

Mémoire de Maîtrise en médecine No 7765

**Communication entre professionnel-le-s de santé et les
femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes
sur les thèmes de l'intimité**

Etudiante

Koller Elodie

Tuteur

Prof. Patrick Bodenmann

Département Vulnérabilités et Médecine sociale (UNISANTE)

Co-tuteur

Dr Francis Vu

Département Vulnérabilités et Médecine sociale (UNISANTE)

Expert

Prof. Pascal Singy

Département de Psychiatrie (CHUV)

Soutien méthodologique

Dre Christina Akre

Département d'Epidémiologie et Systèmes de santé
(UNISANTE)

Lausanne, 10.12.2020

Résumé

Le présent travail explore la communication entre les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF) et les professionnel-le-s de santé autour de thèmes en lien avec la sexualité et l'intimité. Onze femmes ont été recrutées par le biais d'associations représentatives de personnes LGBTQI* et par le bouche-à-oreille de femmes ayant déjà participé à l'étude. Les participantes sont âgées entre 25 et 45 ans, de formation tertiaire, en emploi, de nationalité suisse ou européenne et sans enfant. Elles s'auto-définissent majoritairement comme d'orientation sexuelle lesbienne et sont actuellement en couple avec une femme. Elles ont participé à des entretiens semi-dirigés par vidéo-conférence.

Les résultats montrent que la plupart des femmes ressentent de la méfiance face aux professionnel-le-s de santé et mettent en place des stratégies de protection avant les rendez-vous (choix d'un-e professionnel-le LGBTQI*-friendly, préparation mentale). Le stress atteint un paroxysme au moment du dévoilement de l'orientation sexuelle, au point qu'elles préfèrent parfois ne pas informer les professionnel-le-s de la santé de leur orientation sexuelle. Si elles le font, elles réfléchissent à la manière de communiquer cette information. L'utilisation d'un langage inclusif est une manière de faciliter le dévoilement. Pour parler de sexualité, les FSF souhaitent un environnement chaleureux et bienveillant. Elles apprécient que leurs professionnel-le-s abordent ces questions de manière claire et directe et qu'ils se montrent à l'écoute des patientes et de leurs besoins.

En raison d'anamnèses souvent superficielles et/ou de réponses inexactes, les femmes interrogées jugent les connaissances des professionnel-le-s sur la santé sexuelle des femmes LGBTQI* insuffisantes.

Le présent travail questionne finalement l'impact du genre sur la situation des FSF. En effet, la sexualité entre femmes est un impensé social. Certaines participantes et auteurs féministes pensent que l'hétérosexualité est un élément façonnant de la domination masculine, et l'invisibilisation des lesbiennes est une conséquence de celle-ci. Les participantes comprennent les difficultés rencontrées dans une perspective sociale plus large, notamment en corrélation avec leur identité de genre.

Mots-clés : Communication, professionnels de santé, femmes, LGBTQI*, sexualité

Sommaire

Résumé.....	2
Sommaire	3
Contexte	4
Méthodologie.....	5
2.1 RECRUTEMENT, CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	6
2.2 ENTRETIENS	7
2.3 TRAITEMENT DES DONNÉES.....	7
Résultats.....	8
3.1 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	8
3.2 RAPPORT AUX PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ	9
3.3 COMING-OUT.....	10
3.4 COMMUNICATION VERBALE	12
3.5 CONNAISSANCES DES PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ	13
Discussion.....	17
4.1 CONTEXTUALISATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	17
4.2 FORCES ET FAIBLESSES	19
4.3 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE COURANTE.....	21
Conclusion	22
Remerciements	22
Bibliographie.....	23
Liste des annexes.....	32

Contexte

Chez les femmes, l'attraction sexuelle et l'identité sexuelle ne corrélient pas forcément avec les pratiques sexuelles (1) et celles-ci corrélient moins chez les femmes que chez les hommes (2). On constate notamment que parmi les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF), 52.6% s'identifient comme hétérosexuelles, 28.3% comme bisexuelles et 19.1% comme homosexuelles (3). A l'inverse, 77.3% des femmes qui se définissent comme lesbiennes ont déjà eu des rapports avec des hommes et plus particulièrement 6% durant la dernière année (4). D'un point de vue statistique (5), 3.4% de la population générale est lesbienne, gay ou bisexuelle et 1.87% des femmes se définissent comme lesbiennes (6). Dans le même temps, entre 7.1% et 13% des femmes ont déjà eu des rapports sexuels avec une femme (1,3,7). Finalement, les femmes font preuve d'une plus grande flexibilité dans la définition de leur orientation sexuelle (8,9), découvrent leur attirance homosexuelle plus tard (10) et sont plus susceptibles d'être bisexuelles que les hommes (2,5).

Statistiquement, les FSF ont un nombre plus important de partenaires masculins que les femmes exclusivement hétérosexuelles (10,11) et ont plus de chance d'avoir plus de 50 partenaires masculins au cours de leur vie (10). Dans cette population, on relève une haute prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) (4,10,12). Elles ont plus de chances d'être infectées par un herpès simplex virus T2 (3) ou par une bactériose vaginale (10) que les femmes exclusivement hétérosexuelles. Certaines IST se propagent dans les rapports entre femmes, telles que le Papillomavirus (13–15), la trichomoniose vaginale (16) et la syphilis (17). La probabilité de transmission du VIH lors de rapports entre femmes est probablement faible (18,19) mais un cas a été rapporté dans la littérature (20). Les FSF cumulent plus de facteurs de risque pour le VIH que les femmes exclusivement hétérosexuelles, en lien avec le nombre de partenaires masculins ou l'âge au premier rapport (21). Or, de nombreuses FSF utilisent peu de moyens de protection lors de leurs pratiques sexuelles (22,23) et perçoivent peu les risques encourus (24). Elles se protègent également moins lors de rapports hétérosexuels que les femmes exclusivement hétérosexuelles (25). En terme de suivi médical, les FSF subissent moins souvent un test de dépistage VIH (26) et IST (27), ont moins de chance de bénéficier d'un test PAP¹ (28–31), cette dernière affirmation prévaut surtout chez les femmes lesbiennes (28,30). Elles ont moins de chance de bénéficier d'une mammographie (31) et effectuent moins régulièrement un auto-examen de leurs seins (32). Finalement, elles ont un risque important d'avoir une grossesse non désirée (11,13), notamment à l'adolescence (33), et sont moins susceptibles de bénéficier d'une contraception que les femmes exclusivement hétérosexuelles (33–35).

¹ Test de dépistage du cancer du col de l'utérus selon Papanicolau

En sus de ces problèmes de santé, près de 25% des FSF sont à risque de dysfonctionnements sexuels (36). Or, la fonction sexuelle est prédictive de la satisfaction sexuelle (37). Les femmes lesbiennes souffrent de troubles douloureux lors de pénétration, de douleurs génito-pelviennes (GPPD) et de douleurs vulvaires probablement de manière similaire aux femmes ayant des rapports hétérosexuels (38,39). Elles souffrent aussi de troubles du désir et de l'excitation sexuelle, même si cela est inférieur aux femmes ayant des rapports hétérosexuels (38). Finalement, une problématique externe à la catégorisation des dysfonctionnements sexuels selon le DSM-5 est la diminution rapide de la fréquence des rapports sexuels chez les couples lesbiens, ce qui pourrait être un problème spécifique à ce type de couple (38,40).

Concernant la prise en charge des problématiques précitées, les femmes lesbiennes ou bisexuelles dévoilent moins leur identité sexuelle à leur médecin de premier recours que les hommes gays ou bisexuels (41). Dans le même temps, elles sont davantage à penser que les médecins les présument systématiquement ou presque toujours hétérosexuelles (42). La relation avec le praticien est un indicateur important concernant la possibilité pour ces femmes de se dévoiler (43). Majoritairement, les professionnels de santé ne posent pas de questions sur l'orientation sexuelle de leur patiente (44,45). Or le fait de dévoiler son identité sexuelle est associé avec l'augmentation de la santé et de la satisfaction dans les soins (42,46,47), et notamment une augmentation des soins préventifs (47). En plus du dévoilement, ces femmes se trouvent souvent confrontées à une hétéronormativité des interactions avec leurs médecins (48,49). Les femmes lesbiennes et bisexuelles se sentent invisibles et mal à l'aise et la présomption d'hétérosexualité est perçue comme un obstacle à l'efficacité et l'équité des soins de santé (49). Le fait que le médecin dispose de connaissances spécifiques peut être perçu comme le signe d'une interaction de qualité (48).

Le présent travail cherche à explorer le vécu d'une sélection de FSF dans le système de santé suisse, et en particulier à apprécier la communication entre elles et les professionnel-le-s de santé sur des thématiques en lien avec l'intimité et la sexualité.

Méthodologie

Pour le présent travail, la méthode qualitative est apparue comme étant la plus adéquate et appropriée pour explorer le vécu des FSF du système de santé suisse. En effet, « *elle [La recherche qualitative] cherche à déterminer les concepts et les règles de compréhension communes à un groupe et à travers lesquels celui-ci perçoit le monde dans lequel il évolue* » (50).

2.1 RECRUTEMENT, CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les participantes ont été recrutées principalement par le biais d'associations. Les associations représentatives des personnes LGBTQI*² de Suisse romande ont été contactées (Alpagai - Valais, Juragay - Jura, Togayther - Neuchâtel, Sarigai - Fribourg, Vogay - Vaud), ainsi que les associations en mixité choisie qui représentent les femmes lesbiennes et bisexuelles (Lilith - Vaud, Lestime - Genève, les Klamydias - santé FSF, Happy Vulve - Santé FSF, LOS - Suisse). Un flyer expliquant la démarche a été diffusé sur les réseaux sociaux et/ou envoyé dans les newsletters à destination des membres des associations précitées. Les personnes intéressées ont pris contact avec l'investigatrice par courriel ou contact téléphonique. Une autre partie du recrutement s'est effectuée par la technique de la boule de neige (recrutement de participantes par bouche-à-oreille de personnes ayant déjà participé). Le recrutement par des associations et par la technique de la boule de neige s'est imposé à cause de la difficulté d'atteindre la population cible. En effet, celle-ci est mal définie avec de rares statistiques suisses concernant les personnes auto-identifiées comme LGBTQI* et il n'existe même aucune statistique sur les FSF. De plus, les espaces et les événements réunissant les personnes concernées sont rares, et malheureusement tous étaient fermés ou annulés durant la période de recrutement, en raison de la situation sanitaire.

Un premier critère d'inclusion était le fait d'avoir eu, au moins une fois dans sa vie, un rapport sexuel avec une femme. L'orientation sexuelle n'était pas un facteur inclusif. La littérature montre en effet que les femmes ayant des rapports avec les femmes ont des besoins spécifiques en termes de santé et que cette spécificité ne concerne pas uniquement les femmes identifiées comme non-hétérosexuelles (31). Un second critère d'inclusion concerne l'âge, seules les femmes de plus de 25 ans ont été incluses. En effet, les adolescentes et les jeunes adultes sont une population avec des besoins spécifiques (51), qui a une attitude particulière par rapport à la sexualité (1). Les femmes de ces tranches d'âge sont souvent dans la construction de leur identité sexuelle et/ou l'affirmation de celle-ci (52). Dans ce cadre, la communication entre les médecins et les adolescents ou les jeunes adultes répond à des besoins spécifiques (53) et n'a pas été évaluée dans la présente recherche.

Les critères d'exclusion écartent les personnes de sexe masculin ou transgenre ; les personnes qui comprennent insuffisamment la langue française ou ne peuvent s'exprimer dans celle-ci, ainsi que les personnes qui n'ont pas leur capacité de discernement notamment suite à la consommation d'alcool, de substances illicites ou dans le cadre d'une décompensation psychique objectivable.

Toutes les personnes ayant pris contact avec l'investigatrice répondaient aux critères susmentionnés et ont donc été incluses dans l'étude. Par la suite, leur participation a fait l'objet d'un consentement oral, celui-ci étant la seule possibilité permettant de garantir l'anonymat.

² LGBTQI* : Acronyme signifiant : Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre, Queer, Intersexe et astéris signifiant l'existence d'autres catégories représentant les orientations sexuelles et identités de genre non citées dans l'acronyme (asexuel-le par exemple).

Les participantes ont été averties par une feuille d'information (cf. annexe 1), ainsi qu'oralement lors du début de l'entretien de la possibilité de ne pas répondre à une question ou de mettre fin à l'entretien, sans aucune justification.

2.2 ENTRETIENS

Initialement, la présente recherche devait être effectuée par l'organisation de focus groupes, en mars 2020. Malheureusement, les restrictions sanitaires en lien avec la COVID-19 ont mené à la transformation de la méthodologie au profit d'entretiens individuels par vidéo-conférences. La méthodologie de ces interviews permet de privilégier la profondeur des propos, et se prête bien aux thématiques en lien avec la sexualité (54).

Les participantes ont pris part bénévolement à l'étude et aucun défraiement n'a été mis en place. L'étude ne nécessitait pas de validation du protocole par la commission d'éthique sur la loi sur la recherche sur l'être humain (LRH), à cause de l'absence de récolte d'informations sur la santé des participantes (cf. annexe 2).

Onze entretiens semi-dirigés de durée libre (médiane : 75 minutes, extrêmes : 58 – 110 minutes) ont été réalisés. Ils ont été effectués par vidéo-conférence, avec le logiciel choisi par les participantes (skype, jitzi, zoom). Un entretien a été réalisé uniquement avec le son, à la suite de problèmes techniques. Tous les autres disposaient simultanément de la vidéo et du son. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio.

Les entretiens se sont focalisés sur les thématiques en lien avec la sexualité : prévention des cancers gynécologiques, infections sexuellement transmissibles et prévention de celles-ci, dysfonctions sexuelles et fertilité, contraception et grossesse. L'axe d'intérêt dans cette étude était la communication des professionnel-le-s de santé sur ces thématiques et visait à savoir comment les participantes ont vécu les consultations autour de celles-ci.

2.3 TRAITEMENT DES DONNÉES

Les entretiens ont été retranscrits verbatim et anonymisés au cours de la retranscription par la suppression de toutes les mentions permettant l'identification. Les données ont ensuite été traitées selon la méthodologie proposée par Braun & Clarke (55), dont les différentes étapes sont : lecture à plusieurs reprises des entretiens, création d'un système initial de codage, recherche des catégories, révision du système de codage et définition/dénomination finale des thèmes. Il s'agit donc d'une analyse de contenu thématique dirigée au sens de Hsieh & Shannon (56). Le codage a été réalisé avec un logiciel d'assistance à l'analyse.

Au final, 1843 segments ont été codés, avec 8 thèmes et 45 sous-thèmes. La médiane est de 153 codes par entretien (extrêmes : 114 : 275). Le codage n'a pour l'instant pas fait l'objet d'un contre-codage.

Résultats

3.1 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Onze femmes ont pris contact avec l'investigatrice ; toutes remplissaient les critères d'inclusion, et ont accepté de prendre part à l'étude. De plus, aucune demande de retrait n'a été transmise par la suite, ce qui implique que le travail est fondé sur onze interviews. Il n'est pas possible d'évaluer combien de femmes ont pris connaissance de l'annonce dans les différents canaux de diffusions. Les participantes sont âgées entre 25 et 45 ans, de formation tertiaire, en emploi, de nationalité suisse ou européenne et sans enfant. Elles s'auto-définissent majoritairement comme d'orientation sexuelle lesbienne et sont actuellement en couple avec une femme.

Age	
Item	Nombre de participantes ayant choisi cet item (max = 11)
25-34 ans	8
35-45 ans	3
Niveau de formation	
Haute école ou université	10
Ne souhaite pas répondre	1
Emploi	
Temps partiel	6
Temps complet	3
En formation	1
Sans emploi	1
Orientation sexuelle auto-définie	
Lesbienne ou homosexuelle	8
Bisexuelle	2
Hétérosexuelle	1
Relation sexuelle au cours de la dernière année	
Femmes uniquement	9
Hommes et femmes	1
Hommes uniquement	1
Attirance sexuelle	
Attirée uniquement par les femmes	4
Attirée principalement par les femmes	6
Attirée principalement par les hommes	1

Statut de couple	
En couple avec une femme	10
En couple avec un homme	1
A déjà été en couple pour une durée de six mois ou plus	
Avec des femmes uniquement	6
Avec des femmes et des hommes	3
Avec des hommes uniquement	2
Enfants	
Pas d'enfant	11
Nationalité	
Suisse	4
Double nationalité, suisse et européenne	2
Européenne	3
Double nationalité, suisse ou européenne et extra-européenne	2

3.2 RAPPORT AUX PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ

Dans les entretiens, il ressort que la plupart des femmes (8 entretiens) ressentent une forme de méfiance face aux professionnel-le-s de santé :

« Je me rends compte que je suis beaucoup plus méfiante par rapport aux professionnel-le-s de santé, j'ai beaucoup moins confiance dans le côté blouse blanche qu'auparavant. Je crois même que je fais assez en sorte de fuir les professionnel-le-s de santé. »

[Femme lesbienne, entretien 5]

Pour pallier le stress généré par la consultation, la plupart des femmes auto-identifiées comme lesbiennes ou bisexuelles mettent en place des stratégies de protection avant le rendez-vous. Il peut s'agir du choix d'un-e professionnel-le LGBTQI*-friendly :

« J'avoue que le premier rendez-vous gynéco, je n'avais pas pris de risque, je suis allée chez quelqu'un que je savais à l'aise avec toutes ces questions, parce que pour moi, c'était nécessaire. »

[Femme lesbienne, entretien 6]

Cela peut aussi prendre la forme d'une préparation mentale aux propos potentiellement inappropriés des professionnel-le-s. Devant le discours inadéquat que les professionnel-le-s pourraient tenir, elles ont anticipé de se positionner :

« Clairement, c'est d'ailleurs pour cela que j'ai ma dualité quand la personne réagit mal en face. Est-ce que je m'énerve ou est-ce que je laisse passer ? Pour être en accord avec mes valeurs et droite dans mes bottes, je me fixe des paliers en fait, à ne pas dépasser. C'est-à-dire que j'ai une zone tampon, pour laisser un peu la personne en face être qui elle est et au bout d'un moment, quand ça me dégrade trop, j'interviens. »

[Femme lesbienne, entretien 9]

« C'est un constat hyper triste, mais en fait, je remarque maintenant, quand je vais chez n'importe qui, un soignant ou quoi, je me blinde à fond. Avant même, je me prépare à toutes les réactions homophobes, je suis vachement plus sur la défensive. Je suis beaucoup plus en mode protection. »

[Femme lesbienne, entretien 2]

Au sein du panel, la personne interrogée qui se définit comme hétérosexuelle ne ressent pas la nécessité de se protéger des professionnel-le-s de santé et conserve des souvenirs positifs de ses consultations :

« Vu que ça se passe bien, à chaque fois, je suis assez neutre en y allant. Je ne suis ni dans l'appréhension, ni dans l'expectation. »

[Femme hétérosexuelle, entretien 10]

Le lien entre auto-identification et changement des rapports aux professionnel-le-s de santé est par ailleurs repris comme une hypothèse par une des femmes interrogées :

« Ce n'est pas tellement le fait d'avoir des rapports avec des femmes, mais c'est plus par rapport à l'identification sexuelle, le fait que je me sente lesbienne. Il y a des femmes qui ont des rapports avec des femmes qui ne s'identifient pas du tout comme lesbiennes, mais je sais pas du tout si dans leur rapport au médecin, ça a changé quelque chose. [...] C'est toute la question du coming-out, du rapport à ta sexualité, avec toi-même d'abord, avant d'aller en discuter avec ton médecin, qui est quand même un peu impressionnant. »

[Femme lesbienne, entretien 2]

3.3 COMING-OUT

Si les patientes éprouvent un certain stress et appréhension avant la consultation, celui-ci atteint un paroxysme au moment d'informer le professionnel de son orientation sexuelle :

« Il y a toujours l'appréhension de la réaction, de comment il est, de comment il va prendre la nouvelle choquante de ta sexualité, le jugement et tout. »

[Femme bisexuelle, entretien 3]

Le coming-out est systématiquement ressenti comme un facteur de stress et un moment relativement désagréable, y compris auprès des professionnel-le-s de la santé. De fait, huit des

femmes interrogées parlent de situations où elles ont choisi de ne pas informer les professionnel-le-s de la santé de leur orientation sexuelle.

« Il y a eu des cas, où ils ne demandaient pas, et où je ne leur disais pas, parce que voilà, je m'en foutais et après que je n'avais pas envie de faire mon coming-out encore une fois. »

[Femme lesbienne, entretien 2]

Si elles choisissent d'informer leur soignant du genre de leur partenaire ou/et de leur orientation sexuelle, elles réfléchissent à la manière de communiquer cette information.

« Je me rends compte que j'ai toujours un instant d'hésitation, pas à cacher qui je suis, mais à comment est-ce que je vais le dire. Je me questionne toujours sur : « est-ce que je vais faire un pic un peu rentre dedans, ou est-ce que je vais utiliser l'humour ou est-ce que je vais juste lui [le ou la professionnel-le] faire un truc très très factuel ? »

[Femme lesbienne, entretien 11]

Si la préparation et la réflexion autour du coming-out mettent en évidence l'enjeu de cet instant, toutes les femmes s'identifiant comme non-hétérosexuelles souhaitent que leurs professionnel-le-s soit attentifs à faciliter leur dévoilement :

« Pour moi, le fait de penser deux secondes que la personne qu'on a en face peut sortir de la norme connue, peut-être différente. Le fait d'envisager qu'il y a tout qui est possible, pas être trop ancré dans un schéma de pensée, rien que cela, de prendre du recul par rapport à cela et de l'exprimer et de laisser la place à toutes autres possibilités ou à d'autres vécus, rien que cela, c'est une forme de bienveillance et de respect. »

[Femme lesbienne, entretien 7]

Cela peut notamment se faire par l'utilisation d'un langage inclusif :

« Et j'ai rencontré extrêmement rarement des gens qui avait ce réflexe de l'inclusivité. Ça veut dire qu'il y a plein de situations où on se retrouve à pas se Outer parce qu'on ne pose pas vraiment la question. »

[Femme bisexuelle, entretien 8]

Par ailleurs, l'utilisation d'un langage neutre n'est pas perçue par les femmes comme une inclusion, et le signe que les professionnel-le-s ont envisagé que les femmes pouvaient être LGBTQI* :

« Déjà, un discours inclusif et vraiment un discours ouvert, rien que dire : « Ton ou ta partenaire ». Parce que dire : « Est-ce que vous avez des partenaires ? » ou non, parce que si on dit un partenaire, c'est forcément genré. Mais, même le mot partenaire tout seul, même si ça peut être neutre, on est tellement dans une construction et c'est associé à un couple hétéro. »

[Femme lesbienne, entretien 5]

3.4 COMMUNICATION VERBALE

Au niveau du langage, quatre personnes interrogées accordent également de l'importance à des propos clairs et directs autour des questions de sexualité. Elles considèrent que cela permet de lever le tabou qui peut exister autour de ces questions :

« Je pense que c'est peut-être la façon dont la personne amène le sujet ou en parle. J'ai la chance d'avoir une gynéco qui est assez cash, qui est assez directe. Je pense que si c'était quelqu'un qui amenait le sujet un peu en tournant autour du pot, enfin, sans dire les choses, ça serait un peu plus bizarre. »

[Femme lesbienne, entretien 4]

« Et dans un autre sens, c'était bienvenu parce qu'elle était franche. Elle a posé cette question de manière hyper franche, hyper claire et pour elle, c'était une question parmi d'autres. Là, de nouveau, en terme professionnel, plutôt que de dire : "Ah peut-être que je pense à quelque-chose, mais comment est-ce que je peux vous demander cela ?" Alors, moi, ce que j'ai aimé, c'est qu'elle a posé cette question parmi les autres et du tac au tac. »

[Femme lesbienne, entretien 11]

Si la parole du soignant est valorisée, en particulier l'utilisation d'un langage clair et d'une approche inclusive, l'attente des femmes et les récits de consultations qui se sont bien passées mettent en évidence des situations où les professionnel-le-s se sont montrés à l'écoute des patientes et de leurs besoins.

« Ce qui était très approprié, c'est qu'elle m'a écoutée. Je trouve que c'est assez rare d'être écoutée, avec une écoute de qualité. Elle a entendu mes besoins et elle a essayé d'y répondre. »

[Femme lesbienne, entretien 9]

A l'inverse, les femmes interrogées décrivent de mauvaises expériences avec des professionnel-le-s qu'elles jugent peu à l'écoute :

« Et comme en plus, j'étais avec des médecins qui étaient moins à l'écoute, ça donnait vraiment des rapports de force étranges et vraiment des fois, en quittant le cabinet, j'avais encore quinze mille questions, on ne m'avait pas écoutée et l'ordonnance avec laquelle je repartais, ça ne correspondait en rien à mes attentes. »

[Femme lesbienne, entretien 6]

Les femmes interrogées souhaiteraient également une inclusion dans les décisions médicales et une information plus complète sur le processus. Lorsque que cela s'est produit, c'est systématiquement un point positif des consultations :

« Une fois, il avait acquis un nouvel appareil, mais ça marche comme une échographie, tu mets un gel, tu vois l'intérieur de l'utérus et la vessie et il était trop content et il me montrait. Il me disait : "Ah, tu vois, et là, t'as des petits kystes". Et moi, j'étais là : "Quoi ? Des Kystes ?" Et lui m'a répondu : "Ah, non, non, ce n'est pas grave", ils ne grossissent pas. Il explique bien, il te

met dans le truc, c'était positif. »
[Femme hétérosexuelle, entretien 10]

Si un langage adapté instaure un climat sécurisant pour les patientes, à l'inverse, les propos tenus par certains professionnel-le-s sont perçus comme extrêmement blessants, et comme une négation de la sexualité entre femmes. Cinq femmes indiquent avoir eu des consultations avec des propos inadéquats :

« Mais voilà, il était un peu arrogant, mais je le trouve un peu con depuis cette histoire de Chlamydia. Il me disait : « Non, il faut des vrais rapports ». Donc, pénétration avec un pénis. En plus, à ce moment-là, il me faisait un frottis. Je me suis dit, à ce moment-là, heureusement que je suis assez stable, dans ma tête, ça va. »
[Femme bisexuelle, entretien 3]

« Elle ne comprenait pas pourquoi je voulais faire des dépistages, parce que pour elle, je n'avais pas eu de relation complète. En gros, je n'étais pas à risque parce que je n'avais jamais eu de relation complète. Sur le moment, j'ai un peu fait : « Hein, quoi, relation complète ? ». En plus, si, j'avais déjà eu une relation avec un gars. Donc, si je comprenais complet, c'était avec un pénis, j'avais déjà eu. Déjà, je ne comprenais pas, parce qu'elle ne m'avait pas écoutée. Et puis, après, je me suis dit : « Complet. Mais en fait, c'est horrible de dire cela comme ça ». Ça m'avait fait beaucoup de peine. »
[Femme lesbienne, entretien 5]

La position du professionnel est également perçue à travers ses propos. En effet, dans l'exemple ci-dessous, les termes utilisés sont adéquats, mais la répétition de la normalité du couple met en évidence le malaise du soignant face à la situation :

« "Ah, mais ça sera comme un couple normal". Du coup, c'était assez drôle, elle l'a répété au moins 150x, "Non, mais après, c'est comme un couple normal". Au bout d'un moment, j'avais envie de lui dire : "Nous sommes un couple normal, les normes évoluent, bienvenue en 2020". »
[Femme lesbienne, entretien 9]

3.5 CONNAISSANCES DES PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ

La totalité des femmes interrogées jugent les connaissances des professionnel-le-s de la santé sur la santé sexuelle des femmes LGBTQI* insuffisantes, voire inexistantes :

« Je les trouve très peu renseignés. Déjà du point de vue des connaissances liées à la santé sexuelle. »
[Femme lesbienne, entretien 5]

Cette perception se fonde sur plusieurs motifs. En premier lieu, des réponses qui paraissent inexactes, comme dans la citation ci-dessous, sur les questions de la prévention des IST :

« En regardant sur internet et en demandant à mon gynéco, parce que oui, j'avais demandé à mon gynéco : « Ouais mais à quoi je dois faire gaffe ? », il m'avait répondu : « Ah, mais rien. »

Et du coup, je me suis dit : « non, mais attends, ce n'est quand même pas possible, biologiquement, ce n'est pas possible. » Tu te dis : « La syphilis ça se transmet comme cela, tu regardes un peu, en gros, sur Wikipédia, comment ça se transmet. » Et tu te dis : « Bon, ce n'est pas parce que c'est homme-femme que ça ne va pas. C'est con. ».

[Femme bisexuelle, entretien 3]

D'autre part, pour plusieurs des femmes interrogées (6/11), l'absence d'anamnèse approfondie et la non-exploration de thématiques en lien avec l'intimité sont perçues comme une manière d'éviter un sujet sur lequel les professionnel-le-s ne se sentent pas compétents :

« [Ces impressions sur les connaissances des professionnel-le-s se fondent] alors, bon, parce qu'on ne développe pas la question. Je n'en ai certes pas la preuve, mais pour moi, ça montre un manque d'information à ce sujet. Parce que sur d'autres thèmes ou dans le cadre des relations avec les hommes, on va plus dans les détails et on pose plus de questions ciblées »

[Femme bisexuelle, entretien 8]

En particulier, neuf des femmes interrogées décrivent un malaise après leur coming-out auprès de certains professionnel-le-s de la santé et le fait que le dévoilement de leur orientation sexuelle mette un terme à la conversation :

« Bin, le fait d'être avec une femme, d'un coup, elle [la gynécologue] te parle de plus rien. Il n'y a plus de sujets. Elle ne sait plus de quoi parler, alors qu'en soi, on pourrait parler de contraception peut-être. Si elle ne pose pas d'autres questions, elle ne peut pas savoir si c'est important. »

[Femme lesbienne, entretien 5]

En plus du manque de connaissances sur les transmissions d'IST, les participantes relèvent une vision biaisée de ce qu'est la sexualité entre femmes :

« Ça me fait penser que la gynéco vieille, valaisanne, elle ne sait pas du tout comment les femmes font l'amour et du coup, ça a donné des incompréhensions dans certaines de nos questions. Pour elle, deux femmes qui faisaient l'amour, il n'y avait pas de pénétration, on a compris qu'elle comprenait cela. »

[Femme lesbienne, entretien 9]

En plus des questions « techniques » sur lesquelles les patientes ont des attentes, deux des femmes interrogées parlent également du parcours de vie des personnes LGBTQI*. Elles souhaiteraient que les professionnel-le-s connaissent mieux les spécificités de cette population :

« Je pense qu'il y a vraiment les connaissances strictes, genre les infections, ... et après, la connaissance de ce que c'est de faire un coming-out, de ce que c'est qu'être une personne LGBT aujourd'hui. »

[Femme lesbienne, entretien 5]

Cinq participantes soulignent que les professionnel-le-s ne reconnaissent pas leurs lacunes et n'ont pas forcément la volonté d'apprendre de leurs patientes. Elles mettent cela en lien avec une posture professionnelle particulière des médecins :

« Ça en général, j'en ai souffert par le passé, d'avoir des médecins où ils savent et toi, tu ignores. C'est ça le présupposé de base. »

[Femme lesbienne, entretien 6]

« Donc, oui, avoir une sensibilisation à cela ou alors, juste apprendre une base d'humilité. Je sais qu'on ne peut pas tout savoir, mais du coup, il faut être cohérent avec ça et être humble. C'est pratique l'humilité chez les médecins, ça va être simple. »

[Femme bisexuelle, entretien 8]

Au vu du manque de connaissances des professionnel-le-s, plusieurs femmes interrogées décrivent des situations dans lesquelles leurs connaissances étaient supérieures aux connaissances des médecins consultés. Dans ces situations, elles s'interrogent sur la conduite à tenir et sur leur rôle dans la relation patiente-médecin, en particulier lorsque ce type de situations se répètent :

« Je me dis toujours, est-ce que c'est à moi d'éduquer ces professionnel-le-s ? Est-ce que j'ai envie de les éduquer ou pas ? Et je trouve que c'est un peu fatiguant, parce que ce n'est pas à moi de les éduquer. Et puis logiquement, leurs postures professionnelles devraient être adéquates. Donc souvent, ça me fatigue en fait. »

[Femme lesbienne, entretien 11]

Néanmoins, si elles doivent choisir entre les qualités relationnelles mentionnées précédemment (écoute, inclusivité) et les connaissances factuelles, les femmes interrogées privilégient les compétences relationnelles, si tant est que qu'il ne soit pas possible d'avoir les deux :

« Globalement, ce qui manque surtout, c'est l'empathie, mais l'empathie renseignée. Si les personnes étaient un peu plus au courant de ce que c'est un parcours d'une personne LGBT, elles seraient un peu plus dans l'empathie. Déjà, ça serait des compétences sociales de base qui permettraient que si tu n'y connais rien en IST, ce n'est pas grave. A la limite, moi je préfère avoir eu un bon accueil que d'avoir eu un test d'IST et devoir chercher quelqu'un d'autre. Ce n'est pas la même charge émotionnelle. »

[Femme lesbienne, entretien 5]

3.6 INSCRIPTION DANS LE VÉCU SOCIAL

Les femmes inscrivent leur vécu dans un contexte sociétal. Elles comprennent leurs difficultés notamment par la posture particulière des médecins :

« Mais je sais que trop souvent, surtout au niveau de la médecine, c'est souvent, de moins en moins, mais il y a beaucoup ce reste d'homme, cliché de l'homme blanc, cis [cisgenre], hétéro qui adopte un ton hyper paternaliste. Et ça, je trouve que ça mène à une gêne et ça peut être ressenti comme une forme de violence, de manque de respect, d'empathie, de bienveillance. »

[Femme lesbienne, entretien 7]

Ce qu'elles expérimentent en tant que lesbiennes s'inscrit dans ce qu'elles vivent en tant que femmes. Pour elles, souvent, les questions de genre sont liées aux questions d'orientation sexuelle. La manière de percevoir le monde et d'être perçu par celui-ci dépend aussi du fait d'être une femme et des attentes qu'on porte sur les femmes dans la société actuelle. Un exemple de cela sont les questions autour de la maternité qui s'adressent aux femmes entre 30 et 40 ans :

« Alors, aujourd'hui, ils [les professionnel-le-s] viennent parce que j'ai 30 ans, je suis une femme et ils voient que j'ai une bague au doigt. Ils me demandent si je veux des enfants.

Encore une fois, c'est une question qui revient dans la société, régulièrement. »

[Femme lesbienne, entretien 2]

Cinq des personnes interrogées ont également parlé de l'importance du militantisme et des connaissances féministes dans leurs rapports au corps et à la médecine, notamment sur les questions de fertilité et de contraception :

« Je commençais aussi mon militantisme féministe et je me demandais pourquoi c'était nous qui devons la [pilule contraceptive] prendre. J'avais fait ma rebelle, et j'avais arrêté cette pilule [contraceptive]. De un, j'en avais pas besoin, et de l'autre, ça foutait en l'air mon corps.

C'est un truc hormonal, bon, j'arrête. »

[Femme lesbienne, entretien 1]

Pour certaines participantes, le fait d'être en couple avec une femme les amène à s'affranchir de l'obligation de respecter certains codes liés à l'hétérosexualité ; la participation à un contrôle gynéco annuel en fait partie :

« Le fait aussi de ne plus être une femme, c'est-à-dire, c'est un peu hard comment je dis, mais concrètement, quand j'ai découvert que j'aimais les filles, je me suis complètement détachée de ce rôle social de la femme parfaite, qui rend heureux son mari et qui du coup, a l'obligation d'aller une fois par année chez le gynéco, etc. Le fait de me détacher de toute cette pression sociale a fait que j'ai fait davantage ce que j'avais envie. Du coup, gynéco, pas trop. Il y a vraiment un truc qui s'est passé dans mon cerveau, j'ai fait uniquement ce que j'avais besoin,

au moment où j'en avais besoin. Et pour moi, aller chez le gynéco, ce n'était pas un besoin. »
[Femme lesbienne, entretien 9]

Finalement, la question du militantisme féministe et celle de l'activisme LGBTQI* sont liées et peuvent avoir une influence sur la relation avec les professionnel-le-s de santé :

« Je pense que ça a compliqué ma relation avec mes médecins. J'ai du mal à séparer, dans mon histoire, les questions liées à l'orientation sexuelle et celles liées au genre. [...] J'ai d'abord découvert mon orientation sexuelle et ensuite, les questions de genre. Et pour moi, c'est assez lié à l'orientation sexuelle, ces questions de sexisme. J'ai un peu du mal à différencier les deux. »
[Femme lesbienne, entretien 5]

Discussion

4.1 CONTEXTUALISATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans les années 1980, les sociologues introduisent le concept d'hétérosexiste, qui est, selon Demczuk (57)

« La promotion de la supériorité de l'hétérosexualité comme modèle relationnel par les institutions sociales. Les discours et les pratiques hétérosexistes créent l'illusion que tout le monde est hétérosexuel en occultant la diversité réelle des orientations sexuelles. L'hétérosexisme assume qu'il est plus normal ou acceptable d'être hétérosexuel que d'être gay, lesbienne ou bisexuel(le). Comme le racisme ou le sexisme et autres formes d'oppression, l'hétérosexisme accorde des privilèges au groupe dominant (les hétérosexuels) et tend à priver les minorités sexuelles des droits humains les plus fondamentaux. »

L'hétérosexisme est actuellement endémique dans la société occidentale (58–61), y compris au sein du système de santé (62–65). Un autre concept théorique important est le stress minoritaire (*minority stress*), qui décrit le

« [...] stress quotidien lié au fait d'appartenir à une minorité encore fortement stigmatisée et soumise à des discriminations institutionnelles et individuelles. » (66)

Le stress minoritaire est parfaitement applicable aux populations LGBTQI* (66). Dans ce contexte, on peut s'attendre à ce que les femmes non-hétérosexuelles se sentent stressées et anxieuses à l'idée d'un rendez-vous avec un-e professionnel-le de la santé. Les stratégies mises en place par les femmes pour y faire face se comprennent dans ce cadre, avec en premier lieu le choix d'un-e professionnel-le LGBTQI*-friendly, stratégie confirmée par la littérature (67–70). On voit également émerger dans les résultats la préparation mentale à la consultation, sans équivalent trouvé dans la littérature. Cette anticipation tend à se renforcer en fonction des expériences négatives vécues (71).

Une des conséquences directes de l'hétérosexisme est que les professionnel-le-s pensent que les individus sont, par défaut, hétérosexuels, comme l'explique l'une des participantes :

« Ça c'était plutôt auprès de médecins généralistes, donc pas dans des questions directes, mais dans des conversations informelles, où les personnes avaient vraiment une posture très hétérosexiste, au sens de partir du principe que tout le monde est hétéro. »

[Femme lesbienne, entretien 11]

Face à la présomption d'hétérosexualité en vigueur, les personnes non-hétérosexuelles sont dans l'obligation de faire des coming-out dans l'ensemble de leur sphère sociale, souvent à de multiples reprises (72–75), y compris auprès de leurs professionnel-le-s de santé (62–64). Le dévoilement ou non de son orientation sexuelle fait toujours l'objet d'une intense réflexion et d'une pesée d'intérêt (63,65,76,77). Si la personne choisit de dévoiler son orientation sexuelle, cela génère quasiment systématiquement une anxiété importante (63,65,76,77). Pour les femmes concernées, un enjeu réside dans le fait de briser la norme sociale :

« Sur le moment, comme ça a trait directement à notre intimité, à une manière d'être au monde et d'être perçu par le monde aussi, qui est, on le sait, jugé hors-norme, elle [la sexualité] peut être, dans certains cas, stigmatisée, péjorative d'une manière ou d'une autre. »

[Femme lesbienne, entretien 7]

L'utilisation d'un langage inclusif et d'ouverture permettent de faciliter le coming-out. Il s'agit d'une attente très importante des femmes par rapport à leurs professionnel-le-s. Elle est revenue dans de nombreuses études au fil des années (69,76,78–80), et est considérée comme la base d'une prise en charge de qualité des populations LGBTQI* (66,80–84).

Faciliter le coming-out est une première étape importante, qui, selon les femmes concernées, devrait être suivie d'un contexte permettant une conversation confortable autour des questions de sexualité. Pour les participantes et la littérature, cela signifie un cadre bienveillant et chaleureux (85–87), ainsi qu'une écoute de qualité (88). Cette attente concerne toutes les femmes, indépendamment de l'orientation sexuelle (85–87,89).

Si parler de sexualité est souhaité, dans l'étude les participantes ressentent une forme d'incompétence de leurs soignant-e-s, déjà mis en évidence par Bjorkman et Malterud (79). Une étude montre que les médecins abordent moins la prévention des IST, les grossesses indésirables et la protection contre les IST chez les FSF que chez les femmes présumées hétérosexuelles (90). De plus, les médecins sont moins à l'aise avec les LGBTQI* qu'avec la population hétérosexuelle, en particulier s'ils ne savent pas gérer les enjeux de santé (91). Néanmoins, des études qualitatives montrent que la majorité des gynécologues ont des connaissances adéquates (92), tout en mettant en évidence des lacunes dans la formation et/ou le sentiment d'être insuffisamment formé (69,78,91,92).

Cette difficulté à parler de la sexualité avec les FSF est présente également dans d'autres milieux, notamment scolaire (4), médiatique (93) ou dans la santé publique (69). Elle s'inscrit dans un contexte d'invisibilisation de la sexualité entre femmes (93–95), interprétation partagée par certaines participantes :

« Ce n'est pas leur faute, ils vivent dans un monde hétéronormé et ils ont les informations qu'on leur a aussi apportées lors de leur formation de médecin et en dehors, dans la société. Et la société ne sait pas que les lesbiennes ont des rapports sexuels et il n'y a pas de raisons que les médecins le sachent aussi. »

[Lesbienne, entretien 2]

La sexualité entre femmes fait souvent l'objet de représentations où elle est perçue comme douce et caressante (94), passive (96) et où la pénétration est un scénario absent (95). A l'inverse, elle n'acquière une visibilité et une place socialement acceptée que lorsqu'elle est reprise dans des fantasmes ou images pornographiques (95,97). Cette impossibilité de représenter la sexualité entre femmes déclenche un malaise se traduisant par un silence ou des propos inadaptés des professionnel-le-s de santé (95,98).

Certains courants féministes considèrent que la représentation du script sexuel centrée autour de la pénétration d'un vagin par un pénis est une conséquence de l'hétérosexisme ambiant (99). En ce sens, cela porterait à conséquence à la fois pour les personnes non-hétérosexuelles, mais également pour les femmes hétérosexuelles, dont la satisfaction sexuelle est plus rare lorsque les pratiques tournent autour du coït (pénis/vagin) (100–102). En parallèle, certains chercheurs pensent que le fait d'avoir une représentation de la sexualité centrée autour de la pénétration du vagin par un pénis explique une partie des difficultés des médecins à parler de sexualité avec leurs patientes et à leur apporter des solutions quant aux dysfonctions sexuelles, indépendamment de leur orientation sexuelle (98).

Plus largement, Revillard fait le lien entre l'invisibilité de la sexualité entre femmes et le patriarcat :

« Comment expliquer l'invisibilité lesbienne ? Au niveau des représentations, elle traduit dans une large mesure un impensé social : dans un contexte de domination masculine, une jouissance indépendante du principe masculin est socialement impensable. » (94)

Cela peut également être compris dans le cadre du lesbianisme politique, concept instauré dans les années 1980 par Monique Wittig (103) et Adrienne Rich (104). Pour elles, l'hétérosexualité crée et maintient la dichotomie entre homme et femme, qui est à la base des rapports sociaux de sexe et de la domination des femmes. L'hétérosexualité est un élément façonnant de la domination masculine (105,106). A ce moment-là, le lesbianisme devient un courant à part entière du féminisme, dont les représentantes ont un rôle particulier à jouer dans la lutte contre le patriarcat.

La clarification des liens entre lesbianisme et féminisme éclaire également le ressenti des participantes, pour lesquelles le vécu de genre est difficilement séparable du vécu d'orientation sexuelle. Il s'agit d'une double domination qui pèse sur elles, dont elles peuvent avoir une grille de lecture conjointe. Cela renforce la nécessité d'une compréhension intersectionnelle, qui les positionne dans un croisement spécifique entre femmes et LGBTQI*, avec des problématiques de genre qui influent sur leur identité LGBTQI* et des problématiques de sexualité, qui influent sur leur identité de genre, pour leur donner une identité particulière (93).

La littérature et l'histoire montrent l'influence importante des mouvements militants, en particulier féministe, sur les pratiques de santé sexuelles (98,107,108) : accès à la contraception, accouchement, etc. La présente étude montre que le versant inverse est à explorer : comment est-ce que les engagements féministes / militants LGBTQI* influent sur la relation avec les professionnel-le-s ?

4.2 FORCES ET FAIBLESSES

L'étude a permis de récolter un riche panel d'expériences, décrivant des histoires et situations très diverses, représentatives également de différents positionnements des FSF face aux professionnel-le-s

de santé. Les thématiques abordées convergent passablement autour de certains sujets, ce qui sous-tend possiblement une forme de pensée collective et généralisable, et écarte le fait que les propos soient liés à des caractéristiques individuelles.

La méthode de recrutement passant par les associations représentatives des personnes LGBTQI* et par une approche de type boule de neige a été choisie en raison des difficultés d'accès à la population. Par conséquent, l'échantillon est composé très majoritairement de femmes qui s'identifient comme étant non-hétérosexuelles. Le recrutement ne permet pas d'atteindre les femmes hétérosexuelles ayant des rapports avec des femmes, alors que cette population présente des caractéristiques spécifiques (31). De plus, au sein même des femmes auto-définies comme non-hétérosexuelles, un certain biais dans l'échantillonnage ne peut être exclu, par le fait que les femmes recrutées sont souvent engagées sur les questions des droits LGBTQI* et/ou de santé sexuelle, avec des attentes et connaissances spécifiques non représentatives de la population.

Par ailleurs, le déroulement de l'étude, sa durée, la passation par visio-conférence pouvaient également représenter un frein à la participation de certaines femmes. En effet, si plus de 90% des personnes vivant en Suisse ont un accès internet (112), elles n'ont pas forcément les disponibilités ou l'espace nécessaire à participer à l'étude. Certaines participantes ont indiqué être à l'aise de participer à l'étude en visioconférence parce que la relation avec leur conjointe leur permettait d'en parler ouvertement, malgré la présence de la conjointe au domicile conjugal. Cela laisse supposer que d'autres ont refusé à cause de cette technique.

En termes socio-démographique, l'échantillon est composé de femmes blanches, âgées entre 24 et 45 ans, majoritairement européennes, dont le niveau éducatif et socio-économique est élevé. Or, la recherche en sciences humaines accorde actuellement une grande valeur à l'intersectionnalité, qui désigne une place sociale particulière qui ne peut s'expliquer que par l'appartenance simultanée à différentes minorités (113). Dans la présente thématique, il s'agit de tenir compte des spécificités liées aux femmes noires et LGBTQI* (114) ou celles rattachées aux femmes âgées et LGBTQI* (115). L'impact des facteurs socio-économiques devrait aussi être considéré (93,113). En ce sens, notre échantillon est donc restreint à une population spécifique et la généralisation des résultats obtenus ne peut pas se faire.

La présente étude constitue néanmoins une première approche permettant d'évaluer la prise en charge des FSF en Suisse romande au niveau de la relation avec les professionnel-le-s. Elle mériterait d'être approfondie en termes de thématiques abordées (autres thématiques de santé, y compris santé publique et éducation sexuelle) ainsi que d'élargir la population cible.

De plus, cette étude permet d'avoir un positionnement quant aux bénéficiaires du système de santé et il semblerait pertinent de faire une évaluation objective (et non pas rapportée par les bénéficiaires) des prestations offertes. Il s'agirait non seulement d'explorer les connaissances et compétences des professionnel-le-s en place, mais également des structures de la santé publique et ou de l'éducation sexuelle.

Finalement, il n'existe encore aucune donnée sur l'état de santé des FSF en Suisse et les données sur l'état de santé des femmes non-hétérosexuelles sont encore de qualité insuffisante et doivent être améliorées. Au niveau international, certaines thématiques nécessitent des recherches approfondies, notamment l'efficacité des moyens de préventions des IST.

4.3 RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE COURANTE

Il est possible d'extrapoler de l'étude et de la littérature des éléments pour améliorer la pratique courante. En première lieu, dans l'aménagement des lieux de consultation, un espace accueillant et chaleureux facilite les conversations autour des questions de sexualités (85–87). L'absence de décors hétérosexistes (photos de famille hétérosexuelle par exemple) (46) et la présence d'éléments signifiant l'ouverture (flyer par exemple) est souhaitable (66,69,81).

Dans l'attitude, et indépendamment de la conformité aux stéréotypes de genre et de son statut marital, il est indispensable d'envisager que toute patiente peut s'auto-définir comme homo-, hétéro-, bi-sexuelle ou une autre définition selon son ressenti (1–4,66,81). Cela doit avoir pour conséquence l'utilisation d'un langage inclusif, nommant l'ensemble des possibilités (66,80–84).

De plus, indépendamment de l'orientation sexuelle auto-définie, une anamnèse sexuelle complète doit être réalisée (81,109). A cette fin et dans le but d'entretenir la relation thérapeutique, il peut être nécessaire de justifier cette procédure : « J'ai compris que vous vous définissiez actuellement comme lesbienne, néanmoins, des recherches montrent que nombreuses femmes qui sont attirées par les femmes ont eu des rapports sexuels avec des hommes dans le passé et que certaines continuent d'en avoir. Qu'en est-il pour vous ? ». Il est également important de garder en mémoire qu'aussi bien l'orientation sexuelle que les pratiques peuvent évoluer, et doivent être ré-évaluées périodiquement dans le cadre d'un suivi.

En termes de communication verbale, il est préférable d'être précis et direct car les sous-entendus s'inscrivent dans une société hétéro-sexiste. Par exemple, le terme « *pénétration* » fait souvent référence, dans le langage courant, à un coït pénis-vagin. Pour éviter les incompréhensions, voir le sentiment de ne pas être reconnu dans leur sexualité, il faut privilégier des questions détaillées. Dans le même sens, le genre des partenaires ne donne aucune information quant aux types de pratiques. Par exemple, la sexualité entre femmes peut inclure des pénétrations anales ou vaginales, qu'elles soient digitales ou avec des jouets à caractère sexuel (93).

Tous les éléments précités sont applicables indépendamment de l'orientation sexuelle. A cela s'ajoute des connaissances spécifiques, qui sont évidemment souhaitables (48). De plus, si les problématiques de santé nécessitent l'intervention d'autres professionnel-le-s, il s'avère utile d'avoir une liste de collègues LGBTQI*-friendly (110).

Finalement, probablement le conseil le plus important concerne la conscience et l'auto-critique de son propre positionnement. Il est indispensable d'être conscient de son ancrage dans une société hétérosexiste, de connaître ses compétences et leurs limites et de réajuster la posture professionnelle aussi souvent que nécessaire (66).

Conclusion

La problématique des FSF et des femmes non-hétérosexuelles est bien plus large que la population qu'elle concerne. Elle est la pointe de l'iceberg de la prise en charge de la sexualité des femmes, voir même de la prise en compte des rapports de domination qui s'exercent sur elles. En ce sens, travailler à l'amélioration de l'approche des FSF doit nécessairement passer par le questionnement de l'hétérosexisme et le dépassement de celui-ci.

Remerciements

La réalisation de cette étude n'aurait pas été possible sans le soutien dont j'ai bénéficié. Je pense en premier lieu au Prof. Bodenmann, qui a accepté que je travaille sur cette thématique et m'a accompagnée dans l'ensemble du processus. Je pense à la Dre Akre qui m'a aidée à naviguer dans les méandres de la recherche qualitative. Et évidemment au Dr Vu qui s'est montré d'une disponibilité sans faille et dont les précieux conseils, orientations et corrections permettent l'existence du présent document.

Un merci tout particulier aux fondatrices et membres du projet Happy Vulve qui ont joué un rôle crucial dans le recrutement des participantes.

Finalement, merci à toutes les féministes et militantes LGBTQI* qui m'ont précédées. Grâce à leurs combats, en 2020, il est possible d'être une étudiante en médecine, qui fait de la recherche sur les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes.

Bibliographie

1. Chandra A, Copen CE, Mosher WD. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual identity in the United States: Data from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. In: International handbook on the demography of sexuality. Springer; 2013. p. 45–66.
2. Mustanski B, Birkett M, Greene GJ, Rosario M, Bostwick W, Everett BG. The association between sexual orientation identity and behavior across race/ethnicity, sex, and age in a probability sample of high school students. *Am J Public Health*. 2014;104(2):237–44.
3. Xu F, Sternberg MR, Markowitz LE. Women who have sex with women in the United States: Prevalence, sexual behavior and prevalence of herpes simplex virus type 2 infection—Results from National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2006. *Sex Transm Dis*. 2010;37(7):407–13.
4. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med*. 1999;159(22):2730–6.
5. Gates GJ. How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender? 2011;
6. Aaron DJ, Chang YF, Markovic N, LaPorte RE. Estimating the lesbian population: a capture-recapture approach. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(3):207–9.
7. Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15-44 years of age, United States, 2002. 2005;
8. Diamond LM. Female bisexuality from adolescence to adulthood: results from a 10-year longitudinal study. *Dev Psychol*. 2008;44(1):5.
9. Baumeister RF. Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull*. 2000;126(3):347.
10. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2000 Oct 1;76(5):345.
11. Everett BG, McCabe KF, Hughes TL. Unintended pregnancy, depression, and hazardous drinking in a community-based sample of sexual minority women. *J Womens Health*. 2016;25(9):904–11.
12. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2004;80(3):244–6.
13. Everett BG, McCabe KF, Hughes TL. Sexual orientation disparities in mistimed and unwanted pregnancy among adult women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2017;49(3):157–65.

14. Hayman B, Wilkes L. Older lesbian women's health and healthcare: A narrative review of the literature. *J Clin Nurs*. 2016;25(23–24):3454–68.
15. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, dos Santos RR, Freitas I. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *J Sex Med*. 2018;
16. Kellock D, O'mahony CP. Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple. *Sex Transm Infect*. 1996;72(1):60–1.
17. Campos-Outcalt D, Hurwitz S. Female-to-female transmission of syphilis: a case report. *Sex Transm Dis*. 2002 Feb;29(2):119–20.
18. Petersen LR, Doll L, White C, Chu S. No evidence for female-to-female HIV transmission among 960,000 female blood donors. The HIV Blood Donor Study Group. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1992;5(9):853–5.
19. Deol AK, Heath-Toby A. HIV risk for lesbians, bisexuals & other women who have sex with women. *Gay Men's Health Crisis* June. 2009;
20. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2003;36(3):e40–1.
21. Young RM, Friedman SR, Case P. Exploring an HIV paradox: an ethnography of sexual minority women injectors. *J Lesbian Stud*. 2005;9(3):103–16.
22. Rowen TS, Breyer BN, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Shindel AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;120(1):42–5.
23. Richters J, Prestage G, Schneider K, Clayton S. Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sex Health*. 2010;7(2):165–9.
24. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005;37(1):6–12.
25. Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, et al. Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *Am J Public Health*. 2007;97(6):1126–33.
26. Coble CA, Silver EJ, Chhabra R. Description of sexual orientation and sexual behaviors among high school girls in New York City. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30(4):460–5.
27. Germanos R, Deacon R, Mooney-Somers J. The Social and Cultural Significance of Women's Sexual Identities Should Guide Health Promotion. *LGBT Health*. 2015;2(2):162–8.

28. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med*. 2000;9(10):1043.
29. Solazzo AL, Gorman BK, Denney JT. Cancer screening utilization among US women: How mammogram and pap test use varies among heterosexual, lesbian, and bisexual women. *Popul Res Policy Rev*. 2017;36(3):357–77.
30. Buchmueller T, Carpenter CS. Disparities in health insurance coverage, access, and outcomes for individuals in same-sex versus different-sex relationships, 2000–2007. *Am J Public Health* [Internet]. 2010;10. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.160804>
31. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health*. 2006;83(5):970–9.
32. Rankow EJ, Tessaro I. Mammography and risk factors for breast cancer in lesbian and bisexual women. *Am J Health Behav*. 1998;
33. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Rosario M, Spiegelman D, Austin SB. Sexual orientation differences in teen pregnancy and hormonal contraceptive use: an examination across 2 generations. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(3):204. e1-204. e8.
34. Valanis BG, Bowen DJ, Bassford T, Whitlock E, Charney P, Carter RA. Sexual orientation and health: comparisons in the women’s health initiative sample. *Arch Fam Med*. 2000;9(9):843.
35. Ela EJ, Budnick J. Non-heterosexuality, relationships, and young women’s contraceptive behavior. *Demography*. 2017;54(3):887–909.
36. Shindel AW, Rowen TS, Lin T-C, Li C-S, Robertson PA, Breyer BN. An Internet survey of demographic and health factors associated with risk of sexual dysfunction in women who have sex with women. *J Sex Med*. 2012;9(5):1261–71.
37. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Arch Sex Behav*. 2009;38(1):50–65.
38. Sobecki-Rausch JN, Brown O, Gaupp CL. Sexual Dysfunction in Lesbian Women: A Systematic Review of the Literature. In: *Seminars in reproductive medicine*. Thieme Medical Publishers; 2017. p. 448–59.
39. Blair KL, Pukall CF, Smith KB, Cappell J. Differential associations of communication and love in heterosexual, lesbian, and bisexual women’s perceptions and experiences of chronic vulvar and pelvic pain. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(5):498–524.
40. van Rosmalen-Nooijens K, Vergeer CM, Lagro-Janssen ALM. Bed death and other lesbian sexual problems unraveled: A qualitative study of the sexual health of lesbian women involved in a relationship. *Women Health*. 2008;48(3):339–62.

41. Klitzman RL, Greenberg JD. Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care providers. *J Homosex.* 2002;42(4):65–75.
42. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs.* 2006;55(4):407–15.
43. McNair RP, Hegarty K, Taft A. From silence to sensitivity: A new identity disclosure model to facilitate disclosure for same-sex attracted women in general practice consultations. *Soc Sci Med.* 2012;75(1):208–16.
44. Dahan R, Feldman R, Hermoni D. Is patients' sexual orientation a blind spot of family physicians? *J Homosex.* 2008;55(3):524–32.
45. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):162.
46. St Pierre M. Coming out in primary healthcare: An empirical investigation of a model of predictors and health outcomes of lesbian disclosure. 2013;
47. Bergeron S, Senn CY. Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: Predictors of risk and resilience. *Women Health.* 2003;37(3):19–35.
48. Baldwin A, Dodge B, Schick V, Herbenick D, Sanders SA, Dhoot R, et al. Health and identity-related interactions between lesbian, bisexual, queer and pansexual women and their healthcare providers. *Cult Health Sex.* 2017;19(11):1181–96.
49. Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health Soc Care Community.* 2010;18(4):355–62.
50. Hudelson, P. (2004). La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Médecine et hygiène, 1818-1826.*
51. Steinbeck K, Towns S, Bennett D. Adolescent and young adult medicine is a special and specific area of medical practice. *J Paediatr Child Health.* 2014;50(6):427–31.
52. Floyd FJ, Bakeman R. Coming-out across the life course: Implications of age and historical context. *Arch Sex Behav.* 2006;35(3):287–96.
53. Meynard A, Haller DM, Navarro C, Narring F. Risk-taking in adolescence. Screening and counseling strategies for primary care professionals. *Rev Med Suisse.* 2008;4(161):1451–5.
54. OUEDRAOGO, C., & SONDO, G. (2010). Mieux comprendre... - Google Scholar [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=OUEDRAOGO%2C+C.%2C+%26+SONDO%2C+G.+%282010%29.+Mieux+comprendre+les+comportements+des+jeunes+en+mat+i%C3%A8re+de+sexualit%C3%A9+et+face+aux+IST%3A+le+r%C3%B4le+des+donn%C3%A9es+qualitatives.+Sant%C3%A9+de+la+reproduction+au+Nord+et+au+Sud%3A+Actes+de+la+Chair+e+Quetelet+2004%2C+339&btnG=

55. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis... - Google Scholar [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: https://scholar.google.ch/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Braun%2C+V.%2C+%26+Clarke%2C+V.+%282006%29.+Using+thematic+analysis+in+psychology.+Qualitative+Research+in+Psychology%2C+3%282%29%2C+77-101.&btnG=
56. Three Approaches to Qualitative Content Analysis - Hsiu-Fang Hsieh, Sarah E. Shannon, 2005 [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732305276687>
57. Demczuk I, Dorais M, Duquet F, Ryan B. Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : intervenir dans le respect de la diversité des orientations sexuelles. Québec, Canada : Gouvernement du Québec; 2003.
58. Nielsen JM, Walden G, Kunkel CA, Chambon P. L'hétéronormativité genrée : exemples de la vie quotidienne. *Nouv Quest Fem.* 2009;28(3):90–108.
59. Chamberland L, Lebreton C, Bernier M, Université du Québec à Montréal, Institut de recherches et d'études féministes. Stratégies des travailleuses lesbiennes face à la discrimination: contrer l'hétéronormativité des milieux de travail. Montréal: Université du Québec à Montréal. Institut de recherches et d'études féministes; 2012.
60. Chamberland L, Émond G, Julien D, Otis J, Ryan W. L'impact de l'homophobie et de la violence homophobe sur la persévérance et la réussite scolaires. 2010 [cited 2020 Nov 28]; Available from: <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/37837>
61. Bastien Charlebois J. Au-delà de la phobie de l'homo : quand le concept d'homophobie porte ombrage à la lutte contre l'hétérosexisme et l'hétéronormativité. *Reflets Rev D'intervention Soc Communaut.* 2011;17(1):112–49.
62. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs.* 2006;55(4):407–15.
63. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs.* 2016 Dec 1;25(23–24):3497–510.
64. Utamsingh PD, Richman LS, Martin JL, Lattanner MR, Chaikind JR. Heteronormativity and practitioner–patient interaction. *Health Commun.* 2016 May 3;31(5):566–74.
65. Marques AM, Nogueira C, Oliveira JM de. Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care Women Int.* 2015 Sep 2;36(9):988–1006.
66. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Rev Med Suisse.* 2011;7.

67. Mattocks KM, Sullivan JC, Bertrand C, Kinney RL, Sherman MD, Gustason C. Perceived Stigma, Discrimination, and Disclosure of Sexual Orientation Among a Sample of Lesbian Veterans Receiving Care in the Department of Veterans Affairs. *LGBT Health*. 2015 Mar 31;2(2):147–53.
68. Boehmer U, Case P. Physicians don't ask, sometimes patients tell. *Cancer*. 2004 Oct 15;101(8):1882–9.
69. BERRUT S. Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande.
70. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people's experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs*. 2015 Sep 1;10(3):230–40.
71. Barbara AM, Quandt SA, Anderson RT. Experiences of Lesbians in the Health Care Environment. *Women Health*. 2001 Oct 11;34(1):45–62.
72. Christiansen J. The repetition of the coming out process in daily life. Texas State University; 2019.
73. Lon B. Johnston PhD L-A, David Jenkins PhD L-A. Coming Out in Mid-Adulthood. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2004 Mar 1;16(2):19–42.
74. Guittar NA, Rayburn RL. Coming Out : The Career Management of One's Sexuality. *Sexuality & Culture*. 2016;336–57.
75. Blidon M. La casuistique du baiser. L'espace public, un espace hétéronormatif. *EchoGéo* [Internet]. 2008 May 29 [cited 2020 Nov 26];(5). Available from: <http://journals.openedition.org/echogeo/5383>
76. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):162.
77. Klitzman RL, Greenberg JD. Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care providers. *J Homosex*. 2002;42(4):65–75.
78. Westersta^hl A, Segesten K, Björkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care*. 2002 Jan 1;20(4):203–7.
79. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(4):238–43.
80. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust*. 2003;178(12):643–5.
81. de travail santé PREOS G. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: le rôle du système de santé: état des lieux et recommandations. Lausanne; 2012.

82. Makadon HJ. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleve Clin J Med*. 2011;78(4):220–4.
83. Canada A de la santé publique du. Section 2 : Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement – Soins primaires et infections transmissibles sexuellement [Internet]. aem. 2013 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes-infections-transmissibles-sexuellement-17.html#a3>
84. Medical care of sexual minority women - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Dec 2]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/medical-care-of-sexual-minority-women?search=WSW&source=search_result&selectedTitle=1~129&usage_type=default&display_rank=1
85. Metz ME, Seifert MH. Women’s expectations of physicians in sexual health concerns. *Fam Pract Res J*. 1988;
86. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141(0910).
87. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract*. 2001 Apr 1;18(2):161–6.
88. Quinn GP, Sutton SK, Winfield B, Breen S, Canales J, Shetty G, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015 Apr 3;27(2):246–61.
89. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients’ Feelings? *Sex Med* [Internet]. 2020 Oct 6; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116120301264>
90. How Doctors’ Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who Have Sex with Other Women. *J Womens Health* [Internet]. [cited 2020 Nov 1]; Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2019.7926>
91. HAYES V, BLONDEAU W, BING-YOU RG. Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. *Fam Med*. 2015;47(5):383–7.
92. Abdessamad HM, Yudin MH, Tarasoff LA, Radford KD, Ross LE. Attitudes and Knowledge Among Obstetrician-Gynecologists Regarding Lesbian Patients and Their Health. *J Womens Health*. 2013 Jan;22(1):85–93.
93. Chetcuti N. *Se dire lesbienne: vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Paris: Payot; 2013.
94. Revillard A. L’identité lesbienne entre nature et construction. *Rev MAUSS*. 2002;no 19(1):168–82.

95. Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*. 2019 Jul;28(3):96–103.
96. Le Mat A. L'homosexualité, une « question difficile ». Distinction et hiérarchisation des sexualités dans l'éducation sexuelle en milieu scolaire. *Genre Sex Société* [Internet]. 2014 Jul 1 [cited 2020 Nov 28];(11). Available from: <http://journals.openedition.org/gss/3144>
97. Wittig M, Bourcier S. *La pensée straight*. 2018.
98. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouv Quest Fem*. 2010;29(3):44–57.
99. Jackson S, Delphy C. Genre, sexualité et hétérosexualité : la complexité (et les limites) de l'hétéronormativité. *Nouv Quest Fem*. 2015;34(2):64–81.
100. Frederick DA, John HKS, Garcia JR, Lloyd EA. Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. *Arch Sex Behav*. 2018 Jan 1;47(1):273–88.
101. Gerhard J. Revisiting “The Myth of the Vaginal Orgasm”: The Female Orgasm in American Sexual Thought and Second Wave Feminism. *Fem Stud*. 2000;26(2):449–76.
102. Variation in Orgasm Occurrence by Sexual Orientation in a Sample of U.S. Singles - ScienceDirect [Internet]. [cited 2020 Nov 29]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515306020?casa_token=mtbDGErDueAAAAA:zDY5FbyafxCl5nOr9aoyLbs25uFIIFfgRB1fk34yuY5dPulH9eVOuSJY6IXuWYJSw-hmzYeqLJI
103. Wittig M. *La Pensée straight*. *Quest Féministes*. 1980;(7).
104. Rich A. Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Journal of women in culture and society*. 1980;631–600.
105. Wilkinson S, Kitzinger C. *Heterosexuality: A feminism & psychology reader*. Sage; 1993.
106. Jackson S. *Heterosexuality in Question*. SAGE; 1999. 220 p.
107. Burgnard S. Pouvoir masculin sur corps féminin : la critique féministe du pouvoir médical en Suisse romande (1970-1987). *Annuaire suisse d'histoire économique et sociale*; 2010.
108. Parrat C. Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle. HETS; 2019.
109. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med*. 1999;159(22):2730–6.

110. Nuñez DG, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Méd Suisse*. 2011 Mar 23;11(12):213–7.
111. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health*. 2006;83(5):970–9.
112. Informatique: 9 Suisses sur 10 sont présents sur internet [Internet]. [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.lenouvelliste.ch/articles/suisse/informatique-9-suisses-sur-10-sont-presents-sur-internet-974469>
113. Mink MD, Lindley LL, Weinstein AA. Stress, Stigma, and Sexual Minority Status: The Intersectional Ecology Model of LGBTQ Health. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2014 Oct 2;26(4):502–21.
114. Bowleg L. When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*. 2008 Sep 1;59(5):312–25.
115. Fredriksen-Goldsen KI, Kim H-J, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. *Am J Public Health*. 2013 Jun 13;103(10):1802–9.

Liste des annexes

Les annexes sont disponibles dans un document PDF, joint au présent travail.

- 1) Feuilles d'informations aux participantes
- 2) Avis sur la clarification de responsabilité – Commission cantonale (VD) d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD)
- 3) Flyer pour le recrutement de participantes
- 4) Grille d'entretiens
- 5) Questionnaire socio-démographique
- 6) Tableau complet des résultats socio-démographiques
- 7) Grille de codage
- 8) Statistique de codages
- 9) Retranscription – Entretien 1
- 10) Retranscription – Entretien 2
- 11) Retranscription – Entretien 3
- 12) Retranscription – Entretien 4
- 13) Retranscription – Entretien 5
- 14) Retranscription – Entretien 6
- 15) Retranscription – Entretien 7
- 16) Retranscription – Entretien 8
- 17) Retranscription – Entretien 9
- 18) Retranscription – Entretien 10
- 19) Retranscription – Entretien 11