

Simulation d'un centre de santé sexuelle communautaire pour les FSF

Travail de mémoire présenté pour l'obtention du DAS en Santé sexuelle : interventions par l'éducation et le conseil 2017-19

TABLE DES MATIERES

1. Avant propos.....	2
2. Introduction.....	2
2.1. Contexte.....	2
2.1.1. Contexte de travail	2
2.1.2. Contexte associatif.....	3
2.1.3. Contexte d'étude	4
2.2. Evaluation des besoins du public cible	5
3. Question de recherche.....	8
4. Methode.....	8
5. Resultats.....	10
6. Discussion et pistes d'implication.....	15
7. Conclusion	18
8. Références bibliographiques.....	19
9. Annexes.....	21

1. AVANT PROPOS

Ce document a été produit dans le cadre du travail de validation du DAS en Santé sexuelle : interventions par l'éducation et le conseil.

Il s'inscrit dans la continuité d'une proposition de projet que j'ai réalisée dans le cadre de la validation du CAS en promotion de la santé communautaire fin 2018 : « Comment augmenter l'accès aux soins pour les FSF : proposition de dépistage des IST sur place/hors murs. ». Ainsi, beaucoup d'éléments approfondis dans cette proposition de projet seront repris dans ce travail de mémoire. Cette démarche sera plus développée dans le chapitre 2.1.

Pour bien comprendre ce travail, il est important pour moi de préciser mes choix en matière de vocabulaire.

Par souci de simplicité, le terme « femme » sera utilisé pour parler de toute personne ayant une génitalité dite féminine. Ainsi les personnes trans, les personnes non-binaires ou autres personnes ayant une génitalité dite féminine sont donc concernées par ce projet.

Tout au long de ce mémoire, j'utiliserai l'acronyme FSF pour désigner le public cible.

Pour ce mémoire FSF signifie donc : femmes cisgenre ou toute personne avec une génitalité dite féminine ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes cisgenre ou toute personne avec une génitalité dite féminine.

2. INTRODUCTION

Dans ce chapitre d'introduction je présenterai dans quel contexte se situe ce travail de mémoire. Cela me permettra de mieux exposer les expériences et les motivations qui ont nourri ma réflexion. Une fois le contexte posé, je définirai le public cible et ses caractéristiques pour établir la pertinence de ce travail.

2.1. CONTEXTE

Ce travail s'inscrit dans la suite logique de mon expérience associative, professionnelle et étudiante. Pour mieux comprendre la subjectivité inhérente à ma démarche, il me semble important de détailler ces différents contextes.

2.1.1. CONTEXTE DE TRAVAIL

Je travaille comme infirmière en santé sexuelle dans les CheckPoints Vaud et Genève. Les CheckPoints sont des centres de santé communautaire pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), pour les personnes trans' et leurs partenaires. Ces centres proposent une prise en charge psychosociale, une prise en charge médicale pour les infections sexuellement transmissibles (IST) en offrant dépistage VIH/IST, vaccination, traitement et prophylaxie pré et post exposition VIH. De plus, l'équipe pluridisciplinaire organise des actions de promotion de la santé et de dépistages sur place/hors murs dans des établis-

sements ou soirée dits « gays » et dans des lieux de rencontre extérieurs. Ces centres travaillent en collaboration avec les différentes associations LGBTIQ+.

Ainsi dans le cadre de ce travail, particulièrement lors des actions de prévention et dépistages dans les soirées et lieux fréquentés par la communauté LGBTIQ+, nous rencontrons beaucoup de FSF qui s'adressent à nous avec des demandes d'informations et de dépistages pour les infections sexuelles transmissibles (IST). Malheureusement, le dispositif des CheckPoints ne peut y répondre. A ce jour en Suisse, il n'existe pas d'entité équivalente aux CheckPoints à destination des FSF qui pourrait répondre à ce besoin. À défaut, ces personnes sont orientées vers des centres ou des consultations pour la population générale, ce qui est rarement pris comme une alternative satisfaisante. En effet les FSF qui s'adressent au CheckPoint nous disent qu'elles ne se reconnaissent pas dans les offres pour la population générale ou ont eu des expériences inadéquates avec les professionnels de santé.

Ces expériences au sein des CheckPoints, particulièrement dans le cadre des actions dans des lieux ou soirées fréquentés par la communauté LGBTIQ+, sont frustrantes et témoignent de besoins importants qui n'ont pour l'heure aucune réponse appropriée. Ces besoins sont un accompagnement communautaire et spécifique pour les FSF, tel qu'il est proposé dans les centres CheckPoints.

Mon expérience professionnelle m'a permis de développer l'hypothèse que l'existence d'une consultation communautaire pour FSF serait une réponse pertinente.

2.1.2. CONTEXTE ASSOCIATIF

Ce travail de mémoire s'inscrit dans une longue réflexion développée au cours de mon parcours associatif. J'aimerais aborder particulièrement mon expérience dans l'association Lilith.

Lilith est l'association romande pour les FSF créée en décembre 1994 à Lausanne afin de pallier l'absence de structure, de soutien et d'information pour les lesbiennes dans le Canton de Vaud. Cette association a des adhérentes dans toute la suisse romande et environs. Elle a de multiples implications, tant publiques qu'individuelles, et propose bon nombre d'activités tant festives que de soutien et d'aide individuels. Je parlerai plus particulièrement du projet *Happy Vulve*.

Happy Vulve est un projet pilote de prévention et promotion de la santé sexuelle par les paires. Ce mode d'intervention, dont l'efficacité n'est plus à prouver (Santé Sexuelle Suisse, 2017) nous permet d'atteindre nos buts qui sont de participer à l'autonomisation des FSF dans leur santé en offrant un espace de parole sécuritaire et de l'information pertinente.

Comme précisé dans mon précédent travail en 2018, *Happy Vuvle* est né de plusieurs constats :

- L'invisibilité des FSF dans la santé sexuelle. Pour cause, elles disent manquer d'information et ne pas se sentir concernées par les mesures de prévention préconisées par la santé publique (Hangartner, 2018). Un constat compréhensible au vue du manque de représentation des FSF.

Je prendrai pour exemple les visuels des campagnes nationales « love life » de ces trois dernières années qui ne montrent pas de sexualité FSF¹. De plus dans l'étude

¹<https://www.lovelife.ch/fr/campagne/la-campagne-actuelle/> consulté le 13.08.2019

« Le sexe en Suisse » faite dans le cadre de la campagne de 2016 (qui, elle, avait un visuel montrant deux femmes), peu de chiffres sont publiés sur la sexualité des FSF. Pour la rubrique « risque et prévention », les chiffres publiés ne concernent que les hétérosexuelles et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Il est important de préciser que cette rubrique « risque et prévention » aborde : les regrets par rapport à des contacts sexuels, l'infidélité et le lien avec le médecin traitant (OFSP, 2018).

Relevons aussi qu'avec l'épidémie de sida, les HSH sont devenus aussi bien l'objet d'investigations renouvelées dans le champ des recherches sur la sexualité qu'une cible prioritaire pour les politiques publiques de prévention ; ce qui n'a jamais pu être le cas des FSF (Lhomond, 1991, 51).

En Suisse, les actions en direction de la santé des FSF sont pour le moment essentiellement portées par des personnes à titre individuel ou par des associations avec des mandats cantonaux.

- Pour ce qui est de la prévention qui cible directement la communauté LGBTIQ+, là aussi les FSF sont peu représentées. Celle-ci est fortement focalisée sur les HSH. Cette sous-représentation des FSF engendre un manque de visibilité et une marginalisation dans les questions de santé publique en général (Coordination Lesbienne en France, 2007).
- Enfin, le dernier constat est directement lié au rapport à la santé chez les FSF et la consultation gynécologique. On constate que certains professionnels de la santé peuvent être très hétérocentrés, ce qui influence la consultation de soin. De ce fait, les femmes se retrouvent dans une situation où elles doivent faire part de leurs orientations sexuelles pour avoir des informations qui les concernent. Ce rapport aux professionnels de la santé provoque une forme de rejet chez les FSF (Hangartner, 2018). Elles évitent alors de se rendre régulièrement aux consultations gynécologiques. De cette manière, ces personnes ne se sentent pas concernées par les soins fournis par ces professionnels de la santé (Berrut, 2016).

Le projet Happy Vulve a pour objectif de participer à une prise de conscience pour les FSF en matière de santé sexuelle, mais, pour le moment, ne peut proposer avec certitude une offre de soin qui sera sécuritaire et pertinente pour ce public cible. Encore une fois il est très frustrant de ne pouvoir rediriger les personnes vers une consultation qui s'inscrit dans la continuité de ce que propose ce tissu associatif, c'est-à-dire un accompagnement communautaire.

2.1.3. CONTEXTE D'ÉTUDE

Comme je l'ai précisé dans l'avant-propos, ce travail de validation, s'inscrit dans la continuité d'un travail réalisé dans le cadre du CAS en promotion de la santé communautaire de l'université de Genève.

Dans ce travail de 2018, je faisais une proposition de projet sur le thème du dépistage des Chlamydia et Gonorrhée en auto-prélèvement sur place/hors murs, pour les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes : « Comment augmenter l'accès aux soins pour les FSF : proposition de dépistage des IST sur place/hors murs. ».

Dans mon précédent travail, j'observais qu'une grande partie des FSF ne se sentent pas concernées par le contrôle gynécologique et le dépistage des IST. De plus, pour les FSF qui sont sensibilisées, il existe un grand nombre de freins pour accéder aux soins (2018). A travers ce travail je proposais de mettre en place une prestation déjà réalisée par les Check-Points pour les HSH. Il s'agirait d'une offre de consultation communautaire et de dépistage en auto-prélèvement pour les infections sexuellement transmissible (IST) dans des lieux ou les soirées fréquentées par le public cible. L'hypothèse de ce travail est que cette offre augmenterait l'accès aux soins des FSF. Cette hypothèse s'appuie sur l'expérience similaire des actions de dépistage hors murs/sur place proposées par les Checkpoints à destination d'un autre public de la communauté LGBTIQ+.

Une telle offre de consultations et de dépistages hors murs/sur place, ne peut être viable sans l'assurance d'avoir un suivi pour les personnes qui la solliciteraient. Je pense inconcevable de faire de la sensibilisation sur ce modèle sans pouvoir proposer un suivi cohérent.

C'est pourquoi dans le cadre de ce travail de mémoire du DAS en santé sexuelle, je m'interrogerai sur la pertinence d'un projet de centre ou de consultation de santé communautaire pour les FSF.

2.2.EVALUATION DES BESOINS DU PUBLIC CIBLE

A travers mes différentes expériences évoquées plus haut, je me suis imprégnée de bon nombre de témoignages de frustration et de colère autour du thème de la santé des FSF. Cette invisibilité systémique, crée des violences qui s'expriment à plusieurs niveaux : dans les politiques publiques de prévention, dans les consultations en santé sexuelle et jusqu'au sein de la communauté LGBTIQ+.

Dans ce chapitre nous verrons quelles sont les conséquences possibles de ces violences et quelles sont les problématiques en matière de santé propres aux FSF. Pour cela je reprendrai les conclusions de la recherche dans la littérature faite dans mon précédent travail de mémoire pour le CAS en santé communautaire de 2018. Cette évaluation des besoins du public cible est non exhaustive. A noter qu'il est difficile d'obtenir des résultats complets, au vu de la pauvreté de la littérature scientifique sur ce sujet, particulièrement en Suisse et en Europe.

TABLEAU 1 : RECENSEMENT DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AUX IST ET AUX HABITUDES DE VIE. (PORTELLA, 2018)

Les Infections sexuellement transmissibles (IST)		
IST	Données	Sources
Le papillomavirus (HPV)	L'étude montre la présence de HPV présent chez 13% des femmes qui ont eu des partenaires exclusivement féminines.	Marrazzo, Koutsky et al. 2001
	De plus on sait que 53% à 99% des FSF ont eu au moins un partenaire masculin	Bajos, N., Beltzer, N. 2008 ; Bailey, J. V., 2004
	Dans certaines enquêtes on a relevé que seulement 10% ont été vaccinés pour le HPV (37% parmi les femmes de 18 à 24 ans)	Descuves, A et Berrut, S. 2013 Singh, Fine et al. 2011

Gonorrhée et Chlamydia	Le manque de littérature ne nous permet pas d'avoir une idée claire de la prévalence de ces infections bactériennes. Pour la chlamydia par exemple la prévalence peut aller de 0.6% à 5.3% en fonction de la littérature.	Bailey, J. V., 2004 Singh, Fine et al. 2011
VIH	Le risque de transmission du VIH est très faible, mais pas nul, quelques cas de transmission ont été rapportés. D'ailleurs la communauté lesbienne étant très peu touchée par le VIH	Chan, Thornton et al. 2014
Syphilis	Peu d'étude sur le risque de transmission de la syphilis. Seulement quelques cas reportés.	Campos-Outcalt, D., Hurwitz, S., 2002
Vaginose bactérienne	Les vaginoses bactériennes semblent plus présentes chez les FSF que dans la population générale des femmes. Certaines études montrent une prévalence de 31.4% contre 16% chez les femmes hétérosexuelles.	Bailey, Farquhar et al. 2004
Habitude de vie et santé mentale		
Tabagisme et alcool	Dans l'enquête faite en suisse en 2013, on note que 29% des FSF fument quotidiennement et 16% occasionnellement contre respectivement 20% et 7% dans la population féminine générale. Les consommations d'alcool à risque, que ce soit en termes de fréquence et/ou de quantité, étaient 3 à 4 fois plus élevées que dans la population féminine hétérosexuelle.	Descuves, A et Berrut 2007; Johnson, Holder-Hayes et al. 2015
Santé mentale	26% des répondantes à l'enquête de 2013 présentent une détresse psychologique importante (32% une détresse moyenne). Il est aussi montré que 37% des FSF ont pris des antidépresseurs dans leur vie et 12% en prennent actuellement. De plus durant leur vie, 60% ont eu des pensées suicidaires, 33% ont fait des plans et 13% au moins une tentative.	Descuves, A et Berrut 2007
Satisfaction et comportement lié à la sexualité		
Fréquence des rapports	74% des FSF déclarent des rapports sexuels de 30min à plus de 1h. 55% des FSF déclarent avoir des rapports entre 1 à plus de 2 fois par semaine. Il est observé que plus les femmes sont en couple depuis longtemps, moins la fréquence est élevée dans le couple, 28% des répondantes déclarent avoir déjà vécu des périodes de plus de 3 mois sans sexualité. 72% d'entre elles aimeraient que cela change.	Delebarre, 2018
Qualité de la sexualité	37% des répondantes déclarent vivre une absence ou insuffisance de désir. 35% des répondantes expriment une difficulté à atteindre l'orgasme. Et seulement 22% en ont parlé à un.e professionnel.le majoritairement à un.e psychologue /psychiatre (58%)	Delebarre, 2018

Santé sexuelle		
Consultation gynécologique	58% des répondantes, ont effectué un contrôle gynécologique dans les 2 dernières années ² .	Descuves et Berrut 2013
Stratégie de réduction des risques face aux IST	Pour ce qui est du comportement des fsf lié à la santé sexuelle, 71% des répondantes disent ne jamais avoir de stratégie de protection contre les ist/vih avec leurs partenaires fsf. 13% disent se protéger souvent ou toujours (2013). Pour cette minorité, les stratégies évoqué sont le test vih, la fidélité ou la confiance et éviter le contact avec le sang des règles. Parmi les personnes interrogées, 1/3 ont effectué au moins un dépistage des IST au cours de leur vie	Descuves, et Berrut 2013

Le manque de littérature sur le domaine des IST chez les FSF, particulièrement en Suisse, est un problème. Les prévalences trouvées ne font pas consensus et sont faibles. Nous sommes en droit d'émettre l'hypothèse que ces chiffres sont sous-estimés pour deux raisons. Premièrement ce sont des infections la plupart du temps asymptomatiques chez 70% à 95% des femmes (OFSP, 2017). Deuxièmement la plupart des études ne procèdent qu'à un prélèvement cervical ou d'urine, ce qui empêche le diagnostic d'infection localisé au niveau anal et pharyngé (OFSP, 2017). Enfin j'ajouterai que les FSF consultent beaucoup moins pour des dépistages de routine, elles seraient donc sous représentées dans les données à disposition (Descuves, 2013).

Il n'est pas rare d'entendre une autre hypothèse qui participe grandement à l'invisibilité des FSF, qui serait que celles-ci ont peu voire pas de sexualité. Je pense important de parler de cette théorie dans ce mémoire, car elle est ressortie des expériences vécues par les personnes interrogées, auprès de personnels médicaux comme des gynécologues. En effet, la sexualité entre FSF est perçue comme passive car non pénétrante, elle a même été décrite en psychanalyse comme infantile et immature (Revillard, 2002).

Pour démystifier ces représentations encore présentes il est important d'étudier les pratiques sexuelles des FSF.

Dans son étude sur les comportements sexuels, Delebarre rapporte que les FSF ont un nombre moyen de partenaires au cours de la vie qui s'établit entre 6,1 et 15,5, et que 71% d'entre elles auraient eu au moins un partenaire masculin au cours de leur vie. (2018). Selon cette même étude de Delebarre en 2018, 71% des répondantes déclarent avoir souvent ou toujours au moins 4 pratiques sexuelles par rapport. Elles évoquent des pratiques masturbatoires (64,4%), pratiques oraux-génitales (76,5%), pratiques pénétratives réceptives (73,4%) et insertives (76,5%).

Pour ce qui est du comportement des FSF lié à la santé sexuelle, 71% des répondantes de l'étude de Descuves disent ne jamais avoir de stratégie de protection contre les IST/VIH avec leurs partenaires FSF. 13% disent se protéger souvent ou

² La Société Suisse de Gynécologie recommande un contrôle gynécologique de routine tous les 2ans en moyenne, indépendamment de facteur de risque ou de problème de santé.

toujours (2013). Pour cette minorité, les stratégies évoquées sont le test VIH, la fidélité ou la confiance et éviter le contact avec le sang des règles.

Ce sont autant d'éléments qui témoignent de la nécessité d'étudier davantage ce thème : augmenter l'accessibilité à l'information et aux soins.

3. QUESTION DE RECHERCHE

A partir des éléments évoqués dans le chapitre précédent, il est évident que les FSF présentent des problèmes de santé spécifiques, et que le système actuel n'y apporte pas de réponse. Pour ce qui est du thème choisi dans ce travail, je noterai deux problèmes prioritaires : le manque de données et l'accès au soin qui n'est pas garanti.

LA QUESTION EST DE SAVOIR SI L'EXISTENCE D'UN CENTRE (OU D'UNE CONSULTATION DANS UN CENTRE DÉJÀ EXISTANT) COMMUNAUTAIRE SPÉCIALISÉ POUR LA SANTÉ SEXUELLE DES FSF, POURRAIT APPORTER UNE RÉPONSE PERTINENTE AUX PROBLÈMES PRIORITAIRES ÉVOQUÉS.

Le but de ce travail de mémoire est de créer une **simulation d'un centre de santé sexuelle communautaire pour FSF**. Pour cela je vais recréer toutes les conditions d'un centre de santé sexuelle communautaire pour y mener des entretiens conseil. Pour conduire cette expérience, je pose les questions de recherches suivantes :

- Est-ce que l'existence d'un centre en santé sexuelle communautaire pour les FSF, permettrait de créer une prise de conscience auprès du public FSF en ce qui concerne leur santé sexuelle?
- Quel serait le déroulement d'une telle offre ?
- Quels seraient les thèmes abordés qui constitueraient le fil rouge pour une consultation dans un tel centre ?
- Quel serait le profil des bénéficiaires de ce projet en regard de leurs comportements liés plus particulièrement à la santé sexuelle et au contrôle gynécologique ?
- Quelles seraient les demandes des bénéficiaires d'un tel centre ?
- Est-ce que cette approche permettrait le dépistage précoce d'autres problèmes de santé ?
- Quel devrait être le déroulement du monitoring d'une telle offre ?
- Est-ce que ce projet permettrait d'augmenter la visibilité de ce public auprès des instances fédérales comme l'OFSP ?

Comme ce travail s'inscrit dans la continuité de mon travail de mémoire pour le CAS en promotion de la santé et santé communautaire (2018), les questions de recherches sont semblables.

4. METHODE

CONDITIONS POUR LES CONSULTATIONS

- Les conditions de sécurité, de confidentialité et d'hygiène doivent être respectées. Pour cela j'ai eu les autorisations du CheckPoint Lausanne, de pouvoir mener les entretiens dans ses locaux. Cela me permet de simuler toutes les étapes d'une consul-

tation communautaire en santé sexuelle. Ce point présente un atout majeur pour mon étude.

- Les personnes participantes ont la possibilité de faire des tests de dépistages pour les IST au prix du laboratoire.

RECRUTEMENT DES PARTICIPANT.E.S

- Recrutement : pour cette expérience, j'ai décidé de solliciter mon entourage associatif, personnel et professionnel pour recruter des personnes intéressées à participer à cette étude. J'ai choisi volontairement de ne pas passer par les réseaux officiels tels que les associations LGBTIQ+ ni par les réseaux sociaux. D'une part du fait du faible nombre d'entretiens possibles, d'autre part un des enjeux étant de bien communiquer sur le fait qu'il s'agissait uniquement d'une simulation sur un temps court, et non pas l'ouverture d'une telle offre, cette nouvelle étant très attendue dans la communauté.
- Dans le cadre de ce travail, j'ai pour objectif de mener 6 entretiens de 45min. J'ai privilégié un échantillon réduit pour recueillir des données qualitatives pertinentes. Du fait de cet échantillonnage, les données quantitatives, bien qu'intéressantes ne peuvent pas être exploitées scientifiquement. Il serait nécessaire de poursuivre cette expérience sur un plus grand nombre de personnes pour compléter ces résultats.

DEROULEMENT DE LA CONSULTATION

Pour le déroulement de cette recherche, j'ai choisi d'utiliser le modèle des entretiens semi-directifs avec la création d'un guide d'entretien.

Cette méthode est idéale pour aborder des thèmes nécessaires à ma recherche sans pour autant poser des limites à l'échange. L'élaboration du guide d'entretien m'a permis de travailler sur des questions en amont afin de favoriser des formulations ouvertes pour laisser la personne s'exprimer et éviter tout biais méthodologique. L'entretien prévoit :

- Accueil dans les locaux
- Brève explication du déroulement et présentation du questionnaire pré-entretien auto-administré
- Temps de consultation : 45min d'entretien conseil. Avant de débiter l'entretien, des explications sont données sur le cadre et les conditions de l'entretien (règle de confidentialité, d'anonymat, sur les modalités d'exploitation des données et de consentement).
- Si la personne souhaite faire des tests : prévoir 15min pour les consignes et la réalisation des dépistages.
- Dans ce cas-là, la personne consent à transmettre les informations nécessaires pour les déclarations obligatoires et ses coordonnées pour être joignable afin de recevoir les résultats. En cas de positif, la continuité des soins est assurée.

Lors des consultations, les participantes ont choisi le tutoiement, ce qui est pertinent dans le cadre d'une consultation communautaire par les paires.

MONITORAGE

- Questionnaire auto administré en format papier (en annexe). C'est un questionnaire en 3 parties, l'original avait été créé par l'Aide Suisse contre le Sida en collaboration avec la Coordination Romande des organismes de lutte contre le VIH. On pourrait le

décrire comme une version simplifiée du Berda³, qui est utilisé dans des actions de dépistages hors murs/sur place où le Berda ne peut être réalisé.

J'ai décidé d'utiliser cet outil de monitoring et de l'adapter pour le public cible de ce travail. Cela me permet d'avoir un outil bien plus rapide d'utilisation et bien moins centré autour du risque VIH que le Berda.

En revanche, les questions issues du Berda sont inchangées à des fins de comparaison statistique.

- Les consultations sont enregistrées avec l'accord de la personne. Cela me permet de travailler sur le contenu des consultations sans perdre d'éléments. Une fois le travail terminé ces enregistrements seront détruits.

5. RESULTATS

Dans ce chapitre j'exposerai les résultats et les conclusions de l'étude des entretiens réalisés. Quelques données quantitatives seront exposées dans un premier lieu, puis les données qualitatives des entretiens.

DONNÉES QUANTITATIVES

Ces données ont été récoltées grâce aux questionnaires prévus pour le monitoring disponible en annexe. J'ai ici sélectionné une partie de ces données récoltées pour avoir un ordre d'idée du profil des personnes interrogées.

- 6 femmes cisgenre
- Moyenne d'âge 34 ans (min 23 et max 26)
- 4/6 sont en relation exclusive de longue durée avec une femme
- 4 personnes d'origine Suisse et 2 personnes françaises.
- La totalité des participantes ont consulté un gynécologue dans les 2 dernières années soit pour des raisons médicales soit pour un contrôle de routine
- 2/6 sont atteintes d'endométriose
- Aucune d'entre elles n'a consulté un centre de santé sexuelle ou planning familial au cours de sa vie
- 2/6 sont vaccinées pour le papillomavirus (cela s'explique du fait des âges), les personnes non vaccinées n'ont reçu aucune information à ce sujet de la part de leur gynécologue.
- 5/6 se souviennent avoir fait un dépistage des chlamydias
- 1 personne en prise de sang
- 1 personne en frottis pharyngé et vaginal
- 3 personnes en frottis vaginal uniquement
- 4/6 ont déjà vécu un rapport sexuel sous la contrainte physique, psychologique, par chantage ou coercition (commis par un homme 3/4, commis par une femme 2/4).

³Berda (Beratungsleitfaden und Datenverwaltungssystem für VCT-Stellen), est un outil électronique d'anamnèse, de conseil et de déclaration, créé par l'OFSP. Il est utilisé dans la plus part des centres de dépistages des IST.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/freiwillige-beratung-und-testung.html> consulté le 14.08.2019.

Il est important de préciser que pour les dépistages des gonorrhées et chlamydia, un dépistage pharyngé, vaginal et anal est préconisé selon l'OFSP (2017). Pour ce qui est du frottis pharyngé il est conseillé pour les personnes ayant des pratiques oraux-génitales ce qui est le cas pour les participantes de cette étude. En ce qui concerne le frottis anal il est aussi conseillé chez les personnes n'ayant pas de rapport anaux, la région génitale étant anatomiquement proche de la région anale, il est possible de s'auto infecter ou de s'infecter via des pratiques au niveau génital.

La prise de sang pour déceler une infection active n'est vraiment pas conseillée car elle ne donne pas une bonne indication et est beaucoup moins sensible que le frottis.

Pour ce qui est des personnes non vaccinées au HPV, selon elles, aucune information sur la vaccination ne leur a été donnée lors de leurs consultations gynécologiques. Or, bien que le vaccin ne soit plus pris en charge à partir de 27ans, il reste intéressant, particulièrement pour les personnes ayant eu peu de partenaires.

DONNÉES QUALITATIVES

Pour exposer les résultats d'une étude des entretiens réalisés, je vais procéder par thème. Les données nous permettront de mieux comprendre la réalité des participantes, leurs besoins et attentes en ce qui concerne leur santé sexuelle.

GYNÉCOLOGUE ET PROFESSIONNEL. LE DE LA SANTÉ

On l'a vu, les FSF consultent peu le gynécologue. Il existe beaucoup de freins qui pourraient expliquer ce constat. Avec les témoignages des personnes interrogées, nous pouvons comprendre quels sont ces freins. Il est frappant de remarquer que les participantes ayant un bon lien avec leur gynécologue évoquent toute la « chance ». On comprend par là que les personnes interrogées ont intégré qu'une bonne expérience avec un gynécologue relève de l'exception. De plus les participantes ayant un suivi, expriment ne pas se sentir bien informées, en ce qui concerne la santé sexuelle des FSF, par leur gynécologue. L'une d'elle explique :

« Elle n'est pas très au fait de ce qui se passe entre femmes, elle est pas gênée du tout, mais des fois, elle me dit : vous n'avez pas besoin de venir aussi souvent, comme vous n'avez pas de rapport sexuel avec des hommes vous ne risquez pas d'attraper le cancer de l'utérus ; je suis assez étonnée de ce genre de discours »
Zoé

Lors de mes entretiens, j'ai recueilli beaucoup d'exemples similaires qui illustrent le sentiment, à juste titre, d'être mal informé. Les sujets qui sont ressortis sont surtout sur le HPV comme explique Zoé, mais aussi sur les dépistages des IST en général.

Un autre élément qui représente une violence et donc un frein important est la sensation exprimée par les participantes de ne pas être prise au sérieux dans leurs sexualités et dans leurs demandes. La sensation que les gynécologues ne voient pas les relations entre femmes comme une véritable sexualité, est ressortie à plusieurs reprises. L'une d'elle explique :

« quand on a des rapports avec des femmes c'est vraiment pas évident (en parlant du niveau de confiance) tu as l'impression que tu parles de quelque chose ils savent pas vraiment ce que c'est, ils ont tendance à tout minimiser (...) forcément je me suis

*sentie mal informée par la suite, parce que quand tu as des réactions comme ça, tu te dis **comment une personne qui pense que c'est pas des rapports sexuels peut me conseiller sur comment me protéger** »*

Tina

Une autre participante explique en parlant de son ancien gynécologue :

*« Je devais lui dire à chaque consultation que je n'avais pas de rapport avec des hommes, je ne sais pas pourquoi il enregistrait pas (...) il est totalement hétéro-normé, ça m'énervait plus que ça me gênait (de devoir parler de son orientation sexuelle), parce qu'en soit ça me gêne pas du tout de le dire, mais **c'est plus de la frustration et de la colère, ma sexualité n'existait pas visiblement** »*

Marie

L'invisibilité de la sexualité entre femmes ressentie ici est flagrante et représente une violence. Ces expériences influencent énormément la confiance que les participantes accordent aux professionnels de la santé. Les consultations sont vécues comme hétéro-centrées et forcent l'usagère à dévoiler son orientation sexuelle pour réorienter la consultation. De part cette situation l'usagère se voit, une fois de plus, rappeler à une culture hétérosexuelle dominante et appartenir à une minorité invisible.

Cette sensation ne se révèle pas seulement lors de la consultation, mais aussi lors de la prise de rendez-vous. Une participante explique :

*« Tu sais jamais comment tu vas être reçue, même par les assistantes quand tu appelles, je me suis retrouvée être gênée alors que je n'ai pas honte d'être lesbienne, (...) ouais j'ai quand même senti, ouais **j'ai senti ma différence**, alors qu'avant pas (fait référence à l'époque où elle n'avait des relations qu'avec des hommes) »*

Nina

Ces témoignages nous donnent des informations sur l'importance de l'accueil et de la formulation des questions pour créer un espace sécuritaire d'écoute. Une simple formulation ouverte pour connaître le genre du ou des partenaires de l'usagère, permettrait d'éviter des situations qui peuvent être perçues comme violentes par la personne qui consulte. Ici on aborde surtout l'orientation sexuelle, mais il devrait en être de même pour l'identification de genre des usager.ères. Ainsi chaque personne rencontrée dans le chemin de soin de l'usager.e, de l'accueil à la facturation, devrait utiliser un langage inclusif.

Il en résulte que les personnes interrogées décrivent une méfiance envers les professionnels de la santé, spécifiquement les gynécologues. Ces freins à la consultation gynécologique et le manque de confiance, développent chez certaines une vraie crainte de la consultation gynécologique.

ACCÈS À L'INFORMATION ET À LA PRÉVENTION

Il est difficile d'accéder aux informations sur les risques de transmission des IST et les stratégies de protection. Comme vu plus haut, les participantes ont exprimé se sentir mal informées par leur gynécologue sur cette question, ainsi il leur a été nécessaire de rechercher ces informations par elles-mêmes.

Les participantes citent comme source d'information les associations comme Vogay⁴ ou Klamydia⁵, des vidéos youtube (la plupart en anglais), des blogues ou via des discussions avec des personnes concernées. Lorsque qu'on aborde la prévention des stratégies de pro-

⁴ Association vaudoise de lutte des droits des personnes LGBTIQ+

⁵ Association de prévention pour la santé sexuelle des FSF

tection contre les IST, un des messages de base retenu par les participantes est l'utilisation de la digue dentaire⁶. Trois participantes ont utilisé la digue une fois au cours de leur vie, mais celles-ci expriment ne pas être satisfaites de cette expérience.

Deux de ces participantes expliquent :

« Je sais comment me protéger, mais j'ai pas vraiment envie de le faire (...) j'ai essayé, mais ça m'a vraiment pas plu (...) c'était plutôt par curiosité, je trouve ça un peu gênant, ça va pas de soi, ça perd de son charme quoi » Marie

« J'ai déjà utilisé une digue, mais ça s'est pas très bien passé (...) c'est assez désagréable... ouais j'en garde pas un très bon souvenir » Tina

Cette prévention et ces informations ne sont pas faciles d'accès et ne reflètent pas les pratiques des personnes interrogées. La digue dentaire semble être symptomatique de ce constat. C'est un message souvent relayé, mais très peu utilisé par les personnes interrogées. Cette différence entre le message et la réalité des personnes interrogées est importante et à prendre en considération. Une participante explique son expérience de la prévention par les ressources citées plus haut :

« Je suis pas mal impliquée dans le milieu (en parlant du milieu associatif Lausannois) j'ai été à beaucoup de conférences et de choses comme ça, (...) par contre j'ai fait partie d'une génération (Lola a 35 ans) de LGBT où **on nous a enseigné une prévention assez hygiéniste et peu encrée dans la réalité vis-à-vis des FSF** (...) quand elles font de la prévention, je pense des fois, (...) qu'on relaie beaucoup d'informations pas forcément testées par les gens qui en parlent » Lola

Il reste important de transmettre des informations sur les outils de protection comme l'utilisation de la digue dentaire, pour encourager l'autonomie des FSF dans leurs choix en matière de stratégie de protection. Ces témoignages nous donnent des pistes sur la manière dont ces informations devraient être transmises, un focus très préventif voire « hygiéniste » semble créer une distance entre les messages et les personnes cibles. Il est ainsi primordial de mieux connaître les besoins des FSF pour pouvoir travailler sur des messages de prévention pertinente.

Le deuxième message de prévention retenu par les participantes est la nécessité de faire des dépistages et le contrôle gynécologique. Mais comme nous l'avons vu, l'offre actuelle est très inégalitaire et les participantes ne se sentent pas en confiance dans la prise en charge.

Les informations relevant d'autres domaines, comme le droit en ce qui concerne les LGBTIQ+, comme celui de la PMA (procréation médicalement assisté), sont tout autant difficiles d'accès. La PMA en suisse est illégale pour un couple non-hétérosexuel. Les FSF qui le souhaitent et qui en ont les moyens financiers, engagent la plupart du temps des procédures dans d'autre pays où la PMA est autorisé. Pour accéder à ces informations, le processus est le même : les personnes interrogées ont du être proactives et rechercher l'information via les ressources citées plus haut. L'une d'elle explique sa démarche et son vécu par rapport à ses recherches :

« J'ai fait ça au début, chercher sur les forums et là tu tombes vraiment sur des histoires horribles (...) je pense que c'est hyper stressant en fait et c'est contre-productif,

⁶Rectangle de latex, utilisé comme barrière physique pour les rapports oraux-génitale ou oraux-anal. Pour pouvoir l'acheter il faut la commander sur des sites spécialisés, il est aussi possible de la fabriquer en coupant un préservatif ou en utilisant du film alimentaire non poreux.

alors qu'avoir des gens qui sont là en vrai c'est toujours mieux et qui savent de quoi ils parlent (en parlant d'une consultation spécialisée) » Nina

Procéder au monitoring de ce genre de vécu et centraliser ces informations, pourrait éviter un cheminement stressant vers l'information.

SEXUALITÉ SOUS LA CONTRAINTE

La majorité des participantes ont exprimé se sentir concernées par ce thème. Il était donc important d'évaluer leurs confort particulièrement avec le questionnaire proposé en amont de la consultation. Celle-ci ont expliqué avoir été à l'aise avec le fait de répondre à cette question dans le questionnaire puis dans la consultation. L'une d'elle précise :

« Des fois, juste cocher une case dans un questionnaire ça peut aussi ouvrir une discussion qui n'est pas toujours facile à aborder de manière directe, ça peut être une porte d'entrée » Tina

Certaines des répondantes concernées par ce thème, expliquent que cela représente une crainte supplémentaire pour le contrôle gynécologique. Ces situations demandent d'autant plus de mettre à disposition du temps, une écoute et des connaissances. L'une d'elle explique son parcours lié à ces thématiques et son expérience dans un centre de santé communautaire pour LGBTIQ+ :

*« Suite à ces abus sexuel j'arrivais pas à consulter une gynéco, **ça me pétrifiait.** (...) j'ai anticipé que cela pourrait mal se passer dans mon cas et **j'ai attendu d'être dans un cadre rassurant pour le faire.** (...) Là je savais que j'aurais quelqu'un qui m'écouterait et qui prendrait son temps et qui ne jugerait pas le fait que je sorte et que je couche avec des femmes, ça pour moi c'était hyper important. » Lola*

EXPÉRIENCE D'UN CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ SEXUELLE FSF

Les personnes interrogées se sont exprimées sur leurs expériences dans cette simulation d'un centre communautaire de santé sexuelle, sur leurs attentes et leurs avis sur l'existence potentielle d'une telle offre. Toutes se sont senties à l'aise et en confiance dans cet exercice. Les éléments majeurs qui ont été exprimés comme facilitateurs pour la mise en confiance sont : le principe d'une consultation communautaire, la confidentialité, le non jugement, le langage inclusif, le temps accordé et le lieu.

Nous allons ici développer les éléments cités liés au principe d'une consultation communautaire. Comme évoqué plus haut, en effet, certaines participantes ont besoin d'avoir la garantie d'un endroit où l'on ne juge pas et qui comprenne la réalité des FSF pour pouvoir consulter. Le principe de centre communautaire peut représenter cette garantie. Avoir des professionnels de santé qui sont eux-mêmes issus de la communauté peut encourager à se sentir en confiance. L'une d'elle explique :

« Elle (en parlant de sa gynécologue actuelle) ne se rend pas compte dans quel monde on vit en tant qu'humain, ce qu'on a traversé, comment on vit la situation au sein de notre famille et tout ça, il y a plein de paramètres, même si on est très intéressé et très ouvert, bah, on peut pas savoir ce que c'est (...) c'est une formation de vie (...), parce que c'est clair que tu (en parlant d'une personne de la communauté) vas avoir un point de vue différent, tu as une expérience, tu le vis au quotidien donc tu peux à mon avis mieux conseiller les femmes lesbiennes » Zoé

Les participantes évoquent l'importance des compétences culturelles comme facilitateur pour se sentir reconnue et comprise dans sa spécificité de personne appartenant à la communauté LGBTQI+.

Une offre communautaire peut représenter des enjeux de confidentialité, faire partie de la communauté peut impliquer de fréquenter le même réseau social, les mêmes soirées et avoir eu les mêmes partenaires que les personnes qui viendront consulter. C'est pourquoi la pose du cadre et de la confidentialité est primordiale. Ces mêmes éléments font d'ailleurs partie des facilitateurs évoqués par certaines participantes.

Les personnes interrogées ont fait ressortir l'importance de la qualité de l'écoute. Par-là, j'entends l'importance du langage inclusif, le non jugement, l'utilisation de questions ouvertes et le temps accordé à l'entretien. Afin d'accueillir la personne dans sa singularité il est ressorti important de demander à la personne son auto-définition, et de réutiliser les termes employés. Et ce, en ce qui concerne l'orientation sexuelle, l'identification de genre et les termes ou pronoms utilisés.

L'importance d'avoir un lieu et une attitude qui ne soit pas hétéro-centré, fut évoquée à de nombreuses reprises. En ce qui concerne le lieu, cela peut passer par la décoration, les magazines et les brochures à disposition dans la salle d'attente. Le lieu et sa décoration peuvent être perçus comme le reflet des valeurs des personnes y travaillant. Certaines des personnes interrogées ont expliqué qu'il faudrait évaluer les personnes et les lieux dans chaque nouvelle situation pour estimer s'il est serein de parler de son orientation sexuelle, ou non. En fonction de cela, les personnes contrôlèrent les informations données, pour éviter toute situation qui les exposerait à de la discrimination ou de l'incompréhension.

Une des participantes explique :

*« Tu vas voir un spécialiste, mais tu n'es pas sûre que cette personne est formée sur la question, donc tu sais pas si tu peux en parler, jusqu'où tu peux aller et si la personne va être réceptive, si elle va comprendre ce que tu veux dire derrière, je pense qu'il faut vraiment **une sorte de safe place** (...) un endroit pas hétéro-normé, ça ferait beaucoup de bien aussi, avoir quelqu'un qui te comprenne vraiment en fait et qui soit vraiment déconstruit sur la question » Marie*

La notion de « safe place » évoquée ici est très intéressante. Notre société n'est pas un lieu sécuritaire pour les personnes appartenant à la communauté LGBTQI+. Notre société et la culture hétérosexuelle dominante, exerce des violences sur les personnes issues de cette communauté, à commencer par les différences légales.

Lorsque qu'il faut demander de l'aide ou accéder à un soin, la démarche étant déjà difficile, il doit exister des structures accessibles et considérées comme sûres pour les personnes LGBTQI+ comme c'est le cas du CheckPoint pour les HSH et les personnes trans*.

6. DISCUSSION ET PISTES D'IMPLICATION

Cette étude présente certaines limites, au vu du faible nombre de participantes et à certains aspects liés à la méthode, déjà présentés dans le chapitre 3. Dans les conditions de cette recherche, les données ne nous permettent pas d'identifier quel serait le profil des bénéficiaires d'une offre de consultation communautaire. On ne peut, à ce stade, évaluer si le profil des 6 participantes est représentatif et si ces données peuvent être généralisées. Il serait

nécessaire de continuer cette expérience pour affiner la réflexion grâce à un échantillon plus grand.

En revanche la richesse des entretiens et les apports théoriques de la recherche dans la littérature et ceux développés dans le cursus du DAS en santé sexuelle, me permettent de proposer des pistes d'intervention pour l'éducation et le conseil.

Durant ce DAS, nous avons été formés à plusieurs reprises sur *la Déclaration des droits sexuels de l'IPPF* de 2008. Ce document de référence est une base pour mon étude et ma réflexion. Au fil de l'évolution de ma réflexion et de mon travail de recherche, j'ai pu cibler les efforts à mettre en place pour que les droits sexuels des FSF soit respectés. J'illustrerai mon propos par trois droits sexuels qui sont les plus marquants :

- **Article 1 : Le droit à l'égalité, à l'égale protection devant la loi et à n'être soumis à aucune discrimination sur la base de son sexe, sa sexualité ou son genre**

En Suisse les personnes LGBTIQ+ n'ont pas les mêmes droits. Des discriminations persistent et il est important de connaître ces différences. Les informations sur les droits et les moyens légaux à disposition pour se défendre, doivent être accessibles pour les personnes concernées.

Les personnes interrogées ont toutes exprimé leur besoin, à ce jour ou dans leur parcours, d'avoir un endroit où consulter des professionnels qui pourraient centraliser ces informations. Une bonne connaissance de la législation et du fonctionnement du système Suisse doit être nécessaire pour apporter un conseil de qualité aux publics cibles.

De plus, le monitoring d'une consultation communautaire, et la récolte des profils des personnes qui la sollicitent représenterait un appui important pour développer un plaidoyer politique et rendre visibles les problématiques spécifiques des FSF. Ces informations seraient essentielles pour enrichir le débat public.

- **Article 7 : Le droit à la santé et de bénéficier des progrès de la science**

Nous avons vu dans la littérature et au travers des entretiens, des manquements dans les soins reçus par les personnes interrogées. Les soins doivent être de qualité, sans jugement, et utiliser les dernières recommandations de l'OFSP. Les exemples les plus frappants donnés par les participantes sont liés au manque d'écoute des professionnels et aux dépistages des IST inadéquats.

Du conseil et des techniques de soins actualisés doivent être faciles d'accès. Un dépistage complet des IST devrait être mis à disposition des FSF. Avoir un soin de qualité et une écoute de qualité ne devrait pas relever de la chance et doit être accessible.

La proposition de projet d'une consultation spécifique permettrait de s'assurer d'administrer un soin adéquat pour les FSF. L'accompagnement communautaire favoriserait l'accès aux soins en santé sexuelle des FSF.

- **Article 8 : Le droit à l'éducation et à l'information**

L'accessibilité de l'information est un pan majeur du projet. Toute personne doit pouvoir avoir accès facilement à une information pertinente et inclusive. L'accès à une éducation sexuelle dans le but de développer des compétences favorables à l'autonomie du public cible, est aussi une priorité.

Il est ressorti des entretiens et des recherches que les informations ne sont pas connues ou difficiles d'accès. Les personnes interrogées ont dû être particulièrement proactives pour obtenir ces informations. Il est aussi ressorti que la prévention exis-

tante qui cible les FSF n'est pas complètement adaptée, selon les personnes interrogées.

Or, pour qu'une information ou un accompagnement soient pertinents, nous avons étudié, tout au long du DAS, l'importance de leur ancrage dans la réalité du public cible. Ce principe est d'autant plus vrai pour la population étudiée au vu du sentiment d'incompréhension et d'invisibilité souvent exprimé par les participantes. Une piste intéressante serait de cibler la prévention autour du dépistage et de ses modalités ainsi qu'autour du contrôle gynécologique, comme proposé par l'une des personnes interrogée. Une prévention construite avec les personnes appartenant au public visé permettrait de créer un espace de dialogue communautaire afin d'être au plus près des besoins du public cible.

En plus des pistes en lien avec les droits sexuels présentées plus haut, ce travail m'a permis de développer des outils pour la réalisation d'entretiens conseil à destination des FSF. Le développement du guide d'entretien et les retours des personnes interrogées donnent des pistes pour construire un entretien conseil avec une prise en charge globale. L'utilisation du guide d'entretien m'a permis d'explorer les sphères majeures qui constituent la santé sexuelle des personnes interrogées. Cette méthodologie me permet de travailler sur un fil rouge afin d'avoir une vision holistique de la santé sexuelle des personnes interrogées. Pour cette démarche il est primordial de bien connaître la réalité des personnes FSF et leurs problématiques de santé spécifiques.

Les résultats de cette étude nous donnent des pistes sur ce que serait le déroulement d'une offre de consultation spécifique pour les FSF. Cette démarche holistique semble favoriser le dépistage précoce de certaines problématiques en lien avec la santé sexuelle.

Il serait intéressant de poursuivre cette expérience pour enrichir ces pistes d'intervention.

7. CONCLUSION

Nous l'avons vu, certaines violences systémiques persistent. Ces violences peuvent se rencontrer dans le système de santé. Comme le montrent les résultats des entretiens, les professionnels de la santé et particulièrement les gynécologues sont décrits très négativement par les FSF.

La profession de conseillère en santé sexuelle et éducatrice a son rôle à jouer dans cette situation. Cette profession doit s'adapter et redoubler de vigilance pour accueillir des publics qui ont perdu confiance dans le système. Pour pouvoir atteindre ce public il me semble primordial de co-construire les stratégies avec les membres de ces communautés.

D'un point de vue éthique, si le système de santé veut répondre aux problèmes soulevés lors de ce travail, je considère que l'approche communautaire est la plus cohérente.

En effet, il a été montré qu'avoir une offre communautaire serait un atout pour augmenter l'accessibilité des soins auprès des FSF. Pour pouvoir atteindre ce public, il est nécessaire de créer un lien de confiance, de collaboration et être au plus près des considérations du public cible. Pour cela la prévention et l'éducation par les pairs représente une grande ressource.

Consciente qu'un centre communautaire ne peut être une panacée, ce travail nous donne des pistes pour pouvoir créer des lieux sécuritaires pour les FSF.

Concrètement, qu'est ce qui fait d'un centre ou d'une consultation en santé sexuelle un lieu sûr pour les personnes FSF ? A travers les recherches théoriques et les résultats de cette étude, plusieurs éléments ressortent. D'une part il est primordial d'avoir des professionnels formés aux réalités et problématiques spécifiques des FSF. Le lieu, le langage, les brochures, les documents administratifs ou tous éléments mis à disposition doivent être inclusifs. Il est important que chaque personne ait la place de s'identifier et de se sentir accueillie.

Il n'est pas aisé de déconstruire nos pratiques, nos réflexes de langage, nos tabous, nos valeurs ; particulièrement lorsqu'on traite du champ lexical de la sexualité, tant nous sommes inscrits dans une culture hétéro-normative. En revanche je pense qu'il est de notre devoir professionnel d'apporter une réflexion particulière à ceci. Il en va de la qualité d'accueil que nous nous devons de fournir aux usagers.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Bailey, J. V., C. Farquhar, et al. (2004). *Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women*. Sex Transm Dis 31(11): 691-694.

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>

Bajos, N., Beltzer, N. (2008). *Les sexualités homo-bisexuelles: d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives*. Enquête sur la sexualité en France. L. Découverte. Paris: 243-271.

Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique*. Université de Genève. Consulté à l'adresse <http://doc.rero.ch/record/259101>

BISCONTIN, G., (2015). *Dépistage du VIH au moyen de tests à résultat rapide sur place/hors murs, avec annonce du résultat sur place, auprès des hommes qui ont des relations avec des hommes fréquentant les établissements « gay » et les lieux de rencontre extérieurs vaudois et genevois. Propositions pour la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet pilote*. Université de Genève Faculté de Médecine.

Blumstein, P., Schwartz P. (1983). *American couples : money, work, and sex*. New York : Morrow.

Campos-Outcalt, D., Hurwitz, S. (2002). *Female-to-female transmission of syphilis: a case report*. Sex Transm Dis 29(2): 119-120.

Chartrain, C., Delebarre, C., Genon, C., (2009). *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions*. Genre, sexualité & société. Consulté à l'adresse <https://journals.openedition.org/gss/951#quotation>.

Coordination Lesbienne en France, (2007). *Invisibilité Visibilité des lesbiennes: Actes du colloque*, Montreuil, France, Coordination Lesbienne en France.

Delebarre, C., (2018). *Enquête SexoFSF : Quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes?* [en ligne]. Faculté de Médecine de Paris 5 - René Descartes. Consulté à l'adresse <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/pdf/2018mars/delebarre2.pdf>

Descuves, A et Berrut, S. (2013). *La santé des femmes qui aiment les femmes* [en ligne]. Consulté à l'adresse : <http://www.profa.ch/multimedia/docs/2013/12/santedesfemmes-dec2013.pdf>

HANGARTNER, E. (2018). *La santé sexuelle des femmes ayant des rapports avec des femmes : La prévention des IST*. Université de Lausanne.

Lhomond, B., *Lesbianisme et homosexualité masculine dans les enquêtes sur la sexualité*. in Pollak, M., Mendes-Leite, R., Van Dem Borgh, J., *Homosexualités et sida, Actes du colloque international des 12 et 13 avril 1991*, Lille, Cahiers Gai-Kitsch-Camp, 4, 1991, pp. 41-51.

Marrazzo, J. M., K. Stine, et al. (2003). *Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians*. Sex Transm Dis 30(12): 890-895.

Office fédéral de la santé publique (2015). *La vaccination contre le HPV en Suisse: résultats d'une enquête nationale réalisée en 2014*. Bulletin de l'OFSP(23/15): 445-452.

Office fédéral de la santé publique (2017). *Infection sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis : Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) et de la Société Suisse d'Infectiologie (SSI)*. Bulletin de l'OFSP(35/17) : 8-14.

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2010). *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI) 2011 - 2017*, Berne, Suisse.

Portella, N., (2018). *Comment augmenter l'accès aux soins pour les FSF : Proposition de dépistage des IST sur place/hors murs*. Université de Genève Faculté de Médecine.

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

Singh, D., D. N. Fine, et al. (2011). *Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005*. *Am J Public Health* 101(7): 1284-1290. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.169631>

ANNEXE 1 : PROPOSITION DE QUESTIONNAIRE POUR LES BÉNÉFICIAIRES

Questionnaire Bénéficiaire auto-administré

Dépistage

Numéro d'identification personnel :

Date : _____

Lieu : _____

Année de naissance : _____

Intervenant·e : _____

Code postale de résidence : _____

9999 si hors de Suisse • Pays : _____

Ces informations sont recueillies de façon anonyme et seront utilisées uniquement à des fins d'analyses statistiques.

1. Identité de genre

Comment vous identifiez-vous aujourd'hui? (Plusieurs réponses possibles)

¹ Homme

^a Trans

² Femme

^b Intersex

³ Je ne me reconnais pas dans ces catégories.

↳ Précisez : _____

2. Sexe assigné à la naissance

¹ Masculin

² Féminin

3. Sexe assigné de votre ou vaux partenaires

¹ Masculin

² Féminin

4. Nationalité

¹ Suisse

Année d'arrivée en Suisse : _____

² Autre(s) : _____

Permis de séjour : _____

Questionnaire Bénéficiaire auto-administré

11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé un ou plusieurs des produits suivants ?

	Oui, souvent	Oui, rarement	Non, jamais
Tabac			
Alcool			
Cannabis (hashish, marijuana)			
Héroïne ou dérivés (pavot, fentanyl)			
Méphédronne ou autres stimulants de synthèse (ex. 4MMC, meow, methylene ; MXE, sels de bain, 3MMC, 4MEC, 4_FA, XTClight)			
LSD			
GHB, GBL (G)			
Cocaïne, Crack (C)			
Poppers			
Amphétamines (Speed)			
Ecstasy (E, XTC, MDMA)			
Crystal meth (Tina)			
Kétamine (K)			
Médicaments sédatifs, tranquillisants, antidépresseurs ou somnifères (Valium [®] , Rivotril [®] , Rohypnol [®] , Xanax [®] , Seduxen [®] , Phenazepam)			

12. Avez-vous déjà reçu de l'argent (ou des cadeaux) contre des rapports sexuels ?

- Oui, rarement
 Non, plus maintenant
 Oui, souvent
 Non, jamais

13. Avez-vous vécu un rapport sexuel (sexe oral, pénétration, caresses) sous la contrainte psychique, psychologique, par chantage ou coercition?

- Oui
 Non²

Questionnaire Bénéficiaire
auto-administré

14. Si vous n'aviez pas fait un dépistage aujourd'hui, aviez-vous prévu de le faire?

¹ Oui

² Non

↳ Répondez aux questions suivantes.

↳ Le questionnaire est terminé.

14.1. Quand aviez-vous prévu de faire un dépistage?

¹ Je ne sais pas.

⁵ Dans 1 à 3 mois.

² Dans les 7 jours à venir.

⁶ Dans 3 à 6 mois.

³ Dans 8 à 15 jours.

⁷ Dans 6 à 12 mois.

⁴ Dans 16 à 30 jours

⁸ Dans plus de 12 mois.

14.2. Dans quel canton aviez-vous prévu de faire votre dépistage?

¹ Je ne sais pas.

⁵ Genève.

² Bâles

⁶ Jura.

³ Berne

⁷ Vaud.

⁴ Fribourg

⁸ Valais.

⁹ Autre : _____

14.3. Où aviez-vous prévu de faire votre dépistage?

Je ne sais pas.

Centre de santé sexuelle PF [ex. Profa, SIPE...]

Cabinet médical privé

Centre de dépistage [ex. GSN, Empreinte...].

Hôpital (HUG, PMU, CHUV...)

Autre : _____

Anamnèse médico-infirmière

Pré-consultation

Historique de dépistages et d'infections	9. VIH	10. Hépatite C	11. Syphilis	12. Chlamydia	13. Gonorrhée	
Par le passé, avez-vous déjà fait un dépistage pour						
<input type="checkbox"/> 1. Non, jamais						
<input type="checkbox"/> 2. Oui, durant les 6 derniers mois.						
<input type="checkbox"/> 3. Oui, durant les 12 derniers mois.						
<input type="checkbox"/> 4. Oui, durant les 5 dernières années.						
<input type="checkbox"/> 5. Oui, il y a plus de 5 ans.						
<input type="checkbox"/> 6. Je ne m'en souviens pas						
Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) pour Si oui, date du (dernier) diagnostic: [MM/AAAA]						
Où avez-vous réalisé votre dernier dépistage?						
<input type="checkbox"/> 1. Cabinet médical.						
<input type="checkbox"/> 2. Hôpital						
<input type="checkbox"/> 3. Checkpoint.						
<input type="checkbox"/> 4 Centre de santé sexuelle – planning familial.						
<input type="checkbox"/> 5. Autre centre dépistage						
<input type="checkbox"/> 6. Action hors centre / les murs						
<input type="checkbox"/> 7. Je ne m'en souviens pas						
Historique de prélèvement						
Lors de votre dernier dépistage, vous avez fait	Test à résultat rapide	Prise de sang veineux	Prélèvement d'urine	Frottis génital	Frottis anal	Frottis pharyngé

Thème	Exemple question	Note
Demande	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est la demande spontanée • Est-ce que tu as des attentes pour cette consultation ? • Comment s'ai déroulé la réalisation du questionnaire ? • Est-ce que tu as des commentaires à ce sujet ? 	
Vie affective et amoureuse <ul style="list-style-type: none"> • Situation Epanouissement • Personnel • Avec son ou ses partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que tu pourrais me résumé ta situation amoureuse/affective/sexuelle (ex : en couple /célibataire/autre, accord au sein du couple) • Comment tu évalue l'épanouissement de ta vie affective/amoureuse ? • Comment tu évalue ton épanouissement par 	
Vie sexuelle Epanouissement : <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Avec son ou ses partenaires • IST/VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment tu évalue l'épanouissement de ta vie sexuelle ? (ex : rapport au corps, orientation sexuelle) • Comment tu évalue l'épanouissement de la sexualité dans ton ou tes partenaires ? • Te sent tu bien informer par rapport aux IST/VIH ? • Quelle connaissance tu as par rapport aux IST/VIH ? • Penses-tu être à risque d'une IST/VIH ? • Est-ce que tu as des stratégies de protection ? 	
Professionnel de la santé <ul style="list-style-type: none"> • Rapport au professionnel de la santé • Gynécologue et suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • As-tu une expérience avec un.e professionnel.le de la santé sexuelle ? • Est-ce que tu as déjà parlé de ta sexualité avec un.e professionnel.le de santé ? • As-tu fais savoir ton orientation sexuelle ? • Comment l'a tu vécu ? • Quel est ton niveau de confiance avec les professionnels de la santé sexuelle ? 	
Consommation <ul style="list-style-type: none"> • Traitement • Tabac • Alcool • Autre drogue 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que tu suis un traitement prescrit ou non prescrit ? • Est-ce que tu consomme du ___ ? • Comment tu qualifierais cette consommation ? 	
Thème des questions 12 et 13. <ul style="list-style-type: none"> • Rapport sexuel en échange de cadeau ou rémunération • Abus 	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que tu souhaites parler de ces thèmes ? • Est-ce cette ou ces évènements ont, aujourd'hui, un impact sur ton épanouissement sexuelle et effectif ? • Est-ce que tu souhaiterais en discuté ? 	
Expérience d'un centre communautaire pour FSF	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'est déroulée cette consultation pour toi ? • Qu'est-ce que tu penses qui serait nécessaire d'aborder dans une consultation tel que celle-ci ? • Qu'est-ce que tu penses de l'existence d'un centre ou d'une offre de consultation communautaire ? • Serais tu intéressé par l'existence d'un tel centre ? 	

ANNEXE 3 : EXEMPLE D'EXPLICATIONS POUR LA PROCÉDURE DES AUTO-PRÉLÈVEMENTS

FROTTIS PHARYNGÉ par auto-prélèvement

- ① Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- ② Se désinfecter les mains avec le produit hydro-alcoolique
- ③ Ouvrir le tube et le déposer sur le plateau métallique.

- ④ Prendre l'écouvillon (« coton-tige ») **épais**
- ⑤ Le sortir de son emballage
- ⑥ L'introduire dans la bouche.
- ⑦ Frotter plusieurs fois le fond de gorge.
L'objectif est de récolter un maximum de bactéries potentiellement présentes.

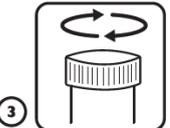
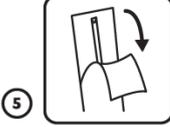
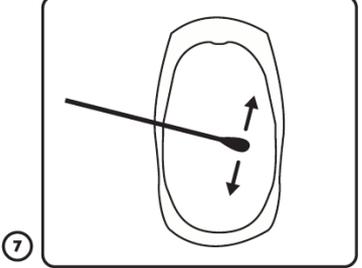
- ⑧ Introduire l'écouvillon dans le tube.
- ⑨ Casser la tige et la jeter.
- ⑩ Fermer le tube
- ⑪ Déposer le tube sur le plateau.

- ⑫ Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- ⑬ Se désinfecter les mains avec le produit hydro-alcoolique
- ⑭ Retourner en salle de consultation vers votre consultant·e.

Gonorrhée

Chlamydia

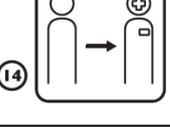










FROTTIS VAGINAL par auto-prélèvement

- ① Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- ② Se désinfecter les mains avec le produit hydro-alcoolique
- ③ Ouvrir le tube et le déposer sur le plateau métallique.

- ④ Prendre l'écouvillon (« coton-tige ») **épais**
- ⑤ Le sortir de son emballage
- ⑥ L'introduire profondément dans le vagin
- ⑦ Effectuer en douceur plusieurs rotations.
L'objectif est de récolter un maximum de bactéries potentiellement présentes.

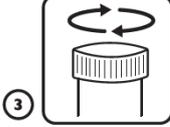
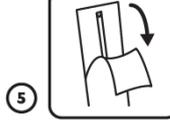
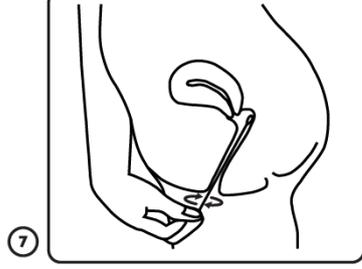
- ⑧ Introduire l'écouvillon dans le tube.
- ⑨ Casser la tige et la jeter.
- ⑩ Fermer le tube
- ⑪ Déposer le tube sur le plateau.

- ⑫ Se laver les mains avec du savon et de l'eau
- ⑬ Se désinfecter les mains avec le produit hydro-alcoolique
- ⑭ Retourner en salle de consultation vers votre consultant·e.

Gonorrhée

Chlamydia











Illustrations: © M. Chung