

Résumé

Il existe une visibilité moindre concernant la santé sexuelle des femmes s'identifiant comme lesbiennes, que ce soit dans les campagnes de prévention ou encore dans la littérature scientifique. De ce fait, l'objectif de cette recherche est d'étudier le vécu subjectif ainsi que les besoins en matière de santé sexuelle des femmes lesbiennes. Sept entretiens qualitatifs de 45 minutes ont été menés afin de s'intéresser plus en profondeur aux questions de recherche suivantes : *quels sont les besoins prédominants exprimés par les femmes lesbiennes ? ; quelles sont les représentations des risques des infections sexuellement transmissibles dans leurs pratiques sexuelles ? et quelles sont les représentations du système de soins ?* Les principales théories analysées ont été faites sur la base des scripts sexuels de Gagnon et Simon (1973) ainsi que sur le modèle corporo-socio-psychologique (Santiago-Delefosse, 2002), qui a été choisi afin de fournir une analyse dynamique et au plus proche des vécus expérimentiels des femmes interviewées. Les entretiens ont été examinés grâce à l'analyse thématique de contenu (Braun et Clarke, 2006), ce qui a permis de dégager des pistes de réflexions et une richesse des données. À la suite des questions de recherche exposées, les résultats montrent ainsi des lacunes importantes quant aux messages de prévention adressés aux femmes lesbiennes impactant sur leurs connaissances en matière des risques liés aux infections sexuellement transmissibles. De plus, les résultats indiquent également des représentations erronées sur le vécu des relations intimes des femmes rencontrées ayant ainsi une influence sur leurs relations intimes et leur environnement social. Des lacunes ont également été remarquée quant à l'encadrement et l'accompagnement proposé par le système de soin actuel.

Mots-clés

Santé sexuelle ; Orientation sexuelle ; Lesbienne ; Méthode qualitative ; Vécu subjectif ; Comportements à risque ; Modèle corporo-sociéto-psychologique ; Scripts sexuels ; Prévention ; Psychologie de la santé

Abstract

There is little visibility regarding the sexual health of women who identify as lesbians when it comes to prevention campaigns or even in the scientific literature. Therefore, the purpose of this research is to study the subjective experiences and the needs related to lesbian women's sexual health. Seven 45-minutes qualitative interviews were conducted in order to explore the following research questions: *What are the predominant needs expressed by lesbian women ?*; *what are the representations of the risks of sexually transmitted infections in their sexual life?* and *what are the representations of the health care system?* The main theories analyzed were based on the sexual scripts by the authors Gagnon and Simon (1973) as well as on the embodied-socio-psychological model (Santiago-Delefosse, 2002), which was chosen to provide a dynamic analysis and at the closest to the experiential experiences of the women interviewed. The interviews were examined through the thematic analysis (Braun and Clarke, 2006), which allowed us to obtain rich data and a better understanding of the experiences of lesbian women. The results show significant gaps in the prevention messages addressed to lesbian women impacting their knowledge of the risks associated with sexually transmitted infections. In addition, the results also indicate misrepresentations of the lived experience of the intimate relationships of the women encountered, thus having an impact on their intimate relationships and their social environment. Deficiencies were also noted in the supervision and support offered by the current care system.

Key words

Sexual health ; Sexual orientation, Lesbian ; Qualitative methodology ; Subjective experience; Risky behaviour ; The embodied-socio-psychological perspective ; Sexual scripts ; Prevention ; Health psychology

Remerciements

Je tiens à remercier profondément ma famille et mes ami-e-s pour m'avoir soutenu et épaulé tout au long de ce travail, ainsi que mes collègues et chef-fe-s à la Fondation PROFA qui ont été d'excellents motivat-eur-ice-s lors des moments plus difficiles. Merci à tous et toutes pour les conseils, les discussions passionnantes et passionnées qui m'ont permis d'avancer lorsque je rencontrais des difficultés et qui m'ont également permis de développer mon sens critique. Un grand merci à Cléo pour la relecture du travail, ses commentaires bienveillants et constructifs. Je tiens également à remercier les participantes que j'ai rencontrées pour avoir partagé leurs vécus dans le but de rendre cette recherche possible. Leur enthousiasme a été un réel moteur pour le cœur de ce travail.

Je tiens à remercier aussi tout particulièrement Madame Angélick Schweizer et Madame Santiago-Delefosse pour leur disponibilité et leurs remarques autant constructives que pertinentes sur mon travail. Leur intérêt pour ce sujet, qui me tenait à cœur, est également à souligner, de ce fait je vous remercie grandement pour tout.

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION :	1
1.1	MOTIVATIONS ET OBJECTIFS :	1
1.2	PISTES REFLEXIVES	2
2	REVUE DE LA LITTERATURE :	2
2.1	DEFINITION DE « SANTE SEXUELLE »	2
2.2	DEFINITION DE L'HOMOSEXUALITE FEMININE :	3
2.3	LES SCRIPTS SEXUELS ; DEFINITION :	4
2.3.1	<i>Les scripts sexuels liés à la Femme :</i>	5
2.3.2	<i>Le script sexuel lesbien :</i>	6
2.4	RAPPORTS SEXUELS ENTRE FEMMES	7
2.5	SANTE SEXUELLE DES FEMMES LESBIENNES ; EPIDEMIOLOGIE :	9
2.6	CONCLUSION DE LA REVUE DE LA LITTERATURE ; ASPECT PREVENTIF	12
3	CADRE DE RECHERCHE ET PROBLEMATIQUE :	13
3.1	CADRE DU CHERCHEUR EN PSYCHOLOGIE	13
3.2	MODELE CORPORO-SOCIETO-PSYCHOLOGIQUE :	14
3.3	PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE :	16
4	METHODOLOGIE :	17
4.1	POPULATION CIBLE :	17
4.2	RECRUTEMENT :	18
4.3	ÉCHANTILLON :	18
4.4	OUTIL DE RECOLTE DE DONNEES : ENTRETIEN SEMI-STRUCTURES :	19
4.5	CANEVAS DES ENTRETIENS :	20
4.6	OUTIL D'ANALYSE DES DONNEES : ANALYSE THEMATIQUE DE CONTENU	21
5	ANALYSE DES RESULTATS	22
6	DISCUSSION DES RESULTATS	45
6.1	BESOINS RELATIFS AUX CONNAISSANCES EN SANTE SEXUELLE	45
6.2	BESOINS RELATIFS AUX RELATIONS INTIMES	48
6.3	BESOINS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT SOCIAL	50
6.4	BESOINS LIES AU SYSTEME DE SOINS ACTUEL	52
7	POSITIONNEMENT PROFESSIONNELLE DU/DE LA PSYCHOLOGUE	56

8	NECESSITE D'UNE ACTIVITE REFLEXIVE	57
9	CONCLUSION.....	58
9.1	AVANCEES DU TRAVAIL	58
9.2	LIMITES.....	59
9.3	PERSPECTIVES	61
10	BIBLIOGRAPHIE :	63
11	ANNEXES :	I

1 Introduction :

1.1 Motivations et objectifs :

Dans le canton de Vaud en Suisse, la santé sexuelle est un thème abordé dès le plus jeune âge dans les classes à l'enseignement obligatoire. Au fur et à mesure de leur avancée en âge, les élèves abordent davantage de thèmes liés aux comportements à risques, la contraception, les moyens de protection et éventuellement aussi les diversités sexuelles qui s'y attachent ainsi que certaines minorités sexuelles. En travaillant à la Fondation PROFA depuis maintenant trois ans en tant qu'intervenant par les paris, j'ai été sensibilisé à certains sujets comme les discriminations vécues par des minorités sexuelles et l'accès aux soins pour ces minorités. Pour ce travail, j'ai décidé de m'intéresser aux femmes qui ont du sexe avec les femmes (FSF) car ces dernières font partie d'une minorité qui est souvent « invisibilisée » dans les campagnes de prévention en santé sexuelle et reproductive. En discutant avec mon entourage et à travers mon travail d'intervenant, je me suis rendu compte que les informations en santé sexuelle pour cette population étaient très peu connues voire même parfois complètement ignorées. Cette réflexion a premièrement émergé lors des passages dans les classes car les élèves semblaient être de plus en plus curieu-x-ses à propos de la sexualité entre deux femmes et des risques y afférents. A la suite de ces diverses rencontres, j'ai également pu me rendre compte que les risques encourus en matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans un rapport sexuel entre deux femmes sont, la plupart du temps, inconnus dû au manque d'informations. De ce fait, j'estime important d'approfondir ce sujet afin de comprendre davantage quelles sont les causes de ces connaissances lacunaires et pour cela je m'intéresse tout particulièrement aux personnes vivant dans cette réalité. De plus la population des femmes s'identifiant comme lesbiennes est souvent marginalisée, voire invisible dans les études sur la communauté LGBT* (lesbienne/gay/bisexuel-le/trans*). Il existe donc très peu d'informations quant aux comportements à risques en santé sexuelle des femmes lesbiennes et ce qui peut influencer ces derniers. Il me semble donc pertinent de donner la parole à ces femmes qui vivent et s'assument comme homosexuelles afin de pouvoir relater, au plus proche de leur vécu, la réalité du terrain. De plus, cela peut également apporter des pistes de compréhension concernant les aspects sociaux et psychologiques du vécu expérientiel de ces femmes. C'est pourquoi tout au long de ce travail, je ferai référence à la population étudiée avec le mot « lesbienne », qui pour moi définit avant tout une orientation sexuelle assumée et non un

mot insultant ou péjoratif comme l'on peut parfois l'entendre. Selon moi, il est nécessaire d'utiliser le terme « lesbienne » car il définit en soi une catégorie spécifique tout en évitant de le rendre tabou. Au sein de mon travail, j'utilise donc ce mot pour définir une femme qui est sexuellement et émotionnellement attirée par une autre femme sans qu'il n'y ait de connotation négative.

1.2 Pistes réflexives

Ce projet de mémoire est particulier car étant moi-même un homme, je me suis posé la question sur la crédibilité et la légitimité dont je devrais faire preuve pour aborder ces questions de l'ordre de l'intimité féminine. Ceci m'a amené à me demander quel était l'objectif d'une recherche comme celle-ci, ainsi que la place de psychologue en tant que professionnel-le de la santé. J'en suis venu à la conclusion qu'à travers ce travail, il me semble nécessaire d'avoir une vision au plus proche de la réalité des femmes se définissant comme lesbiennes, cela afin d'investiguer les risques rencontrés en santé sexuelle. Pour y répondre, ma position en tant que chercheur reste ancrée dans le domaine de la psychologie. La santé sexuelle étant un aspect de la vie de l'individu qui peut prendre une place plus ou moins importante. Dans la recherche menée ici, la place de la santé sexuelle est centrale et prédominante. En tant qu'étudiant en psychologie, je n'ai pas eu de cours spécifique en lien avec les comportements sexuels humains ou un cours relatif à la sexualité de manière générale. Ceci a aussi été un élément déterminant dans ma motivation à investiguer ce sujet de recherche car la sexualité peut faire partie intégrante de la vie des personnes que le/la psychologue rencontre dans sa pratique. Je juge alors pertinent de m'intéresser davantage à la thématique de la santé sexuelle afin de comprendre les personnes rencontrées dans cet aspect intime de leurs vies.

2 Revue de la littérature :

2.1 Définition de « santé sexuelle »

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi que reprise par Santé Sexuelle Suisse (SSS) dans le livret « Standards de l'éducation sexuelle en Europe » (2013), la santé sexuelle est définie comme « (...) un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités (...) » (SSS, « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe », 2018). Cette définition prend parti pour la promotion de la santé sexuelle en la dissociant de

la reproduction et en prenant en compte son poids pour le bien-être de l'individu de manière générale. En parallèle à cette définition, il existe également une définition autour de la « santé reproductive » qui est : « (...) l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine » (SSS, Statuts de la Fondation Santé Sexuelle Suisse 2018). Comme il l'est stipulé sur le site de la SSS dans « Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle. Guide pour une politique cantonale » (2016), « la notion de santé sexuelle tend à remplacer celle de santé sexuelle et reproductive, entendu que la santé reproductive est partie intégrante de la santé sexuelle » (p.10). C'est pourquoi le terme de « santé sexuelle » est choisi, dans le cadre ce travail, afin d'englober également la définition de la santé reproductive. Relativement à l'homosexualité féminine, il est nécessaire de garder à l'esprit que l'orientation sexuelle d'une personne n'exclue en rien la potentielle présence du désir d'enfanter ou de créer une famille. Dans ce travail, parler de santé sexuelle de manière générale permet ainsi d'intégrer dans un seul terme les différentes caractéristiques en lien à avec la sexualité.

2.2 Définition de l'homosexualité féminine :

Comme évoqué dans l'introduction, le terme « lesbienne » défini, dans le cadre de ce travail, une femme qui est attirée sexuellement et sentimentalement par une autre femme. Cependant l'expression « lesbienne » peut renvoyer, dans la société d'aujourd'hui, à la stigmatisation de la masculinité et porter ainsi une connotation négative (Chetcuti, 2013). Que peut-on penser alors des femmes qui ont du sexe avec d'autres femmes sous la loupe de notre société occidentale ? L'homosexualité féminine a tendance à être moins réprimandée que l'homosexualité masculine et est même parfois socialement plus acceptée (Chetcuti, 2013). Une des explications données par les auteurs Gagnon et Simon (1973) est que la femme est par définition l'objet de fantasme de l'homme. De ce fait, s'imaginer deux femmes ensemble peut représenter un fantasme socialement accepté. Il y a, au contraire, peu de place pour l'objet représentant le fantasme de la femme. Ceci montre une forme de domination masculine en ce qui concerne les idées et les fantasmes sociétaux. Pendant longtemps, la femme n'était pas vue comme un objet pouvant être sexualisé, ou sexualisant, ce qui l'a enfermée dans un rôle de « mère » dont l'unique objectif était de se préoccuper des enfants et de les encadrer (Gagnon et Simon, 1973). Toutefois, il est vrai qu'aujourd'hui, cette pensée peut encore s'avérer présente dans les différents discours véhiculés dans la société. Une autre raison expliquant une plus grande acceptation de l'homosexualité féminine peut

également être le fait qu'il est plus facile pour une femme de camoufler sa relation intime avec une autre femme dans une romance amicale (Chetcuti, 2013). Deux femmes proches renvoient parfois simplement à l'amitié et il est acceptable que ces dernières soient tactiles entre elles sans qu'il n'y ait soupçon d'attirance ou de liaison intime. Ce n'est pas tout à fait le cas dans les relations entre hommes. Ces derniers sont rapidement vus comme potentiellement homosexuels et ne peuvent pas avoir le même degré d'intimité en société que les femmes ont entre elles (Chetcuti, 2013).

Ces pistes de réflexion font émerger un questionnement concernant la légitimité de la femme à s'assumer dans une autre orientation sexuelle que celle de l'hétérosexualité tout en prenant garde à sa santé sexuelle. Cela nous amène à discuter la place de la femme au sein de la société et comprendre comment celle-ci est sujette à suivre certains codes de conduites aussi appelés « scripts sexuels » par les auteurs Gagnon et Simon (1973).

2.3 Les scripts sexuels ; définition :

Ce travail se base ainsi sur la théorie des scripts sexuels de Gagnon et Simon (1973). Selon la définition des auteurs, les scripts sont un moyen d'expliquer les comportements sexuels humains. L'étude des scripts permet de mettre en avant comment une femme, se définissant comme lesbienne, est représentée dans son contexte culturel, historique mais également social. Si les scripts peuvent aider à comprendre certains comportements, c'est parce que ces derniers ne sont pas innés mais bel et bien inscrits dans un contexte et une culture (Gagnon et Simon, 1973). Comme l'on comprend un script selon sa définition courante, il y aurait des acteurs qui suivent ainsi un certain scénario dans une situation plus ou moins définie. Les scripts aident ainsi à analyser les interactions entre les individus tout en induisant l'existence d'un processus d'apprentissage sous-jacent. L'aspect social est donc important et comporte une condition sine qua non pour que les scripts soient transférés de génération en génération dans la société. Le contexte culturel est également omniprésent car il est influencé par l'histoire, ainsi que des mouvements sociétaux, et permet de comprendre comment les personnes intègrent et interprètent ces scripts. Afin de mieux comprendre les scripts en tant que tels, il est important de noter que les individus sont influencés par des éléments sur le plan interpersonnel, car les scripts sont partagés et relayés au sein de groupes d'individus, mais également intra-personnel, liés aux motivations personnelles de l'individu qui le conduisent ou non à l'engagement de l'acte sexuel. Selon cette théorie, l'acte sexuel, quel qu'il soit, est une activité qui prend sens dans un cadre culturel et contextuel défini. Ce cadre peut quant à lui changer en fonction des normes et des lois de la culture donnée (Gagnon et

Simon, 1973). Les théories englobant les études faites en sexualité sont bien entendues elles aussi ancrées dans un contexte historique et culturel. Les scripts sexuels reprennent certains critères normatifs en fonction du genre de la personne et définissent ainsi les lignes de conduites acceptables ou non. Certains codes évoqués peuvent concerner, par exemple, le nombre de partenaires de la personne, le rôle de soumission ou de dominance, la prise d'initiative des rapports sexuels ou encore les attentes en matière de sexualité quant au rapport sexuel en lui-même. Ces critères normatifs peuvent être remis en question, notamment dans des mouvements sociétaux visant à l'égalité des sexes. La théorie des scripts sexuels apporte toutefois un certain éclairage et des pistes d'investigation sur le comportement sexuel humain. Au fil de ce travail, il est nécessaire de poser ce cadre de référence afin de comprendre au mieux les attentes et les pressions sociales auxquelles les femmes lesbiennes sont sujettes. Avant de comprendre les scripts sexuels établis au sein de la communauté lesbienne, il est important, dans un premier temps, de délimiter ce que ces scripts sous-tendent quant au comportement sexuel de la Femme de manière générale.

2.3.1 Les scripts sexuels liés à la Femme :

Selon les théories sur la sexualité à l'époque des auteurs Gagnon et Simon (1973), la femme est vue comme sexuellement moins active que l'homme. Les femmes ont tendance à se percevoir, plus tardivement que les hommes, en tant que « personnes sexuellement actives ». Une des raisons de ce décalage est, par exemple, le fait qu'elles prendraient part à la masturbation bien plus tard dans leur vie ou encore seulement après avoir eu le premier rapport sexuel hétérosexuel (Gagnon et Simon, 1973). Les attentes sociales relatives au vécu sexuel des femmes sont que ces dernières ne commencent leur dévoilement sexuel que sur demande de l'homme et cela dans un but d'enfanter ou de construire une famille (Gagnon et Simon, 1973). Cela met la femme dans un rôle passif en matière de sexualité et il est attendu que l'initiation à un rapport sexuel ne soit uniquement faite que par l'homme. Toutefois, depuis les années septante, il y a énormément de remises en question qui ont été faites en matière d'égalité des sexes. Les avancées en termes de médecine ont permis aux femmes d'avoir accès à la pilule contraceptive, ce qui a déclenché un mouvement radical dans la conception de la sexualité humaine (Chetcuti, 2013). En effet, la sexualité, ayant jusque-là comme principal but la reproduction, commence à intégrer le fait que le rapport sexuel peut également être une question de plaisir. À ce moment-là, les femmes ont dans une moindre mesure la possibilité de faire carrière ou de se défaire du rôle de mère car cela serait faillir à leur objectif de vie, fixé en fonction des attentes culturelles et sociales (Gagnon et Simon,

1973). De ce fait, les femmes sortant de ces stéréotypes sont marginalisées et mises de côté. Nous pouvons noter qu'une certaine forme de déviance est, dans ce contexte précis, déjà évoquée concernant les femmes qui ne veulent pas forcément d'enfants ou qui privilégient une carrière, tout en restant dans un registre hétérosexuel. Avant d'aller plus loin, il est essentiel de se demander qu'en est-il alors des attentes relatives aux scripts concernant les femmes homosexuelles ?

2.3.2 Le script sexuel lesbien :

Comme énoncé précédemment, les femmes homosexuelles ont elles aussi une pression autour de leurs comportements sexuels. Les auteurs Gagnon et Simon (1973) tentent de donner une explication des scripts sexuels lesbiens dans leur contexte de l'époque. Dans leur étude, une première différence est à noter en ce qui concerne le nombre de partenaires entre une femme hétérosexuelle et une femme homosexuelle. Ils ont trouvé que les femmes homosexuelles ont plus de relations sexuelles sans attache émotionnelle en comparaison aux femmes hétérosexuelles. La différence reste tout de même relativement faible par rapport aux résultats qu'ils évoquent lors de la comparaison entre les hommes hétérosexuels et homosexuels. Cela montre une ouverture en matière de pression sociale exercée sur une femme lesbienne. En effet, cette dernière serait moins jugée négativement au sein de la société si elle a plusieurs partenaires étant donné son orientation sexuelle « marginale », alors qu'une femme hétérosexuelle serait mal vue. Dans les rapports hétérosexuels, il existe une variable non-négligeable, spécifique au rapport sexuel entre une femme et un homme, c'est qu'il est souvent attendu que ce soit l'homme qui initie le rapport sexuel. Dès lors, il est possible d'insinuer que les femmes lesbiennes reprennent ce rôle et décident ainsi d'initier le rapport sexuel. De manière générale, les auteurs mettent en avant le fait que les femmes se considérant homosexuelles se découvrent plus tard que les hommes homosexuels. La tendance sous-jacente, auprès des femmes interviewées, est qu'elles commencent plus tardivement à s'investir dans une vie sexuelle active (Gagnon et Simon, 1973). Cela est autant remarqué chez les femmes se définissant comme hétérosexuelles qu'homosexuelles (Gagnon et Simon, 1973). En matière de script sexuel lesbien, cette dimension rapproche les scripts hétérosexuels et homosexuels car les femmes se considérant comme lesbiennes suivent ainsi un script similaire aux femmes hétérosexuelles. Une des conséquences liées aux influence des scripts sexuels, c'est que les campagnes de prévention sont fortement induites par les scripts majoritaires, ici essentiellement les comportements liés à une relation hétérosexuelle (Power, McNair et Nair, 2009). Cela laisse apporter une piste explicative sur

la façon dont les femmes lesbiennes investissent et comprennent les risques liés à leur intimité. En plus de cette piste, il se peut qu'un lancement tardif dans une vie sexuelle active fasse en sorte que la gratification sexuelle est rarement recherchée si elle n'est pas mise en lien directement avec un investissement émotionnel ou romantique avec le/la partenaire (Gagnon et Simon, 1973). Cette réponse a une répercussion sur la façon d'envisager le sexe entre femmes et ouvre une piste de réflexion sur la taille restreinte du nombre de partenaires pour les femmes, que ces dernières s'identifient comme lesbiennes ou hétérosexuelles. Dans les études de Kinsey (cité par Gagnon et Simon, 1973), l'auteur montre que 29% des lesbiennes ont plus de trois ou quatre partenaires à leur actif et seulement 4% ont plus de dix partenaires. Ces valeurs sont extrêmement proches de celles des femmes hétérosexuelles. Kinsey (cité par Gagnon et Simon, 1973) a également émis l'hypothèse que cela soit dû au fait que les femmes seraient moins intéressées par les contenus exclusivement sexuels et qu'elles préfèrent la stimulation sexuelle lorsqu'elle est impliquée directement avec un-e partenaire dans un contexte relationnel. Une autre spécificité liée au script sexuel lesbien est que les lesbiennes interviewées dans l'étude de Gagnon et Simon (1973) avaient une moindre implication dans la communauté LGBT* contrairement aux hommes homosexuels. Cela s'explique également par le fait que si une femme ne veut pas se contraindre à s'afficher comme un « objet sexuel » éprouvant un désir hors des normes de la société, elle peut le camoufler dans une romance amicale avec une amie ou une partenaire. De plus, aucune variable n'a été démontrée concernant le fait que les lesbiennes étaient plus isolées que les femmes hétérosexuelles en ce qui concerne leur cadre familial ou amical (Gagnon et Simon, 1973).

L'étude des scripts sexuels montre ainsi une certaine dynamique comprenant les aspects personnels, sociétaux et également culturels. Maintenant que certaines pistes expliquant la conception sociale de la sexualité féminine sont établies, il est pertinent de se poser la question des risques qu'elles rencontrent dans leur sexualité. De ce fait, il est nécessaire de comprendre quels sont les différents rapports sexuels que l'on retrouve dans une relation entre femmes et comment ces comportements sont vécus.

2.4 Rapports sexuels entre femmes

Dans une étude plus récente, Chetcuti (2013) montre d'autres variations dans les scripts sexuels entre femmes. Tout d'abord, elle démontre que les femmes hétérosexuelles luttent pour échapper à la catégorie d'« objet dominé » dans les scripts hétérosexuels. Dans les scénarios lesbiens, ce rapport est différent car le fait d'initier un rapport avec sa partenaire

est peu ancré selon la dimension de dominante/dominée lors du sexe entre femmes. L'acte sexuel entre femmes est alors fait dans le respect et l'accord commun des pratiques utilisées (Chetcuti, 2013). Il y a bien évidemment une remise en cause des représentations de la masculinité et de la féminité dans les scénarios lesbiens. Les femmes hétérosexuelles essaient également d'échapper à cette notion de genre entre les deux partenaires. Chetcuti (2013) avance que les pratiques sexuelles dans le scénario lesbien sont ainsi davantage basées sur le respect de soi et de l'autre car ils permettent une discussion sur les limites personnelles des deux partenaires. Nous pouvons nous poser la question de cette différence ; serait-elle influencée par une communication plus présente lors des actes sexuels entre femmes par exemple ? L'auteure dit tout de même, en parlant des femmes lesbiennes, que « le script culturel qui associe amour, sexualité exclusive et amour conjugal occupe une place hégémonique chez elles » (Chetcuti, 2013, p.144). L'étude n'apporte alors pas de réponses concrètes concernant cette question mais la recherche montre toutefois que cela a un impact sur les scripts sexuels et comment ils sont vécus dans les relations sexuelles entre femmes. Une autre influence non-négligeable sur les scripts sexuels lesbiens est le manque d'identification positive par rapport à l'homosexualité féminine (Chetcuti, 2013). Cela a pour conséquence de mettre la femme, s'identifiant comme lesbienne, une double étiquette : être femme mais également avoir une autre orientation sexuelle qu'hétérosexuelle. Selon Chetcuti (2013), il y a actuellement un changement dans les scénarios sexuels. Les partenaires potentiel-le-s sont plus nombreu-x-ses et l'acte sexuel en tant que tel n'est plus simplement défini par la pénétration vaginale avec un pénis. En effet, les femmes hétérosexuelles n'ont pas les mêmes conduites que les femmes lesbiennes pour certains types de rapports. Par exemple, les femmes hétérosexuelles voient la pénétration digitale, qu'elle soit vaginale ou anale, non pas comme un acte sexuel en soi mais plutôt comme une variation des préliminaires (Ronson, Milhausen et Wood, 2012). Au contraire, dans un scénario lesbien, ce rapport est considéré comme un acte sexuel en soi. Selon les femmes ayant pris part à l'étude de Chetcuti (2013), la pénétration n'est pas forcément vue comme une relation dominante-dominée comme elle peut l'être dans une relation hétérosexuelle. Cela ne veut pas dire que toutes les femmes lesbiennes la pratiquent, mais elle peut être redéfinie en fonction du scénario sexuel intime de la personne et de sa partenaire. Cela implique alors une nouvelle définition de ce qui est intime et acceptable en fonction du contexte où l'acte sexuel prend lieu. Par exemple, l'acte de la pénétration anale est souvent mis en lien avec l'homosexualité masculine ou encore avec la dominance de l'homme sur la femme (Chetcuti, 2013). De ce fait, ce n'est pas une pratique très répandue au sein de la communauté

lesbienne. Un autre changement concernant le script sexuel, entre les femmes hétérosexuelles et homosexuelles, concerne le sexe oral. En effet, le cunnilingus est également perçu comme un acte sexuel en soi et non seulement comme un préliminaire lors de rapports entre femmes qui se définissent en tant que lesbiennes. Le sexe oral peut alors être très intime et principalement réservé aux partenaires qui sont en couple et qui se font confiance (Chetcuti, 2013). Le cunnilingus prend alors la forme d'un acte sexuel plus personnel que la pénétration digitale. Les scripts sont alors des « apprentissages sociaux, [une] intériorisation de règles, d'interdits, et aussi de récits qui permettent de reconnaître voire de produire des situations potentiellement sexuelles » (Chetcuti, 2013, p. 171). Cette citation montre l'évolution des scripts et comment ils peuvent être modifiés et intégrés parmi une minorité de personnes. Les femmes interviewées dans l'étude de Chetcuti (2013) pensent d'ailleurs que l'acte sexuel débute pareillement que les femmes soient hétérosexuelles ou lesbiennes.

Avec l'énonciation de ces actes sexuels se pose alors la question des rapports à risques pour la transmission des IST. Quels sont les risques que rencontrent les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ? Existe-t-il une place dans les scénarios lesbiens pour penser à cela ou la recherche de plaisir est-elle prédominante ? Pour répondre à ces questions, il est primordial de faire l'état des lieux des données épidémiologiques concernant la santé sexuelle des femmes lesbiennes.

2.5 Santé sexuelle des femmes lesbiennes ; épidémiologie :

Tout d'abord, il est forcé de constater qu'il existe un manque d'investigations concernant la santé sexuelle et reproductive au sein des femmes se définissant en tant que lesbiennes. La recherche scientifique sur le sujet est malheureusement pauvre. L'une des raisons qui peut expliquer cela est la faible prévalence du VIH chez les femmes qui ont du sexe avec les femmes (FSF). Dans le « programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017 » (PNVI) sorti en 2011, il est cité qu'il n'y a pas de recherches, jusqu'à maintenant en Suisse, affirmant que la population lesbienne ait un risque plus accru de contracter le VIH ou d'autres IST en comparaison aux femmes hétérosexuelles. De ce fait, les recherches et les mandats établis par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) se centrent davantage sur d'autres groupes cibles tels que les hommes qui ont du sexe avec les hommes (HSH) ou encore les travailleurs et travailleuses du sexe (OFSP, « programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017 », 2011). Cette forte prévalence de risque chez les HSH provoque une invisibilité, dans les campagnes de

prévention, d'autres populations. Cependant, les risques concernant les FSF ne s'arrêtent pas seulement au VIH. En effet, nous retrouvons d'autres IST telles que les chlamydias, la gonorrhée, l'herpès génital ou encore le papillomavirus (HPV) (Fethers, Marks, Mindel et Estcourt, 2000). Même si la santé mentale n'est pas principalement étudiée dans le cadre de ce travail, il est intéressant de noter que certaines études ont été faites à ce sujet sur les femmes lesbiennes. Les données récoltées montrent les femmes faisant partie de ce groupe sont également à risque concernant la santé mentale (Fergusson, Horwood et Beautrais, 1999), les addictions et les différents types de discriminations comme le sexisme ou la « lesbophobie » (homophobie dirigée à l'encontre des femmes homosexuelles) par exemple (Genon, Chartrain et Delebarre, 2009).

Pour revenir à la santé sexuelle, il existe une étude évoquant les différents rapports à risques pouvant amener à rencontrer des IST entre femmes (Fethers et al., 2000). Les moyens principaux de transmission peuvent être l'échange d'objets sexuels entre les deux partenaires, le sexe oral ou encore le contact entre muqueuses. Ces informations ont aussi été répertoriées dans d'autres études expliquant davantage les risques liés à la sexualité entre femmes (Marrazzo, 2000 ; Bailey, Farquhar, Owen et Mangtani, 2004). Les pratiques, précédemment évoquées, étant faites couramment dans les scripts sexuels lesbiens, il est pertinent de s'y intéresser davantage. Dans l'étude de Fethers et al. (2000) il n'est pas mentionné de cas de transmission de VIH parmi l'échantillon interviewé. L'une des pistes apportées par les chercheurs, pouvant expliquer la présence de cas d'infection avec le VIH entre femmes, est liée au fait que certaines femmes n'ont pas de rapports sexuels exclusivement qu'avec des femmes mais il se peut que certaines aient parfois encore contact avec des hommes (Fethers et al., 2000). La minimisation du risque de contracter le VIH dans les rapports sexuels entre femmes ne devrait cependant pas occulter les autres IST. Ceci est également confirmé par une étude menée par Descuves et Berrut (2013) en Suisse romande sur « la santé des femmes qui aiment les femmes », il est observé que l'échantillon étudié présentait également des comportements pouvant mener à l'exposition d'un risque et contracter certaines IST déjà citées ci-dessus ; gonorrhée, chlamydias, HPV et herpès génital. Etant donné les risques liés aux IST, il est possible de se questionner sur les méthodes de dépistages des femmes lesbiennes. Dans une autre étude faite par Berrut (2006) auprès des lesbiennes en consultation gynécologique, il est évoqué que ces femmes effectuent moins de contrôles médicaux que les femmes hétérosexuelles et cela pour différentes raisons. Dans un premier temps, la chercheuse s'est demandée si cela était dû à un manque d'information concernant le risque d'infections lors de rapports sexuels entre

femmes ou bien si cela se référerait plutôt à un manque d'informations du côté des professionnel-le-s, ici les gynécologues, quant à la prise en charge spécifique de cette population. Une autre raison est également liée au fait que les femmes lesbiennes ne prennent pas de contraception, si elles ont exclusivement des relations sexuelles avec des femmes. De ce fait, les gynécologues sont moins consulté-e-s, engendrant ainsi un manque d'évaluation de la santé sexuelle chez les femmes lesbiennes. Ces différents facteurs illustrent une fois de plus la méconnaissance, ainsi que le manque de prévention, au sein de la communauté lesbienne. Il serait alors pertinent de ne pas négliger les besoins et les ressources de cette population en matière de santé sexuelle. Pour ce faire, il est important d'investiguer quels sont les moyens de protection existants lors de rapports sexuels entre femmes, et quelles ressources existent à ce sujet.

Afin de prévenir les comportements sexuels à risque chez les FSF, l'association romande « Les Klamydia's », s'intéressant à « la santé sexuelle des femmes qui aiment les femmes », a créé un guide du « safer sex » entre femmes (2018). Le « safer sex » est un terme utilisé dans le domaine de la prévention et qui définit le sexe à moindre risque. La notion de risque zéro n'existe pas en santé sexuelle et les protections ne sont jamais garanties à cent pour cent d'efficacité car certaines personnes ne les utilisent pas correctement. Le but est d'informer la population sur les comportements adéquats à adapter en cas de prise de risques sans stigmatiser ou dramatiser. Dans le guide du « safer sex » entre femmes, il est confirmé que les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes peuvent être amenées à rencontrer des IST mais ce guide indique également quels sont les moyens de s'en protéger. Il y a par exemple la possibilité de mettre un préservatif sur le jouet sexuel lors de son utilisation. Si tel est le cas, il est primordial de changer le préservatif quand celui-ci est utilisé sur une autre partenaire. Lors de pénétration vaginale ou anale, les partenaires peuvent utiliser un gant en latex afin de diminuer les risques de transmission. Lors de cunnilingus ou anulingus, l'utilisation d'une digue dentaire (film plastique utilisé lors d'un rapport bucco-génital avec une partenaire ayant une génitalité féminine) est préférable afin de limiter aussi le risque de contamination par une IST. Ces différents moyens de protection ne sont pas couramment utilisés lors de relations sexuelles en femmes (Les Klamyda's, « Guide du safer sex entre femmes », 2018). Cela peut être dû d'une part à la méconnaissance des femmes lesbiennes que ces protections existent, mais également parce que ces dernières pensent que les IST ne les concernent pas ou en tout cas moins que les femmes hétérosexuelles.

Ceci amène alors à réfléchir sur la raison de ce désinvestissement de la santé sexuelle chez les lesbiennes. Est-il également engendré par les différents messages de prévention actuels qui ne parlent presque jamais des femmes ayant du sexe avec d'autres femmes ? Dans un document élaboré par l'Organisation Suisse des Lesbiennes (LOS) (2017), il est indiqué qu'il est nécessaire de renforcer le réseau de santé spécifique aux besoins des FSF. De plus, le document constate le peu d'investissement dans les recherches en matière de santé chez les lesbiennes et met l'accent sur le manque de recherches actuelles. C'est pour ces différentes raisons qu'il est important, à travers ce travail, de se concentrer davantage sur la santé sexuelle des femmes lesbiennes. Le manque de données statistiques les concernant, ainsi que l'absence de connaissances et de formation chez les professionnel-le-s de la santé, implique un cadre non-sécurisant pour ces femmes. Une meilleure connaissance au sujet des pratiques sexuelles des femmes lesbiennes et des risques encourus permettrait d'améliorer les prises en charges concernant les besoins et les soins auxquels ces femmes devraient pouvoir bénéficier. De ce fait, la question de la fréquentation des espaces de soins par les femmes lesbiennes se pose. Pour tenter de comprendre davantage ces différents facteurs, il est essentiel de garder à l'esprit qu'il n'est pas possible de tenter de comprendre un individu en psychologie en occultant tout le contexte qui l'entoure.

2.6 Conclusion de la revue de la littérature ; aspect préventif

Dans le contexte de la psychologie de la santé, les résultats précédemment illustrés montrent un réel manque de compréhension et d'investissement dans le vécu subjectif de la communauté lesbienne. La prévention étant un objectif de la psychologie de la santé (Delefosse, 2002), elle implique également l'étude des comportements à risques afin d'améliorer le système de soins. De ce fait, ce travail s'inscrit dans une visée de compréhension au plus proche des personnes concernées et selon un certain cadre méthodologique. Pour ce faire, il est nécessaire de définir un modèle qui puisse autant intégrer les aspects psychologiques que sociaux. Bien que le modèle bio-psycho-social a pendant longtemps influencé de façon dominante la branche de la psychologie de la santé, il présente aussi des limites importantes pour le travail mené à travers ce mémoire. En premier lieu, le modèle bio-psycho-social ne rend pas complètement compte de l'expression du vécu subjectif des personnes interrogées (Delefosse, 2002). Ce modèle comprend donc une préférence pour les méthodes de recherches quantitatives car elles permettent d'avoir des résultats plus conséquents et davantage généralisables que les méthodes qualitatives (Delefosse, 2002). Cependant, en fonction des objectifs de ce travail, il est nécessaire de

tenter de comprendre au mieux les femmes rencontrées, sans mettre de côté leur environnement ni leur vécu. De plus, le modèle bio-psycho-social ne rend pas entièrement compte du contexte culturel dans lequel s'inscrivent ces femmes. L'utilisation d'un modèle s'alliant davantage aux pratiques qualitatives est importante pour ce sujet car cela permet de mettre en lien des aspects qui sont spécifiques et primordiaux pour la population étudiée. Les méthodes qualitatives se révèlent être un outil précieux pour recueillir des données au plus proche du vécu de l'individu tout en tentant de comprendre sa singularité. La recherche qualitative semble être alors une alternative de choix à la méthode quantitative, bien que cette dernière rencontre des limites par rapport à la généralisation ou des questions de recherches plus spécifiques à l'individu. Pour toutes ces raisons, il semble nécessaire de se baser sur un modèle plus dynamique, laissant davantage de place au vécu des sujets ainsi que tous les facteurs extérieurs influençant la compréhension de ces derniers. C'est pourquoi le modèle corporo-sociéto-psychologique (CSP) (Santiago-Delefosse, 2015), illustré plus tard dans ce travail, peut amener des pistes de réflexions afin de comprendre l'individu dans son ensemble et de la manière la plus complète possible quant aux questionnements fondés dans ce travail.

3 Cadre de recherche et problématique :

3.1 Cadre du chercheur en psychologie

Dans le cadre d'une telle étude et en tant que psychologue, les aspects liés à la sexualité et au vécu subjectif sont des éléments incontournables à aborder avec les personnes lors des entretiens, que ceux-ci prennent place dans un cadre clinique et de recherche si cela est le sujet principal. De ce fait, les problématiques abordées peuvent permettre d'approfondir les connaissances liées à la santé sexuelle des femmes se considérant comme lesbiennes et de mieux comprendre leurs besoins. La revue de la littérature a permis d'aller dans ce sens en pointant les lacunes relatives à la compréhension et aux différents cadres régissant la sexualité des femmes lesbiennes. De plus, le fait de s'intéresser à une minorité sexuelle permet de répondre à leurs besoins de manière spécifique et pertinente. Dans un second temps, la question de la position du/de la psychologue doit aussi être prise en compte pour travailler au mieux avec cette minorité. Le travail du/de la psychologue consiste à aider l'individu dans son ensemble tout en prenant en compte les différents facteurs entourant ce dernier. Pour cela, il est nécessaire de partir du vécu de la personne et d'avoir des pistes de réflexion concernant les différents moyens de lui venir en aide. Ce travail a donc pour but

d'améliorer la notion de soins que peuvent recevoir les femmes s'identifiant comme lesbiennes tout en partant de plusieurs questions liées à leur façon d'investir subjectivement leur vécu sexuel. Par conséquent, la collaboration entre plusieurs professionnel-le-s dans le domaine de la santé paraît être primordiale afin de répondre aux demandes et aux besoins de ces femmes. Afin de d'englober au mieux tous les facteurs déterminants auxquels sont sujettes les femmes s'identifiant comme lesbiennes, il est important de comprendre un modèle dynamique détaillant plusieurs pistes de compréhension quant au vécu subjectif de la population de cette recherche exploratoire.

3.2 Modèle Corporo-sociéto-psychologique :

Pour contribuer à instaurer un cadre théorique et explicatif dans le contexte de ce travail, il a été décidé d'intégrer le modèle corporo-sociéto-psychologique (CSP) (Santiago-Delefosse, 2015). Le choix d'un tel modèle est également expliqué par le positionnement en tant que psychologue et loin d'un registre médical. En effet, dans le cadre sa profession, le psychologue est moins centré sur uniquement les substrats biologiques, même si l'on ne peut pas complètement les éliminer, que sur l'influence des aspects sociaux ou psychologiques qui régissent les individus. Le modèle CSP, utilisé en psychologie de la santé, permet d'aller plus loin que le modèle bio-psycho-social dans certaines dimensions. Tout d'abord, ce modèle permet de se focaliser sur l'individu dans un contexte spécifique (Santiago-Delefosse, 2015). Il tient compte de l'histoire, la culture, l'environnement social de la personne ainsi que de ses émotions tout en ne négligeant pas les aspects développementaux. Ces aspects sont d'ailleurs inspirés des travaux de Vygotski (1896-1934) et Wallon (1879-1962). Cela donne une importance certaine au vécu concret de l'individu inscrit dans un contexte social et culturel tout en expliquant les actions d'un point de vue subjectif du sujet (Santiago-Delefosse, 2015). Le modèle laisse ainsi la place aux différentes réponses et réactions possibles, tout en prenant en compte les capacités d'ajustement du sujet liées à son système de pensée, émotionnel et affectif inscrit dans une période de vie déterminée. Le modèle CSP comporte trois dimensions qui sont la corporéité, la dimension sociétale et la dimension psychologique. La première dimension est définie par la corporéité de l'individu. Cette dimension prend en compte le système émotionnel de la personne qui sert à communiquer. Les émotions sont dans un premier temps le seul moyen de communication de l'individu et ont un sens en fonction du contexte social dans lequel elles s'expriment (Santiago-Delefosse, 2015). La communication est un besoin vital pour l'être humain. La corporéité est toujours en activité et représente ainsi un sens humain mais également social.

Le corps est donc une des premières voies de communication entre l'individu et le monde extérieur. Au début de vie, la communication passe par des automatismes qui seront ensuite interprétés puis compris dans la relation à l'autre. Dans le cadre de ce travail, cette dimension peut permettre d'expliquer les caractères d'actions des personnes interrogées et de mieux comprendre leurs sensibilités. Les réponses liées au système émotionnel peuvent alors être automatiques ou pensées, ce qui incite à comprendre de manière objective le lien que la personne a avec le monde externe. Cela permet aussi de mettre en avant la relation émotionnelle et le degré d'investissement relationnel avec les partenaires.

La dimension sociétale est présente dans le but de donner un sens aux actions des individus. L'individu étant un être social, il prend appui sur la culture et les différentes variables qui l'entourent comme la famille, l'histoire, la politique, etc... Les agirs et les expressions émotionnelles sont transformés en codes historico-culturels. Les sources médiatiques peuvent également influencer les individus. Dans ce travail, cet aspect est tout particulièrement intéressant car les informations véhiculées à travers les médias peuvent aider à comprendre et intégrer des informations potentiellement liées à la prévention en santé sexuelle. Cela a donc aussi une influence sur les comportements de l'individu et plus spécifiquement ici des femmes ayant du sexe avec des femmes. De plus, il est possible de mettre en lien un aspect parfois étudié dans la corporéité qui est la notion de « propreté » (Ghane et Sweeny, 2013). Cela est important ici car lorsqu'une personne parle d'infections sexuellement transmissibles, il y a une tendance sociale à voir cela comme impur et impropre. Ce stigma social est particulièrement intéressant dans ce travail car il définit une limite que les femmes ayant du sexe avec les femmes rencontrent moins du fait de la méconnaissance des risques encourus par les rapports sexuels entre femmes.

Pour la dimension psychologique, il s'agit de co-construire un espace de pensée. Cette dimension est une forme d'intégration des émotions et de gestes, en d'autres termes du vécu interne et externe de la personne. Ces échanges laissent place à l'interprétation du moment présent. Les états corporels peuvent ainsi avoir un impact sur les processus psychologiques et influencer par la suite les aspects comportementaux. Cela s'avère être un facteur non négligeable dans le cadre de ce travail et dans la prévention en santé sexuelle des femmes qui ont du sexe avec des femmes. Cette dimension, en interaction avec les émotions et les processus psychologiques, permet une piste de réflexion quant à la facette préventive de ce travail. Les comportements peuvent alors être compris dans un contexte spécifique et mis en lien les facteurs émotionnels liés à la personne. Des pistes explicatives peuvent également être apportées concernant les motivations psychologiques en lien avec la

recherche de rapport intimes entre femmes. Ronson, Milhausen et Wook (2012) évoquent ainsi une recherche d'augmentation de l'estime de soi ou la volonté de se sentir désiré-e. La dimension psychologique de ce modèle amène aussi à travailler avec les aspects défensifs de cette dernière. Certains mécanismes psychologiques tels que le déni, l'angoisse ou encore la culpabilité peuvent émerger dans un sujet aussi sensible traitant de l'intimité sexuelle (Delefosse, 2002). Il est vrai que, parfois, les messages de prévention peuvent faire émerger des messages contradictoires chez les personnes cibles. Si, par exemple, les messages de prévention sont intrusifs pour la personne qui les reçoit, cela peut favoriser la méfiance entre pairs au lieu de favoriser l'approche et l'acceptation de l'autre. Ce modèle permet donc de faire émerger ces processus psychologiques afin de comprendre au mieux l'expérience de l'individu (Delefosse, 2002).

Les avantages principaux du modèle CSP sont, dans le cadre de ce travail, de pouvoir analyser le contenu narratif des personnes interrogées, puis de faire ressortir les liens entre la corporéité, le sociétal et le psychologique. L'aspect dynamique de ce modèle permet ainsi de prendre en compte l'expérience des femmes au plus proche de leur vécu expérientiel. Il permet ainsi de joindre les notions de corporéité et de société afin de tenter de comprendre les processus cognitifs des individus en fonction du contexte tout en ne négligeant pas l'aspect subjectif. En effet, les éléments de ce modèle apparaissent, s'élaborent et se construisent dans la narration expérientielle de l'individu. Cela permet de donner un sens au vécu subjectif des personnes et ainsi comprendre au mieux les différentes représentations de la santé sexuelle et des rapports à risques.

3.3 Problématique et questions de recherche :

Les apports du modèle CSP amène à se questionner sur le système de soin auquel les femmes lesbiennes peuvent avoir accès ainsi que les facteurs influençant cette prise en charge. La manière dont les scripts sexuels sont véhiculés dans la société actuelle apporte des pistes adéquates quant à une meilleure compréhension de ces facteurs de risques chez les lesbiennes. Il est nécessaire de comprendre davantage l'influence engendrée par ces scripts sur l'orientation sexuelle et ainsi saisir les enjeux concernant leur relation au corps (corporéité), les influences sociétales et les processus psychologiques induisant certains comportements. L'objectif secondaire de cette recherche est d'avoir des pistes concernant les améliorations dans la prise en charge de cette population quant au réseau de santé actuellement établi et le rôle du psychologue dans ce dernier. Comme évoqué dans la revue de la littérature, les femmes lesbiennes sont souvent marginalisées dans les études en santé

sexuelle et même parfois absentes des protocoles de prévention publique. Après avoir établi qu'il existe des lacunes quant à la prise en charge des femmes lesbiennes, nous remarquons rapidement le manque conséquent de données statistiques sur leurs comportements à risques. De plus, il existe peu d'études récentes sur les diverses caractéristiques, telles que les aspects psychologiques, sociétaux ou encore la façon dans la sexualité des femmes lesbiennes est vécue à travers le corps. Cette marginalisation de certains domaines de vie des femmes lesbiennes peut avoir une influence sur notre compréhension de leur santé sexuelle ainsi que la manière dont elle est abordée dans le système de soin actuel. Il est important de définir comment s'agencent les différentes questions dans ce travail et ce relativement à une vision d'un-e psychologue. Pour ce faire plusieurs questions de recherche peuvent alors être posées :

- Quels sont les besoins prédominants exprimés par les femmes lesbiennes ?
- Quelles sont les représentations des risques des infections sexuellement transmissibles dans leurs pratiques sexuelles ?
- Quelles sont les représentations du système de soins ?

Ces questions reprennent ainsi le questionnement du psychologue face à une personne ayant des besoins particuliers en matière de soins tout en interrogeant les ressources déjà disponibles parmi le réseau existant. Pour mieux répondre à cela, il est essentiel d'expliquer le cadre méthodologique mis en place pour ce travail de mémoire.

4 Méthodologie :

4.1 Population cible :

Afin de répondre aux questions précédemment évoquées, il est important de faire une recherche qualitative qui permettrait de mettre en évidence les ressources déjà disponibles et connues par les femmes lesbiennes en Suisse romande. Afin d'affiner le sujet d'étude, il est pertinent de se focaliser plus précisément sur les femmes qui se définissent elles-mêmes comme lesbiennes. Cette décision a été prise dans des buts méthodologiques de recrutement. En effet, partir d'une population plus ciblée permet ainsi de réduire certains biais liés à une population plus large comme les FSF. De plus, le fait d'avoir une orientation sexuelle différente, autre qu'hétérosexuelle, amène au questionnement de l'influence des comportements et des processus psychologiques sur la prise de risque. De ce fait, ces questions sont investiguées à travers sept entretiens qualitatifs qui permettent de mettre en lumière les différentes thématiques en lien avec le sujet.

4.2 Recrutement :

Concernant le recrutement, il a été décidé de procéder à un mode d'accès indirect en utilisant des informat-eur-ric-e-s relais (Blanchet et Gotman, 2010). La raison de ce choix s'est portée sur le fait qu'il semblait pertinent d'interviewer des femmes sans passer par des relais institutionnels afin de limiter les biais sur les connaissances théoriques des IST des participantes. Cela permet d'être au plus proche du vécu subjectif de femmes figurant dans la population générale sans être forcément dans un militantisme proclamé ou exerçant un travail dans ce domaine. Il est vrai que la méthode d'accès indirect présente l'inconvénient d'être moins neutre (Blanchet et Gotman, 2010). Toutefois, pour sélectionner la population cible nécessaire à cette recherche, cette méthode était la plus adéquate afin de trouver des personnes dans une communauté restreinte. Par ailleurs, le fait de passer par des informat-eur-ric-e-s relais permet que le contact avec les femmes interviewées soit fait avec une bonne distance relationnelle par rapport à l'intervieweur comparé à la méthode de proche en proche (Blanchet et Gotman, 2010). Cela permet, dans un certain sens, d'éviter les rapports d'obligation chez les femmes auxquelles l'on demande de participer à la recherche tout en favorisant ainsi l'initiative personnelle de ces dernières pour y prendre part. Un flyer informatif (Annexe I) a été créé afin de permettre au mieux la diffusion des objectifs de l'étude.

4.3 Échantillon :

Les sept femmes recrutées ont entre 19 et 30 ans, la moyenne d'âge est de 23.3 ans. Toutes les femmes participant à cette recherche s'identifient elles-mêmes comme étant lesbiennes. Les noms des participantes ont été complètement changés. Voici ci-dessous un bref descriptif de ces dernières afin de mieux saisir leurs parcours de vie jusqu'au moment de l'entretien :

- **Alice*** ; femme de 24 ans, elle est en couple avec une femme depuis trois ans. Elle n'a jamais eu d'expérience sexuelle avec des hommes et envisage de faire un dépistage du VIH prochainement avec sa partenaire afin d'officialiser davantage leur relation.
- **Bonnie*** ; femme de 22 ans, elle se définit comme militante pour la communauté LGBT*. Elle est en couple depuis un an avec une femme et a eu par le passé des rapports sexuels avec des hommes mais elle ne pense pas que cela se fera à nouveau, étant donné qu'elle assume davantage son orientation sexuelle aujourd'hui.

- **Carmen*** : femme de 21 ans, elle se définit comme étant vierge car elle n'a jamais eu de rapports sexuels avec quiconque. Elle s'identifie comme lesbienne étant donné qu'elle est uniquement attirée, sentimentalement et sexuellement, par les femmes.
- **Diane*** ; femme de 27 ans, elle est sensible à la cause des femmes qui ont du sexe avec des femmes car elle sort dans le milieu gay et a des ami-e-s qui s'intéressent beaucoup au sujet. Elle est en couple depuis quatre ans avec une femme et a l'impression que sa relation se concrétise de plus en plus, elle parle même d'enfants avec sa partenaire.
- **Eliana*** ; femme de 30 ans, elle est célibataire. Elle a vécu deux relations de longue durée avec des femmes, mais cela fait un moment qu'elle est seule. Elle dit ne pas être particulièrement à la recherche de quelqu'un en ce moment. Elle a également beaucoup voyagé et habité à l'étranger.
- **Fiona*** ; femme de 20 ans, elle est célibataire et se décrit elle-même comme une personne ayant beaucoup de partenaires sexuelles. Elle a été en couple pendant deux ans avec une femme mais depuis, elle a plusieurs partenaires avec qui elle ne s'engage pas forcément pour former un couple.
- **Gaëlle*** ; femme de 19 ans, elle est en couple depuis un an avec sa première partenaire. Elle est très heureuse dans sa relation et dit partager beaucoup de choses avec sa partenaire.

4.4 Outil de récolte de données : entretien semi-structurés :

Le choix d'une méthode qualitative pour la récolte de données peut s'expliquer suite à plusieurs raisons. Dans un premier temps, l'entretien permet d'investiguer les états émotionnels de l'individu ainsi que son système de représentations (Fischer et Tarquinio, 2014). Cet outil donne alors accès aux croyances de la personne, et apporte également des informations essentielles quant aux conduites personnelles ou sociales tout en se basant sur la subjectivité du discours. Pour ce faire, il faut bien évidemment être attentif à la bonne connaissance du terrain ainsi qu'à la population étudiée afin de pouvoir rebondir correctement lors des entretiens (Blanchet et Gotman, 2010). Le psychologue doit s'assurer que lui et son sujet donnent les mêmes significations aux termes utilisés lors de la verbalisation pendant les entretiens. La qualité de vie peut alors être étudiée dans une perspective de santé sexuelle et plus particulièrement pour les femmes se définissant comme lesbiennes. Dans le cadre de cette recherche, être au plus proche du vécu de ces femmes est certes un atout afin de mieux encadrer leurs besoins et leurs représentations, mais cela est

également une des limites de la recherche qualitative. En effet, le/la psychologue ne peut pas s'assimiler entièrement à son sujet et doit maintenir une bonne distance relationnelle (Blanchet et Gotman, 2010). Le choix de réaliser des entretiens semi-structurés trouve sa source dans le fait qu'il permet ainsi d'être proche du vécu de la personne interrogée. Ces entretiens utilisent un cadre et un canevas d'entretien qui peut être ajusté en fonction des questions de recherche. Ils permettent également au/à la psychologue d'avoir des lignes directives pour répondre au mieux aux différentes problématiques de recherche. Pour toutes ces raisons, nous estimons que cet outil donne ainsi un accès direct aux représentations des femmes lesbiennes dans cette étude.

4.5 Canevas des entretiens :

Sept entretiens allant de trente minutes à une heure ont été menés avec les femmes rencontrées, la durée moyenne des entretiens étaient de quarante-cinq minutes, comme il l'était annoncé et prévu dans le formulaire d'information distribué aux participantes (Annexe II). Un formulaire de consentement a également été distribué avant les entretiens et signé par les participantes (Annexe III). Les entretiens avaient pour consigne de base la phrase suivante : « *Pouvez-vous me raconter quelle est votre perception de la santé sexuelle chez les femmes qui ont du sexe avec d'autres femmes ?* ». Le choix d'une consigne aussi large était bénéfique aux diverses thématiques que l'intervieweur souhaitait aborder, le risque étant que la consigne ne soit pas assez précise ou claire. Toutefois, il est important d'avoir les axes thématiques en tête afin de pouvoir aborder tous les sujets de manière que les femmes se sentent en confiance tout en partageant leurs expériences de vies sur un sujet relativement intime. Les trois axes thématiques pour accomplir les entretiens, en lien avec les questions de recherches, étaient : les besoins en santé sexuelle, les risques liés aux IST puis la représentation du système de santé. Le premier axe permet ainsi mettre une importance sur le vécu subjectif des femmes interviewées afin de comprendre leurs besoins de manière personnelle. Cet axe définit également les influences vécues par les participantes et met en lumière les différences à noter entre les femmes se définissant comme lesbiennes de celles se définissant comme hétérosexuelles. Le deuxième axe concerne la notion de prise de risques chez les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes. Il comprend davantage les informations qu'ont les interviewées sur les risques en matière de santé sexuelle et les moyens qu'elles mettent en place pour s'en protéger. Finalement, le dernier axe de recherche englobe les ressources à disposition pouvant aider une femme lesbienne dans sa santé sexuelle. L'essentiel ici est de savoir si le système de soins apporte des réponses

adéquates aux femmes lesbiennes qui le mobilisent et en quoi il pourrait être amélioré spécifiquement à cette population. Le canevas d'entretien complet (Annexe IV) présente ainsi les trois axes évoqués puis les potentielles relances possibles.

4.6 Outil d'analyse des données : analyse thématique de contenu

Après retranscription des entretiens, il a été décidé que l'analyse des entretiens se ferait avec l'outil d'analyse thématique de contenu selon l'article de Braun et Clarke (2006). La pertinence de cette analyse réside dans le fait qu'elle permet de faire ressortir les thèmes subjectifs aux discours des participantes (Braun et Clarke, 2006). Cet outil est passablement utilisé en analyse qualitative car il permet d'avoir une flexibilité et permet ainsi de donner l'importance nécessaire au contenu des discours et non sa forme (Santiago-Delefosse et Del Río Carral, 2017). L'analyse thématique de contenu est ainsi utile car elle lie ensemble les expériences de vie des personnes interviewées ainsi que les représentations des événements les influençant. Ceci est davantage pertinent dans une recherche comme celle-ci où les femmes interviewées abordent leur intimité avec un inconnu. Bien que certains auteurs avancent que l'analyse thématique de contenu peut manquer de validité, cette méthode permet d'avoir une grande richesse au niveau des données et les rendre ainsi bien détaillées (Lyons et Rohleder, 2015). L'analyse thématique de contenu permet dans cette recherche d'être au plus proche des vécus des femmes rencontrées.

Plusieurs étapes sont nécessaires afin de faire l'analyse de contenu, le développement de cette dernière est expliqué ci-après. Premièrement, le/la chercheur-se se familiarise avec l'ensemble du corpus d'entretiens en le lisant attentivement tout, en notant les idées émergentes à première vue. Dans un deuxième temps, des « codes » sont à identifier afin de créer des unités de sens à travers tout le corpus (Braun et Clarke, 2006). Ces unités de sens sont la matière brute du début de l'analyse car elles sont définies au plus proches des dires des participantes et permettent ainsi une première organisation (Annexe V). Les unités de sens sont parfois bien nombreuses et il est essentiel de les regrouper pour en tirer des catégories générales, qui se retrouvent dans l'ensemble des entretiens. C'est donc l'étape suivante permettant ainsi de créer différentes catégories (Annexe VI). Dans cette troisième étape, les thèmes finaux ne sont pas encore définitifs car il est important d'établir des rassemblements pour définir des sous-catégories et catégories mutuellement exclusives pour permettre un assemblage de thèmes différents et pertinents pour l'analyse. Pour ce faire, une « mind map » a été créée (Annexe VII) afin de faire ressortir les mots les plus utilisés en lien avec les entretiens. Les traits reliant les différents mots sont connotés négativement

(traits rouges) ou positivement (traits verts) en fonction des dires des femmes interviewées. L'avant-dernière étape est constituée par la nomination de chaque thème qui explique une dimension des entretiens et explique en quelques mots les axes de recherche (Braun et Clarke, 2006). L'étape finale constitue l'écriture de l'analyse globale du corpus de données. Cette étape est constamment en construction tout au long du travail d'analyse car le/la chercheur-se décrit et approfondit les différentes catégories et thèmes pendant les étapes énoncées ci-dessus. Cela nécessite parfois des allers et retours entre les thèmes établis et la base de données des entretiens afin d'affiner l'analyse puis également tester chaque thème émergent (Santiago-Delefosse et Del Río Carral, 2017). Grâce au suivi méticuleux des étapes de l'analyse thématique de contenu, il est ainsi possible de rassembler le discours des participantes en sous-catégories, puis de former des catégories plus conceptuelles pouvant être regroupées afin de finalement de trouver un thème englobant les différentes catégories. Ces différentes étapes demandent du temps et un travail précis.

5 Analyse des résultats

L'analyse thématique de contenu a permis d'identifier quatre thèmes : les connaissances en matière d'IST, le vécu sexuel subjectif, la vie sociale et les consultations médicales. Pour chacun de ces quatre thèmes, différentes catégories et sous-catégories ont également été mises en avant comme il est possible de le constater dans le schéma ci-dessous :

Tableau 1. Tableau d'analyse thématique de contenu

Thèmes	Catégories	Sous-catégories
1. Connaissances en matière d'IST	1.1 Manque d'information	Tabou
		Début de vie sexuelle
		Impossibilité de nommer des IST
	1.2 Sources d'information	Internet
		Personne de confiance
		Parents
		Ami-e-s
	1.3 Protection	Préservatif masculin
		Préservatif féminin
		Gants
		Digues dentaires
	1.4 Comportements à risques	Pratiques sexuelles
		Crainte liée au déni
		Croyance qu'il n'y a pas de risques
Facteurs de risques		

	1.5 Prévention	Act-eur-ric-e-s de prévention Discours en santé publique
2. Vécu sexuel subjectif	2.1 Rôles endossés dans la relation intime	Rôle initiant Rôle de « l'homme » Rôle dominant Égalité
	2.2 Critères pour engager un acte sexuel entre femmes	Sentiments Intelligence Confiance
	2.3 Corporéité	Parties du corps Meilleure compréhension
3. Vie sociale des femmes lesbiennes	3.1 Communauté	Réputation Ne s'identifie pas à la communauté Droits Militante
	3.2 Discriminations vécues	Homophobie Insultes Pression des hommes
	3.3 Représentations de la sexualité lesbienne	Fantasme Pas du vrai sexe
4. Consultations médicales	4.1 Attentes d'une consultation médicale	Anonymat Non-jugement Réassurance Dépistages
	4.2 Obstacles internes aux participantes	Stress Malaise Acceptation de l'homosexualité Virginité Vulnérabilité
	4.3 Comportements et discours des professionnel-le-s perçus comme des obstacles	Passivité Normes hétéro-centrées Formation lacunaire Indifférenciation Contraception
	4.4 Abord idéal de la santé sexuelle des femmes lesbiennes	Cadre sécurisant Attitude active des professionnel-le-s Genre Ouverture Inclusif
	4.5 Centre de soin destiné aux FSF	Enthousiasme Espace sûr Désavantages

1. Connaissances en matière d'IST

Ce thème est central dans le développement de ce travail de recherche et regroupe plusieurs aspects fondamentaux des vécus relatés à travers les différents entretiens. Les catégories de ce thème comportent davantage les aspects « théoriques » liés à la santé sexuelle. Cela englobe une partie des connaissances acquises et développées tout au long des parcours de vie des participantes sur les risques qu'elles peuvent rencontrer dans une vie sexuelle active. Ce thème comprend ainsi cinq catégories telles que : le manque d'information, les sources d'information, la protection, les comportements à risques et la prévention. Pour chacune de ces catégories, des sous-catégories ont été répertoriées pour faire le lien avec le vécu des participantes. Ces sous-catégories seront donc expliquées plus en détails dans les paragraphes ci-dessous.

1.1 Manque d'information

Généralement, les participantes interrogées disent rapidement qu'elles ont la sensation de ne pas avoir assez de connaissances en matière de santé sexuelle. La raison principale énoncée par les femmes interviewées est que la santé sexuelle est déjà un sujet tabou au sein de la société et que le sexe entre femmes l'est alors davantage. Le deuxième élément important lié au manque d'information est que ce dernier doit être comblé au début de la vie sexuelle active, avant les premiers rapports sexuels. Ces deux critères amènent à se concentrer de manière plus précise sur les deux sous-catégories qui sont la notion de tabou et le début de vie sexuelle.

Tabou

La santé sexuelle entre femmes n'est pas souvent discutée, comme le dit Alice* : « *c'est assez tabou mine de rien* ». Ceci est souvent lié au fait que nous parlons d'une minorité car Carmen* « *dès qu'on ne parle pas d'hétérosexualité le sujet il est tout de suite plus tabou* ». L'hétérosexualité est perçue comme une norme et est de ce fait plus abordée. La sexualité entre femmes Gaëlle* « *est quelque chose de tabou, qu'on doit cacher* ». Trois des participantes semblent converger sur ce point de vue sur les relations entre femmes.

Début de vie sexuelle

Le manque d'information a ainsi un impact dans la manière dont les femmes investissent premièrement leur sexualité. Deux participantes mettent en avant cela en disant : Bonnie* « *je pense qu'il faudrait déjà que, qu'on m'ait appris donc je parle au passé dans le sens ou maintenant c'est enfin je vois pas trop comment est-ce qu'on pourrait m'apprendre*

maintenant ». L'apport d'informations semble nécessaire en début de vie sexuelle active car cela permet de comprendre davantage les implications d'une relation intime ; Carmen* « *je pense que ça aurait été heu important aussi d'avoir certaines informations par rapport à ba tout ce qui est autour de la, la sexualité, et heu du coup tu commences à avoir des relations* ». En effet, il semble, selon le discours des interviewées, que des informations relatives aux IST en amont de leurs premiers rapports sexuels leur permettraient de se sentir à l'aise dans leur intimité. Comme le relate une participante des questions surviennent dans ces cas-là : Gaëlle* « *au début je lui disais heu "est-ce que tu penses qu'on devrait en utiliser des - enfin utiliser des préservatifs féminins"* ». Avoir des informations en amont permet de fixer certaines bases de sécurité lors d'un rapport intime telle que la protection, qui sera abordée plus tard dans une autre catégorie.

Impossibilité de nommer des IST

Deux participantes disent qu'il est difficile, voire impossible pour elles de nommer les infections sexuellement transmissibles autre que le VIH : Diane* « *il y a sûrement d'autres infections sexuellement transmissibles mais après te- te dire lesquelles je crois que j'en serais même heu incapable en fait* ».

1.2 Sources des informations

Bien que l'ensemble des participantes dise avoir des lacunes en matière de connaissances en santé sexuelle, elles ont également évoqué différentes sources d'où proviennent les connaissances qu'elles ont acquises jusqu'à l'entretien. Les sources principales évoquées sont : internet, une personne de confiance, les parents ou encore les ami-e-s.

Internet

Plusieurs participantes disent que la source d'information principale est Internet ; Carmen* « *ouais internet je pense que ça a été heu l'outil le plus utilisé pour heu pour tout ce qui est renseignements* » ou encore ; Eliana* « *Si on va pas se renseigner sur Internet heu on ne sait pas grand chose quoi, vraiment pas* ». Certaines participantes expliquent davantage en quoi Internet peut leur être vraiment utile. Tout d'abord, il y a le fait que c'est anonyme et relativement facile d'accès : Eliana* « *s'il y a quelque chose j'irais plutôt sur Internet regarder que de parler peut-être face à face avec heu mon médecin* ». La participante dit également : Eliana* « *si on veut des renseignements ou des informations je pense que c'est compliqué de discuter avec son gynécologue parce que, parce qu'il y a Internet* », cela montre comment Internet peut être une source facile d'accès. Un des avantages d'Internet est l'anonymat : Carmen* « *c'est vraiment- t'es toi, t'es tout seul, tu peux effacer ton*

historique après si t'as peur ». Le désavantage d'une plateforme d'information aussi vaste qu'Internet réside essentiellement dans l'origine des informations et la véracité de ces dernières Fiona* « *parce que Internet te trouve toutes les maladies qu'il faut aussi* ». Gaëlle* « *Justement sur Internet on ne sait plus trop heu quoi croire, à quel point c'est vrai* ». Internet reste donc une plateforme adéquate et très utilisée lorsqu'une personne veut avoir une réponse rapide, toutefois cela comprend également des désavantages pouvant conduire à de fausses informations.

Personne de confiance

Une participante en particulier énonce qu'il est plus facile pour elle de demander directement des informations à un adulte de confiance. Fiona* « *j'avais demandé à [mon] prof [...] si c'est aussi possible que les femmes se- puis elle m'avait dit lors de bucco-génitaux* » ; Fiona* « *[Il] m'a dit à peu près enfin ce qu'on pouvait faire, [il] m'a dit que certes ça se passait moins mais qu'il fallait peut-être faire attention quand même mais j'ai pu en parler avec [lui] et pas eu de soucis* ». Le fait d'avoir un contact direct avec un adulte est, dans ce cas, essentiel pour que les informations soient intégrées et comprises.

Parents

Une participante expose également que les parents peuvent être une source d'information importante quand il s'agit d'intimité et sexualité : Bonnie* « *j'ai une maman qui est très ouverte d'esprit et qui nous a toujours dit depuis qu'on est petit de- "alors vous faites ce que vous voulez, avec qui vous voulez, combien de fois vous voulez et quand, j'en ai rien à cirer mais préservatif TOU JOURS"* ». La famille n'est cependant pas toujours un tremplin dans cet aspect-là : Eliana* « *je veux dire avec ma maman j'en ai parlé très, très tard et (.) donc du coup on a pris l'habitude de pas trop en parler quoi* ». Cette participante rajoute même : « *par exemple même avec ma maman, on discute de tout- non on discute de tout, même de sexualité mais il n'y a pas de choses que je ne sais pas mais je ne vais pas forcément- enfin je ne vais pas lui demander* ». Certaines participantes sont en effet plutôt inhibées quand il s'agit de parler de santé sexuelle à leurs parents car il se peut qu'il n'y ait pas une ouverture d'esprit assez grande ou une confiance présente : Gaëlle* « *mon père il sait et ça va beaucoup mieux qu'au début mais je pourrais jamais parler de ça avec* ».

Ami-e-s

Cinq participantes évoquent qu'une source d'information peut aussi être trouvée chez les ami-e-s : Alice* « *c'est plutôt heu si tout d'un coup on parle d'un sujet avec des amies et puis ha tiens on se renseigne* ». Une participante ne partage toutefois pas cet avis et ne Fiona* « *parle pas à [s]es potes ou quoi que ce soit* ».

1.3 Protection

Il existe un manque d'informations relatives aux protections potentiellement utilisables dans un rapport sexuel entre deux femmes : Alice* « *les capotes et tout ça mais il n'y a rien qui est pour la protection féminine* ». La majorité des participantes rejoint cet avis et ne connaît pas les protections existantes : Bonnie* « *je pense que la protection sexuelle est liée à la pénétration masculine à mon avis* ». De ce fait, cette catégorie est divisée en plusieurs sous-catégories comprenant les protections évoquées par les femmes interviewées. Les protections énoncées sont les suivantes : le préservatif masculin, le préservatif féminin, les gants et les digues dentaires.

Préservatif masculin

Le préservatif masculin est venu dans le discours des participantes afin de montrer le contraste entre comment la protection est amenée et utilisée dans un rapport hétérosexuel en comparaison à une relation homosexuelle entre femmes. En effet, une participante affirme que la protection entre femmes n'est pas discutée Bonnie* « *contrairement au monde heu hétéro que j'ai aussi eu le loisir d'expérimenté un petit peu où heu où le préservatif c'est- c'est une norme quoi* ». Cette représentation normée du port de préservatif est expliquée par le fait qu'il est lié à la pénétration : Bonnie* « *dans le monde hétéro ce qui- le moment où tu veux absolument mettre un préservatif c'est quand il va y avoir pénétration* ». Cette participante rajoute également que « *la manière que le préservatif a été démocratisé, le préservatif entre femmes devrait être démocratisé de la même manière* ». Il y a bien une zone inconnue qui entoure la protection lors des rapports sexuels entre femmes. La diffusion de ces informations est d'autant plus mise en échec par le fait que le préservatif le plus utilisé reste le masculin.

Préservatif féminin

Bien que le préservatif féminin ne soit pas exclusivement lié aux rapports sexuels entre femmes, il est tout de même vu comme une protection adéquate pour se protéger. Toutefois, ses avantages et ses inconvénients ne sont pas connus et il n'est pas facile de le trouver sur le marché : Alice* « *on a voulu une fois aller voir par rapport à la capote féminine, juste par curiosité même mais en ne voyant rien on s'est dit ba ça va être délicat à aborder. Nous on va être mal à l'aise, la personne en face va être mal à l'aise, au final on va repartir sans informations* ». Cet obstacle est rencontré par plusieurs participantes : Gaëlle* « *même en pharmacie j'en ai pas trouvé, enfin ouais puis du coup c'est un peu le truc "bon ba ok on va faire sans alors"* ». Bien que les informations concernant le préservatif masculin soient bien

répandues, Gaëlle* « *les féminins j'ai toujours pas compris, du coup voilà donc heu ouais si c'est vraiment utile, nécessaire* ».

Gants

Une seule participante a parlé de gants comme protection pour la pénétration digitale entre femmes : Gaëlle* « *je ne sais même plus comment ça s'appelle, c'est une sorte de gant* ». Ses connaissances concernant cette protection sont tout de même floues et cela se caractérise par la citation suivante : Gaëlle* « *les gants, il n'y a personne qui, qui le sait et ça peut paraître heu pas très sexy forcément* ». La non-connaissance de cette protection se révèle être un argument conséquent étant donné qu'aucune autre participante n'a parlé de ce moyen de protection.

Digues dentaires

Aucune participante n'a concrètement parlé de digue dentaire (film plastique utilisé lors d'un rapport bucco-génital avec une partenaire ayant un appareil génital féminin) mais deux participantes l'ont évoqué avec leurs propres mots : Bonnie* « *il existe ces- ces machins carrés là heu de plastique heu je pense pas que ce soit non plus la- enfin c'est- la question s'est jamais posée dans les rapports sexuels que j'ai pu avoir* ». Bien que cette protection soit évoquée, la participante dit bien qu'elle ne l'utilise pas dans ses rapports intimes avec une femme car Bonnie* « *même si je connais ces protections-là, leur utilisation ne se fait pas* ». La discussion centrée sur les protections entre femmes n'est pas faite comme le relate Fiona* : « *il n'y a rien à dire donc heu à part dire oui on peut mettre un petit bout de plastique ba on va pas commencer à aller dans les détails et c'est tout enfin* ».

1.4 Comportements à risque

En ce qui concerne les comportements à risque, il existe des lacunes sur les informations véhiculées : Carmen* « *pour moi il y a clairement des risques heu avec le manque d'information qu'il y a* » ce qui induit Carmen* « *[qu'] on ne se rend pas compte qu'il y a aussi des risques pour les femmes lesbiennes quand même* ». Selon cette participante les informations sur les comportements à risque sont plutôt déduites des messages véhiculés pour les couples hétérosexuels : Carmen* « *quand ils parlent des risques pour les couples hétéros, genre ils disent enfin ils t'indiquent quel fluide chez la femme genre est porteur de risque et du coup forcément tu connectes entre deux femmes c'est pareil quoi* ». Les femmes s'identifiant comme lesbiennes font alors des suppositions sur les pratiques à risques pour leur propre santé. De ce fait, plusieurs sous-catégories sont ressorties lors des entretiens

telles que : les pratiques sexuelles, la crainte liée au déni, la croyance qu'il n'y a pas de risques et les facteurs de risques.

Pratiques sexuelles

Cette sous-catégorie met en évidence, selon cinq participantes, deux pratiques sexuelles en particulier qui sont le cunnilingus et les rapports sexuels avec des hommes. Deux participantes ont parlé du cunnilingus et des risques que le sexe oral entre femmes pouvait comporter : Bonnie* « *le fait aussi que quand je lui ai fait un cuni il y avait une odeur pas terrible je me suis dit que potentiellement il y avait u- une infection quelconque* ». Cette participante a remarqué en plein acte sexuel qu'il y avait potentiellement un risque pendant un rapport oral dû à des symptômes spécifiques. Une autre participante dit que par rapport Eliana* « *aux règles heu on sait que c'est du sang hein donc heu il y a des risques de contamination si on venait à avoir des coupures ou si on venait à avoir des, des comment dire aussi des coupures dans la bouche* ». Les informations relatées quant au contact bucco-génital sont vraies mais ce ne sont que deux participantes qui ont pu en parler lorsque la notion de comportement à risques a été abordée lors des entretiens. Une participante dit même : Fiona* « *quand j'ai appris qu'on pouvait choper quelque chose avec un rapport bucco-génital ba là je me suis dit bon puis j'en ai parlé à une ou deux copines* ». De plus, trois participantes évoquent que les comportements à risque qu'elles ont entrepris étaient majoritairement en lien avec les hommes : Eliana* « *j'ai aussi quand même couché avec des hommes donc s'il y a eu des fois des, des choses à risques dans le passé plutôt* ». Cette réflexion est directement mise en lien avec la pensée commune que les femmes entre elles n'ont pas de risques de contracter une IST. De ce fait, les rapports sexuels entre un homme et une femme sont considérés comme risqués. Gaëlle* « *Je n'ai jamais eu avec un homme est-ce qu'en soit il y a quand même des dangers de maladies* », cette conclusion résume en soit que le risque est avant tout vu dans la pénétration vaginale par un pénis. Ceci est même confirmé par certain-e-s professionnel-le-s : Gaëlle* « *après la gynéco ça par contre elle m'a quand même dit que c'était vachement plus dangereux pour les- enfin pour les personnes qui ont du- enfin qui ont des relations avec des hommes* ».

Crainte liée au déni

Une participante en particulier se livre en disant qu'elle n'est pas allée consulter suite à une prise de risque importante car selon elle : Bonnie* « *après cet évènement non ! Parce que j'ai fait un gros déni* ». Évidemment le terme « déni » n'est pas abordé dans le sens connu en psychologie mais plutôt dans le sens d'évitement.

Croyance qu'il n'y a pas de risques

Parmi toutes les femmes interrogées, la pensée la plus répandue en matière de comportement à risque est : Diane* « *on entend toujours qu'en fait entre deux femmes il n'y a pas de risques* » ; ou encore : Bonnie* « *Dans le cas du monde lesbien ba il y a- il a cette heu cette improbabilité entre guillemets qui joue donc je me suis rassurée comme ça* ». Cette pensée est relativement répandue dans les entretiens et reviendra davantage lorsque la catégorie des professionnel-le-s sera abordée plus tard.

Facteurs de risques

Cette sous-catégorie a été créée selon trois propos analysés dans le discours des participantes ; l'âge, l'alcool et le nombre de partenaires. La participante la plus âgée dit que l'âge a un effet conséquent sur la prise de risques : Eliana* « *les comportements à risque que j'ai eus c'était plus quand j'étais jeune que maintenant, je pense que l'âge ça fait aussi clairement quelque chose, on est, on est plus naïf* ». Cette notion de naïveté a eu un impact sur la manière dont cette participante se perçoit concernant les risques en matière de santé sexuelle, Eliana* « *c'est vrai que quand j'étais jeune je faisais beaucoup de choses et pas trop attention quoi et maintenant c'est inimaginable* ». Bien que la consommation d'alcool soit seulement survenue dans un entretien, cela reste une composante conséquente concernant les comportements à risques : Eliana* « *quand on prend l'alcool ça joue quand même un gros rôle sur est-ce qu'on a un comportement à risque ou pas avec le sexe* ». Finalement, deux participantes disent que le nombre de partenaires est un facteur en lien avec la prise de risques : Bonnie* « *elle m'a dit que ouais ba elle avait couché avec beaucoup de mecs et puis avec beaucoup de filles et puis heu et du coup là après coup je me suis senti vraiment en mode "oh ha j'ai pris un risque" (...) parce que je pense que tu prends quand même plus en plus de risques plus t'as de partenaires* ».

1.5 Prévention

La prévention reste une catégorie importante concernant le thème des connaissances en IST. Deux sous-catégories ont émergé de l'analyse, la première concerne les différents act-eur-ric-e-s de prévention car c'est grâce à eux que les connaissances se construisent et se transmettent, la deuxième est liée aux discours préventifs véhiculés au sein de la santé publique.

Act-eur-ric-e-s de prévention

Les dispositifs évoqués par les participantes sont les suivants : l'éducation sexuelle, les campagnes de prévention et les pharmacies. En commençant avec l'éducation sexuelle, une

participante dit : Alice* « *L'éducation sexuelle ils ont jamais mentionné heu le sexe entre personnes de heu de même sexe* ». Bien que les informations concernant les risques, les protections et les infections sexuellement transmissibles ne soient pas clairement définies, cette participante évoque que cela pourrait potentiellement être dû au fait que l'éducation sexuelle manque de visibilité concernant les femmes qui ont du sexe avec femmes. Six participantes sur sept ont parlé du manque d'investissement de l'éducation sexuelle dans la promotion de la prévention des relations sexuelles entre femmes. Une participante rajoute également : Bonnie* « *Quand tu reçois l'éducation sexuelle ba c'est- c'est hyper hétéro-normé en fait* ». En effet, six participantes disent que l'homosexualité n'est que partiellement discutée lors de ces cours et encore moins en ce qui concerne l'homosexualité féminine. Il serait important pour les participantes de pouvoir en parler davantage afin de rendre visible cette thématique pour que les informations circulent et soient davantage accessibles : Bonnie* « *tout passe par l'éducation de manière systématique donc à partir du moment où- si dans l'éducation sexuelle on nous apprend qu'il y a "hey attendez on ne parle pas que du sexe hétérosexuel mais il y a aussi le sexe homosexuel" je pense que ça pourrait permettre une plus grande acceptation de l'homosexualité aussi de manière générale* ». Nous retrouvons ensuite les campagnes de prévention dans lesquelles les couples hétérosexuels sont les plus représentés et les messages de base en matière de prévention leur sont adressés directement dans l'ensemble : Bonnie* « *Le nombre de campagnes qui a eu pour heu pour le préservatif elle est astronomique* ». De cette manière, il est difficile pour les participantes de se sentir concernées par ces messages de prévention : Alice* « *les informations (bruit de microphone) on voit vite fait et puis on est là non ça nous concerne pas* ». Une autre participante dit aussi : Diane* « *je ne me suis jamais sentie heu touchée ou interpellée en fait par ce genre de campagne* ». Les femmes s'identifiant comme lesbiennes n'arrivent pas à trouver les informations utiles pour leur situation personnelle. Finalement, deux participantes pensent que de mettre à disposition des affiches ou encore des préservatifs féminins dans les pharmacies pourrait aider à diffuser des informations pertinentes aux femmes qui ont du sexe avec des femmes : Alice* « *la pharmacie à côté de mettre en avant des affiches qui soient plus destinées aux- ba aux femmes aimant les femmes* ». Une d'entre elle dit cela en parlant de la protection Gaëlle* « *même dans une pharmacie j'en ai pas trouvé, enfin ouais puis du coup c'est un peu le truc "bon ba ok on va faire sans alors"* ». La pharmacie reste ainsi un lieu où il est possible de s'informer facilement et d'avoir accès à la protection.

Discours en santé publique

Dans cette sous-catégorie, trois éléments ont été regroupés suite à l'analyse des entretiens. Les trois éléments sont les discours des campagnes de prévention sur les relations hétérosexuelles, la visibilité des FSF et puis la représentation accrue des HSH. En commençant par les discours sur l'hétérosexualité, Carmen* dit : « *L'hétérosexualité est de toute façon plus abordée puisqu'enfin c'est un peu ce que les gens considèrent la norme* ». Ceci est le message présent dans le discours de quelques participantes car l'hétérosexualité est davantage discutée dans les messages de prévention de manière générale. Les FSF tentent d'interpréter les messages de prévention en les ramenant à leur propre vécu : Carmen* « *quand ils parlent des risques pour les couples hétéros, genre ils disent enfin ils t'indiquent quel fluide chez la femme genre est porteur de risque et du coup forcément tu connectes entre deux femmes c'est pareil quoi* ». Une participante met en avant la difficulté que peuvent représenter des références essentiellement hétérosexuelles dans les messages de prévention : Diane* « *quand tu te questionnes autour de ta sexualité et puis que t'as que ce repère homme femme et ba d'avoir aussi d'autres, d'autres repères et qui puissent aussi te rassurer, te guider par rapport à ta sexualité* ». La visibilité des FSF est ainsi mise à mal dans les discours en santé publique : Carmen* « *La santé sexuelle de la femme tout court, c'est pas le truc qui est a été le plus exploré* ». Cette visibilité rend ainsi les femmes s'identifiant comme lesbiennes prêtes à demander des informations en lien avec leur situation personnelle ; Alice* « *En tout cas pour ma part oui, parce que je me serais dit "ha tiens c'est heu ba ils en ont ici, on peut en parler ils sont au courant, il pourront nous donner des informations", ou alors nous dire "heu ba vous pouvez aller voir tel et tel endroit mais il y a l'affiche qui dit ha tiens ça, ça nous concerne"* ». Une participante pense tout de même que le manque de visibilité des FSF dans le domaine de prévention n'est pas lié à une fermeture d'esprit : Bonnie* « *Je ne dirais pas que c'est un manque d'ouverture de pouvoir parler de ce sujet ben déjà parce que le sexe lesbien est beaucoup plus accepté que le sexe heu homosexuel* ». Cette participante dit que les FSF sont plus acceptées en société mais cela n'empêche pas le fait que la visibilité des HSH dans la prévention est bien plus importante, comme le montre également une autre participante : Eliana* « *il y a énormément qui se fait au niveau gay pour les hommes ba il y a le SIDA qui est la plus grosse maladie entre guillemet* ». La prévention étant principalement centrée sur le VIH, il est vrai qu' Fiona* « *on parle des hommes mais on parle pas des femmes* ». Ce discours reste présent chez trois femmes interrogées. Les HSH sont plus visibles sur les campagnes de prévention car le risque de transmettre le VIH est plus grand : Gaëlle* « *j'ai l'impression que c'est un peu un*

(.) un vide du sexe heu homosexuel féminin alors que les gays enfin c'est beaucoup plus cadré, enfin voilà ils doivent se protéger, il faut vraiment faire attention au SIDA ». Une participante en particulier a même tendance à dire que ses connaissances en matière de santé sexuelle en lien avec les HSH est plus prononcée que celles en lien avec les FSF : Eliana* « C'est, c'est ancré quoi, on a été éduqué comme ça c'est (.) ouais c'est un peu le SIDA pour les hommes et puis rien pour nous ».

2. Vécu sexuel subjectif

Ce thème est ressorti dans les entretiens en rapport avec le vécu sexuel personnel des participantes. L'analyse qualitative a révélé trois catégories telles que les rôles endossés dans la relation intime, les critères pour engager un acte sexuel et la corporéité. Ces catégories représentent ainsi les différentes histoires de vies sexuelles des participantes afin de mettre en lumière comment elles s'engagent dans leur sexualité et comment elles se la représentent.

2.1 Rôles endossés dans la relation intime

Cette catégorie met en évidence comment les participantes ont intégré certains rôles inscrits dans la société et comment ces derniers émergent dans leurs relations.

Rôle initiant

Deux participantes ont évoqué l'influence des rôles qui peuvent émerger au sein d'un couple de femmes. Une participante met en avant le fait que la protection est initiée par la femme dans les rapports : Bonnie* « c'est même pas qu'on y pense pas c'est- c'est à la femelle de dire ba attends on va mettre heu du plastique quoi ».

Rôle de « l'homme »

Fiona* « Il paraît qu'il y a le rôle de l'homme et de la femme dans un couple lesbien », Fiona* « comme si on avait toujours besoin d'avoir un espèce de rôle masculin et il devait toujours il y avait une part d'homme dans notre couple ». Deux participantes font ce même postulat et disent qu'il peut arriver que certaines personnes leur demandent : Fiona* « c'est qui l'homme dans votre couple ». Bien que cela soit nié par les femmes étant en couple avec d'autres femmes, pour une participante il y a tout de même une assimilation qui est faite car Fiona* « apparemment [elle] endosse souvent celui de l'homme ».

Rôle dominant

Une participante cherche par exemple à s'extraire de ces rôles présumés par les personnes externes à la relation. Une participante s'identifie elle-même à un rôle dominant dans le couple : Bonnie* « j'ai un côté plus dominant que la moyenne ». Par cet exemple, la

participante tente de montrer que la tendance chez les femmes est tout de même d'être plus passive et qu'elle ne rentre pas dans ce schéma précis. Une autre généralise cette tendance à être dominant en disant que Gaëlle* « *même heu au sein de couples hétérosexuels, peut-être la femme qui est plus heu entreprenante, qui va plus heu tester de nouvelles choses* ».

Égalité

Une participante rétablit les normes visitées ci-dessus en donnant son avis sur le statut plus égalitaire entre les partenaires des couples qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels : Gaëlle* « *Je pense que ça dépend vraiment de chacun et qu'après même dans les couples hétérosexuels je pense que maintenant de plus en plus il y a cette vision de, du sexe égalitaire* »

2.2 Critères pour engager un acte sexuel entre femmes

Cette catégorie présente les critères perçus comme nécessaires par les femmes interviewées pour aboutir à une relation sexuelle entre femmes. Les différentes sous-catégories exprimées sont : les sentiments, l'intelligence et la confiance.

Sentiments

Selon trois femmes interrogées, la notion de sentiment est un élément important qui peut amener à une relation intime entre deux femmes : Eliana* « *je pense quand même qu'on a un peu petit peu plus besoin de sentiment que les hommes pour pouvoir coucher* ». Eliana* « *Pour les femmes il y a, il y a une autre approche à avoir pour avoir heu avoir un contact sexuel derrière, je pense que c'est au niveau de la- ouais des sentiments quoi* ». Une participante met en lien la vision qu'a la société de la relation entre femmes et dit Fiona* « *des fois c'est juste purement sexuel* » mais « *ça reste un peu dans cette vision que la société a du sexe entre femmes mais des fois non, ça va plus dans les sentiments* ». La pensée générale reste sur le fait que les sentiments sont importants dans une relation intime entre femmes. Pour aller plus loin, les sentiments pourraient ainsi amener à une connexion particulière entre deux partenaires comme l'évoque une participante. Cette dernière dit : Fiona* « *avec une femme moi il y a besoin d'une connexion sinon ça va pas jouer, non* ». Elle rajoute même qu' Fiona* « *il faut que ça clique parce que sinon ce sera compliqué* ».

Intelligence

Ce facteur n'a été cité qu'une fois à travers tous les entretiens effectués, cependant il reste pertinent car il accentue le vécu d'une participante et du lien qu'elle établit avec ses partenaires sexuelles : Fiona* « *j'aime bien que ce soit quelqu'un que j'aime bien dans le sens- ba au niveau intellectuel surtout* ».

Confiance

Deux participantes mentionnent ainsi la confiance entre les deux partenaires pour dire que cela influence également la notion de santé générale. Carmen* « *Je trouve que c'est des choses qui sont hyper importantes quoi enfin pour heu pour les deux personnes, leur santé et puis la confiance au sein du couple* ». Une autre participante fait aussi un lien entre la confiance et la santé mais plutôt dans un autre sens, en effet elle lie la confiance au manque de protection entre les deux partenaires : Eliana* « *niveau des femmes j'en ai vraiment eu heu c'était à chaque fois dans vraiment des relations de confiance donc du coup c'est vrai qu'on fait moins attention* ». Cette participante ajoute : Eliana* « *exactement cet échange de, de confiance entre les deux personnes et s'il y pas ça c'est compliqué* ». Elle dit ainsi que la confiance peut être un facteur clé pour qu'un acte sexuel se produise entre deux femmes.

2.3 Corporéité

La relation au corps est amenée de différentes façons dans les entretiens des femmes interviewées car Gaëlle* « *les corps sont pas abordés de la même manière* » entre une relation homosexuelle ou hétérosexuelle. Celles qui ont en parlé remarquent, de manière générale, qu'il y a tout de même une différence dans une relation intime entre deux femmes ou entre un homme et une femme. Les différentes sous-catégories évoquées renvoient à des parties du corps de la femme, puis à une meilleure compréhension entre les deux partenaires par rapports aux attentes de l'acte sexuel.

Parties du corps

Une participante évoque deux parties du corps spécifiquement : le clitoris et la poitrine. Gaëlle* « *le clitoris évidemment avec (...) qui est peut-être un peu plus oublié ou secondaire dans un- dans une relation hétérosexuelle* ». De plus elle rajoute : Gaëlle* « *la présence par exemple de la poitrine est plus importante que peut-être dans le sexe avec un homme* ». Ces deux parties sont des éléments importants dans le lien au corps de cette participante lors d'une relation sexuelle avec une femme.

Meilleure compréhension

Gaëlle* « *Au niveau de la compréhension je pense que c'est quand même beaucoup plus facile avec une femme* », Gaëlle* « *j'ai l'impression qu'entre femmes on, on arrive quand même plus à se comprendre* ». Cette participante affirme qu'il est plus compliqué pour un homme de comprendre la femme que si la relation se passe entre deux femmes : Gaëlle* « *c'est pas parce qu'il veut pas mais il le comprendra pas* ». Selon les interviewées, il semble

que les hommes ne puissent pas comprendre aussi bien le vécu corporel des femmes car Gaëlle* « *deux femmes ensemble, elles sont censées connaître leur corps et elles sont censées savoir ce qui fait mal, ce qui fait pas mal, ce qui fait du bien, ce qui fait pas du bien* ».

3. Vie sociale des femmes lesbiennes

Ce thème met l'accent sur la vie sociale des femmes s'identifiant comme lesbiennes. Les différentes catégories apparues sont les suivantes : la communauté, les discriminations vécues et les représentations de la sexualité lesbienne.

3.1 Communauté

La communauté représente ici au sens large le cercle des femmes qui s'identifient comme lesbiennes en partant de ces dernières et pouvant englober le continuum de la communauté LGBT*. Les sous-catégories analysées sont : la réputation, ne pas s'identifier à la communauté, les droits et finalement être militante.

Réputation

Une seule participante a fait part de la notion de réputation au sein de la communauté des femmes lesbiennes : Bonnie* « *j'ai ma fierté personnelle déjà dans un premier temps heu d'avoir envie que l'autre prenne du plaisir et heu et t'as aussi une question de réputation dans le monde lesbien et j'avais pas envie de dire ba stop à ce moment-là comme ça mais ouais ça peut paraître con* ». Comme le dit cette participante, la réputation a une certaine importance pour elle étant donné qu'elle s'engage dans une relation sexuelle potentiellement à risques pour des raisons de réputation.

Ne s'identifie pas à la communauté

Trois participantes ont discuté de leur appartenance à la communauté des femmes s'identifiant comme lesbiennes : Gaëlle* « *je fais pas, enfin partie de la communauté LGBT au sens de je vais pas dans les bars gays, je vais pas enfin ouais je fais pas de manifestation ou tout ça* » ou encore Eliana* « *je ne suis pas disons dans ce monde de lesbienne* ».

Droits

Deux participantes discutent des différences entre les personnes se définissant comme homosexuelles de celles s'identifiant comme hétérosexuelles relativement à la législation et aux droits de ces dernières : Diane* « *par exemple (...) le fait que deux femmes ou deux hommes peuvent pas se marier ou adopter c'est déjà un manque de reconnaissance total* ». Diane* « *Comme les homosexuels ne sont encore pas heu reconnus comme déjà on a pas de mariage ou d'adoption, ils sont pas encore reconnus donc on est encore dans un système ou*

on a besoin aussi de fonctionner par heu communauté ». L'importance de la communauté est ici transportée pour faire valoir les droits des personnes touchées. De ce fait, Gaëlle* « *il y a clairement une heu une solidarité à avoir et puis heu on doit se battre pour certains droits »* au sein de la communauté.

Militante

Une participante a fait part de son côté militant lors de l'entretien en affirmant : Bonnie* « *je suis militante donc du coup heu dans le cadre heu de- des assocés »*. Ceci l'affilie directement à la communauté de femmes s'identifiant lesbiennes, d'autant plus qu'elle dit elle-même faire partie d'associations. Les autres participantes n'évoquent pas forcément leur appartenance à un groupe et cela indépendamment des exemples cités ci-dessus.

3.2 Discriminations vécues

Ce thème présente les injustices subies par les femmes qui ont du sexe avec les femmes. Les discriminations peuvent exister dans plusieurs contextes et varier en fonction de ces derniers. La première discrimination relatée correspond à l'homophobie et est suivie par les insultes allant à l'encontre de l'orientation sexuelle. D'autres contextes s'apparentent davantage à des lieux sociaux, par exemple dans la rue ou lors des sorties en discothèque et est liée à la pression des hommes.

Homophobie

Une participante partage son avis sur l'homophobie en relatant Eliana* « *qu'il y a quand même encore de l'homophobie en Suisse »* mais elle Eliana* « *pense qu'il y a moins d'homophobie contre les femmes que contre les hommes »*. L'homophobie est parfois perçue par les personnes proches des femmes s'identifiant comme lesbiennes comme dans l'exemple suivant : Alice* « *ma mère a réagi une fois heu en disant “ mais les gens ils vous regardent comme une bête de foire “ »*. Toutefois, une participante transmet qu'une de ses partenaires avait des Bonnie* « *parents étant homophobes »*.

Insultes

Une participante remarque que Gaëlle* « *souvent dans les films, on voit heu des « gouines » heu tu, « tu broutes l'herbe »*. Ces insultes sont reprises parfois dans la réalité et il est arrivé qu'une femme de l'échantillon ait déjà été insultée : Fiona* « *je me suis déjà ramassé des insultes »*. Afin de contrer cette dynamique, une participante dit qu'elle Gaëlle* « *reprënd [...] le langage ou les blagues qui sont faites [...], qui sortent des préjugés [pour] les tourne[r] en dérision »*.

Pression des hommes

Une participante expose le fait qu'il lui arrive souvent que des hommes viennent s'immiscer dans son intimité à elle et de sa partenaire lorsqu'elles se retrouvent dans un espace public : Fiona* « *j'embrassais une de mes partenaires en boîte et il y avait dix mecs autour de nous* ». Cela ajoute un obstacle à vivre de manière sécurisante la relation en public car la participante Fiona* « *[a] envie de l'embrasser mais (...) [elle] sai[t] très bien qu'il y a des mecs qui vont venir [leur] faire chier* ». La participante explique bien qu'elle n'embrasse pas sa partenaire dans un but quelconque de provoquer ou intimider : Fiona* « *arrêtez de penser qu'on s'embrasse en boîte ba il faut venir nous embêter* »

3.3 Représentations de la sexualité lesbienne

Les discours véhiculés au sujet des vies sociales des participantes accordent une attention particulière aux représentations qu'il existe des rapports sexuels entre deux femmes. La première rubrique de cette catégorie est le fantasme que peut suggérer au niveau social une relation intime entre femmes, puis dans un second temps la représentation que le sexe entre femmes n'est pas du vrai sexe.

Fantasme

Quatre femmes interviewées pensent que Fiona* « *deux femmes qui couchent ensemble sont encore un peu un fantasme pour les hommes* » et que Bonnie* « *[c]e fantasme du sexe lesbien il est quand même hyper présent dans le monde hétéro* ». Une participante ne restreint pas cette pensée uniquement aux hommes et rajoute aussi que le sexe entre femmes Gaëlle* « *représente un peu des fantasmes, des envies cachées de beaucoup de- autant de femmes que d'hommes* ». Cette représentation affecte la manière dans les femmes s'identifiant comme lesbiennes envisagent elles-mêmes leur sexualité et selon elles il Fiona* « *faudrait que le fantasme des hommes parte un petit peu tu vois dans leurs pensées* ».

Pas du vrai sexe

Deux participantes ont partagé leurs avis sur le fait que certaines personnes se représentent le sexe entre deux femmes comme n'étant pas du vrai sexe ; Bonnie* « *Il y a énormément de personnes qui même dans le monde hétéro disent heu que le sexe lesbien c'est pas du vrai sexe dans le sens où ba t'as pas de pénétration donc du coup il n'y a pas- c'est pas- par un pénis et du coup c'est pas du vrai sexe* ». Cette idée se retrouve bien évidemment au sein de la société et une des raisons potentielles est Bonnie* « *peut-être parce que le sexe lesbien est fantasmé et qu'on ne le prend pas au sérieux* ». Une participante ajoute que les gens, Fiona* « *ils pensent que c'est qu'un jeu* ».

4. Consultations médicales

Le thème des consultations médicales est apparu à la suite de l'analyse des entretiens. Ce dernier reprend les différentes ressources qu'une femme s'identifiant comme lesbienne peut trouver dans le système de soins actuel. Les différentes catégories illustrant ce thème prennent en compte les attentes des participantes, les obstacles internes liés aux participantes, comportements des professionnel-le-s perçus comme des obstacles, l'abord idéal relatif à la santé sexuelle et finalement la création d'un centre dédié à la santé des FSF.

4.1 Attentes d'une consultation médicale

Les attentes sont un facteur relativement important mises en lien avec la consultation. Les participantes interviewées ont des attentes relativement similaires par rapport aux consultations médicales. Les attentes les plus prégnantes reportées lors des entretiens sont : l'anonymat, le non-jugement, la réassurance et les dépistages.

Anonymat

L'anonymat a été énoncé par trois participantes lors des entretiens. Eliana* « *Je préfère garder mon anonymat par rapport à certaines questions quoi* », cette participante illustre ainsi que l'anonymat est important dans le cadre de la consultation. Cependant une autre participante évoque l'anonymat des consultations pour dire que pour elle, ils ne sont pas importants : Fiona* « *je sais qu'ils font des tests anonymement enfin après je m'en fous de l'anonymat* ».

Non-jugement

Cinq participantes émettent l'importance du non-jugement lors des consultations : Alice* « *ouais d'avoir quelqu'un qui- ouais une information qui puissent nous dire heu à cet endroit oui on peut en parler, on est ouvert, on va pas vous juger* ». Bonnie* « *Il peut y avoir des clients qui vont justement avoir peur de ce jugement* ». Une participante ajoute même : Carmen* « *C'est hyper important pour moi de trouver vraiment quelqu'un avec qui je me sente heu vraiment hyper à l'aise et ouais qui juge pas ou qui a des à priori* ».

Réassurance

Une participante dit que son intention pour aller consulter c'est avant tout Diane* « *un peu nous rassurer sur notre heu, sur notre santé actuelle et puis voilà c'est tout mais sans grandes appréhensions* ». Une femme dit : Alice* « *j'aimerais quand même faire un check pour heu histoire de me rassurer* ». Une autre participante veut justement éviter ses angoisses et explique : Gaëlle* « *c'était plutôt heu me rassurer par rapport à ça parce que je, je, je fais vite des scénarios catastrophiques dans ma tête* ».

Dépistages

Les dépistages font partie intégrante des raisons pour lesquelles les femmes interviewées vont chez un-e professionnel-le de la santé : Bonnie* « *j'ai dit à ma médecin généraliste que je voulais faire heu le test pour heu la santé sexuelle* ». Deux participantes en particulier ont évoqué que la décision d'aller faire leur dépistage vient d'une personne externe comme par exemple la partenaire ; Eliana* « *elle voulait absolument faire des tests avant que, avant qu'on aille plus loin parce que, parce qu'elle ne savait tout simplement pas ce que j'avais fait* », ou encore les parents ; Bonnie* « *ma mère m'a mis beaucoup de pression c'est pour que j'aille faire le "check-up"* ».

4.2 Obstacles internes aux participantes

Les femmes interviewées ont fait part des obstacles qu'elles rencontrent face au fait d'aller voir un-e professionnel-le de la santé. Ces professionnel-le-s sont principalement des gynécologues mais quelques femmes disent qu'elles ont parlé de leur santé sexuelle avec des infirmières, des médecins généralistes ou encore des psychologues. Dans cette catégorie, nous retrouvons les obstacles faisant référence à des traits personnels des participantes, sans se référer aux professionnel-le-s. Les sous-catégories définies sont le stress, le malaise, l'acceptation de l'homosexualité, être vierge et la vulnérabilité.

Stress

Trois participantes ont admis être stressées d'aller voir un spécialiste de la santé. Alice* « *Il y a celles qui heu voilà qui- on ne sait pas, qui n'osent pas faire des tests* ». Trois autres participantes font le lien entre les résultats des dépistages et le stress que cela peut occasionner, par exemple : Carmen* « *si t'y vas t'es déjà un peu stressée* ».

Malaise

Quatre participantes font part du malaise ressenti lorsqu'elles doivent aller consulter un-e professionnel-le pour des questions sur leur santé sexuelle ; Alice* « *Je sais pas comment heu aborder encore plus loin le sujet, j'étais déjà suffisamment mal à l'aise* ». Cette réflexion vient dans un premier temps par rapport au dévoilement de son orientation sexuelle et une participante rajoute même : Bonnie* « *savoir que c'est pas forcément une thématique avec laquelle tous les spécialistes soient à l'aise ça, ça peut bloquer quoi* ».

Acceptation de l'homosexualité

Alice* « *Disons que la personne qui est- par exemple une lesbienne qui ne s'assume pas, c'est sûr que je pense qu'elle ne va jamais aborder le sujet avec son médecin* ». Le fait

d'assumer sa sexualité peut être un réel obstacle à la consultation. Trois autres participantes sont de cet avis.

Virginité

La virginité est surtout abordée par une participante : Carmen* « *j'ai genre jamais eu de relation ou quoi du coup heu je t'avoue que c'est pas encore quelque chose que j'ai dû traverser* ». Pour cette participante il n'est pas pertinent d'aller consulter un-e professionnel-le de la santé car elle est vierge. Une autre participante révèle aussi une situation qu'une ex-partenaire a vécu dans le cadre d'une consultation : Bonnie* « *elle lui a dit heu sa réaction c'était "bon du coup vous avez déjà couché avec un homme ? " et elle lui dit non puis il est parti du principe que du coup elle était vierge* ». Cette présupposition du professionnel-le de la santé met en lumière les préjugés qui peuvent exister par rapport à la virginité et l'envie d'aller consulter que ce soit pour des renseignements ou un contrôle de santé.

Vulnérabilité

Deux participantes ont révélé qu'il peut être difficile d'aller consulter car il y a une vulnérabilité ressentie lors de la consultation : Bonnie* « *dans ce cadre-là j'avais un peu peur de sa réaction parce que (.) je pense qu'il y a une question de vulnérabilité dans la-dans le monde médical* ». Le sentiment relié à cette sensation de vulnérabilité est la peur : Carmen* « *ça fait un peu peur quand même parce que t'es quand même vachement heu exposée tu vois* ».

4.3 Comportements et discours des professionnel-le-s perçus comme des obstacles

Dans cette catégorie, nous regroupons certains aspects analysés lors des entretiens concernant les obstacles venant des professionnel-le-s de la santé. Cinq sous-catégories ont été dégagées : la passivité, la présence de normes hétéro-centrées dans le discours, la formation lacunaire du spécialiste sur ce sujet, l'indifférenciation des messages donnés en rapport avec les femmes hétérosexuelles puis la focalisation sur la contraception.

Passivité

Quatre participantes précisent que si elles sont allées voir un-e spécialiste de la santé c'est avant tout pour donner suite à une initiative personnelle. Cette dernière peut s'avérer être un frein à la consultation car les participantes révèlent que si cela ne tenait qu'aux professionnel-le-s, le sujet de leur orientation sexuelle n'est pas abordé : Diane* « *Là si moi je n'aborde pas puis je ne dis pas que je suis avec une femme, aucun ne saurait que j'ai une relation avec une femme* ». Les participantes ayant évoqué des faits similaires disent que leur orientation sexuelle est souvent sous-entendue comme hétérosexuelle et que cela n'est

pas abordé au sein de la consultation si cela ne vient pas d'elles-mêmes : Bonnie* : « *par contre la gynéco je lui ai dit que j'étais gay à un moment qui- enfin la question ne se posait pas forcément mais je lui ai dit délibérément de moi-même* ».

Normes hétéro-centrées

Deux femmes en particulier trouvent qu'il est compliqué d'aller voir un-e professionnel-le de la santé, en parlant plus spécifiquement des gynécologues, à cause des normes hétéro-centrées : Diane* « *mais je trouve que la question hétéro-centrée autour de la sexualité est encore beaucoup trop importante en fait à mon goût* » ou car Bonnie* « *[elle]n'avai[t] pas envie d'avoir la réaction de "c'est bizarre" ou quoi que ce soit* ». Ces deux femmes démontrent qu'elles n'ont pas envie de recevoir de critiques ou de commentaires désobligeants pendant les consultations concernant leur orientation sexuelle.

Formation lacunaire

Deux participantes émettent l'hypothèse que le manque d'outils chez les professionnel-le-s de la santé fait partie des arguments expliquant que les FSF ne vont pas consulter. Elle dit que Diane* « *ce serait essentiel heu d'avoir des personnes qui sont vraiment heu, heu informées, outillées par rapport à la sexualité entre femmes* ». Ce manque d'outils est également cité plus en profondeur par quatre participantes qui remarquent le manque de formation chez les professionnel-le-s de la santé : Carmen* « *je sais pas exactement genre typiquement les gynéco heu quelle formation ils font au juste tu vois mais peut-être heu il y a des trucs un peu bateau de faire des espèces de formation* », une participante rajoute aussi : Fiona* « *je me dis comme ça peut-être qu'ils manquent d'informations aussi tu vois* ».

Indifférenciation

Une participante évoque que lorsqu'elle a vu un-e professionnel-le, ce-tte derni-er-ère lui a dit que son orientation sexuelle ne Fiona* « *change rien* », comme si les messages donnés aux femmes hétérosexuelles étaient les mêmes que pour les femmes lesbiennes. Toutefois, ce discours ne se retrouve pas dans les messages transmis aux femmes homosexuelles par d'autres spécialistes. Un des messages le plus entendu lors des consultations concerne le délai suggéré par ces dernières. Trois participantes ont relevé cela en disant Eliana* « *le gynécologue c'est une fois par année et quand on est lesbienne, ils disent aussi des fois une année et demi, deux ans ça va aussi* ». Une autre participante a également ajouté que le/la professionnel-le lui a dit que Gaëlle* « *si ça continue comme ça, si [elle est] toujours avec heu cette même copine (...) il n'y a pas du tout besoin d'aller chez le gynéco* ». Les discours ne sont donc pas forcément concordants en ce qui concerne le délai sur les consultations proposées par les professionnel-le-s.

Contraception

Trois participantes évoquent qu'une des questions principales des professionnel-le-s de la santé concerne uniquement la prise ou non de contraception : Diane* « *on pose toujours cette question ba "est-ce que tu prends la pilule"* ». Une autre femme interviewée va encore plus loin en ajoutant que Alice*« *tout ce qui est prévention par rapport aux femmes c'est le test de grossesse* » lorsqu'elle s'entretient avec un-e professionnel-le de la santé.

4.4 Abord idéal de la santé sexuelle des femmes lesbiennes

Les messages transmis par les professionnel-le-s de la santé ont une importance particulière car ils impactent les patientes et c'est ce qu'elles vont essentiellement retenir des séances de consultation. Les sous-catégories suivantes concernent comment devraient se dérouler idéalement une consultation médicale, selon les femmes interviewées, ainsi que caractéristiques nécessaires liées aux professionnel-le-s de la santé.

Cadre sécurisant

Le fait que le/la professionnel-le de santé est censé-e mettre en place un cadre sécurisant est important, une participante relate que : Bonnie* « *même si son cabinet il est pas à un endroit pratique du tout pour moi, je préfère traverser toute la ville et puis être (bruit de microphone) "safe"* ». Parfois des femmes qui se considèrent comme lesbiennes ne vont pas chez les professionnel-le-s de la santé car c'est Carmen* « *peut-être elles ne se sentent pas en sécurité de, de demander ces informations* »

Attitude active des professionnel-le-s

Fiona* « *C'est un des meilleurs placés pour parler de ça et il le fait pas* », Gaëlle* « *alors qu'en soit c'est peut-être son métier aussi de dire heu voilà et puis de ce point de vue-là en tant que, en tant que couple homosexuel vous devriez peut-être faire attention à ça ou regarder telles informations* ». Quatre participantes partagent ce sens de devoir des professionnel-le-s de donner des informations aux patientes afin d'être pro-actif/pro-actives lors des consultations.

Genre

Deux femmes interviewées estiment que pour elles il est essentiel d'avoir une femme comme professionnelle de santé : Bonnie* « *de base je vais pas aller chez un homme parce que je me sens moins "safe" auprès d'un homme que d'une femme* » et cela indépendamment d'être une femme hétérosexuelle ou une femme qui s'identifie comme lesbienne : Carmen* « *le seul truc qu'on a toutes en commun c'est qu'on voulait toutes une femme gynéco* ».

Ouverture

Cinq participantes pensent que les messages véhiculés par les professionnel-le-s de la santé devraient être formulés de manière à ouvrir la discussion : Carmen* « *Je trouve que ce serait plus intéressant de- enfin d'ouvrir le dialogue dans le champ général de la santé sexuelle tu vois* » en posant par exemple les questions : Alice* « *comment est-ce que vous vous protégez“, de- d'aller chercher un peu heu d'ouvrir la discussion* ».

Inclusif

Trois participantes relèvent l'importance d'avoir un langage inclusif dans des consultations : Diane* « *j'aimerais bien que ce soit inclusif et que tout le monde puisse y trouver son compte tu vois* ». L'outil principal est alors d'inciter les professionnel-le-s de la santé d'inclure plusieurs genres lorsque la relation avec les partenaires sexuel-le-s sont discuté-e-s et poser la question ainsi : Alice* « *vous avez un ou une ami-e parce que si ça faisait "si vous avez un ami" et puis se dire le "un" vous le- pour le "un" et le "une"* ».

4.5 Centre de soin destiné aux FSF

Cette catégorie a émergé dans les entretiens à la suite des questionnements des femmes sur l'impact qu'aurait un centre spécifique aux femmes qui ont du sexe avec d'autres femmes. Les sous-catégories présentes sont : l'enthousiasme, un espace sûr et les désavantages d'un tel centre.

Enthousiasme

Trois participantes évoquent leur enthousiasme pour la présence d'un tel centre en disant par exemple : Bonnie* « *une institution qui soit purement dédiée à ça franchement ça serait ouffissime quoi !* ». Une autre participante ajoute qu'elle irait dans un centre destiné aux FSF car Fiona* « *ça [lui] permettrait d'en savoir plus et puis ba d'en apprendre davantage et je dirais que j'irais clairement pour apprendre davantage* ».

Espace sûr

Un autre élément répertorié concernant un potentiel centre de santé visant les FSF est que ce dernier serait un espace sûr pour elles. Quatre participantes se rejoignent en disant par exemple : Bonnie* « *s'il y avait un centre qui était spécialisé dans ces questions-là, ça serait vraiment- je vais chez un personnel qui est qualifié et qui en sait plus que moi* ». Une autre participante ajoute également : Carmen* « *je pense que là tu serais sûre de tomber sur des gens qui justement comprennent ta situation, sont ouverts d'esprit, vont pas te juger* », puis : Gaëlle* : « *il y a cet endroit qui est dédié à nous, enfin à moi heu ouais je pense que ça pourrait aider et ça permettrait de se dire que c'est des personnes spécialement formées* ».

Désavantages

Même si le fait d'avoir un centre destiné essentiellement aux FSF peut avoir un grand nombre d'avantages, trois participantes ont fait part des désavantages existants. Par exemple, une participante ne verrait pas l'utilité complète de ce centre car elle dit : Eliana* « *mais si d'un coup je devais avoir quelque chose j'irais chez mon gynécologue en fait* ». Une autre participante pense que Bonnie* « *quelqu'un qui n'assume pas sa sexualité ne va pas aller dans ce centre-là* ». Une dernière participante pense qu'un tel centre devrait proposer plus que des dépistages car s'il y a Gaëlle* « *des rencontres pour discuter ba oui j'irais sur le long terme* ». Le but du centre serait donc que ce ne soit pas juste un point de passage, vu que les gynécologues sont là pour ces raisons aussi.

6 Discussion des résultats

Pour donner suite aux résultats obtenus lors des entretiens, la discussion s'est faite en plusieurs divisions reprenant les éléments pertinents et marquants. La discussion, telle qu'elle est illustrée ci-dessous, reprend les domaines relatifs aux besoins des femmes s'identifiant comme lesbiennes en matière de santé sexuelle.

6.1 Besoins relatifs aux connaissances en santé sexuelle

Un des sujets qui est ressorti lors des entretiens est le manque d'information chez les femmes qui ont du sexe avec les femmes ; que ces informations soient en lien avec leurs comportements à risque, leurs connaissances théoriques sur les infections, les délais de dépistages ou encore sur la raison rendant nécessaire le fait de voir un-e professionnel-le de la santé. Comme indiqué dans le PNVI (2011), les femmes ne sont pas représentées en matière de statistiques en ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, surtout concernant le VIH. Il est fondamental de rappeler que selon l'étude de Fethers et al. (2000), le risque de transmission du VIH entre femmes est faible certes, mais cela ne se rapporte pas aux autres IST (Descuves et Berrut, 2013). Toutefois, les femmes interviewées pensent qu'il est possible d'améliorer l'accès à ces informations. Il est vrai qu'il est compliqué d'intégrer une population dans les campagnes de prévention si cette dernière est moins à risque en ce qui concerne le VIH, cependant une possibilité permettant de rendre visible les enjeux liés à la sexualité entre femmes seraient que les informations soient présentes dans divers points de relais ou chez des spécialistes. Cela est également relevé dans l'étude de Garcia Nuñez et Jäger (2011). Ces derniers évoquent également que la présence d'affiche ou de « flyer », en lien avec la communauté LGBT*, mis à disposition dans la salle d'attente des professionnel-

le-s, pourrait permettre ainsi une ouverture dans les discussions des professionnel-le-s avec les patient-e-s. Cette ouverture permettrait aux patientes lesbiennes de se sentir plus à l'aise lorsqu'elles ont des questions relatives aux IST et aux comportements à risques. Alice* le confirme en disant « *qu'en voyant le "flyer" [les femmes lesbiennes] se disent ha tiens peut-être que je pourrais le lire en attendant [...] peut-être que je pourrais lui en parler* ». Cette visibilité est considérée comme un besoin dans le sens où elle permettrait aux femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes de parler plus librement de leur sexualité et par conséquent leur octroyer un accès adéquat aux soins en fonction de leur situation personnelle. Comme le dit Chetcuti (2013), il existe un manque d'identification positive en ce qui concerne la santé sexuelle des femmes qui ont du sexe avec des femmes et, de ce fait, accroître les connaissances de ces dernières en matières d'IST serait alors un moyen de rendre visibles leurs besoins et attentes dans ce domaine. Une participante évoque ce propos en disant : Diane* « *quand tu te questionnes autour de ta sexualité et puis que t'as que ce repère homme femme et ba d'avoir aussi d'autres, d'autres repères et qui puissent aussi te rassurer, te guider par rapport à ta sexualité* ».

Afin d'aller plus loin sur le flou caractérisant les risques rencontrés dans une relation entre deux femmes, il est pertinent de noter que les comportements pouvant amener à contracter une IST, ne sont pas clairement définis ou connus chez les femmes interviewées. De manière générale, les participantes ont peu de choses à dire sur les risques encourus mise à part que la santé est un élément important : Diane* « *je pense qu'il y a de toute façon des risques, ça c'est pour moi une évidence mais de prendre plus conscience de- ba des enjeux autour de ma sexualité* ». Cela est révélateur du peu d'informations intégrées quant à la santé sexuelle entre femmes. En effet, le discours concernant le risque faible, voire inexistant, dans les rapports sexuels entre femmes est si répandu, qu'elles ne sont pas aptes à dire quels comportements leur permettraient de limiter ces risques et comment s'en protéger. De plus, comme il l'a été dit précédemment, la principale infection nommée dans les entretiens est le VIH, alors que dans l'étude de Fethers et al. (2000) le VIH n'est pas clairement mentionné en ce qui concerne les relations sexuelles exclusives entre femmes. Les infections sexuellement transmissibles sont par ailleurs rarement abordées entre les partenaires que ce soit dans le cadre d'un couple ou d'une relation sans continuité. Ce qui est retenu le plus souvent est qu'il n'y a pas de risque existant, alors que l'étude menée par Descuves et Berrut (2013) montre un risque de transmission des certaines IST même dans les rapports sexuels exclusivement entre femmes. Une autre participante en particulier, Bonnie*, dit s'être tout de même engagée dans un rapport sexuel qu'elle pensait « à risque » car sa réputation,

véhiculée au sein de la communauté des femmes s'identifiant comme lesbiennes, pouvait en être entachée. Ceci peut également être mis en lien avec la notion de performance tel que Gagnon et Simon (1973) le montrent dans leur étude. La notion de réputation, ou encore de performance, est vue ici comme le fait de devoir procéder à un acte sexuel bien qu'il soit perçu comme risqué. Cette idée est souvent bien plus présente chez les hommes et peut s'avérer être un frein au déroulement de l'acte sexuel en tant que tel (Gagnon et Simon, 1973). Concernant l'exemple de Bonnie*, il est intéressant de remarquer l'intégration de ce facteur car il démontre ainsi une assimilation à un comportement qui est régulièrement attribuée aux hommes. Le fait d'appartenir à une communauté, ici celle des femmes lesbiennes, met en avant certains comportements attribués à un certain genre en apparence. En effet, il est possible que certaines femmes lesbiennes reprennent les codes initialement attribués aux hommes dans la théorie des scripts sexuels. Ces derniers illustrent comment le déroulement d'un acte sexuel peut être vécu en fonction des codes intégrés par certaines personnes. Les auteurs Power, McNair et Nair (2009) vont plus loin en décrétant que les scripts sexuels hétérosexuels influencent majoritairement les messages de prévention. Par conséquent, cela peut expliquer en partie les raisons pour lesquelles certaines femmes lesbiennes n'ont pas d'informations sur les comportements à risques mais aussi comment elles peuvent alors intégrer certains scripts prioritairement attribués aux personnes hétérosexuelles. En lien avec le modèle CSP, cela peut être expliqué par le fait que la dimension sociétale effectue une pression plus prononcée concernant le vécu émotionnel de la personne. En effet, la dimension sociétale prend de l'importance relativement au fait que le sens donné à l'action, pour cette participante plus particulièrement, est que si elle ne fait pas un acte sexuel à sa partenaire, sa réputation peut être mise en échec. Cette participante dit aussi : Bonnie* « *je pense qu'en l'occurrence du fait que j'aime bien dominer ba le cuni allait de pair avec le- avec le fait que j'avais envie qu'elle prenne du plaisir* ». Ici la notion de risques n'est pas présente dans son discours cependant cela est une dimension importante lors des rapports sexuels non protégés. De plus, la notion de plaisir est mise en lien avec les comportements à risques, comme si le fait de combiner les deux n'est pas possible. Une autre participante aborde cela en disant : Alice* « *en ayant eu des relations heu même d'une nuit ou comme ça, on se retrouve et heu il faut faire attention mais on ne sait pas comment mais en même temps on a quand même envie de- ba de prendre son plaisir mine de rien* ». Ceci nous amène par conséquent à questionner les résultats des entretiens relativement à l'impact que cela peut avoir sur les relations intimes des FSF ainsi que les influences des rôles « genrés ».

6.2 Besoins relatifs aux relations intimes

Les hommes ont tendance à être plus dominants et davantage conscients de certaines notions en lien avec la sexualité comme la réputation ou la performance (Gagnon et Simon, 1973). Dans le cadre de cette étude, une participante se représente comme davantage dominante par rapport aux autres partenaires féminines qu'elle a eu au cours de sa vie, faisant ressortir ainsi l'impact des rôles dans les relations intimes des femmes lesbiennes. Dans l'étude de Gagnon et Simon (1973), l'homme y est décrit comme l'incitateur du rapport sexuel et montre ainsi une domination car il prend les devants. Cette assimilation du rôle dominant dans la relation par une participante démontre bien que certains facteurs liés au script sexuel de l'époque peuvent avoir changés. De plus, les influences sociétales ont aussi un impact sur la vie intime des personnes et façonnent ainsi certains comportements ou certaines angoisses. Comme le précise le modèle CSP, la définition donnée aux actes dans la dimension sociétale a une influence non négligeable sur les comportements humains et par conséquent ici ceux d'ordre sexuels. En effet, Gagnon et Simon (1973) évoquent justement ces différents liens en stipulant que les scripts sexuels sont appris et non innés chez les personnes. Par exemple, une autre participante dit aussi être souvent associée au rôle de l'homme dans ses relations intimes par les personnes externes à ses relations. Cette participante intègre dans un sens cette étiquette et se décrit comme ayant plus de partenaires sexuelles que ses ami-e-s, bien que cela ne soit ni négatif ni positif étant donné que son intimité lui appartient. Cependant, la société porte parfois un jugement sur les femmes qui ont plus de partenaires sexuel-le-s, ainsi qu'également reporté dans l'étude de Kinsey (cité par Gagnon et Simon, 1973). Cela rappelle ainsi l'influence sociale qui est exercée sur les femmes s'identifiant comme homosexuelles car elles peuvent être amenées à vivre dans un double stigma dû à leur orientation mais aussi leur genre (Genon, Chartrain et Delebarre, 2009). Pour revenir au plan psychologique, des angoisses peuvent être créées par certaines règles sociales. Par exemple, le fait que les femmes ressentent une pression, plutôt d'ordre sociétal, sur le nombre de partenaires sexuels qu'elles rencontrent, ou encore sur le fait d'être dominantes ou non, peut avoir un impact sur leur psychique et donc générer un stress important. La vie intime est ainsi modulée par différents niveaux. Si l'on reprend le modèle CSP (Santiago-Delefosse, 2011), le sens donné aux actions de ces femmes est qu'il est mauvais d'entretenir une relation intime avec un grand nombre de partenaires. Les informations intégrées sur le plan psychologique laissent davantage de place à des émotions négatives et peut créer certains mécanismes défensifs (Delefosse, 2002). Cela permet de comprendre le vécu de deux

participantes en particulier exprimant ces craintes de stigmatisation. La dimension psychologique, telle qu'elle est étudiée dans le modèle CSP, montre ainsi les émotions négatives liées au vécu sexuel subjectif des femmes interviewées. Les émotions négatives représentées dans cette recherche concernent aussi la peur vécue par les participantes quant aux dépistages. En plus du manque de connaissances perçues dans le discours, il est possible de faire le lien avec le vécu émotionnel de ces dernières. Selon le modèle CSP, les processus psychologiques sont mis en avant par le fait que les interprétations relatives aux dépistages intimident les participantes à le faire.

Un autre facteur qui est souvent revenu dans les entretiens est la manière dont les femmes lesbiennes investissent leur relation intime et comment un rapport sexuel entre femmes peut avoir lieu. Chetcuti (2013) avance que pour qu'il y ait un rapport sexuel entre femmes, il est nécessaire que ce dernier soit fait dans le respect et la confiance. Ces facteurs ont également été reportés dans plusieurs entretiens. Par exemple, le fait qu'une femme a besoin d'avoir une certaine connexion avec une personne pour avoir une relation sexuelle est quelque chose qui a été dit par une participante. La confiance est un autre facteur important, selon les participantes, afin que la relation mène à un acte sexuel. Cette différence serait potentiellement due au genre de la personne et non à l'orientation sexuelle comme il a été dit également dans l'étude de Chetcuti (2013). En effet, une participante ne fait pas la différence entre les femmes s'identifiant comme lesbiennes et celles qui s'identifient comme hétérosexuelles. Ces différences entre les genres sont également reportées par la théorie des scripts sexuels de Simon et Gagnon (1973). La dimension de corporéité du modèle CSP apporte également une piste intéressante quant à la communication nécessaire pour qu'un rapport sexuel ait lieu entre deux femmes. La corporéité a été abordée à plusieurs reprises par des participantes mettant ainsi en avant son importance dans la relation intime. Dans un premier temps, le corps peut être perçu comme une dimension importante quant au statut de santé : Carmen * « *c'est quand même la santé quoi, c'est hyper important [...] il faut entretenir ce qu'on a enfin genre prendre soin de son corps* ». Dans un second temps, le corps est aussi vu comme une des voies de communication entre les individus, il permet de rendre compte de l'investissement relationnel et corporel (Santiago-Delefosse, 2002) qui sont pris en compte de manière différente dans une relation hétérosexuelle ou homosexuelles entre deux femmes. En effet, une participante évoque : Gaëlle* « *peut-être le corps de la femme est plus mis en valeur que lors d'un rapport hétérosexuel avec un homme* ». La relation au corps est, selon cette participante, davantage focalisée sur certaines parties du corps, telles que la poitrine ou le clitoris, que lors des relations hétérosexuelles. Toutefois,

ces stigmatisations de genre sont à prendre avec plus de recul car nous ne pouvons pas simplement expliquer ces comportements avec le genre de la personne et ignorer d'autres facteurs déterminants tels que l'environnement social, familial, culturel ou encore politique. Les relations intimes avec les partenaires ont donc été un sujet relativement discuté lors des entretiens. Les rôles liés au genre sont ainsi évoqués et discutés entre les partenaires. Bien que ces rôles puissent être critiqués, il est intéressant de noter que l'attribution de ces derniers est souvent influencée par le cercle social ou la communauté dans laquelle évolue la participante. Cette recherche apporte donc une piste de compréhension pertinente sur la manière dans la corporéité peut être vécue en fonction des instances sociétales et des processus psychologiques propres à chaque individu. La dimension sociétale relative au modèle CSP a également ici une part explicative car elle démontre que le sens donné aux actions individuelles, ainsi que la représentation du corps, a un impact direct sur comment il est perçu dans les relations intimes.

6.3 Besoins concernant l'environnement social

Certaines participantes ont mentionné plusieurs ressources concernant leur vie privée. Trois catégories de personnes se sont dégagées suite aux entretiens soit la famille, le cercle d'amis ou encore les participantes elles-mêmes. Les professionnel-le-s de la santé ne sont pas cités-e-s dans ce point mais seront abordé-e-s dans la prochaine catégorie.

En ce qui concerne la famille, certaines participantes disent avoir annoncé à leurs proches qu'elles s'identifient comme lesbiennes. La plupart du temps, leur orientation sexuelle est bien acceptée. Certaines parlent librement de leurs relations avec leurs parents et ces derniers les conseillent que ce soit en matière de protection ou de relation sentimentale. Les parents peuvent donc être une ressource importante pour celles qui se sont ouvertes à eux. Un des atouts amenés par cette acceptation et possibilité de discuter de sexualité est que les femmes interviewées peuvent trouver un appui nécessaire et pertinent lorsqu'elles en ressentent le besoin. Selon le modèle CSP de Santiago-Delefosse (2011) cela définit ainsi une acceptation sur le plan social qui peut amener à une acceptation psychologique personnelle sur la manière d'intégrer l'orientation sexuelle de manière positive. Bonnie* évoque cela dans l'entretien en expliquant que sa mère n'a pas reçu d'éducation au sein de sa famille étant plus jeune relativement à la sexualité ce qui a marqué la nécessité pour cette mère de se construire une compréhension personnelle à la suite de ses propres expériences : *« le sexe dans sa famille quand elle était petite c'était tabou donc du coup heu c'est un construit personnel »*. Cela a permis à Bonnie* d'avoir une ouverture d'esprit de sa mère

quant à sa sexualité, puis elle lui a également transmis des connaissances sur la sexualité rendant ainsi le sujet moins tabou. Le vécu subjectif relatif à la sexualité est influencé par le sens donné à cette dernière ainsi que la manière dont elle est abordée dans le cercle familial mais aussi social.

Le cercle social est le deuxième groupe souvent évoqué lors des entretiens. Les amis jouent un rôle important en ce qui concerne certains thèmes comme la vie de couple des participantes et aussi dans le partage des informations utiles en matière de santé. Ce lien n'est évidemment pas présent chez toutes les participantes mais il contredit ce qui a pu être reporté par l'étude de Gagnon et Simon (1973). En effet, lors de cette étude, les experts trouvaient que les femmes homosexuelles étaient plus exilées du cadre familial et amical. Il est également intéressant de relever que même si les informations relatives à la santé sexuelle des femmes lesbiennes ne sont pas forcément très présentes ou abordées, les ami-e-s servent à véhiculer des informations concernant ces questions. Des participantes spécifient même que lorsqu'elles apprennent quelque chose de nouveau en relation avec la santé sexuelle, que ce soit sur les rapports à risque ou les informations liées aux IST, elles le partagent au sein du groupe d'ami-e-s. Cela est pertinent compte tenu du fait que les informations sont partagées et discutées dans un cercle sûr et de confiance. La confiance est un aspect qui revient plusieurs fois dans ce domaine étant donné qu'il est déjà compliqué d'acquérir des informations fiables et pertinentes.

Pour aller plus loin sur les différentes influences sociales entourant les femmes lesbiennes, nous pouvons citer la communauté LGBT*. En effet dans l'étude de Gagnon et Simon (1973), il est stipulé que les femmes lesbiennes sont moins enclines à prendre part à cette communauté et s'y sentent de ce fait moins intégrées. Cela s'observe également dans cette recherche étant donné que la majorité des participantes disent ne pas faire partie de la communauté LGBT*. Une participante émet aussi le lien entre l'acceptation de l'homosexualité dans son aspect social et la manière dans la sexualité peut être définie corporellement en fonction de cela : Gaëlle* « *c'est pas forcément accepté par tous et quand-en soit, même si c'est pas parce que j'ai ce corps que je suis homosexuelle que- c'est une enveloppe et puis que chaque geste, chaque manière de parler et tout ça, c'est, c'est- ouais enfin ça donne des signes aux autres* ». Cette citation reprend expressément la dimension sociale du modèle CSP en explicitant comment les gestes et expressions peuvent avoir une signification sur le plan social. Les personnes externes émettent des significations sur les actes personnels des individus. Le corps est également évoqué ici dans le sens où il est identifié à un moyen de communication avec le monde externe et la manière dont il est vécu

intérieurement peut amener des pistes sur les comportements entrepris. Le fait d'appartenir à une communauté a un impact sur la manière dont la personne est perçue et par conséquent le niveau sociétal en est aussi touché. Les processus psychologiques en découlant peuvent être, dans le cas de Gaëlle, de rejeter ces identifications externes sur un plan plutôt défensif afin de dire que ses actes ne sont pas limités à ces règles externes. Ceci est aussi pertinent à saisir car les femmes s'identifiant lesbiennes peuvent être victimes d'homophobie ou autres discriminations que ce soit au sein de leur propre famille, lors de sorties en public ou encore dans le cadre médical (Genon, Chartrain et Delebarre, 2009). En plus des discriminations véhiculées au sein de l'environnement social, les femmes interviewées dans cette étude rapportent également des difficultés relatives à la représentation de leur vie intime. En effet, certaines disent que le fantasme de voir deux femmes ensemble est encore fortement répandu dans la société et que cela influence la manière dont leurs relations intimes sont perçues. Certaines femmes ont partagé qu'elles ne se sentent pas à l'aise en public car certains hommes viennent s'immiscer au sein de leur couple en pensant que ce n'est qu'un jeu entre les deux femmes et rien de plus. Cette perception erronée de la vie intime d'un couple lesbien est également véhiculée car le rapport sexuel est essentiellement perçu par la majorité sociale comme étant un pénis dans un vagin. L'absence de pénétration dans la plupart des rapports sexuels lesbiens met cette définition en échec car les femmes rencontrées affirment avoir une sexualité bien que la pénétration ne fasse pas partie intégrante de leurs comportements sexuels. De telles argumentaires sociaux peuvent avoir un résultat négatif sur la dimension psychologique telle qu'elle est représentée dans le modèle CSP (Santiago-Delefosse, 2015). De ce fait, certaines femmes se mettent en retrait et arborent des défenses psychologiques pour justement ne pas être confrontées aux dires extérieurs, impactant ainsi l'acceptation de leur homosexualité en public mais aussi pour certaines à titre personnel.

Les besoins relatifs à l'environnement social des femmes interviewées sont impliqués dans la nécessité pour ces dernières d'avoir différents cercles qui les entourent et qui les acceptent. Cette acceptation est essentielle pour que les femmes lesbiennes se sentent bien sur un plan personnel, social et psychologique.

6.4 Besoins liés au système de soins actuel

En plus de la famille et des ami-e-s, les professionnel-le-s de la santé (infirmier-ère-s, médecins et psychologues) sont également une source d'information importante dans le discours des participantes. Le problème rencontré la plupart du temps est que les professionnel-le-s ne relaient pas les informations spécifiquement en lien avec la sexualité

les femmes qui ont du sexe avec des femmes. De plus, l'importance d'avoir des pistes de compréhension et de prise de conscience est un enjeu majeur dans ce qui est reporté par les femmes interviewées. Il se crée alors une certaine frustration ou incompréhension de la part des participantes surtout que les professionnel-le-s de la santé sont, selon les participantes, très bien placé-e-s pour pouvoir parler d'intimité et de sexualité. Cela étant également reporté dans l'étude de Schweizer (2017), en revanche cette dernière ne comprenait pas exclusivement des femmes s'identifiant comme lesbiennes. Une des raisons évoquées sur le fait de ne pas parler des informations relatives à la santé sexuelle serait que les professionnel-le-s n'auraient peut-être pas non plus ces informations. Selon l'étude de Schweizer (2017), cela est confirmé car il est évoqué que les gynécologues, par exemple, peuvent être gêné-e-s d'aborder l'aspect de la sexualité avec le patientes par un manque d'outils liés à la formation de médecine mais également de peur d'être perçu-e-s intrusi-f-ve-s dans la vie des patientes. Une autre piste d'analyse sur la prise en charge des femmes lesbiennes par les gynécologues est relative au fait que la santé sexuelle a une place limitée dans la formation des gynécologues, surtout relativement aux aspects d'ordre psychologiques ou encore sociaux (Schweizer, Bruchez et Santiago-Delefosse, 2013). De ce fait les connaissances emmagasinées par les professionnelles sont avant tout issues de leurs expériences personnelles dans plusieurs domaines. Les participantes, ayant pris part aux entretiens de ce travail, évoquent aussi ce besoin de formation chez les professionnel-le-s et cela est même vu comme une nécessité absolue dans le système de soins actuel. Les auteur-e-s Van Dam, Koh et Dibble (2001) ont également trouvé que moins de la moitié des professionnels cherchent activement des informations quant à l'orientation sexuelle de leurs patientes. Ces informations reviennent sur l'importance de tenter de comprendre l'individu dans sa globalité afin de fournir une prestation utile et pertinente relativement aux attentes des patient-e-s. Le modèle CSP (Santiago-Delefosse, 2015) entre ici en jeu afin de donner une explication dynamique des relations entre la dimension de corporéité, sociétale et psychologique. Si les professionnel-le-s limitent leurs représentations à une seule de ces dimensions, ils risquent de manquer des éléments essentiels en lien avec les demandes des femmes lesbiennes et par conséquent le risque est également de transmettre des messages erronés ou de se livrer à des conclusions hâtives. Une des solutions apportées dans l'étude de Schweizer, Bruchez et Santiago-Delefosse, (2013) est de faire entrer en collaboration plusieurs professionnel-le-s de la santé en ce qui concerne les questions de la santé sexuelle. De plus, selon le modèle CSP, le fait de s'arrêter essentiellement à l'aspect biologique serait une erreur compte tenu du fait que les dimensions relationnelles, psychologiques, sociales

et préventives ne seraient pas abordées. Toujours concernant les gynécologues, comme l'expose Berrut (2006), les femmes s'identifiant comme lesbiennes vont moins consulter car elles ne prennent pas de moyen de contraception si elles n'ont que des partenaires femmes. La place centrale occupée par la prévention autour des moyens de contraceptions est un élément que les femmes de cette étude estiment rédhibitoire pour aller consulter les gynécologues. En effet, cela fait ressortir l'importance des rapports hétérosexuels à défaut d'une ouverture dans la discussion sur les autres orientations sexuelles avec le/la professionnel-le. Les messages alors destinés aux femmes lesbiennes ne comportent aucune information sur les différents moyens de protection ou sur les comportements à risques. Au vu l'état actuel des études faites sur l'impact des IST sur les FSF, nous pouvons nous demander comment il est possible que ces informations soient manquantes chez l'ensemble des personnes travaillant avec ces dernières. Une autre difficulté peut être liée à la hiérarchisation existante dans la relation entre patient-e et professionnel-le (Garcia Nuñez et Jäger, 2011). Comme le cite ces auteurs, le but d'avoir des informations spécifiques à la sexualité des femmes lesbiennes n'est pas de les traiter différemment mais d'accorder une importance à leur vécu lors des consultations qui comprennent encore aujourd'hui essentiellement des messages hétéro-normés. En effet, cela peut aider la personne à enlever la conséquence stigmatisante encore parfois véhiculée dans la société (Garcia Nuñez et Jäger, 2011). La vulnérabilité, sentie par les participantes de ce travail de recherche, lors des consultations médicales, reste un élément conséquent en lien avec la santé sexuelle. Il est dès lors nécessaire de trouver un espace sécurisant pour que la personne puisse se livrer (Bjorkman et Malterud, 2007). Comme mentionné plus haut, vu que l'information essentiellement véhiculée est qu'il n'y a pas de risques d'infections sexuelles entre femmes, il n'y a pas non plus de moyens protection qui seraient utilisables. Certain-e-s professionnel-le-s rencontré-e-s par les participantes de l'étude ont également donné des informations similaires. De ce fait, lorsqu'un moyen de protection est discuté, il risque de ne pas être expliqué de manière claire et précise. Cela est relaté par les participantes que ce soit dans une discussion avec des ami-e-s ou encore les partenaires. Il est important de comprendre alors qu'il y a un manque de visibilité de ces informations et qu'elles ne sont pas transmises à la population concernée et cela impact grandement sur la manière dans le système de santé peut répondre aux besoins des femmes lesbiennes. Ceci est vécu comme un réel manque par l'ensemble des participantes.

Une caractéristique essentielle qui est apparue dans tous les entretiens est la nécessité d'avoir des informations relatives à la santé sexuelle en début de vie sexuelle active.

L'intimité des femmes interviewées est mise au premier plan selon cet aspect car cela demande une ouverture chez la patiente autant que chez le/la professionnel-le de la santé. Toutes montrent une certaine frustration quant à l'arrivée tardive de conseils ou d'informations dans ce domaine. En effet, c'est souvent après avoir eu plusieurs partenaires qu'elles apprennent les risques existant dans un rapport sexuel entre deux femmes ou encore quels sont les moyens de s'en protéger. Cela implique donc pour quelques participantes un besoin de rendre davantage visible la santé sexuelle des femmes qui ont du sexe avec d'autres femmes. McNair et Hegarty (2010) apportent des informations élémentaires à destination des professionnel-le-s en leur rendant attentif-ve-s qu'il est essentiel de se montrer ouvert-e-s avec les patient-e-s et ainsi adopter certains styles de communication pour que les personnes faisant partie de la communauté LGBT* se sentent acceptées et à l'aise de parler d'intimité et de sexualité. En effet, plusieurs participantes disent être réticentes à parler d'IST ou de protection avec leur partenaire car les informations sont floues mais aussi car les professionnel-le-s de la santé propagent un discours parfois faussé sur les risques encourus. Cette invisibilité ne permet pas un discours clair et précis entre partenaires, ce qui est parfois un besoin pour certaines participantes (Bize, Volkmar, Berrut, Medico, Balthasar, Bodenmann, Makadon, 2011). Selon l'étude de Van Dam, Koh et Dibble (2001), les femmes lesbiennes interviewées parlent moins de leur orientation sexuelle que les femmes hétérosexuelles, sauf dans les cas où le professionnel tenait un rôle actif dans les questions à cet égard. Cela conclue la recherche en affirmant que les professionnels doivent poser des questions sur l'identité sexuelle de la patiente ainsi que sur les types de rapports sexuels qu'elle entretient. Un obstacle à cela reste la peur d'être jugée et une homophobie latente sentie de la part des patientes chez leur professionnel-le. Par conséquent, ce frein peut avoir un impact conséquent sur la stabilité du réseau de santé dirigée vers les femmes se définissant comme homosexuelles. Certaines patientes ne vont pas chercher les soins car la peur d'être discriminée est encore fortement présente.

Pour conclure, les améliorations à apporter au système de soins actuel pour un meilleur encadrement des besoins des femmes s'identifiant lesbiennes seraient que le cadre de discussion soit ouvert lors des entretiens médicaux pour que les patientes se sentent plus à l'aise d'aborder leur intimité Schweizer (2017). Un autre moyen d'action serait aussi que le/la professionnel-le puisse parler de sexualité librement pour montrer un exemple d'ouverture (Schweizer, 2017 ; Bize et al., 2011). Il est légitime de faire la distinction entre orientation sexuelle et le fait de vouloir des enfants. L'orientation sexuelle n'influence ainsi pas l'envie d'avoir des enfants ou non (Bize et al., 2011). Le fait d'avoir un langage inclusif

est important pour ne pas partir du principe que la patiente est forcément une femme hétérosexuelle est donc une solution incontournable pour les femmes lesbiennes rencontrées lors des entretiens menés à travers ce travail de recherche.

7 Positionnement professionnelle du/de la psychologue

Il est maintenant important de comprendre davantage en quoi la position professionnelle de psychologue peut avoir un impact pertinent sur une telle thématique. De manière générale, nous pouvons voir que certaines participantes ont demandé à avoir un suivi avec des professionnel-le-s de la santé comprenant des médecins ou des gynécologues pour la plupart. Une participante a expliqué qu'elle avait fait appel à un psychologue suite à une situation difficile dans sa vie personnelle. Le/la psychologue peut être amené à rencontrer des personnes avec des identités de genre et des orientations sexuelles variées. Comme stipulé dans un document écrit par Santé Sexuelle Suisse dans « Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle ; guide pour une politique cantonale » (2016) : « les professionnel.le.s de la santé sexuelle ont besoin de solides connaissances et compétences croisées issues à la fois des domaines de la médecine, de la biologie, de l'éthique, du droit, de la psychologie, de la pédagogie, de la sociologie ou encore de la promotion de la santé et de la prévention » (p.20). Ceci démontre que la psychologie fait partie intégrante du domaine de la santé sexuelle. Dans le cas plus spécifique de la santé sexuelle des femmes lesbiennes, le/la psychologue peut jouer un rôle dans la prise en charge et donner ainsi une importance au vécu de ces femmes qui, comme il l'a été vu dans cette recherche, se sentent parfois marginalisées. La psychologie est une profession qui demande une formation continue quant aux différentes populations qui sont rencontrées. Les résultats de cette recherche pointant plutôt un manque d'informations des professionnel-le-s de la santé, une mise à jour des connaissances des psychologues sur les questions de santé sexuelle semble ainsi nécessaire, compte tenu notamment de l'actualisation constante des savoirs en la matière. La formation continue des psychologues, incluant également des supervisions, permet dans un second temps d'intégrer une position réflexive sur leur pratique et les améliorations concernant l'intégration des diversités sexuelles vers lesquelles la société est en train d'avancer.

La profession de psychologue est également essentielle dans la santé sexuelle car il est possible que certains comportements intimes soient influencés par des processus sociétaux et ainsi créer certaines angoisses d'ordre psychologique. Les psychologues sont, en ce sens, aptes à tenter de comprendre comment la société, le psychisme et le corps sont en lien et de

permettre aux personnes venant chercher de l'aide d'avoir des réponses les plus adaptées possibles à leur vécu expérientiel. Bien que les aspects plus somatiques puissent être pris en charge par un médecin généraliste ou un gynécologue en ce qui concerne les FSF, il est pertinent de noter que le/la psychologue peut apporter un regard plus global concernant les inter-influences entre corps-société-psychisme (Santiago-Delefosse, 2011) et permettre ainsi un suivi essentiel pour les femmes voulant en comprendre davantage sur leur vécu personnel. Le système de soins actuel tend à se développer encore concernant les questions d'identités de genre et d'orientations sexuelles, et, de ce fait, la profession de psychologue tend également à évoluer afin de proposer des prises en charge optimales et des suivis relativement à ces questions.

8 Nécessité d'une activité réflexive

Pendant ce projet de recherche, plusieurs questions ont émergé dans ma réflexion. Dans un premier temps, je me suis longuement questionné sur la légitimité que j'avais à parler de la santé sexuelle et de l'intimité des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes étant moi-même un homme. Cette première difficulté m'a permis de comprendre davantage quels étaient les enjeux essentiels à investiguer et ainsi saisir une question à laquelle nous sommes peu confronté-e-s en tant que jeune professionnel-le ou même dans notre parcours académique. Mon travail d'intervenant par les pairs pour la prévention en santé sexuelle m'a permis d'ouvrir ce sujet avec des collègues professionnel-le-s et même certain-e-s usag-ère-s. Ce qui revient incessamment, c'est le manque de recherches faites sur les femmes s'identifiant comme lesbiennes, ou de manière plus large les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes, concernant leurs expériences ou les connaissances en matière d'IST. J'ai donc trouvé la réponse à mon doute de légitimité dans ces faits et je me suis dit que s'il y a un tel manque dans ce domaine, je pourrais être vu comme une aide plutôt qu'un obstacle aux yeux des participantes. Ces questionnements ont rapidement trouvé résolution lors de l'annonce de recrutement car plusieurs femmes ont rapidement répondu tout en montrant une réelle motivation de pouvoir s'exprimer sur ce sujet. Lors des entretiens, toutes les femmes interviewées m'ont remercié d'avoir fait une recherche sur ce domaine. Elles se disaient contentes de voir que d'autres personnes s'intéressent à leur vécu et leurs besoins en matière de santé sexuelle, marquant ainsi la nécessité d'investiguer encore plus ces questions.

Une autre difficulté rencontrée dans le processus d'élaboration de ce travail de recherche a été le stress lié au test du canevas pour le premier entretien. Faisant une recherche qualitative, j'étais conscient que le canevas peut être modifié après les premiers entretiens afin de mieux encadrer la problématique et les axes de recherche. Toutefois, cela s'est bien déroulé et bien que la consigne de base pour débiter les entretiens était large, cela a permis d'avoir une construction de l'entretien de manière semi-directive qui était souhaitée. La rencontre avec les participantes s'est extrêmement bien déroulée. Toutefois, certains partages et certains vécus ont marqué ma réflexion car je ne pensais pas être autant surpris par l'honnêteté des histoires personnelles. En effet, certaines participantes ont partagé des éléments de vie extrêmement intimes et parfois même difficiles. Bien que cela ait été déstabilisant dans un certain sens, j'ai ensuite tenté de reconnaître l'importance pour certaines participantes de partager ces éléments et cela a pu donner un aspect bien plus riche à ma recherche. Une des parties du travail la plus marquante reste l'analyse des données. En suivant scrupuleusement la démarche d'analyse thématique de contenu établie par Braun et Clarke (2006), j'ai été confronté à plusieurs défis. Premièrement, j'ai eu des difficultés à être au plus proche du discours des participantes tout en ayant tendance à faire des catégories qui était relativement larges en amont. Ces dernières n'étaient assez représentatives des dires spécifiques des femmes interviewées. De ce fait, un travail constant et minutieux a dû être fait avec un nombre important de retours aux retranscriptions des entretiens et les tableaux effectués tout au long de la recherche. Au fil des lectures des entretiens et de plusieurs tableaux faits, il était davantage possible de mettre en lien les grands thèmes à travers le corpus d'entretien. Cependant, ce travail d'analyse a été présent jusqu'au dernier moment car même après avoir écrit la discussion, plusieurs pistes ont pu être retravaillées et ressorties dans les données brutes. L'analyse qualitative a présenté, pour moi, un des défis majeurs de ce travail car cela était un nouvel outil utilisé. Cela a nécessité une adaptation conséquente aux méthodes qualitatives qui sont moins abordées dans le cadre de mon master en psychologie clinique. Mon langage et ma manière d'expliquer certains termes ont également dû être adaptés au langage régulièrement utilisé dans le cadre de la psychologie de la santé.

9 Conclusion

9.1 Avancées du travail

L'étendu de ce travail a permis de mettre en avant des lacunes importantes quant à la prise en charge des femmes s'identifiant en tant que lesbiennes dans le système de soins actuel

ainsi que sur les représentations liées aux relations intimes de ces dernières. Les analyses effectuées ont fait émerger des caractéristiques importantes relativement au vécu expérientiel des femmes rencontrées. Peu d'études mettent cela en valeur étant donné que les recherches faites sur les femmes lesbiennes ne sont pas toujours étudiées avec des méthodes qualitatives. Ce travail apporte ainsi une importance à ces vécus et met en lumière certaines dimensions essentielles à la compréhension de leurs expériences personnelles. Les dimensions citées en amont sont représentées par le manque d'informations en matière de santé sexuelle, un encadrement négligé lors des consultations médicales et puis des représentations stigmatisantes sur leurs vies intimes. L'intérêt de cette recherche est de ce fait portée essentiellement sur leurs propres représentations de leurs comportements sexuels et de la façon dont les professionnel-le-s les encadrent et les suivent. Le manque de visibilité et de prise de conscience de la sexualité des femmes lesbiennes est un domaine encore en plein essor. La validation de leur vécu est importante pour constituer un suivi idéal et adéquat. Bien que les changements au niveau sociétal ne puissent pas être aussi facilement influencés, certaines marges de manœuvre sont toutefois possibles. Le fait de sensibiliser les professionnel-le-s de la santé (psychologues, médecins, conseiller-ère-s, infirmier-ère-s) est une mesure essentielle quant à la valorisation du vécu des femmes s'identifiant comme lesbiennes. Ce travail apporte aussi une meilleure compréhension des enjeux relationnelles au sein même de l'intimité des femmes ayant des relations avec d'autres femmes. Les différences de comportements de personnes, ayant une orientation sexuelle différente de l'hétérosexualité, sont ainsi à intégrer, à prendre en compte et négliger cet élément serait problématique.

Le modèle corpro-sociéto-psychologique a permis une analyse détaillée et intégrative du vécu subjectif des participantes rencontrées. Le dynamisme de ce modèle pour un sujet comme celui de la santé sexuelle des femmes lesbiennes, a permis de mettre en lumière des aspects pertinents de leurs vécus expérientiels tout en restant au plus proche de leur discours. De plus, une analyse de la corporéité ainsi que la manière dont cette dernière influence les relations intimes entre les femmes lesbiennes, est une approche innovante afin de parler des caractéristiques relatives à leur vie intime.

9.2 Limites

Une des premières limites rencontrées lors de ce travail est le manque de recherches et d'études faites sur les femmes s'identifiant comme lesbiennes. Comme énoncé dans la revue de la littérature, les femmes lesbiennes ne sont pas le premier sujet d'étude en ce qui

concerne les missions de prévention, de ce fait les données épidémiologiques relatives aux risques d'infections en santé sexuelle sont extrêmement restreintes. Bien que les rapports à risques soient connus en théorie, les données relatives aux dépistages sont quant à elles lacunaires. Cette limite était davantage importante pour mettre en avant les connaissances manquantes des femmes rencontrées ou encore comme base solide pour les professionnelles de la santé qui les rencontrent. Toujours concernant les informations dans la revue de la littérature, les données exposées par Gagnon et Simon (1973) sur les scripts sexuels ne sont plus autant d'actualité. Bien que ces théories étaient innovantes à leur époque et ont promu les discussions et les réflexions sur les comportements sexuels humains, plusieurs dimensions de leur recherche ne sont plus adéquates relativement aux mouvements sociétaux actuels. La théorie des scripts sexuels permet tout de même de faire émerger les contrastes liés aux différentes époques et font ressortir ainsi les évolutions de mentalités, de mœurs et de connaissances en santé sexuelle. Toutefois, une mise à niveau actuelle de ces théories aurait été pertinente et plus adéquate pour ce travail. Si de telles études ont été choisies, c'était avant tout car il existe peu de théoricien-ne-s qui ont mené les études se basant sur celles de Gagnon et Simon (1973) par rapport aux évolutions sociétales et politiques.

Concernant la méthodologie, la procédure choisie pour le recrutement des participantes peut également être une limite dans ce travail. En effet, le recrutement par personnes relais a aussi ses restrictions quant à distance relationnelle entre l'intervieweur et les interviewées. Bien que les participantes n'étaient pas connues par le chercheur, le fait de passer par des connaissances communes peut s'avérer être un biais de sélection dans la récolte de données. La garantie de l'anonymat et la confidentialité joue alors un rôle important pour que les participantes se sentent à l'aise de partager leurs expériences personnelles. L'intérêt dans une telle méthode réside essentiellement dans la rapidité de propagation de l'information. La subjectivité de l'intervieweur est à contrôler afin de ne pas interpréter les paroles des femmes rencontrées en fonction des liens sociaux externes qui les unissent. Ceci peut s'avérer être un défi conséquent engendré par cette méthode de recrutement.

Une limite conséquente survenue à la suite de la réflexion du chercheur de cette étude peut aussi être dû au fait que ce dernier est un homme. En effet, plusieurs participantes ont énoncé le souhait qu'elles préfèrent avoir en entretien médical une femme plutôt qu'un homme afin de pouvoir discuter des sujets en lien à l'intimité. Bien que cela n'ait pas été évoqué clairement par aucune des participantes, nous nous devons de garder cela à l'esprit. Il est possible que le contact avec une femme soit plus facile lorsque certains sujets plus

intimes sont abordés et cela comprend aussi le cadre d'une recherche comme celle-ci. Le statut d'intervenant par les pairs et expérience professionnelle relative à la santé sexuelle de l'intervieweur peut également être perçu comme une limite. Cela est davantage pertinent concernant le canevas d'entretien car ce dernier représente un mélange entre des connaissances établies et une perspective plus large compréhensible par tous et toutes. En effet, certaines connaissances peuvent sembler acquises par l'intervieweur alors que les femmes interviewées ont un cadre différent de définition et de représentations. Il est alors essentiel pour l'intervieweur d'être sensible aux définitions données et de vérifier que celles-ci sont bien comprises par les deux personnes à l'entretien.

9.3 Perspectives

Les résultats finaux de cette étude ont pu apporter des éléments intéressants concernant la représentation des femmes s'identifiant comme lesbiennes. Afin d'approfondir ces derniers, il serait pertinent d'interroger des participantes venant de contextes socio-culturels davantage variés et de définir si les besoins en santé sexuelle sont les mêmes. De plus, la majorité des résultats sur la prise en charge dans le système de soins actuel, font émerger de réelles lacunes. Par conséquent, une étude mettant en contraste les vécus des professionnel-le-s de la santé recevant des femmes s'identifiant comme lesbiennes serait une grande avancée pour la suite de ce travail. Bien que certains obstacles importants puissent être déjà perçus, comme le manque de financement de telles recherches ou la pertinence concernant la prévalence d'IST chez les femmes lesbiennes, la balance entre coût et bénéfice en matière de qualité de vie des femmes lesbiennes démontre qu'il reste encore énormément à faire. Le fait de créer un espace de soins destiné à ces femmes est aussi une solution pouvant être envisagée, cependant la manière de faire valoir l'importance d'un tel centre devrait également être la source d'une recherche qualitative auprès de la population concernée. Les mœurs ainsi que les enjeux socio-politiques relatifs aux autres orientations sexuelles que les personnes hétérosexuelles peuvent également être un frein au développement d'un tel centre. L'entretien de sa propre santé, tant physique que psychique, est par conséquent vu comme un droit et non une simple option. De ce fait, l'importance de sujet de recherche comme celle-ci démontre un réel intérêt et une volonté de promouvoir la santé des groupes minoritaires. Dans un contexte de prévention idéal, toutes les minorités et populations pourraient être représentées dans les guides de prévention cantonaux afin de diffuser des pistes de comportements adéquats à entreprendre lors d'une prise de risque en santé sexuelle. De ce fait, un autre levier d'action suivant les résultats trouvés dans cette

recherche serait de promouvoir la santé sexuelle des femmes lesbiennes à travers de nouveaux canaux de diffusion, comme la présence d'association en soirée ou encore dans bulletins informatifs dans les cabinets des médecins et autres professionnel-le-s de la santé. Une avancée idéale de ce projet serait que les professionnel-le-s de la santé travaillent ensemble et créent, en fonction de leurs spécialisations, un canevas adéquat adressé aux femmes s'identifiant comme lesbiennes afin qu'elles puissent vivre pleinement et sainement leur sexualité.

10 Bibliographie :

- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C., & Mangtani, P. (2004). Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 80(3), 244-246. <https://doi.org/10.1136/sti.2003.007641>
- Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique*. Université de Genève. Consulté à l'adresse <http://doc.rero.ch/record/259101>
- Bize R., Volkmar E., Berrut S., Medico D., Balthasar H., Bodenmann P., & Makadon H. J. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue médicale suisse*, Volume 7, p. 1712-1717.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being lesbian--does the doctor need to know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 58-62. <https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes* (2e édition). Armand Colin.
- Bradford, J., Ryan, C., & Rothblum, E. D. (1994). National Lesbian Health Care Survey: implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 228-242.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chetcuti, N. (2013). *Se dire lesbienne : vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Paris.
- Davis, V. (2000). Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. *Journal SOGC*, 22(3), 206–210. [https://doi.org/10.1016/S0849-5831\(16\)31478-1](https://doi.org/10.1016/S0849-5831(16)31478-1)
- Dean, L., Meyer, I., Robinson, K., Sell, R., Sember, R., Silenzio, V. & Wolfe, D. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health Findings and concerns. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* 4(3), 102–151.
- Delefosse, M. S. (2002). *Psychologie de la santé : perspectives qualitatives et cliniques*. Editions Mardaga.
- Descuves, A et Berrut, S. *La santé des femmes qui aiment les femmes* [en ligne]. 2013 <http://www.profa.ch/multimedia/docs/2013/12/santedesfemmes-dec2013.pdf>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 876-880.

- Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. & Estcourt, C. S. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 76, 345–349.
- Fischer, G. N. (2014). *Psychologie de la santé : applications et interventions*. Paris : Dunod.
- Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (2e éd.). Paris: Dunod.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Garcia Nuñez, D., & Jäger, M. (2011). Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles ? *Forum médicale Suisse*, 11, p. 213-217.
- Ghane, A., & Sweeny, K. (2013). Embodied health: a guiding perspective for research in health psychology. *Health Psychology Review*, 7, 159-184, DOI: 10.1080/17437199.2012.706988
- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité & société*, (1). <https://doi.org/10.4000/gss.951>
- Koutaïsoff, D., Simon-Vermot, P. & Dubois-Arber, F. (2015) Analyse de la situation de la consultation de santé sexuelle - planning familial PROFA. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Lyons, A. C., & Rohleder, P. (2015). *Qualitative research in clinical and health psychology*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Margolies, L. (2014). The psychosocial needs of lesbian, gay, bisexual, or transgender patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), (p. 462-464). <http://doi.org/10.1188/14.CJON.462-464>
- Marques, A. M., Oliveira, J. M. de, & Nogueira, C. (2013). The lesbian population in health studies: contributions for a critical reflection. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2037-2047. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700019>
- Marrazzo, J. M. (2000). Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? *Sexually Transmitted Infections*, 76(5), 330-332.
- McNair, R. P., & Hegarty, K. (2010). Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. *Annals of Family Medicine*, 8(6), 533–541. <https://doi.org/10.1370/afm.1173>
- Menon, M., Schellhorn, K., & Lowe, C. A. (2012). Interactive Influences of Gender Identity

- and Gender Typing on Early Adolescents' Well-Being. *Psychological Studies*, 58(1), (p.1-9). <http://doi.org/10.1007/s12646-012-0159-5>
- McElwain, A. D., Kerpelman, J. L., & Pittman, J. F. (2015). The role of romantic attachment security and dating identity exploration in understanding adolescents' sexual attitudes and cumulative sexual risk-taking. *Journal of Adolescence*, 39, (p.70-81). <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.005>
- Pedersen, W., & Blekesaune, M. (2003). Sexual Satisfaction in Young Adulthood: Cohabitation, Committed Dating or Unattached Life? *Acta Sociologica*, 46(3), (p. 179-193).
- Power, J., McNair R., & Carr S. (2009). Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality*, 11:1, 67-81, DOI: 10.1080/13691050802541674
- Raymond, D. (1994). Homophobia, identity, and the meanings of desire: Reflections on the cultural construction of gay and lesbian adolescent sexuality. In J. M. Irvine (Ed.), *Sexual cultures and the construction of adolescent identities*, (p.115-150). Philadelphia : Temple University Press.
- Ronson, A., Milhausen, R., & Wood, J. (2012). Reasons for having sex among lesbian women. (Report). *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 21(1).
- Santiago-Delefosse, M. (2011). An Embodied-Socio-Psychological approach in Health Psychology?. *Social & Personality Psychology Compass*. 5 (5), 220-230.
- Santiago-Delefosse, M. (2015). The Need for an «embodiment-societal-psychological» (ESP) model of illness experience. In M. Murray (Ed.), *Critical health psychology*. Delhi, Inde: Palsgrave Macmillan.
- Santiago-Delefosse, M., & Del Río Carral, M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Malakoff: Dunod.
- Schweizer, A., Bruchez, C. & Marie Santiago-Delefosse (2013). Integrating sexuality into gynaecological consultations: gynaecologists' perspectives. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 15:2, p.175-190.
- Schweizer, A. (2017). L'abord de la sexualité en consultations gynécologique. *Revue médicale suisse*, Volume 13, p. 590-593.
- Simon, W., & Gagnon J. (2002). Sexual scripts : permanence and change. Dans Ken Plummer (dir.), *Sexualities. Critical Concepts in Sociology*. (p.279-302).

Londres, Routledge.

Van Dam, M. A. A., Koh, A. S., & Dibble, S. L. (2001). Original Research: Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(1), 11–19.
<https://doi.org/10.1023/A:1009534015823>

Sites internet

Association Suisse des lesbiennes. (s.d.). Consulté le 8 décembre 2017, à l'adresse
http://los.ch/wp-content/uploads/2017/05/LOSinfo_012017_online.pdf

Association « Les Klamydia's ». (s.d.). Consulté le 1^{er} mars 2018, à l'adresse
https://docs.wixstatic.com/ugd/75991f_ebfa415d537343eeab5263a54fc2e146.pdf

Santé Sexuelle Suisse. (s.d.) Consulté le 1^{er} mars 2018, à l'adresse
https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf

Santé Sexuelle Suisse. (s.d.) Consulté le 15 mai 2018, à l'adresse
<https://www.sante-sexuelle.ch/fr/qui-sommes-nous/fondation/statuts/>

Santé Sexuelle Suisse. (s.d.) Consulté le 15 mai 2018, à l'adresse
https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/01/SANT%C3%89-SEXUELLE-Suisse_Guide-developpement-strategie-globale_WEB.pdf

Office fédéral de la santé publique – Statistiques et analyses concernant VIH/IST. (s.d.). Consulté le 8 décembre 2017, à l'adresse
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen/hiv-sti-statistiken-analysen-trends.html>

Office fédéral de la santé publique – Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017. (s.d.). Consulté le 8 décembre 2017, à l'adresse
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen.html>

11 Annexes :

I. Flyer Informatif

« **ÉTUDE EXPLORATOIRE SUR LE VÉCU ET LES BESOINS DES FEMMES S'IDENTIFIANT COMME LESBIENNES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE** »

Mémoire de Recherche à
l'Université de Lausanne

Intérêt: Votre contribution à cette recherche permettra d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des femmes s'identifiant comme lesbiennes en Suisse

Participation: Entretien d'environ 45 minutes, enregistré sur un support audio (non filmé). Les données seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme

Population: Femme s'identifiant comme lesbienne, ayant entre 18 et 30 ans

Contact:
Filipe Gonçalves : filipemiguel.goncalves@unil.ch
ou 079/ 761 72 85

II. Formulaire d'information

Mémoire de recherche : Formulaire d'information pour la participante

« Étude exploratoire sur le vécu des femmes s'identifiant comme lesbiennes en matière de besoins et ressources en santé sexuelle et reproductive »

Responsables du mémoire de recherche

Marie Santiago
Professeure ordinaire

Faculté des Sciences Sociales et
Politiques de l'Université de Lausanne,
Institut de Psychologie, Centre de
Recherche en Psychologie de la Santé et
du Vieillissement
Bureau 4209, +41 21 692 32 83
Marie.Santiago@unil.ch

Angélick Schweizer
Première assistante

Faculté des Sciences Sociales et
Politiques de l'Université de Lausanne,
Institut de Psychologie, Centre de
Recherche en Psychologie de la Santé et
du Vieillissement
Bureau 4213, +41 21 692 32 84
Angelick.Schweizer@unil.ch

Nom et prénom du chercheur : _____

But de l'étude : Le but de la recherche est de comprendre davantage les représentations des femmes s'identifiant comme lesbiennes par rapport à leurs besoins en santé sexuelle.

Nature de la participation : Nous vous proposons de participer à un entretien de recherche, d'une durée de 30 à 45 minutes environ. La participation est libre et volontaire.

Confidentialité et utilisation des résultats : Les renseignements donnés seront traités de manière strictement confidentielle. Après transcription, l'enregistrement sera détruit et les données concernant votre identité seront codées et rendues méconnaissables.

Droit de la participante : Vous pouvez à tout moment suspendre votre participation, sans fournir de justification.

Questions au sujet de l'étude : Les responsables de l'étude mentionnées ci-dessus sont à votre disposition pour répondre à toutes vos questions et demandes d'information.

Suivi de l'entretien : Cet entretien contribue à la formation de la personne que vous rencontrez. Si vous vous sentez inconfortable après cet entretien ou souhaitez en parler, n'hésitez pas à en informer le ou la chercheur-e et/ou les responsables du suivi du travail.

III. Formulaires de consentement

Mémoire de recherche : **Formulaire de consentement pour la participante**

« Étude exploratoire sur le vécu des femmes s'identifiant comme lesbiennes en matière de besoins et ressources en santé sexuelle et reproductive »

1. On m'a informée de la nature et des buts de ce mémoire de recherche, ainsi que le déroulement.
2. Ma participation à cette recherche est volontaire et je peux me retirer à tout moment.
3. Les données de cette étude seront traitées de manière confidentielle et elles ne seront utilisées que dans le cadre qu'à des fins de recherche dans le cadre de ce mémoire et par les partenaires énoncé-e-s dans le formulaire d'information.
4. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant cette recherche et j'ai obtenues des réponses satisfaisantes.
5. On m'a remis un exemplaire de la fiche d'information et de ce formulaire de consentement.
6. J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à ce mémoire de recherche.

Nom et prénom de l'étudiant chercheur

Date

Signature

.....

Nom et prénom de la participante

Date

Signature

.....

Marie Santiago
Professeure ordinaire

Faculté des Sciences Sociales et Politiques de
l'Université de Lausanne,
Institut de Psychologie, Centre de Recherche en
Psychologie de la Santé et du Vieillessement
Bureau 4209, +41 21 692 32 83
Marie.Santiago@unil.ch

Angélick Schweizer
Première assistante

Faculté des Sciences Sociales et Politiques de
l'Université de Lausanne,
Institut de Psychologie, Centre de Recherche en
Psychologie de la Santé et du Vieillessement
Bureau 4213, +41 21 692 32 84
Angelick.Schweizer@unil.ch

IV. Canevas entretiens

Introduction :

- Faire connaissance
- Présentation des rôles (interviewée - intervieweur)
- Clarification de la forme de la relation (tutoiement-vouvoiement)
- Formulaire d'information du mémoire de recherche
- Formulaire de consentement

Consigne de base :

Pouvez-vous me raconter quelle est votre perception de la santé sexuelle chez les femmes ont du sexe avec d'autres femmes ?

Thèmes	Relances
Besoins en santé sexuelle	Besoins généraux ? Différence avec femmes hétérosexuelles ? influence ces besoins ? Comment ces besoins s'expriment ? vécu personnel ?
Risques infections	Risques des infections sexuelles entre femmes ? Moyens de protection ? Provenance des connaissances/informations ? Campagne de prévention (campagne idéale) ? Quels objectifs ? viser davantage les FSF ?
Santé (système de soins)	Quelles raisons pour consulter un-e professionnel-le de la santé ? Comment était votre dernière consultation ? Comment vous êtes-vous senti après la consultation ? Quoi penser de la création d'un centre de soins FSF ? Comment inciter davantage la consultation chez les FSF ? Principales influences ? Idéaux ?

Conclusion :

- Avez-vous des points à ajouter ou des sujets que nous n'avons pas abordé qui vous paraissent importants ?
- Remerciement pour la participation
- Rester à disposition si des questions supplémentaires venaient à apparaître

V. Première tentative d'organiser les entretiens

Mémoire de recherche – Filipe Gonçalves

I : D'accord #00:02:54-4#

P1 : Voilà par exemple heu les capotes pour femmes #00:03:02-4#

I : Oui #00:03:01-5#

P1 : Ba j'ai des amis qui ont dit ha enfin voilà on en entend parler mais ça même dans les pharmacies où il n'y a rien du tout et au final je connais auc- je connais aucun couple heu de lesbiennes qui en utilisent alors qu'on en entend vaguement parler comme quoi ça reste de la prévention que c'est le- la même heu enfin par rapport à la capote enfin c'est une capote donc c'est une protection #00:03:27-8#

I : Oui #00:03:26-5#

P1 : Mais heu j'ai- je connais personne qui l'utilise #00:03:34-0#

I : Hmm et tu connaîtrais d'autres moyens de protection pour heu le sexe entre femmes? Tu as énuméré déjà le préservatif féminin #00:03:41-0#

P1 : Heu non (.) Honnêtement j'en connais pas mis à part bien connaître le partenaire et puis faire attention enfin (.) Pas heu enfin je sais que ba voilà pendant les règles faire attention et ce genre de choses mais autrement heu non. #00:04:01-3#

I : Et plutôt peut-être à titre personnel pour toi c'est quelque chose qui- enfin si on parle de tes besoins de connaissances en matière de santé sexuelle entre femmes #00:04:12-5#

P1 : Hmm #00:04:10-7#

I : Comment est ta perception par rapport à ça. Est-ce que tu as des besoins particuliers? #00:04:20-9#

P1 : Heu ba j'ai fait le test du VIH et c'était négatif donc ça peut- c'est sûr que c'est rassurant mais c'est vrai que pour celles où c'est aussi négatif on ne sait pas- on ne sait pas comment en fait se protéger réellement et heu #00:04:37-7#

I : Il y a un manque d'information quelque part #00:04:39-5#

P1 : Ouais clairement! Ouais on- il n'y a aucune information. Il y a heu ils disent comment nettoyer les "sex toys" ou ce genre de choses mais autrement heu ouais il y a un gros manque d'information #00:04:56-2#

I : Et concernant par exemple les risques est-ce que tu es au courant de quels risques potentiels il peut exister dans une relation entre femmes? #00:05:04-7#

P1 : Heu n- ba toutes les heu les maladies transmissibles heu sexuellement #00:05:13-6#

I : Hmm #00:05:15-7#

P1 : Mais ça c'est- c'est plus général #00:05:18-8#

Mémoire de recherche – Filipe Gonçalves

I : Donc ce n'est pas spécifique en fait aux relations entre femmes. #00:05:21-8#

P1 : Ouais voilà #00:05:24-1#

I : Et pour toi ce serait pertinent justement d'avoir plus d'informations autant personnellement que dans ton cercle d'amis, d'avoir peut-être des messages plus ciblés et dirigés aux femmes qui ont du sexe avec d'autres femmes? #00:05:35-2#

P1 : Ouais ou même dans les heu dans les pharmacies on ne voit rien- les capotes et tout ça mais il n'y a rien qui est pour la protection féminine #00:05:48-9#

I : Hmm #00:05:47-8#

P1 : Et même de mettre un peu en avant peut-être que ça va faire tilt : « ha oui il faut peut-être que je fasse attention, peut-être que je peux me renseigner, peut-être que (.) » mais il n'y a absolument rien qui est mis en avant #00:05:59-8#

I : Oui et ça c'est un manque pour toi #00:06:04-1#

P1 : Ba pour l'instant ça va parce que voilà j'ai fait le test et mon amie aussi mais heu c'est vrai que je pense que c'est quelque chose qui est, qui est important et qui (.) qui peut être très utile quoi #00:06:15-0#

I : Hmm #00:06:18-0#

P1 : Pour l'instant j'ai une relation stable mais c'est vrai qu'en dehors heu en- en ayant eu des relations heu même d'une nuit ou comme ça, on se retrouve et heu il faut faire attention mais on ne sait pas comment mais en même temps on a quand même envie de- ba de prendre son plaisir mine de rien #00:06:37-1#

I : Bien sûr et comment tu abordes justement cette notion de risques avec tes partenaires? Sachant que tu dis que peut-être tu n'as pas assez d'informations comment la conversation commence et qu'est-ce qui est dit concrètement? #00:06:49-4#

P1 : Au final il n'y a pas grand chose qui est dit parce que ça, je crois que c'est assez tabou mine de rien. Ce n'est pas un sujet qui s'aborde- enfin c'est vraiment quand- avec les amies qu'on en parle c'est sous forme de débat mais le sujet il n'est pas (.) c'est un peu comme parler des salaires je dirais. On peut en parler on peut débattre dessus mais c'est pas- ouais ça reste quand même tabou #00:07:21-3#

I : Hmm ça reste tabou une fois que tu parles de toi ou même parler de sexe de manière générale tu as l'impression que c'est plus abordable que quand c'est personnel? #00:07:30-9#

P1 : Non je dirais que c'est tabou dans le sens où la protection heu au niveau de la sexualité féminine #00:07:39-2#

I : Hmm #00:07:40-7#

no uncs. b...
de protection
des rapports

infos sur la protection
(moyens)

manque d'infos
sur la protection
besoins des
sexuels

infos sur les
risques

point de chute
pour info
→ pharma

dépostage
dans
le compte

plaisir pour
faire un
rapport
dans les
relations d'un
sex

dit F. vive
am. tabou

aussi au niveau
social et
pas que personnel

VI. Première catégorisation inter-entretien

Alice*

Manque de prévention	Sensation que le thème (FSF) n'est jamais abordé	Professionnel est au courant de la situation personnelle mais ne donne pas d'information sur la situation personnelle	Manque d'information	Initiative personnelle pour parler de santé sexuelle
Professionnel demande la relation avec un homme	Manque de prévention	Professionnel pose des questions essentiellement liées à la grossesse dans un premier temps	Volonté de se faire dépister pour VIH	Manque de prévention
Recherche informations avec le cercle social	Beaucoup de questions restent sans réponses	Non utilisation de la protection lors de rapports entre femmes	Information concernant la protection (éviter les règles)	Manque d'informations sur les protections
Hygiène des sextoys	Informations sur les risques IST pas précises	Pharmacie serait une bonne source pour propager des informations	Dépistage VIH dans un couple établi depuis un moment	La notion de plaisir est importante pour un investissement relationnel
Notion de risques davantage liée aux relations d'un soir	Santé sexuelle entre femmes est tabou au niveau social, personnel et professionnel	Anxiété liée au dépistage	Manque information concernant FSF	Discussion avec un professionnel de la santé sur les IST

Différentes catégories :

CONSULTATION / EDUCATION / RELATIONS INTIMES / SANTE SEXUELLE / INFORMATION IST et RISQUES / SYSTEME DE SOINS PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTE / BESOINS EN SANTE SEXUELLE

