elles sont moins susceptibles de contracter des infections sexuellement transmissibles ou qu'elles n'ont pas besoin de services de santé reproductive (Hulbert-Williams N.J, 2017). Cela peut mener à des diagnostics erronés ou manqués, ou à une absence de recommandations pour des tests de santé importants.

Un enjeu important dans le système de santé pour les FSF apparait comme le manque de recherches et de données axées sur leurs besoins spécifiques de santé. Une grande part des recherches sur la santé des LGBTQ+ ont tendance à être centrées sur les hommes homosexuels et bisexuels, en particulier ce qui concerne le VIH/sida. De ce fait, il existe un manque d'informations sur les problèmes de santé propres aux lesbiennes et aux femmes bisexuelles, ce qui peut contribuer à leur invisibilité dans les soins de santé (Marrezzo J.M &all, 2001).

Il y a également un manque de données littéraires les concernant. Mon sujet étant relativement peu traité dans la recherche scientifique, il m'est arrivé de recourir à des données scientifiques remontant à plusieurs années, faute de données plus récentes.

En outre, les FSF peuvent être plus susceptibles de souffrir de certaines prévalences de santé, comme la dépression et l'anxiété, les troubles de l'alimentation, le tabagisme, l'abus d'alcool et le cancer du sein (Hubert-Williams N.J, 2017) , notamment dues au stress lié à la discrimination ou à l'anticipation de la discrimination, présent au sein de la communauté LGBT (Meyer I.H, 2003).

Elles sont également souvent confrontées à ce que l'on nomme l' « hétérosexisme » dans les soins de santé, c'est-à-dire une présomption que tous les patients sont hétérosexuels. Cela peut rendre plus ardu pour les FSF la tâche de discuter ouvertement de leur sexualité avec leurs professionnels de santé, ce qui peut alors affecter la qualité des soins qu'elles reçoivent (Johnson M.J & all, 2016). Cela se manifestant par exemple, dans les formulaires médicaux et les conversations avec les professionnels de santé. Ce qui peut mener au sentiment qu'elles sont exclues et/ou non reconnues (Johnson M.J & all, 2016).

Voici, les thèmes qui seront abordés et approfondis tout au long de ce travail, et approfondis. Ainsi que d'autres caractéristiques médicales ou non, propre au FSF, pour essayer de répondre à ma question de recherche. En plus d'une recherche littéraire approfondie, j'ai également suivi les formations « Go to Gyneco » données par une association LGBT « Tels Quels », qui sont des formations de sensibilisation sur la communauté FSF au sein du milieu médical.

Objet d'étude :

Ma question de recherche : « Quels sont les enjeux de visibilité et d'inclusion des lesbiennes, bies & co dans le milieu médical ? » fait référence à la « santé lesbienne » . Il est important de faire la différence entre l'identité sociale, les attirances et les pratiques sociales qui découlent de ce terme. (Chartrain C. & all, 2009). C'est pourquoi, il faut éclaircir deux termes qui seront utilisés fréquemment au cours de ce travail.

Le mot lesbienne renvoie à l'identité sociale d'une personne, qui est en constante évolution. Ce mot est également plein de connotations, qui peuvent peser sur la réalité des personnes concernées. Mais il invisibilise également une réalité sociale. Toutes les femmes ayant des relations avec d'autres femmes ne se considèrent pas forcément comme lesbiennes. (O'YES & Tels Quels, 2022). La plupart des femmes qui se considèrent comme lesbiennes ont déjà eu des rapports avec des hommes et certaines continuent à en avoir. Au contraire, certaines femmes ne s'identifient pas comme des lesbiennes mais ont des rapports sexuels avec des femmes. Certaines ont des relations sexuelles avec les deux sexes successivement au cours de leur vie. Certaines se considèrent bisexuelles, d'autres homosexuelles, ou hétérosexuelles ou encore d'autres personnes ne s'identifient à aucune de ces catégories. (Bajos N. & Beltzer N, 2008). On estime qu'entre 53 % et 99 % des FSF ont eu au moins un partenaire masculin par le passé. (Portella N.,2019). Il y a une diversité dans les pratiques sexuelles et la sexualité n'est pas figée. Celle-ci évolue tout au long d'une vie. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Le terme FSF est quant à lui un terme médical utilisé pour définir le contact vulve à vulve et ce qui inclut les personnes transgenres. C'est un terme médical, relatif à des pratiques, qui n'a donc pas de connotations liées à l'identité de genre et qui sera utilisé de manière récurrente au cours de ce travail. (O'YES & Tels Quels, 2022). Ce sont donc les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes peu importe leur orientation sexuelle. Le terme FSF reprend donc les lesbiennes, bies & co, ce qui comprend des personnes transgenres, hétérosexuelles, non binaires, ...

C'est sur cette population FSF que nous allons nous concentrer au cours de ce travail. Celle-ci englobe un panel très diversifié que ce soit au niveau de modes de vie, de profils et/ou de pratiques sexuelles. On nommera, lors de consultations, une femme comme étant FSF, lorsqu'elle est susceptible d'avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes indépendamment de son âge, son parcours de vie, son autodétermination, son statut familial ou marital, etc. (Go to Gyneco, 2023).

Méthodologie :

Lors de mes débuts dans la recherche d'un sujet, je savais que je souhaitais me concentrer sur la communauté LGBT en Belgique. J'ai donc commencé à m'intéresser à la littérature portant sur cette communauté dans différents secteurs : au travail, dans le théâtre, dans la religion, les discriminations dans la rue, ... Beaucoup de sujets passionnants mais qui restaient malgré tout très vastes.

Pour me concentrer sur un sujet plus spécifique, j'ai décidé de contacter plusieurs associations LGBT à Bruxelles, pour connaître les problématiques actuelles qui touchent la communauté LGBT. Au fur et à mesure de discussions, la nécessité de préciser une population parmi la communauté LGBT s'est présentée, ainsi qu'une thématique particulière.

Lors de ces conversations, on m'a présenté plusieurs projets en cours concernant différentes populations de la communauté LGBT. Ainsi, c'est lors de l'évocation du projet « Go to Gyneco » que le sujet a directement piqué ma curiosité. Me menant au choix de me concentrer sur la population des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes sous l'angle du milieu médical.

J'ai décidé de contacter l'association « Tels Quels » qui est une des deux associations organisant ces formations. Lors de notre entretien, je leur ai parlé de mon intérêt pour leurs formations et ma volonté d'articuler mon mémoire sur un sujet touché par leur projet. L'association m'a donc proposé de venir assister aux différentes formations organisées afin de me familiariser avec le sujet et leurs formations. J'ai alors commencé un travail de recherche en collaboration avec cette association, mon apport étant mon travail qui sera publié et utilisé par l'association. Et ainsi, j'ai débuté une double recherche, une de terrain, lors de l'observation et la participation aux formations, et une recherche littéraire, menée de mon côté pour développer mes connaissances sur le sujet.

J'ai donc réalisé un travail d'observation participante en étant présente sur le terrain lors de formations. L'observation participante consiste en « une recherche caractérisée par une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. ». « L'observation participante est une méthode de collecte de données par laquelle le chercheur observe lui-même, de visu, des

processus... L'observation constitue un mode de recueil de données alternatif de l'entretien ». (Abarrar I. & all, 2014). Ainsi, me plonger dans l'observation participante m'a permis de mieux me familiariser avec ma thématique de recherche. Mais également, permis d'entrevoir des éléments de réponses.

J'ai commencé par réaliser une première observation en participant dans la posture d'une personne venant assister à une de ces conférences, avec une observation plus timide, distante. Puis petit à petit, au fil des formations, j'ai pris un rôle un peu plus actif, en notant des éléments de réponse sur un tableau, en participant plus dans les moments de réflexions communes.

Mes observations ont d'abord été centré sur les informations globales, pour retenir le maximum d'informations, ensuite sur des observations plus détaillées de certains éléments ou interrogations que j'ai eu tout au long du travail.

Les différentes formations « Go to Gyneco » suivies dans le cadre de ce travail :

23/11/2022	Formation à Bruxelles
9/12/2022	Formation à Bruxelles
15/2/2023	Formation à l'UCL (Campus d'Alma)
16/2/2023	GLEM à Jambes
22/2/2023	Formations à l'UCL (Campus d'Alma)
2/3/2023	Groupe de travail autour des formations à Bruxelles
23/3/2023	GLEM à Jambes
11/6/2023	Formation donnée lors du week-end de sensibilisation contre les violences obstétriques à Bruxelles

Ma démarche fut donc inductive, partant du terrain, en situant une problématique et me dirigeant vers la littérature scientifique pour avoir une vision plus large de la problématique ainsi qu'un début de réponse à mes hypothèses. En continuant simultanément à aller aux formations qui elles aussi me permettaient d'amener des éléments de réponse à celles-ci.

Par la suite, j'ai commencé des entretiens pour amener des nouvelles données à analyser avec le terrain et la théorie. Afin d'avoir une vision globale des différents points de vue sur le sujet, j'ai décidé d'interviewer du personnel soignant ayant suivi la formation, des étudiants dans le domaine médical, des personnes se considérant comme FSF ainsi que du personnel soignant non formé.

Description des principales caractéristiques des personnes interrogées par catégories

(âge, genre, lieux de résidence,...) :

<i>Personnel soignant ayant suivi une formation</i>					
1)	L.	Homme	29 ans	Bruxelles	Assistant médecine générale
2)	A.	Femme	29 ans	Bruxelles	Médecin généraliste
3)	M.	Femme	44 ans	Bruxelles	Sage-femme
4)	C.	Femme	49 ans	Liège	Médecin généraliste
<i>Étudiants dans le domaine médical</i>					
5)	N.	Homme	26 ans	Louvain-la-Neuve	Futur infirmier
6)	M. + FSF*	Femme	21 ans	Louvain-la-Neuve	Future infirmière
7)	E.	Femme	23 ans	Namur	Futur médecin
8)	C.	Femme	23 ans	Bruxelles	Futur médecin
<i>Personnel soignant n'ayant pas suivi de formation</i>					
9)	S.	Femme	47 ans	Bruxelles	Psychologue clinicienne et psychothérapeute
10)	C. + FSF*	Femme	26 ans	Bruxelles	Infirmière
11)	E.	Femme	25 ans	Arlon	Sage-femme
12)	C. + FSF*	Femme	47ans	Bruxelles	Médecin généraliste
<i>FSF</i>					
13)	A.	Femme	24 ans	Louvain-la-Neuve	Etudiante
14)	O.	Femme	23 ans	Louvain-la-Neuve	Etudiante

* Personne interrogée également de leur point de vue FSF.

L'entretien compréhensif, selon Jean-Claude Kaufmann :

Pour mener et analyser mes entretiens, j'ai décidé de me baser sur le livre « *L'entretien compréhensif* » de Jean-Claude Kaufmann, la quatrième édition parue en 2016. La méthode proposée par Kaufmann propose de prendre en compte le contexte social, culturel et historique pour comprendre la signification des paroles des personnes interviewées. C'est une technique d'analyse et d'interprétation des interviews mais également des comportements des personnes lors de ceux-ci.

J'ai choisi cette méthode car elle est connue pour être particulièrement utile pour étudier les phénomènes sociaux, comme les normes, les représentations sociales, les valeurs et croyances. Ce qui correspond bien à mon sujet, les lesbiennes subissant un certain nombre de représentations sociales dans les différents milieux de la société, mais allant aussi à l'encontre de la norme ou de la normalité aux yeux de certaines personnes. C'est une communauté qui a chamboulé nos normes et nos représentations depuis le début du mouvement LGBTQIA+. Leur visibilité est un biais important pour une meilleure reconnaissance et l'obtention de droits.

Dans le livre précité, Kaufmann explique comment bien préparer un entretien, en s'adaptant à la recherche et aux objectifs poursuivis à travers ces entretiens. Il explique comment les mener et ensuite les analyser. Selon lui, il faut prendre en compte les émotions, les non-dits et les contractions partager par l'interviewé. Ce chercheur conseille également de présenter une empathie et une écoute attentive lors de la conduite de l'entretien. Aller chercher des informations au-delà des mots, pour comprendre en profondeur les attitudes et perceptions de ces personnes. L'entretien étant un outil permettant de construire son objet de travail. Pour cela, il conseille de favoriser un guide d'entretien flexible, permettant de s'adapter aux réponses des interviewés et de creuser éventuellement certains points.

L'auteur nous donne également des conseils sur les erreurs à ne pas faire. Comme par exemple, ne pas être conscient de sa propre subjectivité et ses propres valeurs, de ses propres biais, être trop directif lors de l'entretien, un manque de préparation de celui-ci, ...

Une fois, les entretiens effectués, je les analyserai et les confronterai à la littérature, afin d'affirmer ou confirmer les hypothèses et diverses informations.

Analyse de la problématique :

En 2014, Fiona Clark a publié un article dans le Lancet qui démontrait que les soins apportés aux personnes LGBT étaient confrontés à plusieurs difficultés dans le monde entier. La hausse de l'homophobie a eu un impact significatif sur la qualité des soins primaires dispensés à ces patients. Les gays et les lesbiennes ont des difficultés à accéder à des soins de qualité en raison de l'homophobie et de la méconnaissance des médecins des besoins spécifiques de cette communauté. Dans les pays occidentaux, l'accès aux soins pour les gays et les lesbiennes est limité par plusieurs facteurs, notamment la discrimination, l'homophobie, la stigmatisation et l'hétéronormativité. En 2012, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a invité les médecins du monde entier à débattre de la question des soins et du bien-être des personnes LGBT, afin de mieux comprendre leurs besoins et les risques auxquels elles sont exposées en raison de l'oppression dont elles font l'objet. (Jedrzejewski T., 2016).

Les formations « Go to Gyneco », que j'ai suivies dans le cadre de ma recherche, sont nées de deux constats, celui de l'invisibilité de la population lesbienne, bi-es & co en Belgique. Cette population n'est pas prise en compte, comme dans beaucoup d'autres pays. Pourtant comme tout le monde, elles sont potentiellement à risque face aux IST. Le deuxième constat étant qu'elles subissent de nombreux préjugés et stéréotypes en lien avec leur orientation sexuelle, ce qui mène à un taux de consultations gynécologiques très bas au sein de cette population, que ce soit pour des soins préventifs ou curatifs. (Go to Gyneco, 2023). Les formations sont issues de la collaboration de deux associations, « O'YES » et « Tels quels », et elles m'ont permis de me plonger dans mon terrain d'étude.

« O'YES » (Organisation for Youth Education & Sexuality) a été fondée en 2009 par des jeunes pour les jeunes, dans le but de soutenir la santé et l'éducation. Auparavant connue sous le nom de « SIDA'SOS », l'association se concentre sur la sensibilisation à la santé sexuelle afin d'aider les jeunes à devenir des citoyens actifs, critiques et solidaires (CRACS). Leurs actions se déroulent dans divers établissements scolaires de la Fédération Wallonie-Bruxelles, touchant ainsi un large échantillon de jeunes de 15 à 30 ans. En plus d'activités interactives et éducatives, « O'YES » propose des

formations, des ateliers, ainsi que des outils pédagogiques, des campagnes de sensibilisation et des événements éducatifs tout au long de l'année, portés par les jeunes actifs au sein de l'association. (O'YES ASBL).

« Tels Quels » est l'une des plus anciennes organisations de défense des droits des personnes LGBTQIA+ en Wallonie/Bruxelles. Elle protège et défend les droits des personnes LGBTQIA+ tout en fournissant des informations sur des sujets tels que l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les variations des caractéristiques sexuelles. L'association propose un service d'accueil, d'accompagnement et d'orientation via un service social qui s'adapte aux besoins spécifiques de chacun. Elle fournit des informations sur les droits individuels ainsi que sur les ressources sociales, économiques, culturelles et sanitaires. De plus, elle collabore avec des institutions publiques et d'autres organisations à but non lucratif, notamment dans le cadre du projet de formation « Go to Gynéco » en partenariat avec l'ASBL O'YES. Les membres de « Tels Quels » offrent un soutien complet comprenant des séances de counseling, des groupes de discussion et des activités communautaires afin de garantir que chaque individu ait accès à ses droits et aux ressources disponibles. (Tels Quels).

A la suite des différentes formations que j'ai suivies ainsi que de la recherche littéraire et des entretiens effectués, j'ai tenté de répondre à ma problématique. Tout d'abord, dans mes questions de départ, je me suis principalement questionnée sur l'ampleur de l'invisibilisation de cette population mais également les différentes conséquences possibles de celle-ci.

Comment l'invisibilisation et l'exclusion de ce public étaient mises en place au sein de la société.

L'invisibilisation consiste à ignorer ou nier, sans pour autant que ce soit forcément conscient, l'existence de personnes ou usages dans un lieu. Cela se manifeste par des discours, des idées ou des préjugés qui excluent certaines personnes et instaurent une hiérarchie sociale. Ce qui mène à la marginalisation de cette population, ce qui peut entraîner des discriminations, des difficultés d'accès aux ressources (les services de santé, l'éducation, ...) et un renforcement des inégalités. (Adam M. & Mestdagh L., 2019). Je me suis donc questionnée sur les moyens à mettre en place afin de regagner la confiance de ce public.

Pour répondre à ces questions, il m'a semblé indispensable d'avoir comme préalable la déconstruction des normes en vigueur ainsi que les pratiques. Mais aussi d'informer le personnel soignant sur les réalités vécu par les FSF et d'avoir un lieu inclusif afin que les personnes se sentent en confiance.

Pour cela, j'ai confronté les données littéraires avec les entretiens que j'ai effectués pour répondre au mieux à mes questionnements. Trois éléments de réponses en sont ressortis.

L'hétéronormativité :

L'hétéronormativité² est présente, de manière consciente ou non, dans le milieu médical. Elle est la croyance que l'orientation hétérosexuelle est la norme au sein de la société, c'est-à-dire que, lorsqu'on rencontre une nouvelle personne, on part du principe que celle-ci est hétérosexuelle. Cette croyance est très présente dans les pays occidentalisés, comme allant avec la norme de la famille nucléaire hétérosexuelle, comme modèle naturelle et universelle. (Go to Gyneco, 2023). Contrairement à l'homophobie qui implique une haine directe envers les personnes LGBTQ+, l'hétéronormativité établit de manière subtile une hiérarchie et un rapport de force qui contribuent à définir ce qui est considéré comme normal, tant dans la société qu'en matière de soins. (Jedrzejewski T., 2016).

Cela contribue à l'invisibilisation d'autres réalités sociales, plus minoritaires, comme l'homosexualité. Ce mode de pensée est présent dans tous les aspects de notre société et influence nos manières d'interagir avec les autres, ce qui peut mener à des situations inconfortables lors de consultations médicales. (Go to Gyneco, 2023). L'hétéronormativité peut prendre différentes formes, notamment la supposition automatique d'hétérosexualité sans considération du contexte. (Jedrzejewski T., 2016).

² La définition de ce terme, ainsi que d'autres termes utilisés dans ce travail, est disponible dans le lexique p. 39

Une des raisons du faible taux de consultations chez les FSF est la crainte que les soins prodigués soient influencés par cette norme hétérosexuelle, ce qui a été démontré par des études menées dans différents pays. (Chartrain C. et al., 2009). Cette invisibilité de la sexualité des femmes est un problème majeur qui constitue une forme de violence. Selon une étude suisse, cette invisibilité peut également affecter le niveau de confiance accordée aux professionnels de la santé. Les consultations sont souvent perçues comme étant centrées sur la norme dominante, ce qui oblige les patientes à révéler leur orientation sexuelle pour orienter la consultation. (Portella N., 2019).

Et cela se confirme à travers divers témoignages recueillis, comme nous l'explique, par exemple, C., médecin généraliste : « *Et j'ai déjà entendu des collègues dire ça : Ben voilà, pas besoin de vous examiner hein ! De toute façon, vous n'avez pas de relation. Ou bien, non la sexualité ce n'est que de la pénétration* ». ³

Ou encore O, une personne pansexuelle nous explique : « *La première fois que je suis venue c'était, c'était d'un point de vue contraceptif mais aussi parce que bah les gens me disaient qu'il fallait que j'y aille. A partir du moment où j'avais fait ma première fois les gens avaient dit qu'il, que je devais voir une gynécologue. {... C'était avec un homme. Enfin ma première fois était avec une femme mais c'est quand je l'ai fait avec un homme qu'on m'a dit d'aller voir heu. Ouais.* »

La sexualité des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes est souvent stigmatisée et considérée comme passive, car elle ne comporte pas d'actes de pénétration avec un phallus. Cette forme de sexualité a même été décrite en psychanalyse comme infantile et immature. (Portella N., 2019).

Si le personnel médical n'est pas ou peu informé sur la population FSF, cela peut mener à des suppositions et tournures de phrases hétéronormatives, qui peuvent bloquer la patiente dans son coming out médical. Cela nuit au bon déroulement des consultations mais également au suivi médical. (Go to Gyneco, 2023).

³ J'ai respecté la manière dont s'exprime chaque personne. J'ai donc retranscrit dans l'ensemble de mes extraits d'entretiens, la manière de chaque individu de s'exprimer.

C, médecin généraliste est également de cet avis : *« Et que clairement ben si on donne pas cette ouverture, les gens ne viendront pas soigner, ne feront pas de prévention et ça ne va pas, on rate un objectif de santé ou de bien-être. Parce qu'on peut parler santé mais on peut parler bien-être aussi hein. »*

Il faut reconnaître que les sources d'information et les stratégies de communication sont souvent imprégnées d'hétéronormativité, ce qui crée un contexte d'exclusion implicite pour les personnes FSF. (Hulbert-Williams N.J., 2017). Mais cela peut également freiner la discussion autour du thème de la santé sexuelle.

L, assistant en médecine générale, témoigne de sa réflexion sur ce sujet après avoir assisté à une formation sur la communauté LGBTQIA+ :

« Ça, c'est quelque chose sur lequel j'ai ensuite beaucoup réfléchi et que j'ai senti que j'ai beaucoup gardé en tête après ces formations. Et donc d'y être attentif tout le temps, dans le choix de mots que j'ai, dans la façon dont j'en parle, d'essayer d'en parler plus souvent, de montrer et de tout faire pour montrer aux personnes qu'elles peuvent venir l'aborder en consultation, discuter. {}.. Parce qu'on a invisibilisé et discriminé énormément toutes les personnes LGBTQIA+, que c'est dans notre langage, que c'est dans nos habitudes d'un point de vue médical. Que c'est vraiment ancré dans la société, mais aussi énormément dans le médical. Que par conséquent, non seulement, on peut avoir des opinions, on peut avoir des paroles qui sont, qui sont inadéquates, mais en plus on peut... En plus du fait qu'on peut créer des choses violentes ou traumatisantes, ou juste décevantes entre guillemets pour les personnes qui viennent nous voir »

Mais cela se retrouve également dans les cours d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), qui sont obligatoires en primaire et secondaire (Fédération Wallonie-Bruxelles), ainsi que dans les cursus d'apprentissage des métiers à vocation médicale, comme vous pourrez le voir dans les témoignages suivants.

Pourtant, depuis plus de 20 ans, il est reconnu que les personnes homosexuelles ont des particularités en termes de santé, une réalité établie par des revues médicales généralistes ou épidémiologiques telles que le « New England Journal of Medicine », le « Journal of the American Medical Association » et « The Lancet ». Cette observation a été faite en premier lieu pour les hommes, puis plus récemment pour les femmes. (Jedrzejewski T., 2016).

Pourtant, Ruth McNair, une médecin généraliste travaillant sur la santé des lesbiennes à Melbourne, estime que les étudiants en médecine ne sont pas suffisamment formés sur les questions liées aux minorités sexuelles. (Jedrzejewski T., 2016). Les environnements scolaires jouent un rôle important dans la perpétuation de l'ordre patriarcal, où les élèves ressentent le besoin de se conformer aux normes de genre établies afin d'éviter l'isolement, le rejet ou la stigmatisation. (Couchot-Schiex S., 2021).

Ce sentiment semble être également partagé par les étudiants, que j'ai interviewés dans le cadre de ce travail, lorsque je leur ai posé la question de la représentativité des FSF dans le cadre de leurs cours.

E, étudiante en médecine : « *Et puis pour tout ce qui est rapports homosexuels ou bisexuels et tout ça, on n'en parle pas vraiment. À part du coup, les cours avec les maladies sexuellement transmissibles mais après c'est même pas vraiment eux* »

C., étudiante en médecine : « *Donc en c'était éthique euh socio enfin un truc un peu regroupé. On a eu un cours sexe et genre. Et c'est la première année qu'ils le donnaient et on a abordé vite fait tout ce qui était euh commun, communauté LGBT avec le la pensée queer et tout ça. Mais c'était vraiment un chapitre très petit par rapport à tout le cours et c'est la première fois qu'on abordait. Euh à part non enfin on aborde aussi tout ce qui est euh HSH plus. Euh avec les maladies, les maladies sexuellement transmissibles, on sait que les hommes sont plus à risque de certaines maladies mais après euh, c'est enfin ça s'arrête là quoi on n'a pas du tout de de cours là-dessus. »*

N, étudiant infirmier nous explique : « *Bah comme je l'ai dit, cette année, on a une option à prendre et on a le choix dans cinq options et moi j'ai pris santé sexualité quoi. {}..C'était ultra très intéressant ce cours-là. Mais donc effectivement de base dans notre formation, je trouve que c'est pas du tout assez poussé. Enfin, même pas poussé en fait, c'est, on n'en parle pas du tout assez. Alors que c'est, il est important d'être éduqué à tout ça. Et je me*

souviens même première année, genre le cours d'anat, c'était euh ok tu avais le schéma de la vulve et t'avais le point c'était clitoris quoi et genre c'était tout, t'avais même pas la représentation de l'interne, enfin je veux dire comme on la connaît maintenant donc alors que c'était il y a trois ans donc il faut que ça change. Il faut que ça évolue quand même quoi. »

Un avis qui était également partagé par des médecins pratiquant déjà la profession depuis plusieurs années :

A, médecin généraliste : « C'était catastrophique. Dans les terminologies, c'est hyper hétéronormé. Et donc si tous les autres enseignements, plus inclusifs, on les a via des expériences ou des activités extra- universitaires. Parce que depuis, je pense que les choses se sont légèrement améliorées, qu'il y a plus d'activités sur le campus. Ben, si c'est pas ce qu'il est dit au cours, évidemment que ce sera toujours pas connu du grand public. Et c'est scandaleux que ce soit que les médecins généralistes qui souscrivent à un cours à option qui aient accès à ce genre d'information. »

C, médecin généraliste : « Ça devrait se retrouver dans le cours de gynéco-obstétrique donné à la base et pas enseigner juste je veux dire la gynécologie. En fait c'est basé sur l'organe hein mais avec la connotation cisgenre essentiellement. Ça pour moi ça n'est pas encore assez évolué quoi! Ça devrait changer davantage. »

Lors des entretiens, il est ressorti que, malgré un manque d'information sur les FSF présent au sein des cours, il y avait quand même la possibilité d'avoir des renseignements en se rendant à des activités proposées par des Kot-à-projet ou par des cercles estudiantins.

C, étudiante en médecine : « On a, ben pas dans le cadre des cours mais dans le cadre des animations estudiantines à Namur, on a eu, je pense que c'était l'année, pas l'année d'avant, on a eu une soirée organisée par le cercle médecine où il y a eu des intervenants. »

E, étudiante en médecine : « Ça se fait plus peut-être avec les kots-à-projet à l'UCL, y en a beaucoup font des petites campagnes, sensibilisation et du coup, ouais tout ça quoi. »

Enfin, en dépit des améliorations de la situation sociale des personnes homosexuelles, leur accès à des soins de santé de qualité ainsi que leur fréquentation de ces services sont toujours entravés par les effets de leur marginalisation. (O'YES & Tels Quels, 2022). Pour permettre aux femmes, ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, de prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle, il est crucial de leur fournir des informations sur les outils de protection disponibles. Il est donc important de mieux comprendre leurs besoins en la matière et de développer des messages de prévention adaptés à leur réalité. (Portella N.,2019).

Ce sentiment de manque de représentativité et d'hétéronormativité est également présent au sein des campagnes de prévention. Si les gays font l'objet de recherches et de politiques de prévention publique, en particulier en raison de l'épidémie de sida qui a mis en lumière cette population, ce n'a pas été le cas pour les lesbiennes. (Chartrain C. & all., 2009). Les lesbiennes ne se sentent pas concernées par les mesures de prévention recommandées par les autorités sanitaires en raison du manque de représentation des femmes issues de minorités. (Portella N., 2019). Elles sont davantage invisibilisées dans la société et, leurs sexualités et modes de vie sont souvent niés et récupérés selon des fantasmes hétéronormatifs et masculins. (Chartrain C. & all., 2009).

L'impression d'un manque de représentativité des personnes FSF lors des campagnes de prévention est partagée par toutes les personnes que j'ai interrogées. Voici quelques témoignages :

L, assistant en médecine générale : *« Je cherchais un terme moins grossier mais pour moi elle est extrêmement mauvaise. Je pense qu'on remet tout doucement en question la représentativité d'une diversité de couleurs et de choses comme ça, qu'il y a une ou deux affiches qui ... En fait même des affiches médicales, qui essaient de faire une représentation LGBTQIA+ de manière générale, il n'y a rien qui est bien pour moi. Elle est extrêmement mauvaise et je pense qu'elle est encore une fois très frileuse quoi, elle n'ose pas explicitement mentionner ce public-là. Et représenter même de manière, parce que ça ne peut pas toujours être explicite, parce que c'est justement dans le détail que c'est important. C'est assez inexistant. Il n'y a pas de... Ouais là je crois d'écriture inclusive qui commence à apparaître mais franchement, à part ça, ce qui est largement insuffisant. Pour moi, il y a un manque énorme, oui. »*

M, étudiante infirmière et FSF : « *Non c'est toujours que des hétéros à chaque fois que l'on en voit. »*

C, infirmière et FSF : « *Absolument pas ! Non. Non. Non. Ça parle que des hétéros. On parle que de la population gay, on parle de la population en tant que telle hétéro mais pas du tout ... »*

Bien que les lesbiennes soient plus présentes socialement et politiquement qu'auparavant, leur visibilité reste inférieure à celle des gays, et cette visibilité demeure largement marginale. Les jeunes lesbiennes ont peu de modèles d'identification auxquels se référer. (Couchot-Schiex S., 2021). En France, par exemple, les actions ciblées pour les lesbiennes sont souvent menées par des militantes ou des personnes sensibilisées à cette problématique, mais elles bénéficient de peu de moyens financiers de la part des pouvoirs publics. Cela rend difficile la pérennité de ces actions en raison du manque de ressources humaines, financières et institutionnelles. De plus, les politiques de santé sont souvent sectorisées, laissant de côté les lesbiennes au profit de politiques pour les femmes ou les homosexuels, comme c'est le cas avec le sida, mais jamais pour cette population spécifique. (Chartrain C. & all., 2009). En Suisse, on constate une situation similaire, où même dans les programmes de prévention visant la communauté LGBTIQ+, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes sont peu prises en compte. (Portella N., 2019).

Il semblerait également que l'expérience de discriminations liées à l'étiquetage de l'individu en tant qu'homosexuel ou bisexuel, ainsi que le degré d'acceptation personnelle de son orientation sexuelle, peuvent avoir une influence considérable sur la santé globale. (Goffman, 1975; Chartain C. & all., 2009).

Les IST

De plus, en étant sous-représentées lors des campagnes de prévention d'IST, les FSF se sentent moins concernées par ce risque de santé. La majorité des femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes ne prennent pas de mesures de protection contre les IST/VIH avec leurs partenaires féminines. Une minorité d'entre elles adoptent des stratégies de prévention telles que la réalisation de tests de dépistage VIH,

la confiance et la fidélité dans leurs relations, ainsi que l'évitement du contact avec le sang menstruel. (Portella N., 2019).

Comme nous le confirme A, personne FSF : *« Après, je pense que euh, dans les relations lesbiennes en général, les femmes ne se protègent pas. En général, il n'y a pas de protection. Des capotes féminines personne n'en met et du coup, à ce niveau-là, je pense qu'il y a un peu plus de risques. Mais je ne sais pas si... par contre enfin je sais que majoritairement du temps, j'ai quelques potes comme ça qui sont lesbiennes. Elles se ... enfin elles consultent pas là-dessus. »*

Ces comportements, associés au manque d'informations sur la santé des lesbiennes dans le milieu médical, expliquent en partie les raisons qui rendent les lesbiennes plus susceptibles de contracter des IST.

Selon une étude de la revue AIDS en 2015, les personnes soumises à des formes d'oppression sont moins enclines à se faire dépister et à utiliser les services de prévention. (Jedrzejewski T., 2016). Des recherches ont également démontré qu'il existe un lien entre ces facteurs et la fréquence des IST. (Chartrain C. & all., 2009). De plus, il y a une corrélation entre le suivi gynécologique et le frottis cervico-vaginal. Les lesbiennes qui n'ont jamais eu de rapports avec des hommes ont moins tendance à avoir subi un examen pelvien, à avoir un suivi régulier et elles font leur premier frottis vaginal à un âge plus avancé que les femmes hétérosexuelles. Divers facteurs explicatifs ont été avancés, tels que de mauvaises expériences lors de consultations antérieures, le manque de confiance envers les professionnels de santé, une méconnaissance des lieux de soins dédiés et le mythe selon lequel les lesbiennes n'en ont pas besoin. (Chartrain C. & all., 2009).

C., médecin généraliste : *« Et j'ai déjà entendu des collègues dire ça : Ben voilà, pas besoin de vous examiner hein! De toute façon, vous n'avez pas de relation. Ou bien, non la sexualité ce n'est que de la pénétration. »*

Il faut souligner que la plupart du temps, environ 70% à 95% des femmes atteintes d'infections sexuellement transmissibles (IST) ne présentent pas de symptômes. (Portella N., 2019). Depuis les années 1990, le nombre de femmes touchées par les IST a augmenté à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays où la transmission hétérosexuelle prédomine. (Chartrain C. & all., 2009). Plusieurs facteurs peuvent expliquer la vulnérabilité accrue de cette population sur certains aspects de la santé.

Selon l'étude Enveff, les femmes ayant des attirances et/ou des pratiques sexuelles avec des femmes commencent généralement leur vie sexuelle plus tôt. (Chartrain C. & all., 2009). Les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes ont en moyenne entre 6,1 et 15,5 partenaires au cours de leur vie, et environ 71% d'entre elles ont eu au moins un partenaire masculin au cours de leur vie. La majorité d'entre elles déclarent souvent ou toujours avoir recours à au moins quatre pratiques sexuelles différentes lors de leurs rapports, notamment la masturbation mutuelle, les pratiques orales-génitales, la pénétration réceptive et la pénétration insertive. (Portella N., 2019). Ainsi, comme déjà évoqué précédemment, chez les FSF, *“il y a diversité dans les pratiques sexuelles et la sexualité n'est pas figée. Mais celle-ci évolue tout au long d'une vie”*. (O'YES & Tels Quels, 2022).

De nombreuses personnes FSF ont ou ont eu dans le passé un partenaire avec un phallus. La construction de son identité est une chose qui se réalise tout au long de notre vie, c'est pourquoi on dit que la sexualité n'est pas figée. Comme en témoigne A, personne FSF :

« Moi, j'ai vu ça où en fait, j'ai quelques expériences avec des mecs et je me sentais jamais vraiment... {} Enfin je lui ai dit écoute, là dans le moment présent oui, je peux pas te dire si dans vingt ans je ne vais pas possiblement rencontré un mec qui va chambouler ma vie. Je n'en sais rien, je ne peux pas te dire mais là, dans le temps présent, oui. » (Conversation lors de laquelle on lui demandait si elle était sûre d'elle concernant son orientation sexuelle.)

C, docteur en médecine générale la rejoint sur ce point, en nous expliquant : *« Bah peut-être une idée préconçue que les filles n'avaient des relations qu'avec les filles alors que c'est totalement faux vous voyez. Alors avec des idées préconçues qui fait qu'on ne fait pas la prévention et le dépistage correct. Mais ça cette représentation des soignants, ce n'est pas, ça ne correspond à rien comme réalité, mais ça peut avoir un impact sur le soin ou l'absence de soins. »*

Les lesbiennes ont souvent été considérées comme moins exposées ou immunisées contre le VIH mais il existe quelques cas rares de transmission du VIH lors de rapports entre femmes. L'utilisation d'objets sexuels de manière traumatique et l'échange de fluides corporels, y compris le sang, peuvent être des facteurs de transmission. En tant qu'IST, le risque zéro n'existe pas, et la transmission est toujours possible, car les

sécrétions vaginales, le sang menstruel et les muqueuses peuvent être des portes d'entrée du virus, indépendamment du sexe des personnes ou de leurs pratiques sexuelles. (Chartrain C. & all., 2009). Le manque de visibilité des lesbiennes dans les discours de prévention du VIH contribue à une mauvaise perception des risques liés aux autres IST et ce, malgré les messages de prévention diffusés par les mouvements militants lesbiens. (Collet M., 2008).

Tableau représentant les IST les plus fréquentes chez les FSF selon les pratiques :

	EMBRASSER	MASTURBATION MUTUELLE (SAINT PROSTITUTION AVEC LES HOMME)	SEXE CONTRE SEXE	CUNILINGUS	ANULINGUS	ÉCHANGE DE SEXTOYS	PÉNÉTRATION VAGINALE AVEC UN PÉNI	PÉNÉTRATION ANALE AVEC UN PÉNI	FELLATION
HERPÈS GÉNITAL	○	○	●	●	●	○	●	●	●
PAPILLOMAVIRUS		●	●	●	●	●	●	●	●
CHLAMYDIA		○	●	○	○	○	●	●	○
TRICHOMONAS		○	●	○	○	●	●		○
GONORRÉE		○	●	○	○	○	●	●	●
SYPHILIS	○	○	●	●	●	○	●	●	●
HÉPATITE A					●			●	
HÉPATITE B	○		●	●			●	●	●
HÉPATITE C			●			●	●		
VIH/SIDA			●	○			●	●	○

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

(Source : Go to Gyneco, 2023).

Les infections telles que la syphilis, l'hépatite A et le Trichomonas vaginalis ont été détectées chez des femmes n'ayant jamais eu de rapports avec des hommes. Certaines IST se transmettent plus fréquemment lors de rapports entre femmes, en particulier lors de contacts traumatiques ou pendant les règles, comme l'hépatite C et la vaginose bactérienne. (Chartrain C. & all., 2009). Il convient de noter que la vaginose bactérienne est plus fréquente chez les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, avec une prévalence de 31,4 % dans cette communauté contre 16 % chez les femmes hétérosexuelles. (Portella N., 2019).

Ensuite, le personnel médical n'étant pas ou peu informé, sensibilisé sur la population FSF, cela nuit au bon déroulement des consultations mais également au suivi médical. (Go to Gyneco, 2023). Lors d'une consultation concernant la santé sexuelle de la patiente, il faut donc faire un dépistage complet, mais aussi prendre en compte, que malgré le risque improbable de grossesse lors de pratiques FSF, elles peuvent avoir besoin d'avoir recours à la contraception pour d'autres raisons comme par exemple, un traitement hormonal. Il ne faut donc pas mettre tous ces aspects de la santé sexuelle de côté dès l'annonce des pratiques sexuelles de la patiente. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Le manque de connaissances des professionnels de la santé concernant les spécificités des FSF est donc une nouvelle fois évoqué. Que ce soit sur le risque d'IST, comme vu ci-dessus, ou dans la prise en compte des risques et comportements à risque. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Mais il y a également un manque d'informations au sein de la population elle-même, avec la circulation d'idées reçues ; qu'elles n'ont pas besoin de consultation gynécologique, n'ayant pas besoin de contraception ou qu'elles sont moins concernées par les IST. (Go to Gyneco, 2023).

M, étudiante infirmière et personne FSF : *« Du coup, moi j'étais qu'une fois parce que j'avais un souci à ce niveau-là et après... Depuis je n'ai plus rien, donc j'ai plus besoin de retourner quoi. Et puis vu tout ce qui est pilule, c'est pas du tout ce qui, je ne sais pas, fin, je n'ai aucun problème avec mes règles et tomber enceinte, ça n'arriverait pas du coup. Euh, je n'ai vraiment de raison pour y aller. »*

Selon une étude menée en Suisse, les FSF consultent peu de gynécologues et les expériences positives en matière de santé gynécologique sont rares. Plusieurs femmes interrogées ont exprimé le sentiment de ne pas être suffisamment ou mal informées en matière de santé sexuelle. (Portella N., 2019).

L., assistant en médecine générale nous explique qu'avant de suivre une formation sur cette population, il n'avait pas vraiment conscience qu'elles étaient également à risque de recevoir une IST. *« Ouais, c'est ça, en termes d'épidémiologie, on va dire et de prévalence. Donc ça, non, je n'avais pas de notion particulière. Je crois que j'avais*

probablement cette idée qu'y en avait moins, j'imagine. Je pense que j'avais un peu cette perception-là, oui. »

Il y a un certain nombre de dépistages réalisables pour détecter la présence d'IST. (O'YES & Tels Quels, 2022). Tout d'abord, il est possible de pratiquer un auto-examen comme la palpation de la poitrine. La vérification de la présence de masses sur la poitrine en pratiquant l'autopalpation des seins est une étape importante pour surveiller sa santé. S'il y a des doutes, il est recommandé de consulter un professionnel de la santé. En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles (IST), il est conseillé de surveiller régulièrement les parties génitales pour détecter tout signe inhabituel, tel que des odeurs, des démangeaisons, des boutons ou des rougeurs. Cependant, il convient de souligner que cette méthode n'est pas efficace à 100 %, car certaines IST peuvent être asymptomatiques. (Go to Gyneco, 2023).

Les professionnels de la santé peuvent effectuer divers examens tels qu'un examen clinique, une prise de sang, un frottis vaginal, un frottis du col de l'utérus, un frottis anal et/ou buccal, ainsi qu'un prélèvement urinaire. (Go to Gyneco, 2023).

Au niveau de la prévention, plusieurs choses peuvent être mises en place en plus des dépistages et des traitements qui en découlent. Que ce soit la vaccination ; différents modes de protection tels que le carré de latex, préservatif externe ou interne et le doigtier. C'est lors du contact de vulve à vulve, à travers les muqueuses qu'ont lieu les premiers risques de transmission d'IST. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Ces modes de protection sont relativement peu connus, à part les préservatifs et le carré de latex comme le démontre ces témoignages :

A, personne FSF : *« Ouais euh je t'avoue que, je t'avoue que je n'ai pas posé la question non plus en vrai quand je dis que c'est vrai que, je ne suis pas non plus extrêmement renseignée là-dessus. Alors quand je parce qu'en fait j'ai fait dans ma tête, il n'y en a pas. Du coup, c'est vrai que je ne pose pas la question de si, vraiment, y en a. Vraiment dans ma tête il n'y a que la capote féminine et enfin le truc qui est vraiment personne ne le met vraiment genre c'est, ouais, c'est enfin je sais pas ça me ... ben ça et en plus de vraiment euh en mode il n'y a pas de truc adapté à nous et du coup ben on ne cherche pas en .. »*

O, personne FSF : « Puis après je suis passée au préservatif avec les hommes et avec les femmes normalement je prenais sauf là je suis allée au Canada au début de cette année et j'ai découvert qu'il y avait comme des voiles à mettre sur les vagins pour faire des cunnis ou quoi donc je faisais avec ça. C'est sympa. Donc oui c'est vraiment un petit carré comme ça, je sais même plus en quelle matière c'est. »

M, personne FSF : « je sais qu'il y a capote féminine et ouais je pense que je vais m'arrêter là ahah Tout ça c'est vraiment pas quand je me... »

C, infirmière et FSF : « Tous les moyens, j'ai envie de dire que je suppose qu'il doit y en avoir... Mais qu'on n'est pas assez informé. Mais t'as tout ce qui est préservatif. Je ne sais pas si je dois les nommer ? »



Le carré de latex ou de polyuréthane permet, pour les personnes qui l'ignorent, de se protéger lors d'un cunnilingus ou d'un anulingus en le plaçant sur la vulve ou l'anus avec du lubrifiant. (Go to Gyneco, 2023).

Le préservatif externe, quant à lui, peut s'utiliser lors de la pénétration mais également lors du partage de jouets sexuels qui peut entraîner la transmission d'IST. Si des personnes partagent des sextoys avec leur(s) partenaire(s) pendant les rapports sexuels, il est important de changer de préservatif à chaque changement de partenaire ou d'orifice. (Go to Gyneco, 2023).

Mais il existe également des modes de contraception moins connus. Il est recommandé d'utiliser, par exemple, un gant lors de la masturbation mutuelle ou lors d'une pratique de fist. (Go to Gyneco, 2023).

Le doigtier peut être utilisé pour la pénétration des doigts lors de pratiques sexuelles. Il doit être changé à chaque changement de partenaire ou d'orifice, tout comme pour les préservatifs externes. (Go to Gyneco, 2023).

D'autres comportements peuvent, aussi, être conseillés pour réduire les risques comme l'utilisation de lubrifiant, l'évitement de contact entre muqueuses, le nettoyage des sextoys, l'évitement de certaines pratiques lors des règles, avoir des ongles courts limés, ... (O'YES & Tels Quels, 2022).

Il y a donc une méconnaissance des prévalences IST ainsi que des modes de contraception due à cette invisibilisation vécue par les personnes FSF. Tout cela peut avoir un impact sur le diagnostic, les soins des patientes. Selon Anne Revillard, l'invisibilité lesbienne « traduit dans une large mesure un impensé social : dans un contexte de domination masculine, une jouissance indépendante du principe masculin est socialement impensable ». (Revillard A., 2002). Dans l'ensemble, les espaces de socialisation accordent peu de visibilité aux réalités lesbiennes, ce qui crée un manque de reconnaissance et de représentation pour les lesbiennes (Couchot-Schiex S., 2021).

Pourtant, la visibilité publique confirme l'existence et la légitimité sociale d'un groupe, ce qui leur permet de faire entendre des discours qui contredisent les préjugés courants. Cela permet également de libérer les membres de ce groupe des stigmates quotidiens qui découlent de leur invisibilité et du fait que leurs questions spécifiques sont ignorées (Goyette E., 2012).

L, assistant en médecine générale, est de cet avis : « *Ouais, ma perception principale, c'est vraiment ça. C'est un manque d'informations, une plus grande prise de risque parce que les médecins ne sont pas, ils ne sont pas accessibles et évidemment pas assez informés sur ces sujets et donc donnent parfois des fausses informations sur le frottis de col, de dépistage, de risque, de transmission biaisée. Ouais, donc plus ça. Surtout un manque d'informations par manque d'accès et par manque d'informations du personnel médical.* »

Stress minoritaire :

L’Ethnologie, l’Anthropologie et l’Histoire nous apprennent que les différentes sociétés ont observé une hiérarchisation et une différenciation des sexes, et l'acceptation de diverses orientations et identités sexuelles n'est pas encore totalement intégrée dans notre société. Cela a des conséquences importantes sur les lesbiennes, qui souffrent d'une double stigmatisation. (Chartrain C. et all., 2009). Ces femmes subissent un intersectionnalité. C’est-à-dire qu’elles font face à deux formes de marginalisation : celle liée à leur genre en tant que femmes, et celle liée à leur orientation sexuelle. (Chetcuti-Osorovitz N., Jean-Jacques S., 2018).

L, assistant en médecine générale, nous explique des violences dont il a été témoin. Des violences dues au sexe de la personne : *« Oui, euh pendant mes stages, j'ai été, j'ai été témoin de paroles, de plein de choses subtiles. J'ai vu, enfin j'ai entendu, personnellement, vous n'avez pas mal. D'ailleurs, ma présence en tant que, en tant qu'homme et en tant que personne perçue comme un homme, a été imposée plusieurs fois dans des consultations avec des femmes gynéco. Euh, on m'a dit de faire et je l'ai fait, un toucher vaginal à une patiente qui était endormie. Donc ouais. Et donc des violences gynéco-obstétricales, j'en ai vu beaucoup pendant mes stages. Ouais, observé de moi-même, j'en ai clairement vu en plus évidemment, de tout ce que j'ai pu entendre. {} Moi, j'ai observé ça pendant un stage de trois mois et où j'étais loin d'être constamment en consultation, là où je pouvais l'observer et euh. Et ouais, c'était je pense que c'était quasi quotidien. Des phrases claires ou des idées, ou des gestes hyper violents comme celui qu'on m'a demandé de faire ce jour-là. Euh c'est peut-être pas quotidien, mais par contre une attitude inadéquate en consultation et des micro violences ou des choses comme ça, ouais, pour moi c'est quotidien. »*

Les discriminations, les violences vécues, le manque de soutien émotionnel et l'absence de personnes avec qui parler de son orientation sexuelle peuvent avoir un impact sur la santé mentale des personnes homosexuelles. Ces facteurs peuvent engendrer un stress minoritaire, favorisant ainsi les troubles mentaux tels que la dépression ou la consommation de substances psychotropes comme moyen d'évasion. (O'YES & Tels Quels, 2022). De plus, la pression de conformité à l'hétérosexualité dans la société, la gestion du secret concernant son orientation sexuelle et les

stéréotypes de genre constituent un environnement propice à l'apparition de souffrances psychologiques. (Chartrain C. & all., 2009).

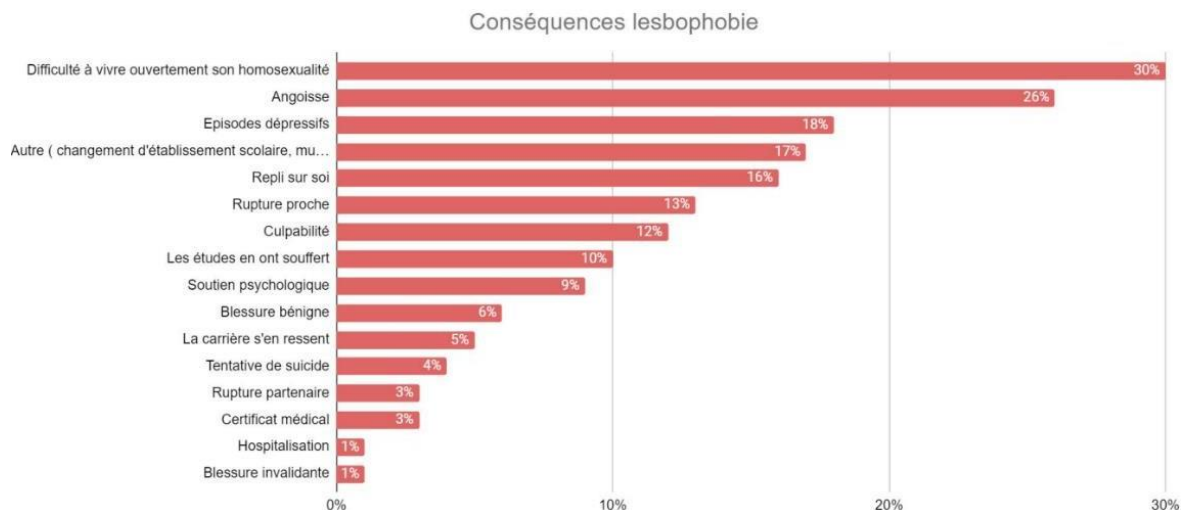
Parmi les différentes personnes que j'ai interrogées, il est ressorti que plusieurs d'entre elles avaient vécu des situations de micro-agressions dans leur vie du quotidien.

M, étudiante infirmière et FSF, nous raconte une de ces micro-agressions : *« C'est un vieux type et genre. Il a commencé à jouer avec sa langue et genre. J'étais à deux doigts de le frapper en plein visage. {} Des critiques homophobes, si j'en ai entendu. {} C'est une blague genre, il fallait faire prendre la douche à un patient et du coup étaient là deux femmes, maintenant faudra plus vous vous embrasser et tout. T'es juste là, genre oh putain t'es lourd quoi. »*

C, médecin généraliste, nous explique également que parfois, certains comportements peuvent être perçus comme violents par les patientes sans que le médecin ne s'en rende compte : *« Et aussi à quel point, ben en tant que soignant, parce que ça c'est un abord auquel j'étais moins sensibilisé en ayant certaines attitudes, on peut être, allez comment dire ? Euh bah pas bien traitant quoi et c'est pas nécessairement volontaire, c'est plus parce que c'est une histoire de représentation. Il y en a qui le font peut-être de façon volontaire, mais je veux dire la plupart des intervenants c'est par peur, par méconnaissance, mais on peut être vraiment pas bien traitant. »*

N, étudiant infirmier, nous raconte avoir déjà été témoin d'homophobie mais envers les hommes gays : *« Enfin tu vois d'office tu vas entendre des soignants faire des blagues mais fin mauvaise blague sur le fait qu'il soit homosexuel du coup il a contracté le sida gnagnagnagna. »*

Selon Irene Zeilliger, les violences subies par les lesbiennes ont un impact négatif sur leur bien-être spirituel, mental et physique. Ces violences incluent le harcèlement verbal et sexuel, le refus de les accepter, le rejet dans les espaces publics, sur le marché du travail, dans le système d'assistance médicale ou psychologique et bien d'autres situations. (Zéilinger I., 2002). Les discriminations et les violences vécues par ces femmes sont présentes à tous les niveaux sociaux, de manière évidente ou plus dissimulée, que ce soit dans la sphère privée ou publique, de manière individuelle ou collective, à un niveau micro ou macro-sociétal. (Chartrain C. et all., 2009).



(Source: Go to Gyneco, 2023).

Plusieurs études ont démontré que les personnes homosexuelles sont plus susceptibles de souffrir de mal-être, de dépression et de tentatives de suicide par rapport aux personnes hétérosexuelles. Selon un rapport réalisé au Canada en 2003, environ 30 % des suicides sont commis par des personnes gays, lesbiennes ou bissexuelles. (Chartrain C. & al., 2009). De plus, une étude de 2013 révèle que 26 % des femmes ayant des relations avec des femmes (FSF) vivent une détresse psychologique importante. (Portella N., 2019).

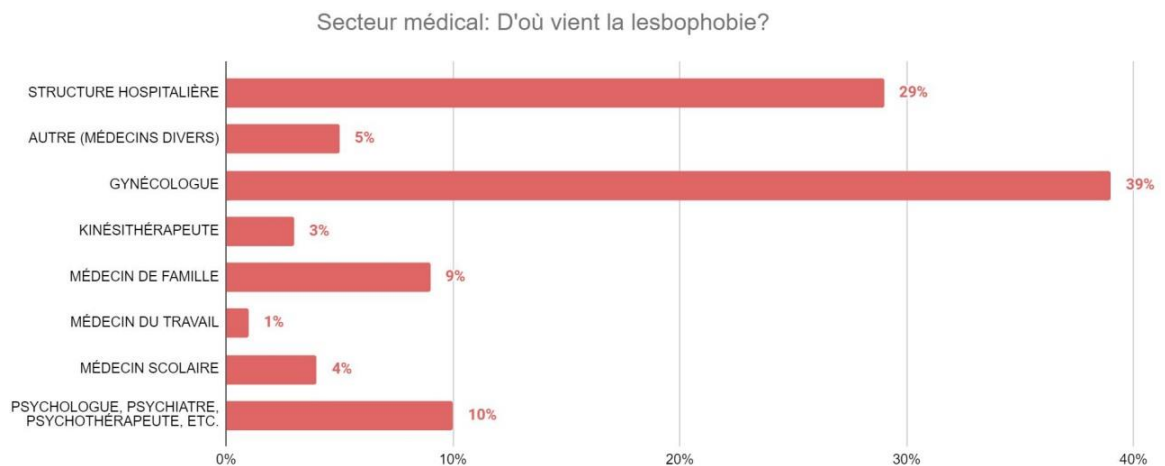
Les jeunes homosexuels sont particulièrement vulnérables, avec un taux de tentatives de suicide de 29,4 % parmi les jeunes LGBT, contre 6,4 % chez les jeunes hétérosexuels. (O'YES & Tels Quels, 2022). L'adolescence, une période de recherche identitaire, est marquée par des questionnements sur la sexualité et la gestion du dévoilement de son orientation sexuelle. (Chartrain C. & all., 2009). Une autre étude indique que 60 % des FSF ont eu des pensées suicidaires, 33 % ont élaboré des plans et 13 % ont tenté de se suicider au moins une fois. (Portella N., 2019).

C, infirmière et FSF, nous explique que son enfance a été compliquée avec la construction et la recherche de soi: « Ben ouais, j'ai toujours eu des, pleins de remarques de la part, à l'école surtout. Ça c'était beaucoup jusqu'à ma troisième humanité. Jusqu'à ma troisième humanité, j'ai pris cher. De mes primaires, maternelles jusqu'en humanité, j'ai pris cher dans tout ce qui était toilette, tout ce qui était euh... Ben les professeurs qui traitent tout secu et qui étaient très jugeant. Euh est-ce que ... J'avoue que je ne sais

tellement plus, mais je sais que j'ai eu beaucoup de harcèlement de la part des profs, est-ce que ça rentrerait dedans ou pas, mais j'ai envie de dire ça, mais ça jouait. »

On peut légitimement se demander pourquoi cette minorité fait l'objet de cette violence. Elle ne correspond pas aux normes de la majorité, ce qui entraîne des représailles, aussi bien à un niveau personnel que structurel. (Zélinger I., 2002). Une explication peut être trouvée dans la théorie de la déviance avancée par H. Becker, qui affirme que la déviance est un processus social qui se produit lorsque les individus sont étiquetés comme tels par la société en raison de leurs comportements ou de leurs choix de vie. Les personnes considérées comme déviantes peuvent créer leur propre culture et leurs propres systèmes de valeurs en réponse à cet étiquetage. La déviance est une construction sociale qui résulte d'un conflit de pouvoir et d'influence entre différents groupes sociaux qui cherchent à imposer leurs normes et leurs valeurs. Les caractéristiques de la déviance varient en fonction des contextes et des époques. Dans le cas des lesbiennes, elles sont étiquetées comme déviantes par la société qui impose ses normes hétérosexuelles. (Becker H., 1985).

De plus, la lesbophobie en milieu médical est encore présente de nos jours dans certains établissements. Une étude réalisée en France en 2015 démontre qu'elle se manifeste sous différentes formes, allant de l'incompréhension au rejet, à la discrimination, voire aux refus de soins et aux moqueries. Les FSF ont peur du jugement et des réactions négatives, ce qui les empêche de révéler leur orientation sexuelle. (O'YES & Tels Quels, 2022). Cette méfiance est renforcée par le fait que les professionnels de la santé ont souvent une perspective hétérocentrée, ce qui affecte les soins qu'ils fournissent. (Portella N., 2019).



(Source: Go to Gyneco, 2023).

Quelles solutions ?

Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) ont tendance à recevoir moins de suivi médical de la part de gynécologues ou de professionnels de la santé, ce qui peut les amener à sortir rapidement du parcours de soins. (O'YES & Tels Quels, 2022). Pour certaines FSF, la contraception et la planification familiale ne sont pas une priorité, ce qui peut expliquer pourquoi elles ne ressentent pas le besoin de consulter ou de suivre un suivi gynécologique. (O'YES & Tels Quels, 2022). Cependant, il est important de souligner que des dépistages tels que les frottis vaginaux et les mammographies sont nécessaires pour toutes les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle. Malheureusement, les lesbiennes ont moins recours à ces tests (Davis V., 2000).

Pour accueillir efficacement ce public qui a perdu confiance dans le système, il faudrait que la profession s'adapte. Pour y parvenir, il est important de co-construire des stratégies avec les membres de cette communauté. Il est important que les professionnels soient formés aux réalités et problématiques spécifiques des FSF. Il peut être difficile de déconstruire nos pratiques, nos réflexes linguistiques, nos tabous et nos valeurs, surtout dans le domaine de la sexualité, tant que nous sommes ancrés dans une culture hétéronormative. Ainsi, il est essentiel que tous les éléments mis à

disposition, tels que les lieux, les langues, les brochures et les documents administratifs, soient inclusifs. Il est important que chaque personne ait la possibilité de s'identifier et de se sentir accueillie. (Portella, N.,2019).

Il est essentiel de mettre en place un climat bienveillant lors des consultations et de ne pas partir du présupposé que l'hétérosexualité est la norme. Cela permettrait aux patientes FSF de se sentir en sécurité pour effectuer leur coming-out, ce qui améliorerait la qualité des soins et permettrait une meilleure adaptation aux besoins spécifiques de chaque patiente. (Go to Gyneco, 2023).

C, médecin généraliste, partage cet avis : *“ Et en tout cas oui, moi je trouve que dans l'aspect psychologique, il y a aussi le fait de se sentir en sécurité dans un endroit où on peut discuter ou on peut déposer comme n'importe quel patient, avec l'ouverture d'esprit. S'il n'y a déjà pas ça au départ, pour moi, c'est déjà pas adéquat. ”*

Mais pour ce qui est d'afficher des drapeaux arc-en-ciel, des flyers, etc., les avis divergent au sein des différentes personnes interrogées.

A, médecin généraliste : *“Par rapport aux affichages, il y a plusieurs attitudes, moi j'ai l'impression que la salle d'attente ça peut être un lieu où les gens améliorent leurs littératures santé et donc pour qu'il y ait des outils adéquats qui existent. Alors c'est chouette que ces outils puissent être dans les salles de consultation, donc heu... ”*

O, personne FSF : *“Généralement dans le cabinet, en tout cas dans la salle d'attente c'est là où on attend le plus longtemps (rire) donc heu et puis, même que ça soit dans un cabinet où des affiches un peu partout c'est important que tout le monde soit reconnu comme il a envie d'être reconnu. ”*

M, étudiante infirmière et FSF : *“Pour moi, personnellement, je m'en fous. Après, je sais que pour d'autres personnes, c'est important de savoir qu'ils sont acceptés. {}j'ai envie de dire il y en a beaucoup qui tapent des drapeaux mais à côté ils en ont rien à foutre tu vois. Donc euh, je préfère qu'il n'y a pas de drapeau et me sentir safe, qu'il y a un drapeau et qu'au final ils ont juste tapé le drapeau pour faire joli, et parce que c'est à la mode entre guillemets. ”*

Il est également important de reconnaître que les sources d'informations et les stratégies de communication sont souvent imprégnées d'hétéronormativité, ce qui crée un contexte d'exclusion implicite pour les personnes FSF (Hulbert-Williams N.J, 2017). Il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé aux spécificités des FSF, de créer un environnement bienveillant lors des consultations et de lutter contre l'invisibilité et la lesbophobie en milieu médical. Cela contribuerait à améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins et à réduire les disparités de santé pour cette population.

Conclusion :

Le présent travail de fin d'études a abordé les enjeux de visibilité auxquels font face les lesbiennes, bisexuelles ainsi que toutes les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes afin de répondre au mieux à ma question de recherche : « « Quels sont les enjeux de visibilité et d'inclusion des lesbiennes, bies & co dans le milieu médical ? » »

Pour rappel, l'invisibilité consiste à ignorer ou nier, sans pour autant que ce soit forcément conscient, l'existence de personnes ou usages dans un lieu. Cela apparaît par des discours, des idées ou des préjugés qui évincent certaines personnes et créent une hiérarchie sociale. Ce qui mène à la marginalisation de cette population, ce qui peut amener des discriminations, des difficultés d'accès aux ressources (les services de santé, l'éducation, ...) et une accentuation des inégalités. (Adam, M.& Mestdagh, L., 2019).

L'invisibilité de cette population a donc des conséquences sur leur accès aux soins de santé, leur bien-être physique et psychologique, ainsi que sur la qualité des traitements qu'elles reçoivent. À travers une analyse minutieuse des différents aspects de cette problématique, nous avons mis en évidence des facteurs clés qui demandent une attention et des actions pour promouvoir une approche plus inclusive dans le domaine médical.

L'hétéronormativité, présente dans de nombreux aspects du milieu médical, constitue un enjeu central dans l'invisibilité des lesbiennes, bisexuelles et femmes queer. Cette norme sociale implique une présomption implicite selon laquelle l'hétérosexualité est la seule orientation sexuelle « normale » et « acceptable ». En conséquence, le système de santé peut être structuré autour de cette norme, excluant de facto les réalités et les besoins spécifiques des FSF. Certains professionnels de la santé peuvent supposer que leurs patientes sont hétérosexuelles, ignorant ainsi les risques de santé spécifiques liés à leur orientation sexuelle. Pour surmonter cette hétéronormativité, il est essentiel de remettre en question ces présomptions et d'instaurer une approche inclusive qui reconnaît et respecte la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre,

afin d'assurer des soins de santé adéquats et respectueux pour toutes les femmes, outre leur orientation sexuelle.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont une autre dimension des enjeux de visibilité pour les FSF dans le milieu médical. En raison de l'hétéronormativité prépondérante, certaines IST peuvent être sous-estimées ou négligées. Par exemple, les professionnels de la santé peuvent ne pas proposer systématiquement des dépistages adaptés aux pratiques sexuelles spécifiques de cette population, ce qui peut entraver la détection précoce et le traitement adéquat d'une IST. De plus, le manque de sensibilisation et d'informations spécifiques sur les IST peut entraîner une méconnaissance des risques associés à certaines pratiques sexuelles et limiter l'adoption de comportements de prévention. Pour garantir une santé sexuelle et reproductive optimale, il est essentiel que les professionnels de la santé soient formés pour procurer des soins inclusifs, proposant des dépistages et des conseils adaptés aux réalités et aux pratiques sexuelles des FSF. Une meilleure sensibilisation aux risques et aux moyens de prévention des IST spécifiques à cette population contribuera à améliorer leur bien-être et leur qualité de vie globale.

Le stress minoritaire est une autre réalité importante qui influe sur la santé des FSF. En raison de leur orientation sexuelle et/ou attirance amoureuse, ces femmes sont susceptibles de faire l'expérience d'un stress supplémentaire dû à leur appartenance à une minorité sexuelle dans une société majoritairement hétéronormative. Ce stress peut être provoqué par la stigmatisation, les préjugés, la discrimination et le rejet social auxquels elles peuvent être confrontées au quotidien. Dans le contexte médical, ce stress minoritaire peut avoir des conséquences significatives, entraînant une détérioration de la santé mentale, une augmentation des niveaux d'anxiété et de dépression, ainsi que des problèmes de santé physique liés au stress chronique. Le personnel soignant doit être informé de l'impact du stress minoritaire sur la santé des lesbiennes, bisexuelles et femmes queer et adopter une approche sensible et empathique pour fournir des soins holistiques qui prennent en compte non seulement leurs besoins médicaux, mais aussi leur bien-être émotionnel et psychologique. En reconnaissant et en adressant les sources de stress minoritaire dans le milieu médical, nous pouvons contribuer à créer un environnement de soins plus inclusif et respectueux, qui soutient la santé globale de toutes les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle.

En conclusion, il est essentiel que la profession médicale reconnaisse la nécessité de s'adapter et de co-construire des stratégies en collaboration avec les FSF pour regagner leur confiance. Cela implique que les professionnels de la santé se forment aux réalités et spécificités de cette population, en procédant à une déconstruction des pratiques, des réflexes linguistiques, des tabous et des valeurs de la culture hétéronormative. Cette formation doit aller au-delà des connaissances purement médicales pour inclure une compréhension des enjeux sociaux et psychologiques auxquels font face les FSF. Des lieux de soins inclusifs et respectueux sont également essentiels pour créer un environnement sûr où les FSF peuvent se sentir à l'aise et en confiance pour exprimer leurs besoins et leurs préoccupations. Il est primordial de créer des espaces avec des langages non centrés sur l'hétérosexualité, où les orientations sexuelles diverses sont valorisées et respectées. En adoptant une approche globale, sensible et inclusive, le milieu médical peut progressivement transformer sa pratique pour mieux répondre aux besoins spécifiques des FSF et améliorer ainsi leur accès aux soins et leur bien-être général.

Lexique :

Allié-e : En termes de lutte contre les discriminations et de travail d'émancipation, être un allié.e, c'est être une personne qui ne vit pas une ou plusieurs discriminations et qui n'est pas concernée directement par un sujet, comme l'orientation sexuelle non hétérosexuelle ou l'identité de genre non cisgenre, mais qui apporte son soutien explicite, sans prendre la place des personnes concernée.es. La posture d'un.e allié.e est de déconstruire ses privilèges, de s'informer proactivement et d'écouter et de s'intéresser aux vécus et besoins des personnes discriminées pour les aider au mieux. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Antigai-e : Personne qui est hostile envers l'homosexualité ou les homosexuels. (Lexique LGBT, 2014).

Asexuel-le : Une personne qui peut ressentir une attirance émotionnelle ou romantique, mais qui ne ressent généralement pas ou peu d'attirance sexuelle envers les autres. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Agendre : Personne qui ne se reconnaît dans aucune identité de genre, ou qui ne se ressent pas en tant que personne genrée. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Auto-identifié-e : Personne qui s'identifie comme faisant partie d'une minorité sexuelle. (Lexique LGBT, 2014).

Autodétermination : L'autodétermination est un processus qui permet à une personne de choisir la façon dont elle définit notamment son orientation sexuelle, son identité de genre, son expression de genre et ses caractéristiques sexuelles. Par rapport à l'identité de genre, cela signifie qu'une personne trans* peut définir son identité de genre de la façon dont iel le souhaite, indépendamment de l'identité de genre qui lui a été assignée à la naissance ou de son expression de genre. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Bicurieux-se : Personne qui ne s'identifie pas comme bisexuelle, mais qui ressent le désir d'avoir des relations sexuelles ou affectives avec des personnes du genre opposé à celui des personnes avec qui elle entretient habituellement des relations. (Lexique LGBT, 2014)

Biphobie : La haine, la peur ou l'intolérance envers les personnes bisexuelles ou perçues comme telles, pouvant mener à leur discrimination. Cela inclut les stéréotypes négatifs et/ou le déni de l'existence des personnes bisexuelles. La biphobie est présente dans la société en général et au sein de la communauté LGBTQIA+. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Bisexualité : Attirance sexuelle pour les deux genres socialement valorisés. (Lexique LGBT, 2014).

Bisexual-le : Une personne bisexuelle éprouve de l'attirance romantique et/ou sexuelle pour des personnes de plus d'un genre. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Cisgenre : On dit d'une personne qu'elle est cisgenre lorsque son identité de genre est en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Cissexisme : Système de pensée institutionnalisé faisant de la cissexualité la norme unique à suivre en matière d'identité de genre. (Lexique LGBT, 2014).

Coming in : Révélation à soi-même et acceptation de son attirance romantique et/ou sexuelle. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Coming out : C'est une expression qui vient de l'anglais et qui signifie « sortir du placard ». On dit qu'une personne fait son coming-out lorsqu'elle révèle son orientation sexuelle, son identité de genre et/ou ses caractéristiques sexuelles à des personnes de son entourage. Bien que souvent présenté comme un rite de passage, faire son coming-out n'est ni une obligation ni un prérequis pour appartenir à la communauté LGBTQIA+. De plus, souvent, les personnes concernées font leur coming out de multiples fois : en rencontrant de nouvelles personnes, en changeant d'école, sur un nouveau lieu de travail, etc. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Discrimination : « La discrimination est le traitement injuste ou inégal d'une personne sur base de caractéristiques personnelles. La législation antidiscrimination condamne tant la discrimination que le harcèlement, le discours de haine ou les délits de haine envers une personne ou un groupe de personnes ». (Définition tirée du site internet d'UNIA). Les caractéristiques personnelles prises en compte par les lois antidiscrimination sont appelées « critères protégés ». Il existe 19 critères protégés dans le loi belge : sexe, grossesse, accouchement, allaitement, maternité, adoption,

procréation médicalement assistée, identité de genre, expression de genre, « changement de sexe », caractéristiques sexuelles, paternité et co-maternité, nationalité, origine ethnique ou nationale, soi-disant « race », couleur de peau et ascendance [juive], handicap, conviction religieuse ou philosophique, orientation sexuelle, âge, fortune, état civil, convictions politiques, convictions syndicales, état de santé, caractéristique physique ou génétiques, naissance, origine sociale, langue.

UNIA (service public indépendant de lutte contre la discrimination et de promotion de l'égalité des chances) est compétent pour tous les critères protégés, à l'exception de la langue et du sexe. Pour le critère « sexe », UNIA collabore avec l'IEPH (l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes). (Glossaire Rainbow House, 2023).

Diversité sexuelle : Fait de permettre l'intégration et de promouvoir l'inclusion continue des personnes d'identités de genre et d'orientations sexuelles différentes. (Lexique LGBT, 2014).

Droits LGBT : Droits fondamentaux des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, transsexuelles et queers. (Lexique LGBT, 2014).

Expression de genre : Il s'agit des différentes manières dont les personnes expriment leur identité de genre, et dont celle-ci est perçue par les autres. On parle ici des manières de se vêtir, de bouger et de se mouvoir, de se maquiller ou de ne pas se maquiller, de parler, de porter tel ou tel attribut physique (comme la pilosité, la chevelure, ..). En général, l'expression de genre correspond à l'identité de genre mais ce n'est pas toujours le cas. (Glossaire Rainbow House, 2023).

FSF: Ce sigle désigne les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes. Il est utilisé pour parler de pratiques sexuelles de façon plus neutre, puisque toutes les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ne se définissent pas comme lesbiennes ou bisexuelles. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Friendly: LGBTQIA+friendly, gay-friendly, .. : En français, friendly signifie littéralement amical. On peut employer l'expression dans le sens de « bienvenu.e » en parlant d'un lieu, d'un espace. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Gai : Adjectif, emprunté à l'anglais, employé pour parler d'un homme homosexuel, c'est-à-dire un homme qui est attiré romantiquement et/ou sexuellement par les hommes. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Genre : Le genre désigne les rôles, les comportements, les activités et les attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les individus en fonction du genre qui leur a été assigné à la naissance.

Par exemple, selon des stéréotypes genrés répandus, le fait de prendre soin d'un enfant ou d'une personne âgée est une tâche typiquement féminine, tandis que le fait d'être un dirigeant d'une grande entreprise est un rôle typiquement masculin. Cette opposition simpliste entre garçon/homme et fille/femme est représentative de la binarité de genre qui caractérise les sociétés occidentales.

Ce système binaire contribue à l'invisibilisation de la diversité des identités de genre, et au déni de l'existence des personnes agenres, transgenres, de genre fluide, etc. Une représentation plus respectueuse de toutes les identités de genre consiste à se figurer le genre comme un continuum ou un spectre le long duquel les personnes sont susceptibles d'évoluer à tout moment, en fonction de leur point de confort. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Genré-e : Caractéristique de ce qui est défini ou divisé par le genre. (Lexique LGBT, 2014).

Hétérocentrisme : Attitude basée sur la notion que l'hétérosexualité est la seule orientation sexuelle qui existe ou qui soit valide. (Lexique LGBT, 2014).

Hétéronormativité : « Ensemble de normes sociales découlant de la binarité de genre. Elle se manifeste par la supposition que tout le monde est hétérosexuel et que les relations hétérosexuelles sont la norme pour déterminer ce qui est normal (valable) ou non. Ce postulat peut avoir divers effets, allant de l'invisibilisation des diverses orientations sexuelles, en considérant que l'hétérosexualité est la seule orientation sexuelle acceptable, à la criminalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe consentantes. » (Définition tirée de la boîte à outils EqualCity). (Glossaire Rainbow House, 2023).

Hétérosexisme : Système de pensée institutionnalisé qui défend et promeut la supériorité de l'hétérosexualité à l'exclusion des autres identités et orientations sexuelles. (Lexique LGBT, 2014).

Hétérosexuel-le: Une personne hétérosexuelle éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour des personnes du genre "opposé". L'hétérosexualité s'inscrit dans le système de la binarité de genre. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Homophobe : Personne qui est dégoûtée, craintive ou méprisante à l'égard de l'homosexualité ou des personnes homosexuelles. (Lexique LGBT, 2014).

Homophobie : La haine, la peur ou l'intolérance envers les personnes homosexuelles, ou perçues comme telles, pouvant mener à leur discrimination et à leur persécution. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Homophobie intériorisée : Dégoût, haine, crainte ou rejet ressenti par une personne homosexuelle quant à sa propre homosexualité ou celle des autres. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Homosexuel-le : Une personne homosexuelle éprouve de l'attraction romantique et/ou sexuelle pour des personnes du même genre. Les hommes homosexuels sont souvent définis comme « gays », les femmes homosexuelles sont souvent définies comme « lesbiennes ». (Glossaire Rainbow House, 2023).

Homosexualité : Attirance amoureuse ou sexuelle plus ou moins exclusive d'une personne pour les personnes du même genre. (Lexique LGBT, 2014).

HSH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Identité de genre : L'identité de genre renvoie à la manière dont une personne se définit, c'est le genre dans lequel elle se reconnaît. L'identité de genre peut donc être différente du genre assigné à la naissance par les médecins. C'est le cas pour les personnes trans, agenres, non-binaires par exemple. Lorsque l'identité de genre correspond au genre assigné à la naissance, on parle de personnes cisgenres.

Les personnes homosexuelles, bisexuelles, hétérosexuelles, etc., peuvent être cisgenres ou transgenres, l'identité de genre n'a rien à voir avec l'orientation sexuelle. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Inclusivité : Acte de promouvoir, favoriser et défendre l'intégration de minorités. (Lexique LGBT, 2014)

Intersectionnalité : Interaction simultanée de plusieurs formes de domination ou de discrimination qui constituent un système d'oppression. Originellement, c'est la discrimination vécue de par l'intersection entre le genre, la race et la classe. (O'YES & Tels Quels, 2022).

Intimidation : Tout comportement, parole, acte ou geste, délibéré ou non, à caractère répétitif, exprimé directement ou indirectement, y compris dans le cyberspace, dans un contexte caractérisé par l'inégalité des rapports de force entre les personnes concernées, ayant pour effet d'engendrer des sentiments de détresse et de léser, blesser, opprimer ou ostraciser. (Lexique, Fondation Emergence).

Invisibilité : Discrimination directe ou indirecte par laquelle les besoins, les désirs, les droits, les choix de vie, ou encore la production culturelle et intellectuelle d'une minorité sont ignorés, ridiculisés ou rendus inaccessibles. (O'YES & Tels Quels, 2022).

IST : Les IST sont des infections qui peuvent se transmettre lors de relations sexuelles sans protection. Il existe de nombreuses IST, comme par exemple le VIH (Sida), l'herpès génital, la syphilis, la chlamydia ou encore les hépatites A, B et C. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Lesbienne : Adjectif employé pour parler d'une femme homosexuelle, c'est-à-dire une femme qui est attirée romantiquement et/ou sexuellement par d'autres femmes. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Lesbophobie : La haine, la peur ou l'intolérance envers les femmes lesbiennes, ou perçues comme telles, pouvant mener à leur discrimination et à leur persécution. La lesbophobie est une double discrimination dont sont victimes les lesbiennes en raison de leur orientation sexuelle (homophobie) et de leur identité de genre (sexisme). (Glossaire Rainbow House, 2023).

LGBT : Acronyme faisant référence aux personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transidentitaires. (Lexique LGBT, 2014).

LGBTQIA+ : Sigle pour les lesbiennes, gays, bisexuel.les, trans, queers, intersexes, asexuel.les ou agenes. Le “+” fait référence à toutes les identités, les orientations, les expressions non représentées dans le signe, bref, à toutes les autres réalités. (Glossaire Rainbow House, 2023).

LGBTQIA+-phobe : Relatif aux discriminations envers les personnes LGBTQIA+. En Belgique, les violences LGBTQIA+-phobes sont toujours très présentes, particulièrement dans l’espace public. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Micro-agression : « Interactions et comportements interpersonnels, brefs, plus ou moins subtils, (non)intentionnels et banals, communiquant des préjugés envers des groupes historiquement marginalisés. Ils peuvent prendre la forme de plaisanteries inappropriées, d’actes d’exclusion, de rejet ou d’ignorance, le fait de ne pas retenir le nom des personnes, de mégenrage, de stéréotypes, etc. Les micro-agressions ne sont « micro » que par rapport aux micro-agressions manifestes, intentionnelles et explicites. Leurs effets sont cependant aussi intenses et impactantes sur les personnes marginalisées car elles sont beaucoup plus fréquentes et répétitives. Elles peuvent paraître négligeables pour les agresseur.euses, mais leur effet pourrait être comparé à celui d’une piqûre de guêpe. Une piqûre de guêpe est douloureuse et inconfortable, mais être piqué par une colonie entière de guêpes peut être mortel. » (Définition tirée de la boîte à outils Equal City) (Glossaire Rainbow House, 2023).

Minorité : Ensemble, groupe de personnes dont le nombre est inférieur à celui d’un autre ensemble. Les minorités au sens sociologique peuvent aussi définir les parties de la population qui n’ont pas le pouvoir. Les femmes entrent alors dans la définition de la minorité. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Normes de genre : Ensemble des rôles, comportements, activités et caractéristiques jugés appropriés et normaux par la société pour un genre en particulier. Les personnes qui adoptent des comportements ou qui ont des caractéristiques qui ne correspondent pas aux normes de genre peuvent vivre de la stigmatisation. Ex. : homme qui reste à la maison pour s’occuper de ses enfants, femme avec de la pilosité visible, etc.). L’expression « stéréotypes de genre » est aussi utilisée ». (Lexique, Fondation Emergence).

Orientation sexuelle : C’est l’attrance sexuelle ou l’absence d’attrance sexuelle envers une personne (homme, femme, et/ou personne d’un autre genre). On peut être

hétérosexuel.le, homosexuel.le, bisexuel.le, asexuel.le, etc. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Outing : Outer, c'est révéler l'orientation sexuelle d'une personne LGBTQIA+, son identité de genre et/ou ses caractères sexuels sans son consentement explicite. Cela peut exposer les personnes « outées » à des situations embarrassantes voire dangereuses. De même, il est malvenu de faire l'injonction au coming out, c'est-à-dire encourager voire forcer une personne à révéler son appartenance à la « communauté LGBTQIA+ » alors qu'elle ne le souhaite pas ou ne s'y sent pas prête. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Privilèges (hétéro/blanc/masculin/de classe/valide/ etc.) : Avoir des privilèges, c'est bénéficier automatiquement d'une série d'avantages sur base de son identité (perçue). En général, les personnes bénéficiant d'un privilège ne le remarquent pas toujours, tandis que cela saute aux yeux des personnes qui en sont privées. Bénéficiaire de privilèges offre des facilités concrètes, qui se traduisent en général par des économies de temps, d'argent, de charge mentale et d'énergie. (Glossaire Rainbow House, 2023).

Pronoms : Pronom personnel choisi d'une personne et qui s'accorde avec son identité de genre. Il existe de nombreux pronoms : il, elle, iel, ael, ...

- Employer le mauvais pronom en présence ou en absence de la personne concernée est une micro-agression et un acte LGBTQIA+-phobe.
- On ne peut pas se fier à l'apparence d'une personne pour présumer de son identité de genre et du pronom qu'iel utilise. Le plus respectueux est de demander directement à la personne concernée, et de soi-même se présenter en précisant le pronom que l'on souhaite utiliser.
- L'identité de genre n'est pas nécessairement fixe. Pour respecter au plus près le point de confort d'une personne, on peut par exemple demander : « Quel pronom souhaitez-vous utiliser aujourd'hui ? » (Glossaire Rainbow House, 2023).

Sexe : Le sexe assigné à la naissance est attribué à la naissance par le corps médical, souvent selon les organes génitaux externes. Le sexe biologique peut être établi selon plusieurs critères, comme les hormones produites par le corps, les chromosomes et les organes génitaux. Le sexe biologique peut être masculin, féminin ou, lorsque les différents critères ne sont pas tous alignés, intersexe. (Lexique, Fondation Emergence).

Sexisme : Le sexisme c'est l'ensemble des discriminations touchant les personnes sexisées, c'est-à-dire notamment les femmes et les personnes LGBTQIA+. Le sexisme est basé sur des stéréotypes liés à la binarité des genres, selon laquelle un genre serait supérieur à l'autre. Le sexisme peut être bienveillant (galanterie) ou hostile (harcèlement sexuel, viol, ...). (Glossaire Rainbow House, 2023).

Stress minoritaire : Le stress minoritaire (ou stress de minorité) réfère à des stressseurs spécifiques liés à la transphobie et à l'homophobie. Ils prennent la forme de harcèlement, de discrimination et de déni de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et de l'expression de genre.

Plus une personne est exposée à ces stressseurs, plus elle est à risque de développer de l'homophobie ou de la transphobie internalisée, de dissimuler son identité et/ou son orientation sexuelle ou d'anticiper constamment des événements homophobes ou transphobes.

La combinaison de ces facteurs de stress impacte lourdement la santé mentale et peut causer la dépression, des problèmes d'anxiété et des idéations suicidaires. Ce contexte augmente également de façon considérable les risques de développer des mécanismes d'évitement pour pallier au stress, comme l'automédication, des abus de substances ou des comportements d'automutilation. (Lexique, Fondation Emergence).

VIH : « VIH est l'acronyme de « virus de l'immunodéficience humaine. » Le VIH est présent dans le sang, le sperme, le liquide pré-éjaculatoire et les muqueuses des personnes infectées. Une infection au VIH ne peut pas être guérie, mais un traitement antirétroviral (ARV) peut maintenir l'infection sous contrôle et ainsi éviter l'apparition de la maladie, le sida. Les personnes séropositives au VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale efficace et dont la charge virale est indétectable ne transmettent pas le virus lors de leurs relations sexuelles ». (Glossaire Rainbow House, 2023).

Bibliographie :

Abarar, I., Elhamma, A., & Razgani, H. (2014). De l'observation participante comme méthode de recherche. *Revue Marocaine Des Sciences De Management*

Adam, M., & Mestdagh, L. (2019). Invisibiliser pour dominer. L'effacement des classes populaires dans l'urbanisme contemporain. *OpenEdition Journals*. Consulté le 15 mai 2023. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/tem/5241#:~:text=L'invisibilisation%20consiste%20%C3%A0%20nier,tout%20discursif%20et%20non%20visuel.>

Alencar Albuquerque, G. et al. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*.

Bajos, N., Beltzer, N. (2008). Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. In Bajos N., Bozon M. (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, Paris, *La Découverte*, pp. 243-271.

Berrut, S. (2016). Les lesbiennes en consultations gynécologiques : enquête qualitative en Suisse romande [Thèse]. Université de Genève.

Becker, Howard S. (1985). *Outsiders: Études de sociologie de la déviance*.

Boehmer, U. (2002). Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health*.

Case, P., Austin, S. B., Hunter, D. J., et al. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*.

Chaperon, S. (2010). Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. *Pratiques, genre et santé*. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/clio/9780>.

Chartrain C., Delebarre C & Genon, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Open Edition Journals*. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/gss/951>.

Chetcuti-Osorovitz, N. & Jean-Jacques, S. (2018). Usages de l'espace public et lesbianisme: sanctions sociales et contournements dans les métropoles françaises. *Cahiers de géographie du Québec*.

Collet, M. (2008). Des besoins de santé ignorés. *Journal du Sida*, 204, pp. 27-28.

Couchot-Schiex, S. (2021). Christelle Lebreton: Adolescences lesbiennes. De l'invisibilité à la reconnaissance. *Nouvelles Questions Féministes*, 40, 182-185.

Davis, V. (2000). Lignes directrices sur la santé des lesbiennes, déclaration de principe. *Journal SOGC*, 87.

Eliason, M. J., Dibble, S. L., Robertson, P. A. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *Journal of Homosexuality*.

Eliason, M. J., Schope, R. (2001). Does "Don't Ask Don't Tell" apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*.

Fédération Wallonie-Bruxelles. (s. d.). ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE (EVRAS). Enseignement.be. Disponible sur : <http://www.enseignement.be/index.php?page=27276&navi=4047#:~:text=En%20juillet%202012%2C%20le%20Parlement,que%20secondaire%2C%20ordinaire%20et%20sp%C3%A9cialis%C3%A9>.

Genre Pluriel.le.s. (2019). Accueil, droit, santé, jeunesse, emploi... TOUS.TES BIEN INFORME.ES. Disponible sur : https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochure_4emeed_web.pdf

Glossaire 2023. (2023). Dans Rainbow House. Disponible sur : http://rainbowhouse.be/wp-content/uploads/2023/02/glossaire-2023-web_compressed.pdf

Go To Gyneco! (2023). Disponible sur : <https://gotogyneco.be/projet/>

Goffman, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne : Les relations en public.

Goffman, E. (1975). Stigmate : les usages sociaux des handicapés.

Goffman, E. (1991). Les cadres de l'expérience.

Goyette, E. (2012). L'Invisibilité lesbienne dans la sphère publique (médiatique) : Pratiques et enjeux proto-politiques. Université Du Québec à Montréal.

Hagger-Johnson G, Taibjee R, Semlyen J, et al. (2013). Sexual orientation identity in relation to smoking history and alcohol use at age 18/19: cross-sectional associations from the Longitudinal Study of Young People in England (LSYPE) BMJ Open.

Hulbert-Williams, N. J. (2017). The cancer care experiences of gay, lesbian and bisexual patients: a secondary analysis of data from the UK Cancer Patient Experience Survey.

ILGA-Europe (2021). *Rainbow Europe map and index 2021*.

Jedrzejewski, T. (2016). État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France. Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. Université de Paris Diderot.

Johnson, M.J., Nemeth, L.S., Mueller, M., Eliason, M.J., Stuart, G.W. (2016). Qualitative Study of Cervical Cancer Screening Among Lesbian and Bisexual Women and Transgender Men. *Cancer Nursing*.

Johnson, M.J., et al. (2016). Improving Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Cultural Competence in Nursing Students: An Integrative Review. *Nursing Education Perspectives*.

Julien, D., & Chartrand, E. (1997). La psychologie familiale des gais et des lesbiennes: perspective de la tradition scientifique nord-américaine. *Sociologie et Sociétés*.

Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4e éd.). Armand Colin.

Lexique. Fondation Emergence. Disponible sur : https://www.fondationemergence.org/lexique?fbclid=IwAR1s6ETfbCi-u6NoNPVrjGaTWY4EqO6FwouhNgI9QmEI8i31MSsWF3w_pY0

Lexique LGBT sur la diversité sexuelle et de genre en milieu de travail. (2014). Chambre Du Commerce Gaie Du Québec. Disponible sur : <https://coco-net.org/wp-content/uploads/2018/08/Lexique-LGBT.pdf?fbclid=IwAR2duZxZodwe2OhVq3m-Kfn91IAX0ntWrks5q5LOaUJw8UKDQrms054WM0E>

Marrazzo, J.M., Koutsky, L.A., Kiviat, N.B. et al. (2001). Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *American Journal of Public Health*.

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*.

OpenAI. (2023). ChatGPT. Disponible sur : <https://chat.openai.com/chat> (Utilisé pour de la reformulation de phrases)

O'YES & Tels Quels. (2022). Go to geneco [Powerpoint]. Go to gyneco.

O'YES ASBL | Safe SEX & Fun. Disponible sur : <https://www.o-yes.be/>

OULAYE. (2018). Etat des lieux de la prévention des IST/VIH/SIDA en direction des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués (LGBTI) Ivoiriens : Une analyse à partir de l'exemple de l'ONG Renaissance Santé Bouake (RSB). *Revue Africaine d'Anthropologie*.

Portella, N. (2019). Simulation d'un centre de santé sexuelle communautaire pour les FSF. Haute Ecole de Travail Social Genève. Consulté le 5 mars 2023. Disponible sur: https://www.sexuelle-gesundheit.ch/assets/docs/Portella_travail-de-diplome-DAS.pdf

REVILLARD, A. (2002). L'identité lesbienne entre nature et construction. *La revue du M.A.U.S.S.*, 19, pp. 168-182.

Solarz, A. L., Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian Health Research Priorities. (1999). *Lesbian Health: Current Assessment and Directions for the Future. National Academies Press (US)*.

Tamagne, F. (2002). Genre et Homosexualité: De l'influence des stéréotypes homophobes sur les représentations de l'homosexualité. *Revue d'histoire*.

Taylor N.T. Brown and Jody L. Herman (2015). INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND SEXUAL ABUSE AMONG LGBT PEOPLE. Disponible sur: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/IPV-Sexual-Abuse-Among-LGBT-Nov-2015.pdf>

Tels Quels – Pour vivre heureux, vivons Tels Quels. (s. d.). Disponible sur : <https://telsquels.be/>

Zéilinger, I. (2002). Entre visibilité et invisibilité: les lesbiennes face à la violence dans l'espace public. © *Presses universitaires François-Rabelais*.

Mots clés : FSF, invisibilité, inclusion, santé, hétéronormativité.

Résumé : Les enjeux de visibilité et d'inclusion des lesbiennes, bies& co (dont le terme médical est FSF) est une problématique actuelle au sein du milieu médical. L'hétéronormativité présente au sein de notre société peut aboutir à des biais cognitifs, ainsi qu'à un manque d'informations concernant cette population, elle peut conduire à des traitements inadéquats et des inégalités de santé. Ces barrières au soin de santé peuvent amener ces personnes à se retirer du système de soins préventifs et/ou curatifs. La mise en place de sensibilisation et de formations du personnel soignant, sur les spécificités des FSF, ainsi qu'une déconstruction des normes hétéronormatives, permettraient une meilleure compréhension de leurs réalités, mais également des soins adéquats. Des lieux de soins inclusifs permettraient aussi aux FSF de se sentir plus en confiance lors de leurs consultations médicales.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/psad