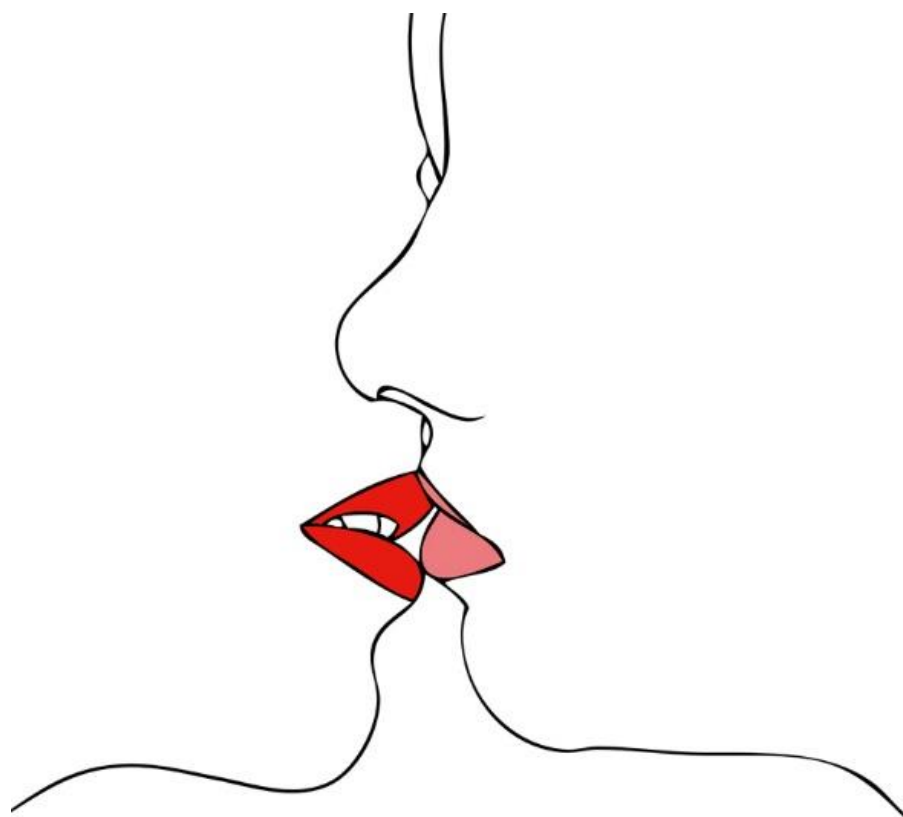


ANALYSE

FPS - 2018

Les oubliées de la santé sexuelle :
les femmes ayant des relations sexuelles avec
des femmes.



Femmes Prévoyantes Socialistes
www.femmesprevoyantes.be



Eléonore Stultjens,

Chargée d'études FPS, Secrétariat général des FPS
eleonore.stultjens@solidaris.be

Merci à Charlotte Pezeril de l'Observatoire du sida et des sexualités, à Sophie Peloux de SIDA'SOS, à Marine de Tillesse de Tels Quels et à Myriam Monheim du Plan F pour leurs précieuses informations et relectures.

Editrice responsable: Xénia Maszowez, Place St-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles.
Tel : 02/515 04 01



Et si on parlait de la santé sexuelle des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes ?

Comme le souligne une étude québécoise, la « croyance [persiste] qu'un traitement semblable à l'endroit de toutes les catégories d'usagers et d'usagères signifie l'absence de discrimination. Au contraire, traiter pareillement des personnes de statuts sociaux différents ou inégaux équivaut à pratiquer de la discrimination »¹.

Une offre de soins adaptée doit donc être mise en œuvre afin de rencontrer les demandes des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF) et de prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé² qui les rendent particulièrement vulnérables, voire même qui les excluent des politiques de santé.

A ce stade, il est nécessaire de définir ce qu'on entend par « femmes ayants des rapports sexuels avec des femmes » et pourquoi ce choix de terminologie. La définition de la population utilisée dans cette analyse se base sur les pratiques sexuelles (c'est-à-dire le fait d'avoir des rapports sexuels avec des femmes) et ne se base donc ni sur la notion d'attirance ni sur la notion d'autodéfinition de genre (c'est-à-dire se dire ou se sentir lesbienne). Ce choix est lié au fait que les pratiques sexuelles ont une incidence directe en terme de santé sexuelle, que les personnes s'identifient comme lesbienne, bisexuelle, hétérosexuelle ou non. Cette terminologie permet donc de regrouper toutes les femmes ayant déjà eu au moins une fois un rapport homosexuel. Par ailleurs, cette analyse parlera des femmes cisgenres, dont le genre ressenti correspond au sexe biologique. Les personnes transgenres rencontrent des inégalités de santé propres qu'il serait nécessaire d'aborder en détail dans une autre analyse³.

Les inégalités en santé, parlons-en ! Plusieurs études⁴ montrent que les minorités sexuelles (telles que les lesbiennes, les gays, les transgenres et les bisuexuel-le-s notamment) ont une moins bonne santé générale. En effet, elles sont exposées à une plus forte consommation d'alcool, de tabac et de médicament, un plus fort niveau de stress, de nervosité, de dépression et de tentative de suicide. Elles sont également davantage victimes de stigmatisation⁵. Pour illustrer ces inégalités, voici quelques

¹ RQASF, Résumé du rapport de recherche "Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes », sept. 2003

² L'OMS définit cette notion ainsi : « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. », URL : https://www.who.int/social_determinants/fr/

³ A noter que les recherches dans le champ de la sexualité entre femmes ne se focalisent pas exclusivement sur les FSF, mais aussi sur les lesbiennes ou bisexuelles. Lorsque ces études seront abordées dans cette analyse, j'utiliserai les termes mentionnés par les études.

⁴ Les études de Line CHAMBERLAND et Christelle LEBRETON (2013), du PREOS (2012), de Coraline DELEBARRE et Clothilde GENON (2013) ou encore Rosine HORINCQ (2009).

⁵ HORINCQ Rosine, « Lesbiennes en santé », *Chronique Féministe*, n°103-104, Juillet/décembre 2009, p.59-62.



chiffres du CRIPS, le réseau français des centres régionaux d'information et de prévention du sida : « 54% des femmes attirées par le même sexe ont eu des pensées suicidaires (contre 30% pour les femmes attirées exclusivement par l'autre sexe) et 25% (contre 9%) ont fait des tentatives de suicides »⁶. Ces inégalités de santé sont principalement explicables par les difficultés liées au vécu d'une orientation sexuelle non hétérosexuelle, à savoir la stigmatisation et les discriminations vis-à-vis des personnes LGBT. Bien que tous ces éléments de santé soient préoccupants et nécessitent des recherches et actions complémentaires, ce qui constitue le sujet de cette analyse se rapporte à la santé sexuelle des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes.

Le suivi de la santé sexuelle recouvre les comportements de protection, les démarches de dépistage des infections sexuellement transmissibles et du VIH, la vaccination contre certaines IST telles que les hépatites et le HPV, la protection de grossesses non désirées à travers la prise d'un moyen de contraception, le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus via des examens gynécologiques notamment.

Nous verrons que les FSF doivent être prise en compte comme une population spécifique afin que les soins de santé sexuelle et reproductive soient adaptés à leurs besoins réels⁷. Selon Clothilde Genon, Cécile Chartain et Coraline Delebarre⁸, les études sur l'accès aux soins des lesbiennes montrent unanimement que cette population a moins recours aux soins qui s'avèrent, par ailleurs, inadaptés, et ce en raison de l'hétéronormativité⁹ et des méconnaissances des professionnel-le-s de santé et des personnes elles-mêmes.

⁶ CRIPS, « L et les gynécologues », L, n°1 bis, 2004.

⁷ PREOS, *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé, résumé et recommandations*, 2012, p. 7.

⁸ GENON Clothilde, CHARTAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et proposition », *Genre, sexualité & société*, 2009, p. 4.

⁹ Nous définirons cette notion plus tard dans l'analyse.

Quels sont les besoins spécifiques des FSF ?

Beaucoup de femmes ayant des rapports avec des femmes ne se sentent pas forcément concernées par les visites gynécologiques qui leur apparaissent uniquement liées à des problématiques hétérosexuelles, telles que la protection des grossesses non désirées, le choix d'un moyen contraceptif ou la maternité. Selon Rosine Horincq¹⁰, seul 1/3 des lesbiennes s'est rendu à une consultation suite à un problème gynécologique. Or, la gynécologie touche toutes les femmes, même si les soins de santé devraient être adaptés en fonction de leur situation. Ce moindre recours aux soins de santé n'est pas sans conséquence selon la Plateforme des Stratégies concertées IST/Sida¹¹ : « Le moindre recours aux soins, notamment gynécologiques, des femmes lesbiennes renforce le manque de visibilité de leurs problèmes de santé ». Cela se traduit par exemple, par une première visite tardive à des examens gynécologiques (frottis, examen utérin, palpation des seins) également plus tardifs et à un suivi gynécologique globalement plus sporadique et moins régulier.

Cancers du sein, du col de l'utérus¹²

Phénomène directement lié à l'irrégularité voire à l'absence de visites chez la/le gynécologue, le dépistage par frottis ou par mammographie est plus faible chez les FSF. Cette population présente par conséquent des risques plus élevés en matière de cancer de l'utérus (principalement liés à des IST mal/pas soignées) mais aussi de cancer du sein (lié aussi à d'autres facteurs de risques comme l'absence de grossesse avant 30 ans¹³, une surconsommation d'alcool, une plus grande sédentarité, etc.).

Contraception

Au niveau de la contraception, cette population est tout aussi concernée en tant que femmes ayant leurs menstruations. Les moyens contraceptifs hormonaux, au-delà d'une protection face aux grossesses non-désirées, permettent aussi d'espacer les règles, de les décaler, de réduire le flux et/ou de réduire les douleurs qui y sont associées. D'autant que la plupart des femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF) ont déjà eu ou ont encore des relations sexuelles avec des hommes. En effet, selon le CRIPS « 92% des femmes homosexuelles interrogées ont eu, au moins une fois, un rapport sexuel avec quelqu'un de l'autre sexe »¹⁴. Or, Coraline Delebarre et Clotilde

¹⁰ HORINCQ Rosine, *op. cit.*, p.59-62.

¹¹ MARTENS Vladimir, PARENT Florence et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. *Une analyse commune pour l'action*. Cahier 5 : HSH et FSF. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), 2009, p. 4.

¹² LAOT Julia, « Coup de projecteur sur la santé des lesbiennes », *Analyse FPS*, 2011.

¹³ Après la première grossesse, les cellules de la glande mammaire deviennent matures et plus résistantes face aux substances cancérigènes.

¹⁴ CRIPS, « L et les gynécologues », *op. cit.*



Genon¹⁵ soulignent que les femmes qui ne s'identifient pas comme hétérosexuelle vont moins appliquer les principes de prévention des risques lors de rapports avec des hommes.

Infections sexuellement transmissibles

La santé sexuelle passe également par la protection contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. La promotion de la santé autour des IST délivrée par les professionnel-le-s de la santé est majoritairement basée sur un modèle hétérosexuel, tant au niveau des pratiques sexuelles que des couples visés¹⁶. Cela a des conséquences sur la fréquence de protection, la qualité de celle-ci, la fréquence de dépistage mais également la réussite des traitements.

En terme de risques, les infections sexuellement transmissibles touchent tout autant les femmes hétérosexuelles que les femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes. La prévalence d'IST chez les FSF est même plus élevée. Selon Coraline Delebarre et Clotilde Genon¹⁷, 12% de FSF ont indiqué avoir eu une IST dans les 5 dernières années contre 3% de femmes hétérosexuelles. Cette fréquence plus élevée d'IST s'explique par les caractéristiques plus à risques de la vie sexuelle des FSF (sexualité plus précoce, plus de partenaires sexuelles et pratiques sexuelles plus diversifiées).

A cette explication s'ajoute également une méconnaissance des mécanismes de transmission des IST et des moyens de protection pour une sexualité en toute sérénité¹⁸. Or certaines pratiques sexuelles entre femmes, tel que les rapports durant les règles ou les pratiques sadomasochistes (BDSM) davantage utilisées par les FSF, augmentent les risques de transmission d'IST¹⁹.

Ainsi, les pratiques de prévention des risques sont relativement différentes des méthodes hétérosexuelles. Il est recommandé²⁰ d'éviter les contacts avec le sang menstruel de la partenaire, d'utiliser une digue dentaire ou un carré de latex lors de chaque cunnilingus ou annulingus, d'utiliser un préservatif unique sur les objets sexuels (et de préférence avoir des sex toys personnels à ne pas se partager) ou encore, d'utiliser des gants en latex, également à usage unique, lors de la masturbation mutuelle.

Les FSF se protègent plus rarement que les femmes hétérosexuelles contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Chiffres à l'appui, l'étude de Sylvie Berrut²¹ montre, en effet, que 71% des répondantes femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes n'ont jamais adopté une attitude de réduction des risques d'IST et de VIH. Une autre étude française cette fois-ci montre un phénomène de la même ampleur : « Elles sont 1,9% à protéger systématiquement leurs

¹⁵ DELEBARRE Coraline et GENON Clotilde, « L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel-le-s », *Cahiers de l'action*, vol 40, n°3, 2013, p. 30.

¹⁶ PREOS, *op. cit.*, p.14.

¹⁷ *Ibid*, p. 31.

¹⁸ CRIPS, « Les lesbiennes face aux IST et au VIH », fiches pratiques prévention, n°6, 2011, p. 1-4.

¹⁹ CRIPS, « Le suivi gynécologiques des lesbiennes », L, n°1, 2004.

²⁰ *Ibid*.

²¹ BERRUT Sylvie, *Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande*, Mémoire pour la Maîtrise d'études avancées en Santé publique, Genève, 2016, p. 16.



rapports avec des femmes, tandis qu'elles sont 35% à déclarer se protéger systématiquement quand elles ont des rapports avec des hommes »²².

Au-delà de ce chiffre, les moyens de protection utilisés par les répondantes sont également préoccupants. Arrivent en premier lieu le test de dépistage du VIH, le fait d'éviter le contact avec les menstruations et la fidélité²³. Ce dernier moyen de protection, au même titre que la confiance ou la communication, n'est pas un moyen à haute efficacité, d'autant que certaines IST (comme les mycoses génitales) apparaissent aussi de façon spontanée (par manque d'hygiène par exemple).

Par ailleurs, même le recours au dépistage est insuffisant, selon Sylvie Berrut²⁴ qui montre que seulement un tiers des répondantes a déjà effectué un test IST. Ce qui n'est pas sans gravité car, « plus tôt les IST sont dépistées, mieux elles se soignent et moins leurs conséquences à long terme sont graves »²⁵.

Il est également à noter que les infections sexuellement transmissibles sont actuellement en pleine recrudescence. En effet, les cas d'infections à la gonorrhée, la syphilis et la chlamydia ont tendance à augmenter en Belgique : entre 2002 et 2015 les cas sont respectivement passés de 275 à 1 339, de 46 à 906 et de 988 à 6 063. La chlamydia, qui a connu la plus importante augmentation, touche particulièrement les jeunes femmes de 15 à 30 ans²⁶. Selon l'association PREOS²⁷, il s'agit d'une menace supplémentaire qui nécessite de prendre davantage en considération les besoins des minorités sexuelles.

²² DEVILLARD Sophie, « Les lesbiennes face au VIH et aux IST », poster, CRIPS, 2012.

²³ DEVILLARD Sophie, « Les lesbiennes face au VIH et aux IST », *op. cit.*

²⁴ BERRUT Sylvie, *La santé des femmes qui aiment les femmes*, LOS - Santé PluriELLE, 2015, p. 7.

²⁵ CRIPS, « Risques d'IST chez les lesbiennes », L, n°2, 2004.

²⁶ MAES Virginie, CROMBÉ Florence, CRUCITTI Tania. *Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2002-2015*. Institut Scientifique de Santé Publique, 2016, p. 7.

²⁷ PREOS, *op. cit.*, p. 8.



L'hétéronormativité, à la source des inégalités de santé

Plusieurs constructions sociales font office de freins à l'accès aux soins des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Commençons par l'hétéronormativité qui entoure l'hétérosexisme et la lesbophobie.

Hétéronormativité, hétérosexisme et lesbophobie

L'hétéronormativité est définie par Judith Butler²⁸ comme un système de genre qui accepte uniquement deux sexes. Ces deux sexes, masculin et féminin, s'accordent parfaitement avec le genre qui leur est associé, homme et femme. Dans ce système, l'hétérosexualité (c'est-à-dire le fait d'être hétérosexuel-le) est la norme. Alors que l'hétéronormativité est un système qui gère nos façons de penser et d'agir de façon relativement neutre et inconsciente, l'hétérosexisme induit une action de hiérarchie.

En effet, l'hétérosexisme est un système de valeurs et comportements valorisant exclusivement la sexualité hétérosexuelle. L'homosexualité est donc vue comme inférieure à l'homosexualité. Dans une société où la norme dominante est donc l'hétérosexualité, les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes du même sexe sont confrontées à une stigmatisation et un manque d'acceptation. Cette homophobie passe par des discriminations de différentes formes (insultes, agressions, moqueries, réactions de rejet, etc.) mais aussi par la présomption d'hétérosexualité (c'est-à-dire que les personnes sont a priori considérées comme hétérosexuelles).

La lesbophobie désigne la double stigmatisation subie par les lesbiennes en tant qu'homosexuelles et en tant que femmes. Il s'agit donc d'une situation d'intersection entre homophobie et sexisme. Cette discrimination s'illustre par le chiffre suivant : « plus de la moitié des lesbiennes (63%) interrogées dans l'enquête sur la lesbophobie de l'association SOS homophobie (parue en France en 2008) ont déclaré avoir vécu au moins une fois dans leur vie un acte lesbophobe. »²⁹

Cette lesbophobie au sein de la société est banalisée et intégrée par les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Il s'agit de l'homophobie intériorisée. Selon Myriam Monheim et Rosine Horincq³⁰, « les personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle ont intégré l'homophobie au fil de l'éducation et des messages sociaux reçus. [Cette] homophobie intériorisée [est] la source de la honte de soi, voire de la haine de soi, ce qui a des conséquences non négligeables sur la santé. » Effectivement, l'anxiété et le manque de confiance en soi occasionnés par l'homophobie mènent les FPS à adopter des comportements sexuels à risques (non-protégés)³¹.

²⁸ BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, 2005, p.24.

²⁹ KIOSQUE INFOS SIDA ET SIDA INFO SERVICE, « Tomber la culotte », France, 2011, p. 11.

³⁰ MONHEIM Myriam et HORINCQ Rosine, « Vers une meilleure accessibilité des soins de santé pour les personnes homosexuelles et bisexuelles ? », *Bruxelles Santé*, n°38, 2005, p. 21.

³¹ DELEBARRE Coraline et GENON Clotilde, *op. cit.*, p. 29.

Mais quel est le lien entre hétérosexisme, lesbophobie et santé sexuelle ? Le postulat hétérosexiste suppose la supériorité de l'hétérosexualité et occulte la diversité des orientations sexuelles. Selon Myriam Monheim et Rosine Horincq³², « [c]ela se manifeste notamment par l'exclusion et/ou l'omission des personnes d'orientation homo/bisexuelle dans les politiques, les pratiques ou les actes des institutions ». Dans la même optique, Sophie Devillard parle de l'existence d'un biais hétérosexiste³³ au sein des politiques de santé publique qui explique le faible intérêt et le peu de recherches effectuées sur les FSF. Ces lacunes sont donc également des formes de discrimination à l'égard de cette population.

Les oubliées de la lutte contre le VIH/Sida

Prenons le cas de la lutte contre le VIH/Sida qui illustre parfaitement ce biais hétérosexiste dans les politiques de santé et de prévention.

Malgré le peu de recherches effectuées sur le VIH chez les FSF en francophonie, on peut affirmer que la transmission du VIH entre femmes est rare³⁴. Cette rareté de transmission directe du VIH associée à l'ampleur de l'épidémie de VIH au sein de la population homosexuelle masculine a eu comme conséquence de favoriser les recherches et les politiques de prévention en santé autour des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les FSF, elles, furent complètement invisibles dans la lutte contre le VIH³⁵.

Sophie Devillard³⁶ souligne que le VIH a été associé dans l'imaginaire collectif « au domaine exclusif du masculin, c'est-à-dire au phallus et au sperme [...] ». Les infections sexuellement transmissibles dans leur ensemble ont fait l'objet d'une association similaire à tort.

Ainsi, tant les FSF que les professionnel-le-s de la santé ont intégré l'idée d'une immunité des FSF face au VIH et aux IST³⁷. En effet, il semble que « les sexualités lesbiennes sont perçues comme dépourvues de risques »³⁸. Les messages de prévention sur les risques d'IST ne sont pas intégrés par les FSF car ils sont perçus comme étant uniquement à destination des populations hétérosexuelles et homosexuelles masculines. Or la transmission du HPV, de l'herpès et de la syphilis peut se faire par

³² MONHEIM Myriam et HORINCQ Rosine, *op. cit.*, p. 21.

³³ DEVILLARD Sophie, *Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et au IST*, Mémoire de Master 2 Genre et Politiques Sociales, Toulouse, 2011, p. 87.

³⁴ Cependant, cela ne signifie pas que des cas de VIH n'ont pas été enregistré dans la population FSF qui est d'ailleurs plus à risque que les femmes hétérosexuelles à travers des comportements spécifiques, tels qu'une plus forte consommation de drogues injectables et des relations sexuelles non protégées avec des hommes. Cette nuance est apportée par Murielle COLLET dans « Lesbiennes et VIH. Des besoins de santé ignorés », *Le Journal du Sida*, n°204, 2008.

³⁵ Genon Clothilde, Chartain Cécile et Delebarre Coraline, *op. cit.*, p. 3.

³⁶ Devillard Sophie, *op.cit.*

³⁷ Genon Clothilde, Chartain Cécile et Delebarre Coraline, *op. cit.*, p. 10.

³⁸ CRIPS, « Les lesbiennes face aux IST et au VIH », *op. cit.*



contact entre muqueuses. L'hépatite C ainsi que les vaginites sont par ailleurs plus fréquentes chez les femmes ayant des rapports homosexuels.

La minimisation des risques d'infection par le VIH et les autres IST associée à l'idée que la gynécologie est une affaire hétérosexuelle ainsi qu'au manque d'informations relatives à la santé sexuelle des FSF mènent à un recours moindre aux soins gynécologiques.

Invisibilisation des lesbiennes et de leurs sexualités

Cette idée selon laquelle les FSF sont protégées des IST car elles ont des relations sexuelles avec des femmes repose, selon le projet Tomber la culotte, « [...] sur une conception réductrice de la sexualité des femmes entre elles »³⁹.

En effet, les sexualités entre femmes font l'objet de beaucoup de préjugés. Ceux-ci mènent à la construction d'une image totalement déformée des FSF. Le premier stéréotype consiste à penser que la sexualité entre femmes n'existe pas ou que ce n'est pas du « vrai sexe ». Cela passe par la banalisation des pratiques sexuelles entre femmes telle que « ce ne sont que des caresses ». Le CRIPS décrit l'invisibilisation de la sexualité des femmes ayant des relations entre elles comme ceci : « les pratiques sexuelles lesbiennes n'étant pas reconnues comme des pratiques sexuelles, on déniait l'existence d'une sexualité autonome des femmes. La sexualité lesbienne est un impensé social : « il n'y a pas de sexualité là où il n'y a pas de pénétration masculine » »⁴⁰.

En même temps, un deuxième stéréotype place le couple lesbien dans une vision masculine dominante. Ici, la sexualité entre femmes est perçue comme un fantasme et les lesbiennes sont hypersexualisées. Ces visions erronées ont des conséquences certaines sur la vie sexuelle et affective des FSF. En effet, selon Rosine Horincq⁴¹, la pression hétérosexiste qui pèse sur les FSF à travers ces préjugés peut mener à un sentiment de solitude, une crainte de la séparation du couple en passant par une volonté importante d'établir une relation forte et durable.

Ces préjugés montrent, par ailleurs, la prégnance du patriarcat dans le champ de la sexualité où les hommes sont perçus comme garants de la jouissance et du plaisir. Or, la sexualité entre femmes est bien réelle et concourt à une diversité de pratiques sexuelles et une multiplicité de partenaires (tant femmes que hommes). La sexualité FSF est dite fluide, car au cours de leur vie ces femmes vont plutôt avoir des relations avec des hommes, des femmes ou les deux. Pour certaines, telles que les autrices de la brochure « Tomber sa culotte », cette sexualité permet de s'affranchir de la domination masculine⁴².

³⁹ KIOSQUE INFOS SIDA ET SIDA INFO SERVICE, *op. cit.*, p. 26.

⁴⁰ CRIPS, « Les lesbiennes face aux IST et au VIH », *op. cit.*, p. 3.

⁴¹ HORINCQ Rosine, *op. cit.*, p. 61.

⁴² KIOSQUE INFOS SIDA ET SIDA INFO SERVICE, *op. cit.*, p. 10.

Les oubliées de la recherche

De la même façon, les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes souffrent de la même invisibilité dans le champ de la recherche. L'absence d'études et de chiffres relatifs à la sexualité des FSF fait obstacle au développement de politiques de santé publique prenant réellement en compte leurs besoins spécifiques. Par exemple, Sylvie Berrut⁴³ soutient que le nombre d'infection IST contractées par les FSF n'est pas suffisamment bien appréhendé par les baromètres nationaux de santé publique, ce qui mène à une sous-estimation des risques.

Selon l'association ILGA⁴⁴, cette lacune est la conséquence de l'hétérosexualité ambiante dans la société qui fait tache d'huile dans le domaine de la recherche également : « Les chercheurs ne les prennent que rarement en compte, adoptant l'hétérosexualité comme postulat de base ». Au-delà de l'invisibilité des FSF dans le champ de la santé, le fait que d'autres facteurs de risques soient pris en compte (tel que la consommation de drogue ou la multiplicité de partenaires sexuels) pour évaluer les transmissions des IST concourt à ce manque⁴⁵.

Ainsi plusieurs autrices et auteurs⁴⁶ exigent une prise en compte systématique de l'orientation sexuelle dans les enquêtes de santé et une dynamisation de la recherche dans le champ de la sexualité entre femmes. C'est le cas de Florence Thiry, dont le mémoire intitulé « Hétéronormativité et expériences thérapeutiques des professionnel.le.s de la santé mentale avec des patient.e.s non hétérosexuel.le.s » appelle les chercheuses/eurs à investiger davantage l'hétéronormativité dans les pratiques de soins et les effets sur les patientes FSF.

Un exemple précis permet de visualiser les effets positifs de la recherche : comment améliorer la relation entre les patientes lesbiennes et les généralistes ? C'est la question que se sont posées deux généralistes danoises, Mari Bjorkman et Kirsti Malterud. Elles ont étudié les façons de favoriser l'expression de l'orientation sexuelle par les patientes mais également d'y répondre favorablement, sans incertitude, ni gêne, en tant que professionnel-le-s de la santé. Elles ont alors mené une recherche auprès de six patientes lesbiennes afin de comprendre leur expérience. Le but était de voir pourquoi les patientes trouvent important de révéler leur orientation ou pratiques sexuelles, à quelle moment du parcours médical elles choisissent de le faire et de voir surtout ce que les médecin-e-s peuvent faire pour encourager ce partage d'informations⁴⁷.

⁴³ BERRUT Sylvie, *op. cit.*, 2015, p. 7.

⁴⁴ ILGA, *La santé des femmes : lesbiennes et bisexuelles : questions locales, préoccupations communes*, n°121, 2007, p. 65.

⁴⁵ MARTENS Vladimir, PARENT Florence et al., *op. cit.*, p. 4.

⁴⁶ PREOS, 2012 et GENON Clothilde, CHARTAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, 2009).

⁴⁷ BJORKMAN Mari and MALTERUD Kirsti, « Being lesbian--does the doctor need to know? », *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 25, n°1, 2007, p. 59.



Les oubliées de la formation des professionnel-le-s

Tel que souligné par les deux généralistes danoises, les professionnel-le-s de la santé, tant les généralistes que les spécialistes, peinent à aborder la question de la sexualité et de l'orientation sexuelle avec leurs patientes.

Lors d'entretiens avec des gynécologues, Sylvie Berrut⁴⁸ a mis en évidence le fait que l'homosexualité féminine ne fait pas partie de leur formation initiale. Les gynécologues avaient de faibles connaissances sur les moyens de protection contre les IST chez les FSF (dignes dentaires, doigts en latex, etc.). De plus, des informations aussi cruciales que les risques de transmission des IST chez les FSF sont à compter parmi les lacunes de la profession. Or, les rapports lors des règles, la pénétration par des objets sexuels (parfois échangés entre les partenaires), les pratiques BDSM⁴⁹ ainsi que l'existence de rapports avec des hommes constituent des risques supplémentaires d'infections transmissibles sexuellement et par le sang⁵⁰.

Ce manque de formation sur la sexualité entre femmes et leurs besoins en santé n'est donc pas sans conséquences comme les énonce le PREOS⁵¹ : « une sous-estimation de la prévalence des difficultés des personnes LGBT, une offre de soins inadaptée et la persistance de croyances ou de représentations erronées ». Ces lacunes prennent leur source dans l'invisibilisation des FSF dans la société et dans le champ médical⁵².

La relation patiente-gynécologue

Plus que pour d'autres femmes, le fait « d'être en confiance » avec sa/son médecin est essentiel pour les FSF⁵³. Comme le précise la revue du CRIPS « L », il n'est pas question d'obliger les lesbiennes à s'identifier comme telles auprès de leur gynécologue. Cependant, il est important qu'il y ait la place pour « parler de [leurs] préférences et pratiques sexuelles qui vont influencer sur [leur] corps et sur les maladies que [elles pourront] rencontrer tout au long de [leur] vie »⁵⁴.

Les patientes lesbiennes interrogées par Mari Bjorkman et Kirsti Malterud⁵⁵ estiment que dans certaines situations, il est important de pouvoir aborder leur homosexualité pour veiller au bon déroulement d'une consultation gynécologique mais surtout pour être en accord avec elles-mêmes et la façon dont elles s'identifient.

⁴⁸ BERRUT Sylvie, *op. cit.*, 2016, p. 83.

⁴⁹ BDSM signifie « bondage, discipline, sado-masochisme ». Il s'agit de relations sexuelles intégrant la douleur, la contrainte et l'humiliation dans un but érotique.

⁵⁰ COLLET Murielle, *op. cit.*

⁵¹ PREOS, *op. cit.*, p. 6.

⁵² GENON Clothilde, CHARTAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, *op. cit.*, p. 3.

⁵³ LAOT Julia, *op. cit.*

⁵⁴ CRIPS, « Le suivi gynécologiques des lesbiennes », *op. cit.*

⁵⁵ BJORKMAN Mari and MALTERUD Kirsti, *op. cit.*, p. 2.

L'attitude de la/du médecin sera déterminante dans leur décisions d'aborder leur orientation sexuelle ou non. Selon Sylvie Berrut, dans la majorité des cas (9 fois sur 10), c'est à l'initiative des patientes⁵⁶. Le choix de révéler ses préférences sexuelles dépend de plusieurs facteurs⁵⁷. Tout d'abord, la peur d'une réaction négative et lesbophobe de la part de la praticienne ou du praticien. Ensuite, la crainte que cette information prenne une trop grande importance et détourne l'attention du problème médical de base.

Il y a également la crainte que la/le médecin ait une représentation erronée du mode de vie des personnes homosexuelles en général et pose sur sa patiente un regard rempli de préjugés. Cette méconnaissance supposée peut constituer un frein au suivi médical, étant donné que les soins ne seront pas adaptés à la réalité. Coraline Delebarre⁵⁸ résume la situation ainsi : « [le] postulat de l'hétérosexualité, mais aussi parfois une vision de la sexualité des lesbiennes comme une sexualité sans pénétration, voire une non-sexualité, ne permet pas une prise en compte de leurs véritables besoins de santé ».

Ainsi avant de dévoiler leur orientation sexuelle, les patientes lesbiennes ont tendance à observer les attitudes de la/du médecin tels que des signes d'ouverture d'esprit ou l'utilisation d'un langage inclusif (par exemple, dire « votre partenaire », au lieu de « votre copain »)⁵⁹. Une autre stratégie, plus grave en conséquences, existe pour éviter toutes situations de discrimination: le renoncement aux soins. Cet évitement laisse davantage place à des solutions alternatives moins sûres telles que la recherche de diagnostic sur internet et l'automédication⁶⁰.

Florence Thiry⁶¹ a recueilli un témoignage dans le cadre d'une étude sur la santé mentale de patientes non-hétérosexuelles qui illustre très bien ce qui se joue également dans le champ de la santé sexuelle : « Elles sont discriminées parce que ce qu'elles vivent est invisibilisé. Donc ça n'existe pas dans la pensée du soignant. Et donc il faut beaucoup de courage pour pouvoir dire [...] « non je ne suis pas hétéro comme vous croyez que je le suis » parce que ça veut dire qu'on dévoile quelque chose de fragile. »

Rosine Horincq et Sylvie Berrut ont identifié l'empreinte de l'hétérosexisme dans la relation patiente-gynécologue. Au niveau des patientes, l'hétérosexisme intériorisé par les FSF va mener à une crainte d'aborder son orientation sexuelle en consultation médicale (discussion qui peut d'ailleurs être vécue chaque fois comme un *coming-out*)⁶². Au niveau des gynécologues, il existe une forme d'hétérosexisme intégrée sous la forme de réflexe, qui se traduit par exemple par le fait de poser

⁵⁶ BERRUT Sylvie, *op. cit.*, 2015, p. 9.

⁵⁷ BJORKMAN Mari and MALTERUD Kirsti, *op. cit.*, p. 3-5.

⁵⁸ DELEBARRE Coraline citée par COLLET Murielle, *op. cit.*

⁵⁹ BJORKMAN Mari and MALTERUD Kirsti, *op. cit.*, p. 3.

⁶⁰ DELEBARRE Coraline et GENON Clotilde, *op. cit.*

⁶¹ OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS, *Hétéronormativité et expériences thérapeutiques des professionnel.le.s de la santé mentale avec des patient.e.s non hétérosexuel.le.s*. Disponible sur <http://observatoire-sidasexualites.be/heteronormativite-et-experiences-therapeutiques-des-professionnel-le-s-de-la-sante-mentale-avec-des-patient-e-s-non-heterosexuel-le-s/>

⁶² HORINCQ Rosine, *op. cit.*, p. 61.



systématiquement la question de la contraception et du suivi, même après avoir pris connaissance de l'homosexualité de leur patiente⁶³.

Or, l'ignorance, la maladresse, voire les maltraitances de la part des professionnel-le-s de santé peuvent, sur le long terme, peser sur la relation entre patientes et soignant-e-s et mener à un moindre recours aux soins gynécologiques⁶⁴.

⁶³ BERRUT Sylvie, *op. cit.*, 2016, p. 32.

⁶⁴ BERRUT Sylvie, *op. cit.*, 2016, p. 44.

Recommandations⁶⁵

Il est nécessaire de compléter la formation initiale et la formation continuée des professionnel-le-s de de la santé par un module obligatoire sur la santé des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais également des autres minorités sexuelles, sur le genre, l'orientation sexuelle et l'hétéronormativité. Pour les professionnel-le-s toujours, il convient d'avoir des connaissances sur la santé sexuelle des FSF telles que les modes de transmission des IST et les moyens de protection adéquats, mais également d'être formés sur les difficultés rencontrées par les FSF (la lesbophobie intériorisée, par exemple)⁶⁶.

Cette formation doit être élaborée en collaboration avec des associations et des patient-e-s pour une réelle adéquation de l'information avec la réalité et intégrer des mises en situation relatives aux personnes non-hétérosexuelles.

Lors des consultations, il est nécessaire que les professionnel-le-s abordent l'orientation sexuelle et les informations relatives aux IST de façon plus systématique afin de pallier la crainte des patientes qui n'osent pas en parler.

De façon plus générale, les professionnel-le-s sont également encouragé-e-s à adopter une attitude d'ouverture, une écoute empathique dénuée d'idées reçues en montrant un intérêt et en accordant du temps à la patiente.

Cela implique de ne pas présumer l'hétérosexualité de la patiente et de garder à l'esprit que celle-ci peut avoir une préférence sexuelle différente. Cela passe notamment par l'utilisation d'un vocabulaire inclusif pour favoriser un espace de confiance et d'expression.

Un témoignage issu du mémoire de Florence Thiry⁶⁷ sur la santé mentale des FSF illustre l'utilisation du langage inclusif par les professionnel-le-s : « Et bien, je vais assez vite... avoir un langage inclusif pour que les personnes puissent me dire quelle est l'identité de genre de leur partenaire. [...] Je vais

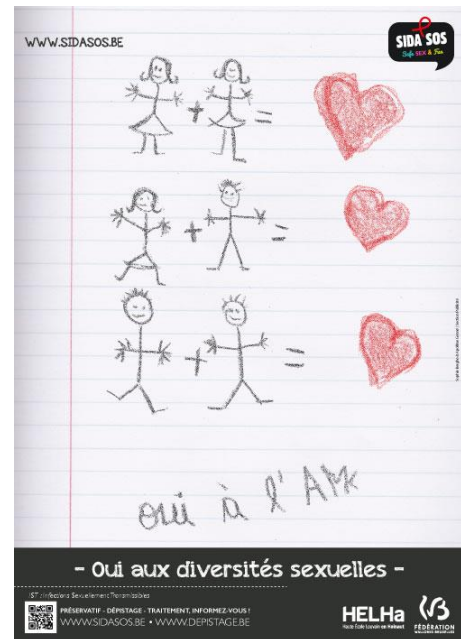


Figure 1- Oui aux diversités sexuelles - SIDA'SOS

⁶⁵ La plupart des recommandations sont issues de la brochure « Quelques pistes pour optimiser la santé gynécologique » relayant la parole des femmes suite au colloque « Quand suivi gynécologique rime avec maltraitances » organisé par les Femmes Prévoyantes Socialistes le 1e juin 2018 à Bruxelles. La brochure est disponible sur :

<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/11/Brochure-sante-gynecologique.pdf>

⁶⁶ PREOS, op.cit., p 10.

⁶⁷ OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS, op. cit.



Figure 2- campagne de SIDA'SOS et de Magenta asbl.

campagnes. Il est, en effet, important de cibler ce public afin qu'elles se sentent concernées par les messages de prévention spécifiques qui devraient promouvoir les suivis gynécologiques et la prévention du VIH et des IST chez les FSF.⁶⁸

A cette fin, il faut aussi soutenir et accroître les recherches sur la santé sexuelle des FSF, notamment sur les prévalence des IST, les déterminants de santé sexuelle pour les FSF, les contextes de leur sexualité et les discriminations vécues dans le monde médical et ailleurs.

Il est également nécessaire d'aborder davantage les questions de genres et d'orientations sexuelles dans les animations d'éducation à la vie relationnelle affective et sexuelle, en se focalisant sur la déconstruction du système hétéronormatif.

éviter de genrer les choses donc je vais parler, je vais lui dire « et votre partenaire ? » par exemple. Je ne vais pas dire « et votre compagnon » ou « votre compagne ». »

Par ailleurs, il est important que lorsqu'une question intime est posée (nombre de partenaires, orientation sexuelle, etc.), la patiente sache pourquoi récolter cette information est nécessaire, car cela peut parfois être perçu comme intrusif.

L'attitude d'ouverture à la diversité sexuelle et aux personnes FSF passe aussi concrètement par des salles d'attente et des espaces de consultation *LGBT friendly* à travers la mise à disposition de brochure et d'affiches inclusives concernant les publics non-hétérosexuels.

En parallèle, il est donc important de soutenir financièrement les projets de sensibilisation à destination des FSF développés à l'initiative des associations, mais également que les organes de santé publique développent de larges

⁶⁸ PREOS, *op.cit.*, p. 15.

Les initiatives existantes

Pendant très longtemps la sexualité entre femmes était totalement absente des supports de prévention qui tournaient autour des pratiques hétérosexuelles ou homosexuelles masculines. Heureusement, de plus en plus d'associations (des Centres de Planning familial, des associations d'éducation à la sexualité ou des associations LGBT et/ou en promotion de la santé) ont pris la problématique à bras le corps afin de sensibiliser davantage cette population. C'est le cas des associations *Les Klamydia's* (en Suisse) ou le *CRIPS* (en France) qui ont toutes deux publié des brochures à destination des FSF mais également des informations et des revendications à destination des professionnel-le-s de la santé.

En Belgique par exemple, un nouveau projet est mis en place par SIDA'SOS et Tels Quels⁶⁹ afin de combler ce vide autour de la vie sexuelle et affective des lesbiennes. « Go to Gynéco ! » est un projet participatif qui touche tant la population lesbienne que les professionnel-le-s pratiquant la gynécologie (les gynécologues, les soignant-e-s en maisons médicales, les généralistes, les sages-femmes, etc.).



Figure 3 - Projet "Go to Gynéco !" www.gotogyneco.be

Le volet de sensibilisation des lesbiennes propose un site internet participatif qui répertoriera : les contacts de professionnel-le-s *lesbo friendly* pratiquant la gynécologie recommandés par la communauté, les ressources existantes en termes d'information, de prévention, d'incitation au dépistage, mais également des témoignages de patientes. Le volet à destination des professionnel-le-s de la santé consistera à proposer des formations dans le supérieur et des formations continuées sur la sexualité des lesbiennes, une information ciblée sur les IST et les moyens de protection pour une patiente ayant des relations sexuelles avec de femmes. Les gynécologues intéressé-e-s par le module de formation pourront contacter l'équipe de Go To Gynéco! et auront par ailleurs accès à des brochures et des affiches à destination des lesbiennes afin de montrer des signes d'ouverture à la diversité des orientations sexuelles.

En ce qui concerne le volet de la recherche, l'Observatoire du sida et des sexualités a développé en 2018 plusieurs outils pour investir le champs de la sexualité des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes. Il s'agit d'un dossier bibliographique intitulé « Santé sexuelle des FSF »⁷⁰ qui recense et résume des études sur le sujet mais également les outils créés par les associations, des notes de lecture telles que le Rapport « Heath 4 LGBTI »⁷¹ ou encore des résumés d'études pertinentes comme le mémoire de Florence Thiry cité plus haut.

⁶⁹ <https://www.sidasos.be/> et <http://telsquels.be/>

⁷⁰ Ce dossier est disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/selection-bibliographique-sante-sexuelle-des-fsf/>

⁷¹ Cette note de lecture est disponible sur : <http://observatoire-sidasexualites.be/health-4-lgbti/>

De façon générale, les Centres de Planning familial sont des structures où les professionnel-le-s (psychologues, assistantes sociales, généralistes, etc.) sont sensibilisé-e-s à un accueil sans préjugés et en toute bienveillance. Les CPF des Femmes Prévoyantes Socialistes sont donc ouverts à la diversité des orientations sexuelles et aux personnes LGBT. Leurs besoins spécifiques peuvent être pris en compte tant lors des consultations gynécologiques que psychologiques.



Figure 4 - Autocollant LGBT Friendly - FCPF-FPS

Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation à la santé des lesbiennes en 2011, la Fédération des Centres de Planning familial des FPS⁷², a développé des autocollants « LGBT friendly » afin que les CPF et autres structures qui le souhaitent puissent signifier leur ouverture de façon explicite et claire, car il est important de le montrer dans un contexte où l'hétérosexualité est présumée d'office dans la société.

Le Centre de Planning familial le Plan F⁷³ à Bruxelles a développé depuis 12 ans un projet spécifique pour prendre explicitement en compte les populations LGBT ou en questionnement sur leur identité de genre ou leur orientation sexuelle suite au constat que le planning n'arrivait pas à toucher ce public spécifique. Aujourd'hui le Plan F propose donc un accueil, une information, un soutien psychologique et juridique et des consultations gynécologiques dans le respect des différences.

Dans la même optique, la Fédération Laïque des Centres de Planning familial a initié en 2018 un projet concernant la santé des personnes LGBTI⁷⁴ en Centres de Planning familial⁷⁵. Le projet vise à favoriser l'accès des LGBTI aux Centres de Planning familial et à améliorer leur prise en charge en questionnant l'hétéro-normativité des pratiques médico-psychosociales. Ce projet comprend notamment un parcours de formation pour les professionnel-le-s des CPF, construit en collaboration avec les associations Genres Pluriels, Ex-Aequo, Sida'SOS/Tels Quels, l'Observatoire du sida & des sexualités et le CPF Plan F, chacune apportant des informations sur leur public respectif. Ce projet est également accompagné d'une conférence, de brochures et d'une plateforme internet « Réseau Santé LGBTI ».

En tant qu'association féministe et mutualiste, prendre en compte les inégalités de santé subies par les femmes ayants des rapports sexuels avec des femmes s'inscrit pleinement dans notre souci de faciliter l'accès à la santé pour toutes et tous. En tant qu'association d'éducation permanente, la lutte contre toutes les formes de discriminations telles que l'homophobie et la lesbophobie et notamment celles vécues par les femmes, fait partie intégrante de nos missions.

⁷² <http://www.planningsfps.be/federation/actions/Nos-campagnes/Pages/Lasant%C3%A9deslesbiennes.aspx>

⁷³ <http://planf.be/>

⁷⁴ L'acronyme « LGBTI » comprend les personnes intersexuées dont les organes génitaux sont difficiles ou impossibles à définir comme mâles ou comme femelles selon les standards habituels.

⁷⁵ <https://www.planningfamilial.net/thematiques/osig/>



Bibliographie

BERRUT Sylvie, *La santé des femmes qui aiment les femmes*, LOS - Santé PluriELLE, 2015. Disponible sur https://los-archiv.ch/images/stories/downloads/Publikationen/gesundheitsbroschuereNeuaufgabe_fr_online.pdf

BERRUT Sylvie, *Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande*, Mémoire pour la Maîtrise d'études avancées en Santé publique, Genève, 2016. Disponible sur https://doc.rero.ch/record/259101/files/S.Berrut_lesbiennes_en_consultation_gynecologique_def.pdf

BJORKMAN Mari and MALTERUD Kirsti, « Being lesbian--does the doctor need to know? », *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 25, n°1, 2007, p. 58-62. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389455/>

BUTLER Judith, *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 2005.

CHAMBERLAND Line, LEBRETON Christelle, « La santé des adolescents lesbiennes et bisexuelles: état de la recherche et critique des biais androcentristes et hétérocentristes », *Recherches féministes*, vol. 23, n°2, 2010, p.91-107. Disponible sur <https://www.erudit.org/fr/revues/rf/2010-v23-n2-rf4006/045668ar.pdf>

COLLET Murielle, « Lesbiennes et VIH. Des besoins de santé ignorés », *Le Journal du Sida*, n°204, 2008. Disponible sur <http://www.arcat-sante.org/infos-cles/vih/terrain-lesbiennes-et-vih-des-besoins-de-sante-ignores/>

CRIPS, « Le suivi gynécologiques des lesbiennes », *L*, n°1, 2004. Disponible sur <http://www.lecrips.net/l/doc/L1.pdf>

CRIPS, « L et les gynécologues », *L*, n°1 bis, 2004. Disponible sur http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=34476

CRIPS, « Risques d'IST chez les lesbiennes », *L*, n°2, 2004. Disponible sur http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S59319.pdf

CRIPS, « Les lesbiennes face aux IST et au VIH », fiches pratiques prévention, n°6, 2011, p.1-4. Disponible sur http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=2ab877e81b8553d487443fd523558c83.



DELEBARRE Coraline et GENON Clotilde, « L'impact de l'homophobie sur la santé des jeunes homosexuel·le·s », *Cahiers de l'action*, vol 40, n°3, 2013, p. 27-36. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2013-3-page-27.htm>

DEVILLARD Sophie, « Les lesbiennes face au VIH et aux IST », poster, CRIPS, 2012. Disponible sur http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=00e3d078edb0e24c07de7f03bbc06062

DEVILLARD Sophie, *Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et au IST*, Mémoire de Master 2 Genre et Politiques Sociales, Toulouse, 2011. Disponible sur http://www.craes-crips.org/publications/2011/fsf_vih_ist.pdf

FPS, « Quelques pistes pour optimiser la santé gynécologique », brochure, 2018. Disponible sur : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/11/Brochure-sante-gynecologique.pdf>

GENON Clothilde, CHARTAIN Cécile et DELEBARRE Coraline, « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et proposition », *Genre, sexualité & société*, 2009. Disponible sur <https://journals.openedition.org/gss/951>

HORINCQ Rosine, « Lesbiennes en santé », *Chronique Féministe*, n°103-104, Juillet/décembre 2009, p.59-62. Disponible sur <http://www.universitedesfemmes.be/se-documenter/revue-chronique-feministe/product/80-feminismes-et-lesbianismes>

ILGA, *La santé des femmes : lesbiennes et bisexuelles : questions locales, préoccupations communes*, n°121, 2007.

KIOSQUE INFOS SIDA ET SIDA INFO SERVICE, « Tomber la culotte », France, 2011. Disponible sur <http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/Brochure.pdf>

LAOT Julia, « Coup de projecteur sur la santé des lesbiennes », *Analyse FPS*, 2011. Disponible sur <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2011/12/Analyse2011-santelesbienne.pdf>

MAES Virginie, CROMBÉ Florence, CRUCITTI Tania. *Surveillance des infections sexuellement transmissibles 2002-2015*. Rapport partiel. Institut Scientifique de Santé Publique, 2016. Disponible sur https://epidemiowiv.isp.be/ID/reports/Rapport%20Infections%20Sexuellement%20Transmissibles%20%202002-2015_RAPPORT%20PARTIEL.pdf

MARTENS Vladimir, PARENT Florence et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. *Une analyse commune pour l'action*. Cahier 5 : HSH et FSF. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), 2009. Disponible sur http://www.strategiesconcertees.be/publications/SC-ISTsida2009_cahier5.pdf

MONHEIM Myriam et HORINCQ Rosine, « Vers une meilleure accessibilité des soins de santé pour les personnes homosexuelles et bisexuelles ? », *Bruxelles Santé*, n°38, 2005, p. 20-21. Disponible sur <https://questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/138-bs->



[38/631-vers-une-meilleure-accessibilite-des-soins-de-sante-pour-les-personnes-homosexuelles-et-bisexuelles](#)

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS, *Bibliographique : Santé sexuelle des FSF*, 2018. Disponible sur <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/bibliographie/bibliographie-sante-sexuelle-FSF-mai-2018.pdf>

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS, *Hétéronormativité et expériences thérapeutiques des professionnel.le.s de la santé mentale avec des patient.e.s non hétérosexuel.le.s*. Disponible sur <http://observatoire-sidasexualites.be/heteronormativite-et-experiences-therapeutiques-des-professionnel-le-s-de-la-sante-mentale-avec-des-patient-e-s-non-heterosexuel-le-s/>

PREOS, *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé, résumé et recommandations*, 2012. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/312299428_Resume_du_rapport_PREOS

RQASF, Résumé du rapport de recherche « Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes », 2003. Disponible sur http://rqasf.qc.ca/files/resume_SL.pdf

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 9 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d'éducation permanente sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes: émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidaris. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Avec le soutien de :

