
PRISE EN CHARGE DE LA SANTE GLOBALE DES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES EN MEDECINE GENERALE

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES EN BELGIQUE FRANCOPHONE



TRAVAIL DE FIN D'ETUDES PRESENTE PAR

CORNET GALLIA

EN VUE DE L'OBTENTION DE L'AGREMENT EN MEDECINE GENERALE

MASTER COMPLEMENTAIRE EN MEDECINE GENERALE

ANNEE ACADEMIQUE 2021-2022

PROMOTRICE : D^R LEBRUN VALERIE

TUTRICE : MARINE DE TILLESSE

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	1
2	Connaissances générales	3
2.1	Qui sont les FSF ?	3
2.2	Quels sont les freins à l'accès aux soins de santé chez les FSF ?	4
2.2.1	Contexte historique et invisibilisation des FSF	4
2.2.2	L'impact de l'hétéronormativité, de l'hétérosexisme et de la lesbophobie	4
2.2.3	L'impact du manque de connaissances et de formations des soignants	5
2.3	Quelles sont les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF ?	6
2.3.1	Coming-out	6
2.3.2	Santé sexuelle	6
2.3.3	Santé mentale	8
2.3.4	Facteurs de risque	8
2.3.5	Violences verbales, physiques et sexuelles.....	9
2.4	Quelles sont les recommandations à suivre en tant que soignant ?.....	10
3	Méthodologie	11
3.1	Revue non-systématique de la littérature.....	11
3.2	Choix de la méthodologie	12
3.3	Constitution de l'échantillon	12
3.3.1	Critères d'exclusion	13
3.3.2	Critères d'inclusion.....	13
3.4	Déroulement de l'entretien	13
3.5	Méthode d'analyse	13
3.6	Précautions éthiques.....	14
3.7	Limitations	14
4	Résultats	15
4.1	Profil des répondants.....	15
4.2	Connaissances et pratiques des médecins généralistes	16
4.2.1	Questionner l'orientation sexuelle ? Oui, mais... ..	16
4.2.2	Prendre en charge les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF ? Oui, mais... ..	21
4.3	Facteurs influençant négativement la prise en charge par les médecins généralistes.....	27
4.3.1	Un contexte socio-culturel marqué par... ..	27
4.3.2	Entre manque de connaissances, méconnaissances et préjugés	29
4.3.3	Des médecins peu voir pas formés.....	31
4.3.4	Les freins appartenant aux médecins	33
4.3.5	Les freins appartenant aux patientes FSF	36
4.4	Perspectives d'amélioration de la prise en charge des médecins généralistes.....	37
4.4.1	Se former et s'informer	37

4.4.2	Entre laisser, prendre et trouver le temps.....	43
4.4.3	Créer des centres dédiés à la santé sexuelle.....	44
4.4.4	Travailler l'accueil des patientes FSF	44
4.4.5	Augmenter et utiliser les ressources et le réseau	45
5	Discussion	47
5.1	Forces et limites de l'étude	47
5.1.1	Validité interne.....	47
5.1.2	Biais Internes.....	47
5.1.3	Biais externes	47
5.1.4	Biais de sélection.....	48
5.1.5	Biais d'information	48
5.1.6	Biais d'interprétation.....	48
5.1.7	Conflits d'intérêts.....	48
5.2	Interprétation et discussion des résultats	49
5.2.1	Quelle prise en charge de la santé globale des patientes FSF ?	49
5.2.2	Quels facteurs influencent la prise en charge des médecins ?.....	53
5.2.3	Quelles perspectives d'amélioration de prise en charge ?	57
6	Conclusion.....	61
7	Bibliographie	64
8	Tableaux, figures et annexes	70
8.1	Tableaux.....	70
8.2	Figures.....	81
8.3	Annexes	82

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail de fin d'étude n'aurait pas pu se concrétiser sans l'aide précieuse de plusieurs intervenants que je souhaite vivement remercier.

Tout d'abord, je souhaite remercier ma promotrice, le Dr Valérie Lebrun, pour son soutien ainsi que ma tutrice, Marine de Tillesse, pour ses conseils, pistes de réflexion et relectures.

Ensuite, je remercie sincèrement mes consœurs et confrères qui ont accepté de participer à mon étude. Ce projet n'aurait pas abouti sans le temps qu'ils y ont aimablement consacré.

Puis, je remercie chaleureusement mes amies Louise, Florence et Camille pour la relecture de ce travail ainsi que mes amis Mathilde, Laurane et Guillaume et ma sœur Capucine pour leurs encouragements et précieux conseils.

Aussi, je tiens à remercier mes parents qui m'ont accompagnée et encouragée tout au long de mes études de médecine et de mon assistantat de médecine générale.

Enfin, je remercie mon cher et tendre Julien pour son soutien à travers ce parcours et pour ses multiples conseils et relectures.

RESUME

Introduction : Dans sa pratique, chaque médecin généraliste est régulièrement amené à rencontrer des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF). Cependant, un faible nombre de médecins identifient ces patientes en les interrogeant sur leur orientation sexuelle et peu d'entre eux connaissent les vulnérabilités de santé qui leurs sont spécifiques ainsi que les inégalités de santé auxquelles elles font face. Pourtant, de nombreuses études scientifiques montrent que les patientes FSF possèdent une moins bonne santé que la population générale. Cette étude a pour but de comprendre l'expérience, les connaissances et la pratique des médecins généralistes en termes de prévention et de suivi de la santé globale des patientes FSF.

Méthode : Une revue de la littérature non systématique a été réalisée, suivie d'une étude qualitative sur base d'entretiens semi-dirigés auprès de neuf médecins généralistes en Belgique francophone. Dans cet échantillon, quatre répondants ont reçu une formation sur les vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF. Les résultats ont été analysés par la méthode des catégories conceptualisantes.

Résultats : La connaissance de l'orientation sexuelle est une étape indissociable de la prise en charge de la santé globale des patientes FSF. Bien qu'ils reconnaissent l'utilité de cette information, nombre de médecins formés et non-formés présentent encore des difficultés à aborder cette question avec leurs patientes. La prise en charge de la santé des FSF est souvent incomplète car de nombreuses vulnérabilités de santé sont invisibles aux yeux des médecins, et en particulier chez ceux non-formés. Cette prise en charge est influencée par différents facteurs tels que le contexte socio-culturel, le manque de connaissances et de formations des médecins et des freins inhérents aux médecins et aux patientes FSF-mêmes. Face à ce constat, diverses perspectives d'amélioration ont été mises en évidence telles que le soutien de la formation des médecins, le travail de l'accueil des patientes FSF, la gestion du temps, l'utilisation du réseau et des ressources ainsi que la création de centres dédiés à la santé sexuelle.

Conclusion : Ce travail indique que la prise en charge de la santé des patientes FSF est incomplète et influencée par de nombreux facteurs inhérents à la société, aux médecins et aux patientes FSF elles-mêmes. Nous avons donc soulevé certaines pistes d'amélioration. En outre, davantage de recherches à propos de la santé des patientes FSF devraient être réalisées, afin d'améliorer leur santé et la qualité des soins qu'elles reçoivent.

MOTS-CLÉS

Femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes, prise en charge, médecin généraliste.

INDEXATION

QD12 ; QP52 ; QP2 ; QS41 ; QC22 ; QR31
--

ABRÉVIATIONS

CDLH : cebam digital library for health

DMI : dossier médical informatisé

FSF : femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes

GEIMG : groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale

HPV : human papillomavirus

HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

IST : infections sexuellement transmissibles

LGBTQIA+ : lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer, intersexe, asexuel, plus

MeSH : medical subject headings

MSM : men who have sex with men

MST : maladies sexuellement transmissibles

OCDE : organisation de coopération et de développement économiques

OS : orientation sexuelle

PMA : procréation médicalement assistée

TFE : travail de fin d'étude

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WSW : women who have sex with women

LEXIQUE

- **Transgenre** : Qualifie une personne dont l'identité de genre ne correspond pas (ou plus) à celle assignée à la naissance [1].
- **Queer** : Qualifie une personne ne correspondant pas au modèle sexuel traditionnel de femme attirée par les hommes ou d'homme attiré par les femmes [2].
- **Intersexe** : Qualifie une personne dont les caractéristiques sexuelles ne correspondent pas à la définition typique de « femelle » ou « mâle » selon les normes médicales [3].
- **Asexuel** : Qualifie une personne qui ne ressent pas ou peu d'attirance sexuelle [4].
- **Plus** : Qualifie toutes les autres personnes que l'on ne peut nommer ou qui ont été oubliées.
- **Pansexuelle** : Qualifie une personne attirée sentimentalement ou sexuellement par une autre personne sans prendre en considération son genre [5].
- **Cisgenre** : Qualifie une personne dont l'identité de genre correspond avec le genre assigné à la naissance [6].
- **Coming-out** : Annonce d'une orientation sexuelle homosexuelle/bisexuelle ou d'une identité transgenre [7].
- **Intersectionnalité** : Méthodologie étudiant les formes de discriminations et de dominations dans leur intersection, non pas de manière séparée [8]. Elle part du principe qu'il existe un lien entre les rapports de dominations et d'autres discriminations d'origine ethnique, de sexe, d'orientation sexuelle, de classe, d'âge, de handicap, etc.

1 INTRODUCTION

Au cours de la deuxième année d'assistantat, nous avons suivi un module optionnel de master de spécialisation en médecine générale sur l'accueil et la prise en charge de la patientèle LGBTQIA+ (lesbienne, gay, bisexuel, transgenre, queer, intersexe, asexuel et plus)¹. Trois thèmes étaient présentés : prise en charge des personnes transgenres et intersexuées, vulnérabilités en santé spécifiques aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et vulnérabilités en santé spécifiques aux femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (FSF).

Cette formation nous a fait prendre conscience du poids des inégalités en matière de santé dans la communauté LGBTQIA+, nous a permis de déconstruire de nombreux préjugés et d'entamer une réflexion plus profonde sur les obstacles rencontrés par les minorités sexuelles dans leurs parcours de soins. Nous avons été particulièrement touchée par notre manque de connaissances vis-à-vis des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF et de l'invisibilité dont elles souffrent aussi bien dans la société que dans le champ médical. En effet, dans notre cursus médical de base, aucune formation sur la sexualité entre femmes ou sur leurs besoins particuliers en matière de santé ne nous a été proposée.

Certains soignants partagent la croyance que soigner de manière semblable tous les patients signifie l'absence de discrimination. Or, vouloir traiter de la même manière des patients de statuts sociaux différents et inégaux revient, au contraire, à pratiquer la discrimination [9]. Il existe une réelle tension entre la volonté de soigner tout le monde de la même manière et le besoin de tenir compte des spécificités des FSF [10].

De nombreuses études montrent que les FSF présentent un état de santé physique et mental moins bon que les femmes hétérosexuelles. On observe notamment des risques spécifiques de santé en matière de santé sexuelle, de santé mentale, d'assuétudes ainsi qu'un plus grand risque de discriminations et de violences [11,12,13,14]. Ces vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF ne sont pas inhérentes à leur orientation sexuelle à proprement parler mais aux discriminations et comportements lesbophobes qu'elles subissent et à leur invisibilisation. En effet, les barrières et inégalités de santé qu'elles rencontrent leur font parfois éviter les soins et les institutions de santé.

En dehors de tout recensement, il est difficile d'évaluer le nombre précis de FSF. Pour autant, quelques enquêtes donnent des estimations. Ainsi, en Suisse, la proportion de FSF est estimée entre 3 et 6% et aux États-Unis, entre 7,1% et 11,2% [15,16]. Et en se basant sur les données de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), les FSF pourraient représenter près de 4%

¹ Le pronom « nous » de modestie sera employé tout au long de ce travail.

de la population générale². Chaque médecin généraliste est donc amené à rencontrer régulièrement des patientes FSF dans sa patientèle, bien qu'ils sous-estiment souvent cette proportion car la question de l'orientation sexuelle est rarement abordée lors des consultations [12].

Les médecins généralistes sont en première ligne de soins et ont la possibilité de réaliser une prise en charge générale de leurs patients. Ils peuvent ainsi avoir un impact global sur la santé des FSF. Il est dès lors essentiel qu'ils prennent en compte les déterminants de santé qui rendent les patientes FSF vulnérables et qui les excluent des politiques de santé, afin de leur offrir des soins adaptés.

Si de nombreux articles mettent en exergue les lacunes existantes en termes de formation et de sensibilisation des soignants aux vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF, nous n'avons pas identifié d'articles, d'études ou de mémoires faisant l'état des lieux des connaissances et des pratiques réalisées par des médecins généralistes en Belgique à propos de la santé de ces patientes.

Ce travail de fin d'étude (TFE) vise donc à analyser l'expérience et le vécu des médecins généralistes en Belgique francophone en termes de prévention et de suivi de la santé globale des FSF. Cette analyse permettra de dresser un état des lieux de leurs connaissances et de leurs pratiques à ce propos. Par ailleurs, la question de la prise en charge de la santé des FSF nous amène à nous interroger sur les facteurs qui l'influencent. Ce TFE s'inscrit dans un objectif de santé plus large qui est l'amélioration de la prise en charge de la santé globale des FSF dans le milieu médical, en passant notamment par leur visibilisation dans ce travail et par la sensibilisation des médecins généralistes à cette thématique.

La question de recherche est donc la suivante : « **Comment les médecins généralistes, en Belgique francophone, prennent-ils en charge les patientes ayant des relations sexuelles avec des femmes en termes de prévention et de suivi de leur santé globale ?** ».

Maintenant que nous avons posé la problématique et la question de recherche, le présent travail sera structuré comme suit. Le chapitre suivant exposera les éléments nécessaires à la bonne compréhension de ce travail. Il sera suivi par un chapitre méthodologique qui décrira la réalisation de la revue non-systématique de la littérature et de la méthode de recherche. Ensuite suivra un chapitre exposant les différents résultats obtenus lors de l'étude, axé sur 3 grandes catégories. Ces résultats feront l'objet d'une discussion et d'une mise en perspective avec la littérature dans un cinquième chapitre. Pour terminer, nous concluons en répondant à la question de recherche.

² L'OCDE montre que les personnes qui s'auto-identifient comme LGBT représentent environ 4,6% de la population adulte [17,18]. Ce chiffre passe à 7,82% (+70%) lorsque l'on prend en compte les comportements sexuels. Les statistiques étant globalement les mêmes dans les deux sexes, les FSF pourraient représenter près de 4% de la population générale.

2 CONNAISSANCES GENERALES

Certains concepts clés sont nécessaires à la bonne compréhension de ce travail. Grâce à un premier tour d’horizon de la littérature (**ANNEXE 1**)³, nous commencerons par donner au lecteur une définition des FSF. Nous aborderons ensuite le contexte historique, social et médical dans lequel s’inscrivent les FSF et les principaux éléments ayant un impact sur leur accès à des soins de santé de qualité. Nous tenterons enfin de donner un aperçu des besoins de santé spécifiques aux FSF et de mettre en évidence quelques recommandations à destination du personnel soignant.

2.1 QUI SONT LES FSF ?

Dans notre travail, nous avons choisi d’employer le terme « FSF » afin d’englober toutes les femmes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d’autres femmes. Cet acronyme, qui est une francisation du terme « WSW » (*Women who have Sex with Women*), permet de ne pas se baser uniquement sur les notions d’attraction sexuelle et d’autodéfinition d’orientation sexuelle (aspect identitaire) mais plutôt sur les pratiques sexuelles (aspect comportemental) [19].

En effet, il n’est pas rare que certaines femmes ayant des relations sexuelles avec d’autres femmes ne s’identifient pas comme lesbiennes mais comme hétérosexuelles, bisexuelles, pansexuelles, queer ou dans aucune de ces catégories. En outre, il existe une certaine fluidité de la sexualité. Au cours de leur vie, des femmes peuvent vivre des changements au niveau de leur orientation sexuelle et dans la manière dont elles se définissent ; une femme lesbienne peut, à un autre moment de sa vie, se définir comme hétérosexuelle ou bisexuelle. Aussi, une FSF peut avoir (ou non) des relations sexuelles avec des hommes. Ces profils illustrent la dynamique de ce groupe hétérogène ; il existe une multitude de modes de vie et la revendication d’une identité sexuelle particulière ne présage pas de comportements prédéfinis [19].

Si cette catégorisation « FSF » présente un intérêt d’un point de vue médical et épidémiologique (pour aborder la santé sexuelle d’un groupe à comportement spécifique et permettre une réflexion objective sur ses problématiques de santé), elle n’a pas d’intérêt majeur dans une expertise sociologique.

Nous avons choisi de parler des femmes cisgenres car les personnes transgenres présentent des inégalités de santé qui leurs sont propres et nécessiteraient d’être abordées en détail dans un travail à part entière.

³ Une revue de la littérature non-systématique ciblée sur la question de recherche a également été menée en *infra* (cfr. le point « **3. Méthodologie** »). A noter que dans la littérature, les populations définies par les auteurs varient d’une recherche à l’autre (FSF, femmes lesbiennes, bisexuelles, queers, etc), ce qui complique la comparaison entre les études.

2.2 QUELS SONT LES FREINS À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ CHEZ LES FSF ?

2.2.1 CONTEXTE HISTORIQUE ET INVISIBILISATION DES FSF

Sous l'impulsion des mouvements féministes et de la libéralisation sexuelle de la fin des années 1960, associée à la mobilisation de la lutte contre le VIH des années 1980, le concept de santé sexuelle s'est développé. Mais en dépit de l'évolution de ce concept et malgré l'apparition de nombreuses réflexions sur les inégalités de genre dans la société, les FSF souffrent toujours d'invisibilisation, aussi bien à l'échelle de la société que dans le milieu médical, que ce soit au niveau de la recherche, de la formation de soignants ou des programmes de promotion de la santé [12,14].

La crise sanitaire liée au VIH qui a débuté dans les années 1980 a induit une focalisation sur la santé sexuelle des HSH (principalement touchés par le sida) puis plus largement sur celle des hétérosexuels [12,20]. Les associations de lutte contre le sida étaient réticentes à la mise en place d'une prévention spécifique pour les FSF, considérant le risque de transmission du VIH entre femmes comme nul (alors qu'il est plutôt à considérer comme rare) et oubliant que les FSF peuvent également avoir des relations sexuelles avec des hommes. Cette exclusion des FSF de la lutte contre le VIH a participé à l'absence de recherches et d'études scientifiques sur leur santé sexuelle et a ralenti le développement de politiques de santé et de prévention prenant en compte leurs besoins spécifiques [19].

De nombreuses fausses-croyances et stéréotypes sur la sexualité des FSF intériorisés par les chercheurs, services de soins de santé et FSF elles-mêmes persistent et participent, eux aussi, au sentiment d'immunité des FSF par rapport au VIH et surtout, aux autres IST (ex : il n'existe pas de risque de transmission d'IST s'il n'y a pas de pénétration vaginale) [14,19].

2.2.2 L'IMPACT DE L'HÉTÉRONORMATIVITÉ, DE L'HÉTÉROSEXISME ET DE LA LESBOPHOBIE

Diverses croyances, attitudes et pratiques telles que l'hétéronormativité, l'hétérosexisme et la lesbophobie ont un impact sur l'accès à des soins de santé de qualité chez les patientes FSF.

L'hétéronormativité, très répandue dans la société et le milieu médical, fait référence à un système de croyances et de pratiques selon lesquelles l'hétérosexualité est considérée comme la norme. Elle se manifeste par l'intégration de ces normes par les soignants et la présomption d'hétérosexualité dans les consultations, menant à l'autocensure de l'orientation sexuelle de certains patients [13,15].

L'hétérosexisme découle de l'hétéronormativité et désigne un système de pratiques et d'attitudes valorisant exclusivement la sexualité hétérosexuelle, considérant l'homosexualité comme inférieure à l'hétérosexualité. Cela peut impacter la santé mentale des patientes FSF (sentiment d'exclusion sociale et anxiété) et mener à une intériorisation d'un sentiment de honte et de culpabilité [11,13].

La lesbophobie est une situation d'intersection entre le sexisme et l'homophobie. Elle représente une double stigmatisation subie par les lesbiennes d'une part en tant que femmes et d'autre part en tant qu'homosexuelles [11,14,19,21]. La lesbophobie peut parfois être intériorisée par les FSF et induire de la honte et/ou de la haine pour elles-mêmes, de l'anxiété et un manque de confiance en soi. Cela a des conséquences non négligeables sur leur santé, telles que l'adoption de comportements sexuels à risque non-protégés, davantage de tentatives de suicide ou de consommations de drogues [11,22,23].

La présomption d'hétérosexualité, le biais hétérosexiste et la lesbophobie dans les soins occultent la diversité des orientations sexuelles et participent à l'exclusion des patients LGBTQIA+ des politiques de santé publique, ce qui représente une autre forme de discrimination de cette population [11,15]. Beaucoup de personnes LGBTQIA+ hésitent à divulguer leur orientation sexuelle par peur d'être jugées, moins bien soignées ou de devoir faire face à des attitudes homophobes.

En outre, la théorie du stress minoritaire élaborée par Meyer en 2003 est un concept important à garder à l'esprit afin de mieux comprendre les disparités de santé chez les FSF car il rend assez bien compte de la plus grande prévalence de problèmes de santé mentale chez celles-ci. Le stress minoritaire représente le stress supplémentaire auquel sont confrontées les FSF par rapport aux hétérosexuelles, de par leur appartenance à une population minoritaire [16,24]. A cause de l'hétérosexisme, les FSF sont soumises à des facteurs objectifs et spécifiques de stress dits « distaux » tels que du harcèlement, des discriminations, des violences et du rejet. Cet environnement hostile peut engendrer d'autres facteurs de stress dits « proximaux » qui sont eux subjectifs tels que de l'anticipation d'événements négatifs et de stigmatisation, la dissimulation de son orientation sexuelle ainsi que de l'homophobie intériorisée. Afin de répondre à cet excès de stress, les FSF peuvent développer des mécanismes d'évitement tels que la consommation de substances ou d'alcool ou l'évitement des structures de soins. Et lorsque leurs ressources sont dépassées, ce stress peut engendrer de la dépression, de l'anxiété et des tentatives de suicide [13,21,24].

2.2.3 L'IMPACT DU MANQUE DE CONNAISSANCES ET DE FORMATIONS DES SOIGNANTS

Le manque de compétence du personnel soignant représente un autre élément freinant le recours aux soins de santé chez les patientes FSF. Certains soignants présentent un inconfort ou un malaise à aborder la sexualité avec leurs patientes, utilisent un langage inapproprié ou ont des comportements discriminatoires à leur égard. Le non-questionnement de l'orientation sexuelle et la présomption d'hétérosexualité qui règne dans le milieu médical participent à la marginalisation et à l'invisibilisation des FSF [12,13]. De manière générale, les soignants manquent de sensibilisation et de formation sur les besoins de santé spécifiques aux FSF et ont une certaine méconnaissance des réalités de leurs vies et des IST qui les touchent [11,13].

2.3 QUELLES SONT LES VULNÉRABILITÉS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES AUX FSF ?

La plupart des besoins médicaux des FSF sont semblables à ceux des femmes hétérosexuelles et peuvent être satisfaits en suivant les recommandations habituelles de bonne pratique. Mais si certains problèmes de santé sont communs à toutes les femmes, à ceux-ci s'ajoutent des besoins particuliers. En effet, les FSF, faisant face à des inégalités de santé, présentent un état de santé globalement moins bon que celui des femmes hétérosexuelles [13,15]. Des risques spécifiques de santé ont été constatés en matière de santé sexuelle, de santé mentale, d'assuétudes ainsi qu'un plus grand risque de discriminations et de violences [11,12,13,14].

2.3.1 COMING-OUT

Autant pour les médecins que pour les patientes FSF, le dévoilement de l'orientation sexuelle (ou *coming-out*) est souvent perçu comme une étape délicate [15,25]. D'ailleurs, lorsqu'on est homosexuel, on ne fait pas un seul coming-out ; on en fait plusieurs, à longueur de vie (à chaque nouvelle rencontre, nouveau travail, nouveau soignant, etc). C'est un processus individuel, continu et évolutif. Et les coming-out représentent à chaque fois un moment de vulnérabilité [25,26].

On observe que le fait de parler de son orientation sexuelle à son médecin représente un important facteur prédictif de recours régulier aux soins et entraîne une hausse de la qualité des soins [12,15,18]. Or, peu de médecins abordent de manière spontanée la question de l'orientation sexuelle avec leurs patientes. Pourtant, certains médecins souhaiteraient avoir accès à cette information et beaucoup de femmes aimeraient leur dévoiler leur orientation sexuelle dans des conditions favorables et si l'occasion se présentait [18]. Les raisons de ce non-dévoilement sont multiples : la peur d'une réaction négative de la part du soignant, le manque d'opportunité, le fait d'être célibataire ou encore considérer qu'il s'agit d'une information privée ou non pertinente [26].

Avant de dévoiler leur orientation sexuelle à leur médecin, les FSF ont tendance à observer s'il utilise un langage inclusif ou présente des signes d'ouverture d'esprit [11]. Il est donc important de laisser un espace d'expression aux FSF afin d'aborder les préférences et les pratiques sexuelles qui peuvent influencer leur santé [11].

2.3.2 SANTÉ SEXUELLE

2.3.2.1 INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Comme toutes les femmes, les FSF sont à risque de contracter des IST et ce risque varie en fonction des IST et des pratiques sexuelles.

Elles peuvent être exposées aux infections à Papillomavirus humain (HPV) et à Herpès génital. Cependant, par rapport aux FSF qui ont également des rapports avec des hommes, les FSF qui ont des rapports sexuels exclusivement avec des femmes présentent un plus faible risque de contracter la Gonorrhée, la Chlamydia et la Syphilis [27]. Et si la transmission du VIH entre femmes est un fait prouvé, mais rare, les FSF présentent un risque majoré de développer des vaginoses bactériennes [11,12,14,19].

Bien que l'épidémiologie des IST chez les FSF soit limitée, on observe chez les FSF une prévalence d'IST plus élevée ; 12% des FSF (contre 3% de femmes hétérosexuelles) déclarent avoir eu une IST dans les 5 dernières années [11,12,14]. Diverses raisons expliquent cette différence. Leur sexualité serait plus à risque que celle des femmes hétérosexuelles : une sexualité plus précoce, un nombre plus élevé de partenaires masculins (la majorité des FSF commencent leur vie sexuelle en ayant des relations sexuelles avec un homme), davantage de partenaires sexuelles et des pratiques sexuelles plus diversifiées (utilisation et partage d'objets sexuels parfois traumatiques, rapports lors des menstruations, etc) [28]. De plus, il existe une méconnaissance des risques d'IST, de leurs mécanismes de transmission et des moyens de protection existants ainsi qu'un moindre recours aux dépistages [11,12,14,15].

Dans le contexte actuel de banalisation du VIH et des IST, la prévalence plus importante d'IST chez les FSF est un problème de santé publique préoccupant. Non dépistées et non traitées, certaines IST peuvent entraîner des complications et des conséquences, comme la stérilité ou encore des cancers.

2.3.2.2 MOYENS DE PROTECTION CONTRE LES IST

Les médecins et les FSF ne connaissent pas bien les moyens de protection disponibles contre les IST pour les FSF ainsi que les conseils à appliquer [11,21,29].

En effet, les FSF utilisent plus rarement des moyens de protection contre les IST et le VIH ; près de 71% des FSF n'en ont jamais employé et seulement 1,9% des FSF se protègent systématiquement lors de leurs rapports avec des femmes, contre 35% lors de leurs rapports avec des hommes [11].

Parmi les moyens de protection, il existe le préservatif interne, la digue dentaire, le gant, le doigtier et le carré de latex. Il est également conseillé de se couper les ongles court et d'utiliser du lubrifiant pour éviter les lésions et le saignement des muqueuses, d'éviter les rapports pendant les menstruations, de garder une main pour soi et une pour sa partenaire et de ne pas s'échanger les objets sexuels ou alors de les munir d'un préservatif externe, de bien les laver et les désinfecter après utilisation [16,29,30].

2.3.2.3 FROTTIS DE COL ET MAMMOGRAPHIE

On observe que les FSF ont moins recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (par frottis de col) et du cancer du sein (par mammographie et autopalpation mammaire). En effet, tant les professionnels des soins de santé que les FSF pensent ne pas en avoir besoin et certaines FSF évitent les institutions de santé [13,15,16,29,30].

2.3.2.4 CONTRACEPTION ET DÉSIR DE GROSSESSE

Il est important de garder à l'esprit que les FSF peuvent également avoir des relations sexuelles avec des hommes ; 93% des FSF ont déjà eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie [28]. Certaines FSF peuvent aussi, comme toutes les femmes, souffrir de dysménorrhées, métrorragies ou ménorragies. En ce sens, il est intéressant de questionner la patiente sur son besoin de contraception, afin d'éviter une grossesse non-désirée ou de l'aider à réguler son cycle.

Les FSF peuvent également avoir un désir de grossesse et se questionner quant à l'initiation d'une procréation médicalement assistée (PMA). Y être attentif et apporter son soutien peut faire la différence pour les patientes qui se lancent dans ce parcours [15,16,30].

2.3.3 SANTÉ MENTALE

Il est démontré que les FSF sont plus sujettes que les hétérosexuelles à l'anxiété, à la dépression et aux tentatives de suicide (notamment à l'adolescence) [12,13,14,15,16,19,30,31]. Ces souffrances psychologiques sont favorisées par un environnement fait de discriminations, de violences, de lesbophobie, de stéréotypes, de pression liée à l'hétérosexualité ou encore de la gestion du coming-out [14]. La théorie du stress minoritaire rend bien compte de cette plus grande prévalence [24].

De plus, en comparaison aux femmes lesbiennes, les femmes bisexuelles souffrent davantage de problèmes de santé mentale [16,32]. En effet, elles peuvent aussi être marginalisées à l'intérieur même de la communauté LGBTQIA+ à cause de stéréotypes culturels négatifs (bisexualité non prise au sérieux, perçue comme illégitime, hypersexualisée ou comme une phase d'expérimentation), ce qui peut impacter leur santé mentale, mais aussi leur consommation de substances psychoactives [32].

2.3.4 FACTEURS DE RISQUE

Les chiffres varient selon les études mais de manière générale, les FSF consomment davantage de tabac, d'alcool et de drogues que les hétérosexuelles. Deux hypothèses tendent à expliquer ce phénomène. La première est que cette consommation est une réponse au stress et aux troubles de santé mentale engendrés par les discriminations vécues dans la société ou lors de la période du

coming-out. La deuxième hypothèse lie la consommation à la phase de découverte des milieux festifs LGBTQIA+ (lieux de rencontre et parfois de soutien) [12,14,16].

On observe également une fréquence plus importante de surpoids et d'obésité parmi les FSF. Cela pourrait être lié à des problèmes de santé mentale (dépression) et d'estime de soi, qui favorisent la sédentarité. Mais cela peut aussi, au contraire, être lié à une plus grande liberté par rapport aux attendus sociaux relatifs à la féminité [12,14,16]. A noter que le surpoids favorise l'apparition de diabète de type II et qu'associé à d'autres facteurs de risque tel que le mésusage du tabac et de l'alcool, il expose les FSF à davantage de risque de maladies cardiovasculaires [12,14,16].

Bien qu'il n'existe pas d'étude montrant une plus grande prévalence de cancer chez les patientes FSF (l'orientation sexuelle n'étant pas une donnée reprise dans les registres des cancers), des chercheurs estiment qu'elles sont plus à risque de développer certains cancers [12,14].

D'aucuns supposent un plus grand risque de cancer du sein chez les FSF car elles réalisent moins de dépistages (par mammographie et autopalpation mammaire) et sont plus fréquemment concernées par certains facteurs de risque associés au cancer du sein : être nullipare ou avoir un enfant après 30 ans, ne jamais avoir allaité, être en surpoids ou consommer de l'alcool [12,14,15,16].

Et il en va de même pour le risque du cancer du poumon (lié au tabagisme) et le risque du cancer du col de l'utérus car elles réalisent moins de dépistages par frottis de col de l'utérus et sont plus fréquemment concernées par les facteurs de risque associés à ce cancer : un premier rapport sexuel précoce, un grand nombre de partenaires et la consommation de tabac [12,14,15,16].

Le risque présumé de cancer des ovaires est également évoqué chez les FSF car elles sont plus souvent concernées par certains facteurs de risque : l'obésité, la nulliparité et l'absence de prise de pilule [16,21].

2.3.5 VIOLENCES VERBALES, PHYSIQUES ET SEXUELLES

Les FSF sont, tout autant que les femmes hétérosexuelles, à risque de violences au sein de leur couple. Une revue de la littérature montre que 25% à 40,4% des FSF ont été victimes de violence conjugale au sein de leur couple [33]. Il est important d'y penser lors des consultations et de remettre en cause nos stéréotypes qui participent à l'invisibilisation de ces violences (celui de la femme naturellement non-violente et du couple FSF égalitaire et hors de tout jeu de pouvoir) [12,14,21].

En outre, les FSF sont davantage à risque de subir des violences sexuelles que les femmes hétérosexuelles [34]. Et selon une enquête réalisée par SOS Homophobie (2015), près de 60% des FSF ont subi des actes de lesbophobie (insultes, moqueries, incompréhensions, rejet) au cours des deux

dernières années, le plus souvent dans l'espace public, le cercle familial ou le milieu du travail [23]. Ces chiffres sont plus élevés dans une autre étude ; 98% des femmes lesbiennes ont déjà vécu une agression verbale [14].

2.4 QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS À SUIVRE EN TANT QUE SOIGNANT ?

La majorité de la littérature consultée met en évidence le manque de connaissances et de compétences des professionnels de la santé à propos des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF. Les différents articles s'accordent à dire qu'il est nécessaire de former et de sensibiliser les soignants, que ce soit lors de la formation de base ou en formation continue, afin de faciliter la parole des FSF et de leur permettre d'accéder à des soins de qualité, adaptés à leurs besoins spécifiques [12,13,16,28,35]. Cela implique de réinterroger la place de l'hétéronormativité et de l'hétérosexisme dans les formations, d'encourager l'usage d'un langage inclusif, de combler le manque de connaissances et de recherches concernant les FSF et d'améliorer la compréhension du phénomène d'invisibilisation et de marginalisation des FSF [13]. Il est nécessaire d'institutionnaliser les questions de santé des minorités sexuelles afin d'assurer une formation complète, cohérente et systématique [28].

Il est donc recommandé aux médecins d'appliquer chez les patientes FSF toutes les mesures en termes de prévention et de dépistage (**FIGURE 1**) [16] :

- proposition du vaccin contre l'HPV, d'un frottis de col de l'utérus et d'un bilan sénologique
- discussion sur le désir de grossesse ou le besoin de contraception
- explications sur les risques d'IST et les mesures de protection
- dépistages des IST, des facteurs de risques cardiovasculaires et des cancers (tabac, alcool, drogues, obésité, diabète de type II)
- dépistage de l'anxiété, de la dépression, d'un risque suicidaire et de violences conjugales

Pour ce faire, l'utilisation systématique de l'anamnèse sexuelle (en expliquant la relevance des questions et rappelant la confidentialité de la consultation) et la création d'un environnement bienveillant et accueillant grâce notamment à un langage inclusif et du matériel de prévention (flyers, affiches, etc) permet de lever l'invisibilité des FSF et de favoriser une relation thérapeutique de qualité en montrant son ouverture d'esprit [15,16,25,28,29]. Au même titre que le contexte professionnel ou social, l'orientation sexuelle est un aspect de santé à intégrer dans la prise en charge globale des patientes, aussi bien au niveau préventif que curatif (bien-être physique et psychique) [36]. Puis, il est important de pouvoir proposer des ressources appropriées aux patientes désireuses d'obtenir plus d'informations sur leur santé [25].

3 METHODOLOGIE

3.1 REVUE NON-SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

Sur base de la question de recherche exposée en introduction, nous avons mené une revue de la littérature de manière non-systématique afin d'appuyer la construction de notre guide de l'entretien et de nourrir la discussion des résultats en *infra*.

En nous aidant de la pyramide des connaissances disponible sur le site du Cebam Digital Library for Health (CDLH), nous avons effectué une première recherche de littérature en avril 2021, en nous focalisant principalement sur la santé sexuelle des FSF. Puis, nous avons réalisé une seconde recherche en janvier 2022, en élargissant le champ de nos recherches à la santé globale des FSF ; ce qui nous a permis d'obtenir davantage de documentation (**FIGURE 2**).

Nous avons commencé nos recherches par le sommet de la pyramide (premier niveau) en consultant les sites de guide de pratique clinique (Ebpracticenet, Dynamed et UpToDate). Ensuite, nous avons continué nos lectures dans le deuxième et troisième niveau de la pyramide des connaissances en parcourant les sites de revues systématiques et résumés de revues systématiques (Minerva et Cochrane Library). Enfin, nous avons atteint la base de la pyramide (niveau quatre) en consultant les bases de données PubMed et Embase. Nous avons également effectué une recherche sur Cismef et Cairninfo et utilisé le méta-moteur de recherche Tripdatabase et Google Scholar afin d'obtenir davantage d'articles. Puis, nous avons consulté la littérature grise afin de trouver des mémoires déjà réalisés sur le sujet et nous avons finalisé notre recherche en consultant les bibliographies des articles précédemment sélectionnés.

Pour utiliser au mieux les moteurs de recherche disponibles, nous avons transformé la question de recherche grâce à l'acronyme PICO (**ANNEXE 2**). Ensuite, afin d'augmenter nos chances de trouver des articles pertinents pour notre étude, nous avons recherché les mots-clés grâce aux Medical Subject Headings (MeSH) et nous avons utilisé le site *HeTOP* pour faciliter leur traduction (**ANNEXE 3**). Le MeSH étant peu orienté vers la médecine générale, nous avons créé un filtre « médecin de famille » (QS41). Nous avons ensuite élaboré les équations de recherche en ajoutant aux mots-clés des filtres, afin de correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons défini dans la sélection de nos articles (**TABLEAU 1, ANNEXE 4**).

Suite à nos recherches, nous avons sélectionné 9 articles à analyser sur lesquels nous nous baserons dans l'élaboration de la discussion de nos résultats (**TABLEAU 2**)⁴.

⁴ Ce tableau résume l'apport de ces articles dans notre TFE.

3.2 CHOIX DE LA METHODOLOGIE

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes et assistants en médecine générale en Belgique francophone. Le choix d'une étude qualitative nous semblait le plus approprié, compte-tenu du fait que nous cherchons à recueillir l'expérience et le vécu des médecins généralistes à propos de la prise en charge qu'ils réalisent chez les patientes FSF.

Nous avons décidé de réaliser des interviews individuelles à la place de focus group car nous nous intéressons au vécu personnel du médecin. Nous avons pu observer que le sujet des FSF peut amener un sentiment de malaise auprès de certains participants, ce qui représente un environnement peu propice à la discussion de groupe.

Pour réaliser nos interviews, nous avons choisi d'utiliser un guide de l'entretien reprenant une liste de sujets à aborder sous forme de questions ouvertes afin de permettre aux répondants de s'exprimer librement tout en gardant une structure, nous assurant que tous les thèmes soient abordés (**TABLEAU 3**). Nous l'avons préalablement testé sur deux médecins afin de le perfectionner (supprimer certaines questions redondantes et préciser certains termes) et au fur et à mesure des entretiens, nous l'avons ajusté et complété (si des thèmes intéressants à approfondir apparaissaient).

Ce choix de méthodologie nous permet d'analyser le contenu des entretiens au fur et à mesure selon le modèle de « l'analyse à l'aide de catégories conceptualisantes » afin d'élaborer des théories à partir de matériel récolté sur le terrain et non pas à partir d'hypothèses prédéterminées [38,39].

3.3 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Nous avons sélectionné les répondants par divers moyens ; bouche à oreille, téléphone et e-mail. Afin d'enrichir notre échantillon de répondants par des médecins formés aux vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, nous avons obtenu une liste de médecins à contacter ayant suivi une formation via le projet *Go To Gyneco !*.

Nous avons essayé d'obtenir des répondants de tout horizon (localité de différentes provinces, médecine rurale/semi-rurale/urbaine, médecins âgés/moyens/jeunes, médecins hommes/femmes, pratique solo/maison médicale/association) afin de recueillir des avis et opinions les plus variés possibles. Le but étant d'obtenir un échantillon « en recherche de variation maximale ».

Afin d'atteindre la saturation des données, nous avons pour objectif d'interviewer entre 7 et 15 médecins ; 9 médecins ont été interviewés.

3.3.1 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Médecins généralistes ne parlant ni anglais, ni français

3.3.2 CRITÈRES D'INCLUSION

- Médecins généralistes ou assistants en médecine générale
- Pratique actuelle de la médecine générale (solo, association ou maison médicale) en Belgique

3.4 DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Les interviews se sont déroulées soit par vidéoconférence, soit au domicile ou au cabinet du médecin généraliste interviewé, en respectant les mesures sanitaires belges du moment dans un contexte de pandémie par le virus SARS-CoV-2. Avant de commencer chaque entretien, nous avons recueilli le consentement oralement et par écrit des répondants, nous nous sommes présentée et avons expliqué le sujet du TFE, tout en précisant la terminologie que nous employions (**ANNEXE 5**).

L'entretien s'est déroulé en français, en face-à-face et sur base d'un guide de l'entretien préalablement rédigé et relu par une consœur assistante en médecine générale et par notre tutrice. La durée de ces entretiens était en moyenne de 37 minutes (variant de 24 à 44 minutes). Ils ont été enregistrés dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone et retranscrits fidèlement à l'enregistrement (**ANNEXE 6**).

3.5 MÉTHODE D'ANALYSE

La méthode d'analyse utilisée est celle de l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes [37,38].

Tout d'abord, nous avons pris le temps de nous ancrer dans le matériel récolté en réalisant une micro-analyse en mot-à-mot d'une phrase qui en était tirée (**TABLEAU 4**). Nous avons volontairement ralenti la lecture et explicité tous les sens possibles de la phrase afin de mettre de la distance avec nos attentes et présupposés de chercheur et d'analyste et de nous immerger dans le matériel.

Nous avons ensuite débuté le processus d'analyse dès la retranscription de la première interview, en nous basant sur les enregistrements audios des entretiens. Nous avons également pris soins de compléter un compte-rendu de terrain après chaque entretien, où nous notions toutes nos observations et impressions (**TABLEAU 5**). Puis, nous avons poursuivi l'analyse après chaque nouvelle collecte de matériel, de manière inductive et itérative.

Notre objectif étant de comprendre les enjeux et les contours des expériences des médecins sur base de leur discours brut, nous avons identifié et regroupé les éléments signifiants des entretiens retranscrits afin de créer des thématiques, que nous avons noté en marge de l'extrait en question (**TABLEAU 6**). Nous avons repéré la récurrence de certains thèmes et choisi ceux qui étaient pertinents

et justifiés pour la question de recherche. Progressivement, des liens et articulations se sont construits autour de ces thématiques grâce à la catégorisation conceptualisante, nous permettant de leur attribuer une signification et d'aboutir à une nouvelle description du phénomène étudié.

Au cours de l'analyse, le matériel récolté nous a fait modifier légèrement la question de recherche. Nous l'avons ajustée ainsi que l'introduction à posteriori, afin de ne pas imposer notre vision et nos présupposés sur le matériel reçu.

3.6 PRECAUTIONS ETHIQUES

Nous avons retranscrit et anonymisé les entretiens en empruntant de faux noms. Les enregistrements audios de ces interviews ont été stockés dans notre ordinateur et ce, jusqu'à la défense du TFE.

En tant que femme et féministe, nous sommes consciente qu'une part de subjectivité peut avoir influencé ce travail mais nous avons essayé de rester objective dans l'analyse et l'interprétation du matériel. Aussi, nous avons fait attention à mettre le médecin interrogé dans une posture non pas d'interview mais de rencontre afin de favoriser une discussion et limiter les biais.

Cette étude qualitative a été proposée le 11/11/2021 au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) afin d'identifier s'il était nécessaire de la soumettre à un comité d'éthique universitaire. Ceux-ci ont rendu leur avis le 28/11/2021, mentionnant que cela était nécessaire (**ANNEXE 7**). Nous avons donc soumis notre étude au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire (CEHF) Saint-Luc de l'Université Catholique de Louvain le 13/12/2021 et un avis favorable a été rendu le 03/01/2022. La référence du CEHF est le 2021/13DEC/518. Néanmoins, ceux-ci ont précisé que cette étude ne tombait pas sous le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne nécessitait donc pas l'accord d'un Comité d'Éthique (**ANNEXE 8**).

3.7 LIMITATIONS

Une des faiblesses de ce travail réside dans le manque de diversité en termes de localisation de la pratique des répondants ; il n'y a pas de répondants venant de la province du Luxembourg.

De plus, un taux peu important de répondants représente une autre faiblesse dans ce travail. En ce début d'année 2022, en pleine 5^{ème} vague de SARS-Cov-2, les médecins généralistes sont surchargés d'informations et de travail ; malgré les nombreux mails envoyés, beaucoup sont restés sans réponse.

Une étude avec un échantillon plus diversifié et plus grand afin d'atteindre la saturation des données serait intéressante à réaliser.

4 RESULTATS

Le présent chapitre développe *in extenso* les résultats obtenus à l'aide des interviews réalisées. Après une brève présentation du profil des répondants, les résultats sont structurés autour de **3 grandes catégories** ; les connaissances et la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de la santé des patientes FSF, les facteurs qui influencent négativement cette prise en charge et les perspectives d'amélioration de celle-ci. Le chapitre relatif à l'interprétation et à la discussion des résultats sera également structuré autour de ces trois grandes catégories.

4.1 PROFIL DES RÉPONDANTS

L'étude a été menée auprès d'un échantillon de 9 médecins généralistes dont 5 femmes et 4 hommes. L'âge des participants s'étendait de 26 ans à 54 ans avec un âge moyen de 29 ans. Leur temps de pratique variait entre 6 mois et 29 ans.

Ci-dessous, voici un tableau reprenant les caractéristiques des médecins généralistes.

TABLEAU 7 : Caractéristiques des répondants

N°	Médecin	Sexe	Age	Temps de pratique	Types de pratique	Milieu de la pratique	Province	Formation sur les vulnérabilités de santé des FSF
1	Dr Adam	M	27 ans	2,5 ans	Solo	Semi-rurale	Brabant-Wallon	Non
2	Dr Madone	F	26 ans	6 mois	Association	Rurale	Hainaut	Non
3	Dr Beauvoir	F	54 ans	29 ans	Association	Semi-rurale	Hainaut	Non
4	Dr Anderson	F	26 ans	2,5 ans	Maison médicale	Urbain	Bruxelles	Oui
5	Dr Lejeune	M	45 ans	20 ans	Solo	Semi-rurale	Namur	Non
6	Dr Hallet	F	27 ans	3,5 ans	Association Planning familial	Semi-rurale	Liège	Oui
7	Dr Muller	M	27 ans	2,5 ans	Maison médicale	Semi-rurale	Liège	Oui
8	Dr Franck	M	28 ans	3,5 ans	Association	Urbain	Namur	Oui
9	Dr Sully	F	32 ans	7 ans	Maison médicale Planning familial	Urbain	Bruxelles	Non

4.2 CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÉDECINS GENERALISTES

4.2.1 QUESTIONNER L'ORIENTATION SEXUELLE ? OUI, MAIS...

4.2.1.1 POUR QUOI FAIRE ?

Plusieurs répondants s'accordent à dire que la connaissance de l'orientation sexuelle (OS) de leurs patientes **influence leur prise en charge future**, en termes notamment de prévention en santé sexuelle et santé mentale.

Dr Sully : « L'orientation sexuelle influence un peu la prise en charge oui. Surtout pour tout ce qui est IST ou dépistage. »

Dr Franck : « En ce qui concerne déjà les IST, ça peut changer certaines choses car certaines populations en fonction de leur OS peuvent être plus à risque de développer l'une ou l'autre IST. Je sais bien qu'en termes de violences conjugales aussi, selon l'orientation sexuelle on pouvait avoir plus de problèmes conjugaux que d'autres. »

Dr Anderson : « Peut-être juste au niveau de la prévention (ça influence la prise en charge). Je coche la même chose que dans les bilans des hétérosexuels mais c'est vrai qu'après la formation, je dirais que c'est tout ce qui est axé sur les MST qu'on ne pense pas spécialement à dire quelles se transmettent aussi par la bouche et par les sextoys. »

La connaissance de l'OS des patientes permet aux médecins **d'éviter de les blesser** par des paroles maladroites, **de se tromper** lorsqu'ils parlent de leurs partenaires ou d'un désir d'enfants et **de réaliser des bilans inadéquats**.

Dr Adam : « Par exemple "Madame, vous être mariée, bientôt des enfants avec Monsieur ?" alors qu'en fait Madame est lesbienne, que ça fait 12 ans qu'elle est avec sa compagne, qu'on n'a toujours pas accepté de faire la PMA et qu'avec ces questions, je viens de faire une cicatrice énorme dans la vie de cette femme, par ignorance. »

Dr Franck : « Déjà ça l'influencerait dans le sens où je vais essayer de pas me tromper si jamais je dois parler du ou de la compagnon/compagne. Car ça peut mettre mal à l'aise certaines personnes si on se trompe. »

Dr Adam : « J'ai déjà fait un bilan IST chez quelqu'un que je pensais être homosexuel mais qui était en fait en couple depuis plusieurs années avec une femme. Mais quand je lui ai proposé un bilan IST, il ne m'a pas repris sur le truc. »

Certains répondants posent la question de l'OS **si cette information se révèle pertinente** pour la prise en charge du patient. Notamment pour les consultations à propos de prévention, de dépistage d'IST, ou lors de plaintes uro-génitales.

Dr Hallet : « Je me dis toujours que je pose les questions qui m'aident au niveau médical, qui ont une pertinence médicale mais je me dis que le reste, ça ne me concerne pas tellement. Donc si ça a une pertinence médicale, je la pose et sinon je n'en parle pas. Ce n'est pas à moi de juger leur vie au niveau sexuel. »

Dr Muller : « Mais quand il y a une question qui devient plus spécifique en consultation, quelqu'un qui veut faire un dépistage IST, là je pose la question et adapte ma stratégie de dépistage en fonction de la réponse. Quand ça me semble pertinent pour la consultation en elle-même je pose la question. »

Dr Adam : « Je le fais systématiquement (poser la question de l'OS) lors d'une consultation où j'ai le temps de faire de la prévention. Quand je parle de dépistage du cancer du côlon et compagnie ; je pose systématiquement la question des infections sexuellement transmissibles en abordant du coup le sujet des rapports sexuels. »

Dr Madone : « La question de l'orientation sexuelle pas à proprement parler mais par contre, dès que j'ai des symptômes urinaires ou cutanés génitaux, je demande s'ils ont des rapports sexuels protégés, s'ils sont mariés, si les relations sont uniquement avec leur femme/compagne/compagnon ou s'ils font ça ailleurs. »

4.2.1.2 COMMENT ET PAR QUELS MOYENS ?

4.2.1.2.1 INTERROGER DE MANIÈRE DIRECTE OU INDIRECTE

Si une répondante pose la question de l'OS **de manière directe** uniquement lorsqu'elle a **besoin de la connaître**, une autre répondante explique la poser de manière systématique, lors de **chaque première rencontre**. Cette technique permet de montrer qu'il n'y a pas de problèmes à aborder ce sujet-là et de faire tomber les tabous qui existent autour de la sexualité.

Dr Beauvoir : « J'ai quand même quelques couples homosexuels qui me l'ont dit ou je le sais ou je leur ai posé la question carrément parce que j'avais besoin de le savoir pour le dossier. »

Dr Sully : « Et en médecine générale, quand j'ai une nouvelle patiente ou un nouveau patient, ça fait partie de mes questions de première rencontre, pour discuter de la patiente comme par exemple quel est votre genre de job, etc pour voir un peu le profil. Donc j'essaie de poser la question de manière un peu systématique. »

Dr Sully : « Mais c'est vrai que c'est un peu frontal de questionner l'orientation sexuelle direct, mais en même temps c'est pas tabou donc le fait de poser la question d'emblée ça montre qu'il n'y a aucun problème d'aborder la question et si jamais la patiente se sent pas OK de répondre, elle est pas obligée de répondre à ce moment-là. »

Beaucoup d'autres répondants abordent la question de l'OS **de manière indirecte**, profitant **d'une consultation** à propos de prévention, d'une plainte uro-génitale, d'un dépistage IST ou d'un check-up. Notamment, un répondant explique que lors de sa première rencontre avec un patient, il lui propose de faire une prise de sang avec dépistage d'IST et rebondit là-dessus pour connaître son OS. De cette manière, il essaie de faire en sorte que le patient ne se sente pas jugé.

Dr Adam : « Quand je parle de dépistage du cancer du côlon et compagnie ; je pose systématiquement la question des infections sexuellement transmissibles en abordant du coup le sujet des rapports sexuels. »

Dr Lejeune : « En fonction de la plainte de la patiente, problèmes urinaires ou gynéco, le sujet peut venir à discussion. »

Dr Beauvoir : « Si tu leur parles des maladies sexuellement transmissibles, elles vont quand même se poser la question de dire « ah oui tout compte fait, j'ai quand même eu un rapport avec un autre partenaire (que ce soit femme ou homme) et je risque d'avoir une MST ». »

Dr Anderson : « Lorsque l'on parle simplement d'un bilan sanguin, d'un check-up, le sujet des IST, et que là on demande un peu ce qu'il en est... »

Dr Franck : « Je profite souvent de cette 1ère consultation pour faire un tour des antécédents et demander s'ils ont déjà fait un check biologique, etc. Voir leurs antécédents, médicaments, allergies, etc. Et je m'étais dit qu'au moment de la prise de sang je proposerai les IST et que ce serait peut-être un bon moyen de demander quelles étaient les pratiques sexuelles et avec quelle orientation sexuelle. Donc je ne le fais pas systématiquement mais j'essaie de trouver le bon moment pour le faire pour ne pas que la personne se sente jugée. »

En mettant à disposition dans son cabinet des serviettes hygiéniques gratuites, une répondante utilise **un autre point d'entrée** pour arriver à aborder la question avec ses patientes, **de manière indirecte**.

Dr Sully : « Ici, chez médecins du monde on met des serviettes hygiéniques à disposition et ça peut être parfois un point d'ouverture ou un prétexte pour avoir un moment où on aborde la sexualité, d'avoir un autre point d'entrée. »

4.2.1.2.2 CIBLER POUR SAVOIR QUI QUESTIONNER

Certains répondants **ciblent les patientes** à qui ils posent la question de l'OS en se basant notamment sur leur **comportement**, leur **apparence** et les **stéréotypes** appartenant aux minorités sexuelles.

Dr Adam : « J'ai l'impression que je vais un peu cibler les profils de personnes (même si ça en revient aux stéréotypes) à qui je vais vraiment poser la question alors qu'une FSF, en fait, ça ne se voit pas vraiment qu'elle l'est... »

Dr Madone : « Juste à l'œil en regardant les gens, à quoi ils ressemblent et comment ils parlent, c'est tout puisqu'ils ne le disent pas forcément. »

4.2.1.2.3 BANALISER, NATURALISER ET EXPLIQUER LA QUESTION

Selon des répondants, une autre façon d'appréhender la question de l'OS est de **la banaliser**, de la demander **de manière naturelle, sans être mal à l'aise, d'expliquer que cette question est posée à tout le monde** et de **la justifier**. Un répondant trouve que cette approche est peut-être un peu brutale.

Dr Madone : « Sans poser la question de manière systématique mais arriver nous-mêmes à être moins gênées en posant la question (de l'OS). Tout comme moi, je pose la question à tout le monde : vous fumez ? vous buvez de l'alcool ? drogue ; cannabis, héroïne, cocaïne ? Et du coup je le dis comme ça et ça paraît naturel et je me dis que les gens ne le prennent pas pour eux et ne sont pas offensés par la question parce que je pose des questions à tout le monde et si jamais ils me regardent bizarrement, je leur dis sans même lever les yeux de mon ordi "mais je pose la question à tout le monde". En mode, je fais mon dossier de manière systématique. Si tu demandes si elle fume, tu pourrais demander si elles ont des comportements à risque ou multipartenaires ou quelle est son OS au début. »

Dr Muller : « Mais souvent aussi quand je pose une question dans un cadre précis, je justifie ma question surtout. Pour savoir quels tests je fais, ce que l'on va faire comme dépistage, etc. »

Dr Lejeune : « Il faudrait oser mettre les pieds dans le plat comme on demande à n'importe quel patient son numéro de téléphone, son âge et hop son orientation sexuelle mais on n'en est peut-être pas encore là dans le dossier. C'est un petit peu brutal. »

4.2.1.2.4 CRÉER UNE RELATION DE CONFIANCE

Afin d'arriver à aborder le sujet de l'OS, aussi bien du côté du patient que du médecin, un répondant mise sur **la création d'une relation de confiance** entre lui et le patient, ce qui demande du temps.

Dr Adam : « A part un climat de confiance et une relation vraiment de personne à personne pour justement éventuellement aboutir à une question plus intime et arriver à aborder la santé sexuelle. Je n'ai pas d'affiche, je ne fais pas spécialement de petit message. C'est plutôt dans le lien thérapeutique jusqu'à ce que l'on se sente tous les 2 assez à l'aise pour aborder le sujet. »

Dr Adam : « Je n'ai pas l'impression que c'est quelque chose qui arrive tôt dans la consult, dans la relation thérapeutique ; cela n'arrive pas lors de la première consult. Il faut un peu les mettre en confiance, creuser... »

4.2.1.2.5 CREER ET ADOPTER UN ENVIRONNEMENT ET UN COMPORTEMENT ACCUEILLANTS

Afin de mettre à l'aise les minorités sexuelles, des répondants élaborent un **environnement** et un **cadre de soins accueillants**, par la mise en place de **drapeaux LGBT, d'affiches ou de brochures** inclusives contre l'homophobie dans la salle d'attente ou le cabinet.

Dr Muller : « Il y a des petits trucs que je mets ; des affiches, des brochures, etc à mettre dans la salle d'attente. Tout ce qui est brochure ou affiche ça me semble pertinent pour aider les gens la dessus. »

Dr Franck : « Je m'étais dit que j'allais mettre dans les salles d'attentes des petites brochures, mais je n'en ai pas encore. Notamment, concernant la trans-identité, les orientations sexuelles, la patientèle LGBTQI, etc. Je sais bien que dans les Rainbow House on peut se procurer ce genre de matériel. Je m'étais dit aussi que j'allais mettre sur ma porte un petit drapeau LGBT. »

Dr Adam : « Et veiller à ce que l'environnement de travail soit accueillant. Qu'il n'y ait pas d'affiches trop hétéronormées ou sexistes à l'accueil et qu'il n'y ait pas des images que de couples hétérosexuels dans les affiches. Qu'il y ait une inclusion de ces personnes-là dans la décoration du cabinet. Être inclusif, ne pas avoir que des affiches sur la maltraitance familiale et des images avec papa, maman et les deux enfants mais avoir d'autres représentations pour montrer que l'on est plus vigilants et que les gens se sentent aussi faire partie du cabinet. »

Utiliser le **langage inclusif**, adopter une **attitude non-jugeante, ouverte** et plus largement montrer son côté **LGBT-friendly** représente une autre manière de mettre à l'aise le patient, d'éviter les maladresses et de l'aider à dévoiler son OS. On peut aussi mettre sur son site internet qu'on est LGBT-friendly.

Dr Franck : « D'ailleurs en consultation quand je ne connais pas l'OS de la personne, je parle toujours en langage inclusif en disant "il ou elle", et le patient à ce moment la souvent dit "ah oui, c'est elle ou il". Donc comme ça au moins je suis sûr de ne pas faire de gaffe. »

Dr Madone : « Le fait de savoir que je suis LGBT-friendly, je pense que ça leur permet d'être un peu plus soulagé et à l'aise en se disant que, au pire, s'ils laissent échapper une info sur cela, ils ne vont pas être jugés car on est au courant de ce que c'est. »

Dr Sully : « Je n'ai pas eu de formation spécifique, je pense qu'il y a une ouverture du dialogue en consultation et peut-être que c'est la patiente/le patient qui m'a signalé sur ce site (Go To Gynéco) car elle/il s'est senti à l'aise de discuter avec moi. »

Dr Hallet : « J'ai un couple d'homosexuels qui vient chez moi car ils me trouvent non jugeante par rapport à ça. »

Dr Franck : « Premièrement, mettre sur son site internet qu'on est LGBTQI-friendly et qu'on accueille des personnes de tout type d'orientation sexuelle et de tout genre, ça peut les rassurer. »

4.2.1.2.6 ÉVITER DE PRESUMER L'ORIENTATION SEXUELLE

L'évitement de la **présomption d'hétérosexualité** ou **d'homosexualité** est relevé par plusieurs répondants afin que les patients puissent librement exprimer leur OS.

Dr Hallet : « Elles aiment bien que l'on ne considère pas d'emblée qu'elles sortent avec un mec et qu'elles puissent librement exprimer ça... Donc si j'arrive avec mes gros souliers sans faire attention, je pense que ça les énerverait. »

Dr Adam : « J'ai tendance à dire ; votre compagne ou votre compagnon. Je n'ai pas tendance à assumer qu'elles sont hétéros. »

4.2.1.2.7 UTILISER LES CARACTÉRISTIQUES DU MEDECIN COMME UN LEVIER

Selon des répondants, certaines caractéristiques du médecin généraliste peuvent l'aider à être à l'aise lui-même et à mettre à l'aise les patients à propos de la question de l'OS. Notamment, le fait d'être **jeune**, d'être **en relation avec des personnes homosexuelles dans son entourage** ou de **faire partie soi-même de la communauté LGBTQIA+**. Un répondant explique qu'il lui arrive de dévoiler son OS à ses patients afin de dissiper les tensions et qu'ils ne se sentent pas jugés.

Dr Madone : « Je suis de la jeune génération et que cela ne me choque pas tellement. Et à titre personnel aussi, j'ai toujours été habituée à ce que les gens dans leurs relations sexuelles ne soient pas forcément tous des hétéros. »

Dr Muller : « Puis je pense qu'il y a un peu ma dégaine générale et je pense que le fait aussi d'être moi-même concerné, ça laisse une facilité. J'ai rarement eu des patients qui étaient mal à l'aise de parler d'orientation sexuelle. Et ça m'arrive parfois quand je sens qu'il y a un blocage ou quoi, ça m'est déjà arrivé de parler de "mon compagnon", juste pour le placer et que ce soit une information qu'ils aient en mode "ok, ça va, je vais pas me faire juger en face à priori". Je ne détaille pas mon orientation en consultation mais c'est plus qu'ils sachent que j'ai un partenaire masculin aussi et que s'ils me parlent de ça ils auront pas de réponse négative la dessus. Mais je l'ai rarement fait, c'est quand je sentais un peu de tension en face et que je me demandais comment dissiper ça. »

4.2.1.3 QUE FAIRE DE CETTE INFORMATION DANS LE DOSSIER MEDICAL ?

Si quelques répondants expliquent simplement **retenir l'OS** de leurs patients, d'autres répondants trouvent intéressant de **la faire apparaître** dans le dossier médical informatisé (DMI). La notion de confidentialité de l'information est soulevée par quelques répondants.

Dr Muller : « J'ai plus tendance à le retenir qu'à le noter. »

Dr Adam : « Je pense que je mettrais plutôt en mode « note » ; en mode privé si possible afin de ne pas le laisser visible au monde entier. »

Dr Hallet : « Je le note généralement oui. [...] Ici, j'aurais tendance à le mettre dans les éléments de soins. Je le partage avec mes collègues. Mais honnêtement je ne sais pas si ça va dans le réseau de santé wallon en fait... »

Prendre note de cette information permet au patient de ne **pas devoir se répéter** lorsqu'un autre médecin prend le relais sur son dossier et au médecin de **s'en rappeler** la fois qui suit, afin que le patient se sente écouté. Pour d'autres répondants, c'est utile de le **noter dans l'anamnèse** uniquement lorsque la consultation est en rapport avec la santé sexuelle.

Dr Anderson : « « Non je ne le note pas, mais je pense que ce serait bien de le faire. Par exemple si tu pars en vacances et que quelqu'un qui prend le relais et doit consulter le dossier. Cela pourrait éviter à la personne de se répéter. »

Dr Hallet : « C'est intéressant pour plein de trucs, pour pas mettre les pieds dans le plat la fois prochaine déjà et que la personne se sente quand même un peu écoutée. »

Dr Franck : « A part si justement le fait de le noter est pertinent car on a parlé à ce moment-là peut-être d'IST, etc. Genre elle a eu un contact anal positif à je ne sais pas quoi, là je le note. »

Dr Muller : « Ou je le note dans l'anamnèse si c'est une consultation d'ordre sexuel ; "patient qui a eu un rapport sexuel avec tatata il y a 3 semaines". Et ça s'arrête là. »

Un répondant explique que s'il avait été en pratique solo, il aurait eu tendance à noter l'OS de ses patients à titre de pense-bête personnel. Mais vu qu'il travaille en maison médicale qui fonctionne avec le « **secret partagé** », il a peur qu'en notant cette information dans le dossier, ses collègues, souvent non-formés à l'accueil et aux vulnérabilités de santé de la patientèle LGBTQIA+, ne sachent pas quoi faire de cette information et **développent juste des aprioris** envers les patients.

Dr Muller : « J'en discutais avec une kiné de la maison médicale qui avait vu dans le dossier d'une patiente qu'elle était homosexuelle dans les antécédents de Medispring et c'était gênant. Il y a cette discussion que en maison médicale on fonctionne en secret partagé, les patients sont OK avec ça mais... J'aurais plus tendance à le noter dans le dossier médical si j'étais en pratique solo et que je savais que les données il n'y a que moi qui peut le savoir et que c'est un pense-bête. D'une part parce que pour la plupart mes collègues ne sont pas formés et ne sauraient pas quoi faire de l'information donc j'ai parfois peur que la seule chose qu'il en reste soit des aprioris. »

Un répondant s'interroge sur le **risque de discrimination envers les patients** que représente l'inscription de l'OS des patients homosexuels dans un DMI ; si on note qu'un patient est homosexuel, alors on doit le faire pour les hétérosexuels aussi. Il s'inquiète aussi de la **confidentialité** de l'information, par rapport aux autres praticiens. Un autre répondant le rejoint en expliquant que l'on devrait encoder cette information pour tous les patients, qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels.

Dr Lejeune : « Est-ce qu'il y a un intérêt à le noter, est-ce que ce ne serait pas faire de la discrimination que de le noter ? C'est la vie sexuelle de chacun. Je ne sais pas, en plus avec le Sumher ça part un peu partout, est-ce qu'il y a un intérêt à ce que toute la Belgique sache ? C'est leur intimité aussi et on ne va pas spécialement noter que les gens sont hétérosexuels, ou alors on le note pour tout le monde dans ces cas-là. »

Dr Muller : « Mais en Angleterre c'est beaucoup ça qu'ils font, ça fait partie des premières questions de l'anamnèse lors de la première question et c'est encodé dans le dossier médical comme une variable à côté du BMI. Dans un monde idéal, j'aimerais tendre vers ça ; tu poses la question à tous les patients et t'encodes aussi s'il est hétéro. »

4.2.2 PRENDRE EN CHARGE LES VULNÉRABILITÉS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES AUX FSF ? OUI, MAIS...

4.2.2.1 COMMENT ET LESQUELLES ?

4.2.2.1.1 PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Plusieurs répondants évoquent l'existence d'une plus grande prévalence de **problèmes de santé mentale** chez les patientes FSF tels que des **troubles anxieux, dépressions** ou **tentatives de suicide**.

Dr Muller : « T'as tous les points qui sont présent en terme de disparité en santé mentale ; troubles anxieux, dépression, tentatives de suicides qui sont plus prévalent. »

Les répondants mentionnent également les difficultés qu'elles peuvent vivre liées à **un coming-out qui se passe mal, un rejet familial ou social** ; cela peut avoir un impact sur leur confiance en elles. Les **discriminations** et **l'homophobie** présentent dans les soins de santé et dans la société sont aussi évoquées par les répondants. En particulier chez les médecins de plus anciennes générations.

Dr Anderson : « Par rapport à tout ce qui est coming-out, au niveau psychologique. C'est vrai que ça fragilise ; la manière dont le coming-out se fait, les gens qui le perçoivent, la famille, comment ils sont vus dans la société. »

Dr Franck : « Peut-être qu'elles sont plus susceptibles d'être victimes de discriminations car certaines personnes n'acceptent pas leur OS, dans la famille, etc. »

Dr Madone : « Probablement il y a pas mal de vieux médecins, surtout masculins, qui sont assez homophobes et donc cela doit être un peu plus compliqué pour elles de s'ouvrir et d'être honnêtes complètement sur leurs pratiques sexuelles et du coup sur les risques qu'elles prennent. La société en général est encore un peu homophobe. »

Dr Sully : « Est-ce qu'elles sont plus à risque de dépression, ça euh... je supposerais que oui. Pour qu'elles soient plus à l'aise pour exprimer sur leur orientation sexuelle de façon libre, c'est souvent plus compliqué. Donc oui je suppose qu'il y a un impact global sur la confiance en soi, c'est plus sur l'aspect développement personnel et psy. »

L'isolement social et familial, la stigmatisation, la catégorisation et le **manque d'accès aux soins** des populations minoritaires sont également des vulnérabilités de santé mentionnées par un répondant. Il parle aussi de **féminisme** et **d'inégalités liées au genre**.

Dr Adam : « J'aurais plutôt tendance à dire des trucs féministes ; abus de pouvoir, inégalité salariale, isolement social parce que c'est quand même plus des gens qui, j'imagine, ont une distance avec la famille de par un coming-out qui se passe mal. »

Dr Adam : « Plus vulnérables, plus isolées, manque de corps médical, un peu stigmatisées et catégorisées. »

Une autre répondante aborde les **difficultés vécues plutôt du côté des parents** des adolescents homosexuels, estimant que c'est parfois plus difficile que le sentiment de rejet vécu chez le jeune.

Dr Beauvoir : « Le papa vivait ça (le fait que son fils ait une relation avec un homme) comme une tare catastrophique. Même si cela doit quand même être très dur pour les parents, je pense que c'est plus dur pour eux que pour le jeune. Même si le jeune est quand même rejeté. »

Au niveau de la pratique des médecins, certains répondants expliquent dépister **plus facilement la santé mentale** chez les patientes FSF. Un répondant précise que pour le reste du suivi, cela ne diffère pas des patients hétérosexuels souffrant de la même pathologie. Et si c'est nécessaire, des répondants ont tendance à **référer** leurs patientes.

Dr Adam : « J'irais donc plus facilement dépister la santé mentale. »

Dr Muller : « Moi j'ai beaucoup de suivi psycho-sociaux aussi dans mes patients hétérosexuels. Il n'y a pas de différence de prise en charge nécessairement ou de complexité de la prise en charge que j'ai objectivé pour la même pathologie ou le même contexte entre les deux. »

Dr Madone : « Si je tombe sur des jeunes ou moins jeunes qui ont des problèmes avec leur coming-out et qui ont été rejetés par leur famille ou subi des violences homophobes, je recherchais plutôt les foyers, les centres d'accueil ou les centres téléphoniques et une orientation vers une psychologue qui sont souvent au fait de tout ça et ouverts d'esprit pour les aider à passer ce cap-là. »

Dr Anderson : « Et au niveau psychique, bien s'entourer et ne pas hésiter à voir quelqu'un, il y a des groupes de paroles avec des gens du même environnement et du coup c'est plus facile d'échanger. »

4.2.2.1.2 VIOLENCES CONJUGALES ET SEXUELLES

Des répondants parlent également des **violences conjugales**, auxquelles il faut **être attentif** chez les patientes FSF, tout comme chez les patientes hétérosexuelles. En outre, un répondant explique que le **taux d'agressions sexuelles** chez les **femmes bisexuelles** est catastrophique.

Dr Hallet : « Une patiente que j'ai ici qui est quand même une dame âgée, elle a 60 ans, elle a eu 3 maris qui la battaient, elle a une compagne qui la bat à nouveau maintenant. Mais j'ai ça aussi dans les couples hétérosexuels donc je ne me suis pas dit que ça leur était spécifique. Maintenant, je ressens le fait qu'il faut faire attention. »

Dr Muller : « Si je prends les femmes bisexuelles, une des disparités les plus importantes c'est les agressions sexuelles où le taux d'agressions sexuelles est catastrophique dans la littérature ; dans certaines études on est à une sur deux voir un peu plus. »

4.2.2.1.3 SUIVI GYNECOLOGIQUE

Un répondant explique qu'il faut **être attentif au suivi gynécologique** des patientes FSF car elles ont tendance à ne pas en faire ; ayant moins de risque d'être enceinte, elles se sentent moins concernées. Par manque de dépistages, elles sont plus à risque d'avoir un **cancer du col de l'utérus** ou **du sein**.

Dr Muller : « Moi je suis assez axé papillomavirus car je trouve que c'est là où tu as le plus gros gap dû au manque de dépistage. »

Dr Franck : « Je sais bien que les patientes FSF n'ont pas de risque de tomber enceinte en ayant des rapports qu'avec des femmes et donc certaines FSF ne vont pas faire de suivi chez le gynécologue donc un des risques est que si elles n'ont pas été vaccinées par le Gardasil ou Cervarix, c'est de développer un cancer du col de l'utérus car il n'y a pas eu de prévention. C'est la même chose pour tout ce qui est prévention mammographie, vu qu'elles ne vont pas souvent chez le gynécologue et que c'est souvent lui qui en discute. Donc elles peuvent avoir des risques plus élevés de développer un cancer du sein. »

Plusieurs répondants rappellent et proposent à leurs patientes de réaliser un suivi gynécologique par **frottis de col de l'utérus** et **mammographie**, comme pour toutes les femmes. Certains répondants vérifient également **le statut vaccinal contre l'HPV** de leurs patientes FSF.

Dr Adam : « Je demande ; est-ce que vous allez souvent chez le gynéco ? est-ce que vous faites les frottis 1x/3 ans ? »

Dr Hallet : « Au niveau médical, je leur dis qu'elles sont à la même sauce que les femmes hétérosexuelles, il n'y a pas de différence niveau frottis de col et tout. [...] Je leur pose des questions sur le vaccin HPV. »

Dr Muller : « Pour tout ce qui est dépistage, je vais vérifier le statut de vaccination HPV et parler du risque de transmission de l'HPV dans les rapports entre femmes et la nécessité du dépistage tous les 3 ans à partir de 27 ans. »

Dr Franck : « Je trouve qu'en médecine générale on peut discuter de prévention, donc j'ai tendance à en parler plus facilement sachant que la patiente est FSF. Et si elles ne veulent pas aller chez le gynéco, on peut faire leur frottis en médecine générale. En fait on peut tout faire en médecine générale ! »

4.2.2.1.4 DEPISTAGE DES IST ET MESURES DE PROTECTION

Tous les répondants proposent un **dépistage des IST** à leurs patientes FSF, au même titre que pour les femmes hétérosexuelles. Une répondante explique réaliser **plus souvent** des dépistages chez les patientes FSF, compte-tenu du fait qu'elles ont plus tendance à avoir de multiples partenaires.

Dr Adam : « Maintenant, je propose systématiquement des dépistages IST et je suis surpris à quel point elles sont intéressées par ça. Au même titre que pour n'importe quelle autre personne. »

Dr Hallet : « Au cabinet, j'ai tendance à leur proposer des dépistages si elles ont des partenaires multiples, moi je dis tous les 6 mois. Sinon tous les ans ou quand il y a changement de partenaires. »

Dr Beauvoir : « Je leur demande (si elles veulent un dépistage des MST) chaque fois que je fais une prise de sang. Il n'y a qu'à la maison de repos que je ne demande pas s'ils veulent un dépistage. »

Certaines FSF ne se sentent pas concernées par les dépistages d'IST car de fausses croyances circulent parmi-elles (pas de pénétration, pas d'IST) et la culture du dépistage et les discussions à propos du VIH sont plus répandues chez les HSH. Une répondante estime qu'il faut **parler avec elles des risques d'IST**.

Dr Hallet : « J'ai l'impression qu'il y en a beaucoup qui pensent que parce qu'elles ont des rapports homosexuels, elles ne vont pas avoir d'IST parce qu'il n'y a pas de pénétration, ou en tout cas pas par un homme. Je pense que pour ça il faut remettre les choses au clair car pour moi il y a autant de risques. »

Dr Madone : « Typiquement pour les MST, on ne parle pas beaucoup du sexe femme-femme parce que on parle beaucoup du sida et des rapports de sodomie avec les homosexuels masculins et pas des MST chez les FSF. »

Dr Anderson : « Au niveau médical, certaines auront peut-être plus de partenaires ou auront peut-être peur d'aller se dépister parce qu'elles ne pensent pas que ça les concernent contrairement peut-être aux homosexuels hommes, où la culture du dépistage est beaucoup plus répandue. »

Le **vaccin contre l'hépatite B** est également proposé par une répondante, en fonction du risque.

Dr Hallet : « Pareil pour celles qui te posent des questions sur le vaccin contre l'hépatite B. Il y en a qui n'ont pas été vaccinées dans l'enfance. Et si elles ne l'ont pas eu et ont des partenaires multiples, cela peut être intéressant. »

Une répondante ne propose le dépistage de l'hépatite C et du VIH que s'il y a utilisation de drogues. Tandis qu'un autre répondant explique qu'il réalise des dépistages **selon les prévalences des IST** parmi les patientes FSF ; il dépiste par principe le VIH et la Syphilis (compte-tenu du faible risque de les contracter) mais se focalise sur la Chlamydia, la Gonorrhée et le Trichomonas, qui sont plus fréquents.

Dr Sully : « Je ne vais pas courir sur un dépistage VIH ou hépatite C, sauf s'il y a utilisation de drogue. »

Dr Muller : « Il y a une différence au niveau des dépistages IST. Pour tout ce qui est santé sexuelle il y a une petite différence de prise en charge. Je ne vais pas mettre l'accent sur les mêmes choses, il y a quand même des prévalences qui sont différentes. »

Dr Muller : « Pour le reste, au niveau santé sexuelle ça va être assez similaire aux hétérosexuelles. Je vais faire par principe le dépistage pour le VIH mais le risque de VIH est assez bas. Je vais plus me focaliser sur Chlamydia et je la mettrai avec la Gonorrhée. Je regarderai les vaginoses et vaginites à Trichomonas qui sont plus fréquentes. Mais le VIH je ne le mets pas, ou plus par principe. Et pareil pour la syphilis, c'est quand même plus concentré dans les publics HSH en Belgique ou si contexte de travail du sexe. [...] Mais j'ai tendance à dédramatiser les maladies pour lesquelles il y a une faible prévalence. [...] A un moment j'essaie de remettre les choses à niveau sur ce dont il faut réellement se méfier. »

Des répondants questionnent aussi leur patiente sur **les symptômes de la partenaire** et proposent un **dépistage des IST chez celle-ci** au besoin. Ils parlent notamment des vaginoses qui, même si ce ne sont pas des IST à proprement parler, se retrouvent souvent chez les deux partenaires FSF.

Dr Anderson : « Ne pas hésiter quand on a un nouveau rapport à demander si l'autre s'était fait dépister ; quand et idéalement, il faudrait une preuve et attendre qu'il la fournisse et que chacun fasse un check-up. »

Dr Muller : « S'il y a une vaginose chez une des partenaire, l'autre a beaucoup plus de chance de l'avoir. C'est le côté un peu "IST" de la vaginose dans le contexte FSF qui est assez intéressant. C'est un de mes dadas donc j'en parle volontiers et j'interroge sur les symptômes de la partenaire. »

Dr Madone : « J'ai quand même déjà vu une femme qui avait une vaginose bactérienne et qui l'avait transmise à sa copine et vu qu'elles continuaient à faire du sexe entre-elles, finalement, toutes les deux ont eu ce problème-là. »

Avec la discussion sur les IST, certains répondants abordent la question **des mesures de protection et de réduction des risques contre les IST** avec leurs patientes, en relevant le manque de visibilité de ces mesures en comparaison à celles disponibles pour les hétérosexuels et homosexuels masculins.

Dr Hallet : « Au moment du dépistage, il faut que je sache quels rapports sexuels, si c'était avec ou sans préservatif ou la protection de manière générale, même pour les FSF, s'il y a protection ou pas. »

Dr Madone : « Je leur dis "protégez-vous", c'est facile pour les hétéros mais ça ne l'est pas pour les homosexuels. »

Dr Hallet : « Je suppose aussi que les protections contre les IST sont moins répandues. Quand on a un rapport hétérosexuel pour les préliminaires, généralement on ne met rien ! Donc à mon avis dans leur tête elles doivent se dire qu'on ne doit rien mettre. »

Dr Franck : « Une fois que je lance le sujet IST, dans ce cas-là je demande "comment vous faites pour vous protéger habituellement" et je les interroge si elles sont au courant que même si il n'y a pas un pénis dans un vagin, il y a quand même des risques de transmission d'IST. »

Les moyens de protections évoqués par quelques répondants sont ; le carré de latex, la digue dentaire, les préservatifs et l'emploi personnel ou la protection par un préservatif des sextoys et leur nettoyage et désinfection. Un répondant explique les évoquer mais sans grande conviction. Il explique aussi aux patientes d'éviter les rapports sexuels lors des menstruations. Beaucoup de répondants n'ont pas une vue exhaustive des moyens de protection pour les FSF et se contentent d'en mentionner un ou deux.

Dr Anderson : « Les gros conseils que j'avais retenus étaient le carré de latex, les préservatifs, chacun apporte ses sextoys. [...] Et si on multiplie les partenaires c'est OK mais alors il faut vérifier les check-up. »

Dr Sully : « Les petits carrés de latex où on coupe une capote, c'est le seul que je connais et dont j'ai déjà parlé. »

Dr Franck : « Je peux leur parler de la digue dentaire et des préservatifs vaginaux. »

Dr Muller : « Je les évoque (les moyens de protection contre les IST) mais j'avoue que je n'ai pas énormément de conviction derrière. Parce que vraiment la digue dentaire, je ne m'en servais pas... Mais je l'évoque car il y en a qui trouvent ça intéressant et sont contents d'apprendre que ça existe. Mais sinon tout ce qui est nettoyage et désinfection des sextoys, ne pas se les partager, mettre un préservatif dessus quand on se les partage. »

Dr Muller : « Je dis aussi pas de rapports pendant les règles car il y a le contact sanguin.. »

4.2.2.1.5 CONTRACEPTION ET DESIR DE GROSSESSE

Des répondants **abordent la question de la contraception** avec leurs patientes. Bien que cela **gêne** une des répondantes, car elle se dit qu'elles n'en ont pas besoin.

Dr Sully : « Je ne vais pas non plus lui proposer un moyen de contraception mais on va en parler, je vais lui demander si elle en a envie ou besoin car elle peut aussi avoir des relations avec des hommes, j'en sais rien. »

Dr Beauvoir : « Cela me gêne mais je demande quand même. On se dit qu'elles n'ont pas besoin de contraception. »

Un autre répondant explique lui **ne pas aborder cette question** car cela peut faire sentir aux FSF qu'elles ne **sont pas écoutées** et **légitimées** dans leur OS et leurs pratiques sexuelles. De plus, il estime qu'il est plus utile de discuter des choses méconnues par les FSF et les médecins généralistes que sur la question de la contraception qui est déjà assez abordée lors des cours d'éducation sexuelle à l'école.

Dr Muller : « J'aborde pas la contraception avec les FSF car d'expérience de potes c'est un truc qui les fait chier quand elles vont voir un médecin ou gynéco, qu'elles disent qu'elles sont en couple avec une femme et que le médecin aborde la contraception, tu ne te sens pas écouté et surtout pas légitimé. En gros OK elles s'amusent à se tripoter le minou mais quand elles auront de vrais rapports sexuels il leur faudra une contraception. »

Dr Muller : « Si une femme bisexuelle se met en couple à un moment avec un mec, je pense qu'elle sait qu'elle a des risques de tomber enceinte, que pour que j'aille lui rappeler à 25 balais. Après on peut tout avoir hein... Mais j'ai plus tendance à travailler sur les trucs qu'on nous enseigne pas pendant les cours d'éducation sexuelle à l'école, que les médecins ne nous enseignent pas car ne savent pas que sur des trucs qui me semblent un peu bateau, surtout s'ils donnent l'impression de pas être légitimes. »

Des répondants interrogent aussi leurs patientes **sur un éventuel désir d'enfant**. Ils expliquent qu'il existe parfois une certaine réticence ou violence de la part du corps médical à propos de la PMA et qu'il est utile de savoir où les référer pour les accompagner.

Dr Lejeune : « On peut parler aussi de tout ce qui est projet de grossesse et des choses dans ce style-là. »

Dr Franck : « Et aussi, dans la population FSF, c'est intéressant d'interroger sur les projets d'avoir un enfant ou pas. Voir si elles ont eu l'idée de faire la PMA et pouvoir les référer vers des personnes compétentes et accueillantes. Car dans certains hôpitaux je sais qu'ils n'acceptent pas de le faire. »

Dr Adam : « Je sais qu'il y a certaines violences du corps médical surtout dans tout ce qui est PMA et donc ça c'est vrai qu'il y a toujours une petite question à poser ; est-ce qu'il y a un projet enfant ? [...] Voilà, c'est plus des questions un peu larges pour un peu montrer l'intérêt qu'éventuellement s'il y a besoin, on est là. »

4.2.2.1.6 ASSUETUDES ET FACTEURS DE RISQUE

Un répondant explique qu'il existe **davantage de consommation de substances psychoactives** et de **mésusage d'alcool** chez les patientes FSF. On retrouve également plus de **facteurs de risque cardiovasculaire**, lié notamment au **tabagisme**, plus présent chez les FSF et un possible **BMI plus élevé**.

Dr Muller : « T'as plus de consommation de substances et de mésusage d'alcool que dans le public hétérosexuel. »

Dr Muller : « Plus de facteurs de risque cardiovasculaire, au niveau du tabagisme plus présent. Certaines études montrent un BMI plus élevé mais ça, ça reste à voir. »

4.2.2.2 QUELLES MÉCONNAISSANCES ET PRÉJUGÉS ?

Certains répondants expliquent ne pas connaître ou ne pas bien connaître les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF. L'**invisibilité des vulnérabilités de santé des FSF** dans le milieu médical par manque de conscientisation des médecins est également évoquée.

Dr Beauvoir : « A mon avis, je ne connais rien. »

Dr Lejeune : « Non à part éventuellement les MST tout comme pour les hommes. Et encore, FSF ne veut pas dire... ça peut être des femmes qui sont en couple et n'ont aucun soucis de ce côté-là ! En santé mentale, je n'ai pas d'expérience de patientes qui sont venues m'expliquer des problèmes d'anxiété ou de dépression, de mal être de par leur couple et lié purement à l'aspect lesbien. Les assuétudes je n'ai pas de notion qu'il y a une influence et le surpoids non plus. Je n'en ai jamais rencontré, tout comme la violence conjugale qui doit surement exister mais moi j'avoue que je n'ai pas beaucoup d'expérience sur ce sujet-là. »

Dr Madone : « D'abord, il faudrait être conscient que cela existe (les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF) puis être conscient que c'est discriminer d'une manière ou d'une autre. »

Notamment, une répondante s'interroge sur les **mesures de prévention** lors de la pratique du sexe oral et sur les **recommandations** à donner aux FSF à propos du **dépistage de l'HPV**.

Dr Sully : « Savoir s'il faut faire des préventions par rapport au sexe oral, comment leur expliquer ou insister la dessus, est-ce qu'il y a un réel risque ou pas, etc. J'avoue que ça reste encore un point d'interrogation. »

Dr Sully : « J'y repensais ce matin, je me disais tiens par exemple, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus « sont-elles autant à risque ou c'est un facteur protecteur ? peut-on retarder l'âge du début du dépistage ? » ou pas... mais si il n'y a pas de pénétrations... je ne sais pas ! [...] Mais en fait, peut-être que pour les FSF, on pourrait peut-être retarder la réalisation d'un 1^{er} examen gynéco et d'un dépistage... »

Un autre répondant parle de sa méconnaissance sur de potentielles vulnérabilités de santé chez les FSF. Notamment, qu'elles seraient **plus ou moins à risque de violences conjugales**.

Dr Adam : « J'irais donc plus facilement dépister la santé mentale et à l'inverse j'irais moins facilement dépister des violences chez elles, à tort ou à raison, mais j'ai peut-être un peu ce biais cognitif de me dire que c'est déjà tellement difficile d'être homosexuel que si ce sont des FSF en couple, elles ne peuvent qu'être heureuses. »

Dr Adam : « Ce serait intéressant de savoir quelles sont les vulnérabilités réelles ou potentielles et auxquelles faire attention. [...] Peut-être qu'il y a plus de violence auprès des femmes FSF qu'ailleurs. »

Il relève aussi un préjugé qu'il avait envers les FSF ; celles-ci seraient **moins à risque d'IST que les hétérosexuelles**. Fausse-croyance partagée par une autre répondante.

Dr Adam : « J'ai appris récemment que les femmes FSF avaient les mêmes risques de maladies sexuellement transmissible que les hétéros et donc, effectivement, j'avais, jusqu'à ce qu'on me donne l'information, un préjugé de ; il faut faire moins de prévention et dépistages contre les IST chez les lesbiennes. »

Dr Sully : « Si j'ai un MSM (Men who have Sex with Men), cela va influencer parce que je vais être un peu plus attentive au dépistage et je vais par exemple lui proposer d'emblée une prise de sang pour un dépistage VIH, hépatite C. Et je vais peut-être être un peu moins proactive avec une FSF ou un hétérosexuel qui a un partenaire stable. »

Et un répondant estime que les FSF ne sont **pas plus à risque de consommer des drogues** mais qu'elles sont plus sujettes à des **facteurs de risque psycho-sociaux** que médicaux.

Dr Adam : « Au niveau des rapports sexuels par contre, au niveau vraiment organique, je ne vois pas vraiment de différence et je ne pense pas que les FSF consomment plus de drogues ou sont plus à risque d'arythmies, etc. Pour moi, c'est plutôt des facteurs de risque psycho-sociaux que vraiment médicaux. »

4.3 FACTEURS INFLUENÇANT NEGATIVEMENT LA PRISE EN CHARGE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

4.3.1 UN CONTEXTE SOCIO-CULTUREL MARQUÉ PAR...

4.3.1.1 L'HOMOPHOBIE DANS LES SOINS DE SANTE

L'homophobie dans les soins de santé représente un obstacle dans l'accès aux soins pour les patientes FSF mentionné par plusieurs répondants.

Notamment, sous la forme de **violences physiques, psychologiques ou verbales**, d'un **jugement** ou d'un **mauvais accueil** de la part d'un soignant. Les médecins de plus anciennes générations seraient plus susceptibles d'avoir des comportements homophobes selon quelques répondants. Les FSF auront tendance à **éviter les institutions de santé** si elles ont subi ce genre de comportements dans leur parcours de soins, ce qui peut entraîner un **retard de soins** de certaines pathologies.

Dr Madone : « Je pense que si tu as subi des violences psychologiques ou physiques de la part d'un médecin ou de quelqu'un du corps médical avant, cela te freine de toute façon. [...] Inconsciemment, elles vont moins chez le médecin et se soignent moins. Si tu as déjà été mal accueillie par le corps médical pour une raison X ou Y et certainement parce que tu es tombée sur un vieux con homophobe, cela ne va pas t'aider à avoir envie d'aller dans les hôpitaux et avoir envie d'aller chez le médecin à temps. Peut-être qu'elles laissent traîner plus leurs pathologies que quelqu'un d'autre qui ne se pose pas la question parce qu'elle est dans les normes sociétales. »

Dr Franck : « Déjà simplement la peur de dire qu'elles sont FSF, à cause de la peur d'un rejet de la part du médecin traitant ou d'un jugement, de remarques déplacées de sa part. »

Dr Anderson : [...] J'ai le sentiment que c'est plus en gynécologie où parfois cela peut être brutal mais je suis consciente qu'il y a sans doute des médecins généralistes de la vieille génération qui doivent être un peu crus. Il suffit d'une mauvaise expérience pour qu'elles se braquent. »

Dr Sully : « Elles peuvent peut-être subir encore plus de violences verbales, non-verbales de la part des professionnels qu'elles rencontrent et personnes qu'elles rencontrent (harcèlement de rue, etc). Ce sont des barrières en plus. »

4.3.1.2 LE PATERNALISME ET LA PRESOMPTION D'HÉTÉROSEXUALITÉ

Des répondants parlent du **côté paternaliste et normatif de la médecine**. Il existe notamment un manque de représentation des minorités dans les cours de médecine. Et par l'utilisation d'un **langage patriarcal et inadapté**, certains médecins **présument de l'hétérosexualité** de leurs patientes.

Dr Adam : « Le patriarcat ! Il y a le côté très paternaliste de la médecine qui n'aide pas, j'imagine, à aborder ça. »

Dr Madone : « On n'a pas d'idée pour elles si elles viennent avec une question spécifique FSF parce que nous, le patient type il mesure 1m70, fait 1,73 m² de surface corporelle, est blanc, caucasien et a 50 ans. [...]. »

Dr Lejeune : « Parfois on a un langage tellement masculin et patriarcal et tout ça depuis toujours et que la société change maintenant, donc on ferait des réflexions qu'on a toujours faites depuis 40 ans et cela pourrait mal passer alors que l'on ne veut pas du tout choquer. On pense que la personne en face de soi est hétéro, on dit souvent « comment va votre mari, votre époux ? »

De manière générale, des répondants estiment qu'il existe un **problème au niveau sociétal**. Bien qu'avec l'expansion du féminisme la société change progressivement et que l'homosexualité commence à être partiellement acceptée, la société reste encore **très formatée** en Belgique.

Dr Adam : « Je ne suis pas certain que ce soit au niveau professionnel que cela doit vraiment le plus changer. [...] C'est un problème sociétal. »

Dr Beauvoir : « Nous vivons dans une société formatée et il y a beaucoup de chance que même ta génération vous l'êtes aussi encore très fort, dans un système où tout le monde doit fonctionner de la même façon. »

Dr Anderson : « Maintenant, je ne sais pas si c'est le féminisme mais je pense qu'il y a de plus en plus de gens qui échangent à ce propos et qu'ils se rendent compte que c'est une problématique et c'est là que ça ressort. Et je pense que ça va encore sortir car on est pas encore près de l'information qui doit être donnée. »

4.3.1.3 DE FAUSSES CROYANCES

La culture du dépistage, davantage développée dans les populations HSH suite à l'épidémie de VIH, participe à l'existence de **fausses croyances** à propos des patientes FSF au sein de la société et du milieu médical. Les FSF ne se sentent donc pas concernées par les dépistages gynécologiques et d'IST.

Dr Hallet : « J'ai l'impression qu'il y en a beaucoup qui pensent que parce qu'elles ont des rapports homosexuels, elles ne vont pas avoir d'IST parce qu'il n'y a pas de pénétration, ou en tout cas pas par un homme. Je pense que pour ça il faut remettre les choses au clair car pour moi il y a autant de risques. »

Dr Madone : « Typiquement pour les MST, on ne parle pas beaucoup du sexe femme-femme parce que on parle beaucoup du sida et des rapports de sodomie avec les homosexuels masculins et pas des MST chez les FSF. »

Dr Anderson : « Au niveau médical, certaines auront peut-être plus de partenaires ou auront peut-être peur d'aller se dépister parce qu'elles ne pensent pas que ça les concernent contrairement peut-être aux homosexuels hommes, où la culture du dépistage est beaucoup plus répandue. »

4.3.1.4 UN CERTAIN TABOU AUTOUR DE LA SEXUALITÉ

Certains répondants parlent du **tabou** qui existe **autour de la sexualité** dans notre société, aussi bien chez les personnes hétérosexuelles qu'homosexuelles. Cela participe au manque de dévoilement de l'OS des patients au médecin.

Dr Lejeune : « Même chose chez un homme, s'il n'aborde pas le sujet, c'est difficile car la sexualité est toujours un peu de tabou, qu'on soit homosexuel ou pas. Je n'ai pas encore trouvé le truc. »

Dr Adam : « Je ne sais pas si les FSF ont plus de vulnérabilités ou plus de facteurs de risques mais peut-être que le dire d'emblée (qu'elles sont homosexuelles) et que cela vienne d'elles pourrait être un plus comme lorsqu'une femme enceinte va te dire dès le début de la consult qu'elle est enceinte ; cela change énormément la prise en charge. La présence d'un obstacle, c'est peut-être le tabou. »

4.3.1.5 L'INVISIBILITE DES PATIENTES FSF

Les répondants estiment que les FSF représentent **entre 1 et 15%** de leur patientèle. Si un répondant estime que les chiffres sont **surestimés** pour les patientes de plus anciennes générations, d'autres répondants pensent que les chiffres sont **sous-estimés**, par **manque de questionnement de l'OS** et de **dévoilement spontané** des patientes FSF.

De manière générale, il existe un **manque de visibilité des patientes FSF dans la patientèle** des médecins. Dès lors, ceux-ci pensent qu'ils en rencontrent peu et ne sont pas axés sur ces sujets.

Dr Beauvoir : « Il ne devrait pas y en avoir tant que ça. Dans ma génération, il y en a beaucoup moins que dans la tienne à mon avis, ça sûrement. Donc si c'est tout mélangé, on va dire 5% ; femme avec une femme. »

Dr Madone : « 10% ? Juste à l'œil en regardant les gens, à quoi ils ressemblent et comment ils parlent, c'est tout puisqu'ils ne le disent pas forcément. »

Dr Anderson : « A la maison médicale à Bruxelles, je dirais 15% mais pas plus. Mais je pense que j'en ai loupé beaucoup parce qu'il y en a beaucoup à qui je n'ai pas posé la question. Il y a celles qui le disaient d'emblée, celles qui au fur et à mesure des consultations le disaient et puis toutes celles qui n'avaient pas spécialement envie ni besoin et là je n'ai pas forcément posé la question de la sexualité et donc ça je ne sais pas. »

Dr Sully : « Je pense qu'il est complètement sous-évalué. [...] Je dirais 1 patiente sur 10. »

Dr Adam : « On en rencontre peu, on ne se rend pas compte qu'au final l'homosexualité et les FSF sont beaucoup plus présentes que ce que l'on ne croit. »

4.3.2 ENTRE MANQUE DE CONNAISSANCES, MÉCONNAISSANCES ET PRÉJUGÉS

Une répondante parle du **manque de conscience** dans le milieu médical de l'existence **d'inégalités de santé** parmi les patientes FSF. Une autre répondante explique d'ailleurs ne pas connaître l'existence d'obstacles dans l'accès aux soins chez les patientes FSF. Et si un répondant explique être conscient de l'existence d'obstacles, il pense qu'ils ne sont présents que pour les questions sur des pathologies sexuelles et non sur l'accès aux soins de manière générale.

Dr Madone : « D'abord, il faudrait être conscient que cela existe (les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF) puis être conscient que c'est discriminer d'une manière ou d'une autre et qu'en matière de santé il y a des inégalités et en plus après, l'adapter à cela. Ces inégalités de santé ne sont pas vues par tout le monde. »

Dr Beauvoir : « Il ne doit pas y en avoir (des obstacles) en tout cas mais cela veut dire qu'il y en a quand même si tu me poses la question. »

Dr Lejeune : « Je n'ai jamais vraiment trop pensé que la sexualité pouvait être un frein à se soigner pour d'autres causes que les pathologies sexuelles. C'est comme ça que je le voyais. Parmi tous les autres problèmes (angine, trachéite, etc), je n'avais jamais pensé que cela pouvait être problématique de passer la porte d'un médecin généraliste pour venir se faire soigner. Je pensais plus que des problèmes dépressifs de couples ou purement des problèmes sexuel (MST, etc), s'ils sont mal à l'aise avec l'idée d'afficher leur sexualité, là je pensais que cela pouvait poser problème. Mais pour le reste, je n'imaginai pas qu'il y avait un problème par rapport à ça. »

Un des gros obstacles dans l'accès aux soins de santé des personnes FSF serait **le manque de connaissances et de formations** des médecins et des FSF elles-mêmes.

Dr Muller : « Je dirais que le manque de formation est le premier obstacle. Voilà, l'anecdote de l'infectiologue qui dit qu'il n'y a pas d'IST chez les FSF, c'est quand même un problème. »

Dr Muller : « Donc avoir déjà un manque de conscience du public FSF et du coup quand on cherche à s'informer et qu'on tombe sur des murs de désinformations auprès du personnel soignant... Je pense que l'information c'est le nerf de la guerre à ce niveau-là. Et ça passe par tout ce qui est formation à l'accueil, la manière de poser les questions, d'entendre les réponses, de parler de partenaire plutôt que de copain et de déjà bloquer la question avant que la personne puisse répondre. C'est vraiment l'information des deux côtés qui est manquante et qui est le plus gros obstacle actuellement ! »

Dr Adam : « On ne connaît pas, on n'est pas formé. »

Certaines FSF peuvent ressentir le **manque de compétence** du médecin et avoir **peur de ne pas être comprises, d'obtenir une réponse à une question ou d'être jugées** par les soignants.

Dr Hallet : « Je pense qu'elles croient (les FSF), à juste titre, qu'on n'est pas formé, ce qui est vrai. [...] A mon avis le frein principal c'est se dire que je vais avoir face à moi une personne qui n'est pas compétente là-dedans, qui ne va pas forcément comprendre ce qui m'arrive. »

Dr Hallet : « En résumé, le manque de connaissance des médecins et qu'elles ont peur de ne pas avoir de réponse ou d'être jugées. C'est un peu un effet d'ignorance du côté du médecin qui ne sait pas ; les patientes le sentent bien quand la réponse sort avec fluidité ou quand au contraire on doit aller chercher et se renseigner. »

Notamment, un répondant explique s'être questionné **sur la prise en charge à réaliser** avec les patientes FSF au **début de sa pratique**. Et d'autres répondantes expliquent que certaines patientes s'y connaissent parfois mieux qu'elles en matière de mesures de protection contre les IST.

Dr Adam : « Pour un jeune médecin qui commence sa pratique, c'est peut-être parfois un peu surprenant parce qu'il peut se demander ; y a-t-il autre chose à faire ? faut-il les traiter différemment ? faut-il les soigner différemment ? faut-il rechercher autre chose ? quels sont les mots à utiliser ? »

Dr Hallet : « Jusqu'à présent, j'ai eu des dames qui s'y connaissaient mieux que moi niveau mesures de protection... »

Dr Sully : « Je me souviens d'une consultation où on en a discuté. C'était plutôt un échange de savoirs où on regardait ensemble ce qui existait en consultation. Je pense qu'elle m'a expliqué d'autres choses et elle se questionnait sur « est-ce qu'elle devait vraiment le faire à chaque fois », c'était des questions pour connaître son risque. »

Un répondant parle du **phénomène de « double peine »** que subit la population LGBTQIA+ ; d'une part leur état de santé est globalement moins bon que celui de la population générale et d'autre part les soignants, qui pourraient améliorer cette situation, ne le reconnaissent et ne le maîtrisent pas.

Dr Muller : « C'est une grosse difficulté d'avoir un état de santé qui est globalement moins bon que celui de la population générale sous différents aspects. Et que ce soit à la fois pas reconnu et pas maîtrisé par les gens qui pourraient faire quelque chose pour améliorer la situation. C'est une double peine quoi ! [...] Leur état de santé n'est pas bon et est parfois empiré par leur contact avec le personnel soignant alors que ça devrait être le contraire. »

Aussi, parmi les répondants non-formés, certains **ne connaissent pas de ressources utiles** à destination des médecins ou des FSF qui veulent en savoir plus. Si un répondant mentionne l'asbl « Arc-en-ciel » et les plannings familiaux, il précise qu'il n'en connaît pas vraiment d'autres et qu'il aurait tendance à regarder avec le patient où le référer. Un autre répondant mentionne l'association « Genre pluriels ».

Dr Beauvoir : « Non. Je ne connais rien là-dedans. »

Dr Adam : « J'ai oublié le nom, c'est une asbl qui est comme l'asbl « arc-en-ciel ». Accueil des personnes sur la question de leur identité sexuelle. [...] Je sais que je vais avoir tendance à me tourner vers des associations pour ces trucs-là et sinon j'ai l'impression qu'au niveau des plannings familiaux, ils sont déjà un peu plus formés aussi. »

Dr Adam : « Par ignorance, je regarderais avec le patient où se référer. Donner une adresse un peu fiable après une prise de contact en fonction de la souffrance de la personne. »

Dr Sully : « Genres pluriels. »

Aussi, selon un répondant, certaines FSF présentent un « **déni de mauvaise santé** ». Soit elles ne connaissent pas les disparités de santé intra-communautaires, soit elles refusent de les voir, à cause de l'aspect négatif qui y est lié.

Dr Muller : « Le deuxième obstacle je dirais que c'est le "déni de mauvaise santé" de la communauté où soit on est pas du tout au courant des disparités de santé en intracommunautaire, soit on les mets sous le tapis pour ne pas avoir ce côté un peu négatif associé en termes de consommation de substances, de dépression et de suicide. C'est vrai qu'il y a des trucs un peu plus joyeux auxquels être associés. »

En outre, il existe de nombreuses **méconnaissances et préjugés** qui circulent parmi les médecins et les personnes FSF. Notamment, à cause de la moindre chance de tomber enceinte, les FSF se sentent moins concernées par la réalisation d'un suivi gynécologique régulier. Et par l'absence de pénétration avec un pénis, les FSF et certains médecins pensent qu'il existe un risque moindre de contracter des IST. Elles utilisent donc moins de mesures de protection contre les IST et réalisent moins de dépistages.

Dr Franck : « Et plutôt chez le gynécologue, ce serait de penser qu'elles n'ont pas besoin de suivi gynécologique car elles pensent qu'il ne s'occupe que de la grossesse alors qu'il y a tout le côté prévention qui existe. »

Dr Adam : « Quand je ne proposais pas de bilan IST à une FSF, au final, est-ce que c'était parce que ça m'intéressait moins ou parce que je me disais qu'il y avait moins de risque en se frottant le minou d'avoir des bactéries ? La médecine est faite de préjugés. »

Dr Anderson : « Elles se disent que cela (le dépistage des IST) ne les concernent pas puisqu'il n'y a pas vraiment de pénétration. [...] Le fait qu'elles ne soient pas informées qu'elles ont autant de risques que tout le monde. »

Dr Hallet : « Je suppose aussi que les protections contre les IST sont moins répandues. Quand on a un rapport hétérosexuel pour les préliminaires, généralement on ne met rien ! Donc à mon avis dans leur tête elles doivent se dire qu'on ne doit rien mettre. »

4.3.3 DES MÉDECINS PEU VOIR PAS FORMÉS

Le **manque de formations**, de **connaissances** et de **pratique** à propos des vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF est évoqué par plusieurs répondants comme représentant un frein dans une bonne prise en charge de leur santé. Notamment, une répondante estime que certaines patientes peuvent être réticentes à parler de leur OS si elles pensent que **le médecin n'est pas formé à ce sujet**.

Dr Hallet : « Certaines patientes pensent que comme je n'ai pas de formation à ce sujet, elles n'ont pas spécialement envie de m'en parler. »

Dr Sully : « Moi ça a été des difficultés de discuter prévention par le manque de formation ou par le manque même de connaissances, de pratiques. »

Une partie des répondants interviewés **n'ont jamais reçu de formation ou de sensibilisation** sur les vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF. Des répondants évoquent comme raisons : le manque de **visibilité des formations** existantes, le manque de **visibilité du nombre d'FSF** dans leur patientèle et le manque de **sensibilisation sur l'existence de vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF**. Il faut aussi noter que ce sujet n'est pas abordé lors de leur cursus médical de base.

Dr Lejeune : « Je ne savais pas que cela (une formation) existait. »

Dr Madone : « Déjà de savoir que ça existe (la formation). Je pense que cela devrait être proposé dans les programmes. Malheureusement, quand tu es déjà médecin, il faudrait que dans leur programme de formation continue, ils sachent que c'est proposé. »

Dr Sully : « Certains médecins se disent « c'est pas mon rôle de discuter sexe avec mes patients ou discuter orientation sexuelle » ou ne voient pas l'impact que ça peut avoir sur les problèmes de santé. C'est un manque peut-être de sensibilisation. »

Dr Madone : « En plus, on n'a pas ça dans les cours. Donc on n'a pas une introduction à aller relire dans un bouquin, on n'a pas une petite brochure sur notre bureau pour nous aider ou un cours bien fait et bien donné qui fait un bon résumé des choses. »

Aussi, des répondants soulignent le **manque de demande spécifique de prévention** de la part des FSF.

Dr Beauvoir : « Je n'ai jamais vraiment eu beaucoup de demande spécifique de prévention, de rapports sexuels entre femmes. Peut-être que si j'en avais eu, j'aurais sans doute cherché. Je fonctionne au cas par cas. On me demande un truc, je cherche et je retourne vers la personne. »

Dr Lejeune : « Je n'ai pas beaucoup de consultations ciblées là-dessus avec une demande bien précise de leur part. »

Dr Hallet : « Elles ne me posent pas spontanément des questions. »

Il en découle un **manque d'intérêt et de perception de l'utilité** d'une telle formation, notamment par **manque de rentabilité** dans leur pratique courante. Ils reçoivent de **nombreuses propositions de formations** et ce n'est pas toujours facile de cibler lesquelles faire ou non. Certains répondants préfèrent choisir des formations sur des pathologies importantes ou courantes dans leur pratique de médecine générale. Le **manque de temps** à y consacrer est aussi mentionné.

Dr Beauvoir : « Peut-être que je me dis que c'est une minorité de mes patientes et que du coup, j'ai d'autres formations plus rentables, si on doit parler en ces termes, à suivre. Ce n'est pas parce que cela ne m'intéresse pas, c'est parce que, à mon avis, cela ne va pas me servir souvent. Pas de préjugé mais c'est plus pour ça. »

Dr Sully : « Mais après on devrait faire 10 000 formations donc à un moment c'est compliqué de cibler. »

Dr Adam : « Un manque de connaissance, un manque de temps, un manque d'intérêt mais pas que ce n'est pas un sujet intéressant mais que l'on rencontre peu et on fait peu de bruit là-dessus. Cela paraît peu intéressant d'investir du temps là-dessus par rapport à la prise en charge de la fibrillation auriculaire. [...] Mais je pense que j'ai plus de patientes FSF que de patientes qui souffrent de FA au final... »

Dr Hallet : « Moi je pense qu'on garde toujours ce qui nous intéresse. Il y a des médecins généralistes qui ne sont pas intéressés par ça et là y a rien à faire. [...] Quand je vais chercher sur la SSMG si il y a un module sur les HPV ou sur les violences conjugales je vais le faire car ça m'intéresse. »

Dr Sully : « Je pense que comme pour tout médecin, c'est plutôt le manque de temps. »

A la fin des entretiens et de nos discussions à propos des vulnérabilités spécifiques aux FSF, tous les répondants non-formés estiment qu'**une formation leur serait utile**. De manière générale, ils **ne se sentent pas compétents** dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF.

Dr Sully : « Un bon objectif de formation 2022. »

Dr Beauvoir : « A mon avis, tous les médecins de mon âge doivent avoir eu plusieurs cas comme ça où ils auraient bien voulu aller plus loin dans la prévention mais ils ne l'ont pas fait parce qu'ils ne savent pas très bien comment s'y prendre. Quelles questions faut-il poser pour être efficace et arriver à avoir une bonne prise en charge et une prévention. A mon avis, ce serait utile (la formation). »

Malgré ce sentiment d'incompétence, un répondant nuance en expliquant faire du mieux qu'il peut, comme il le fait pour tous ses patients. Une autre répondante dit se sentir compétente dans la prise en charge de la santé des femmes, mais pas vis-à-vis des patientes FSF particulièrement. Et une dernière répondante explique, elle, se sentir compétente au niveau de la relation qu'elle a avec ses patientes ; elle a l'impression d'être ouverte à la discussion, dans le non-jugement et la bienveillance.

Dr Lejeune : « Je ne me sens pas formé et donc je ne me sens pas « apte » par rapport à tout ce qu'on a dit mais je ne ferais pas un blocage pour gérer ce genre de situation. J'essaierai de le faire du mieux que je peux avec ce que je pratique pour les autres. »

Dr Madone : « Je pense que je suis compétente dans tout ce qui est "corps de la femme". [...] Maintenant, aux FSF pas forcément. »

Dr Sully : « J'ai l'impression d'être ouverte à la discussion et j'espère pouvoir mettre juste les patients à l'aise et que l'on puisse en discuter sans qu'ils puissent ressentir une crainte ou un jugement négatif. D'être dans le non-jugement, bienveillance et que les choses peuvent se déposer peu importe ce qu'elles sont lors de la consultation. C'est un peu ça ma position. Mais j'ai encore plein de questions où je ne sais pas ce qu'il faut faire et non je ne me sens pas du tout compétente en théorie mais au niveau de la relation, un peu plus. »

Et, un répondant nuance également ses propos en expliquant qu'à l'heure actuelle il ne se sent pas incompétent mais qu'il reconnaît prendre en charge les patientes FSF au hasard. Il ajoute que son ignorance des réalités du terrain de la santé des FSF participe à ce sentiment de compétence et qu'il n'aurait probablement pas la même réponse s'il était informé.

Dr Adam : « Je pense que mon ignorance de la réalité du terrain me fait croire que je ne suis pas incompétent et que si on me faisait me rendre compte de l'importance du sujet et qu'il y avait beaucoup de choses que je faisais mal et qu'il y a beaucoup de choses que je peux faire mieux ; je n'aurais pas la même réponse. Aujourd'hui, je pense que je ne suis pas mauvais. Et peut-être dans un an je me dirai que je faisais n'importe quoi. [...] Je ne me sens pas incompétent et je ne pense pas mal faire mais j'y vais à pif. »

4.3.4 LES FREINS APPARTENANT AUX MÉDECINS

4.3.4.1 LA PEUR D'ÊTRE INTRUSIF, DE BRUSQUER, CHOQUER OU VEXER

Pour certains répondants, la question de l'OS est considérée comme **de l'ordre de l'intime** et revêt un **caractère délicat**, notamment pour **trouver les bons mots** afin d'amener le sujet.

Dr Adam : « Je devrais peut-être être un peu plus frontal ; "Vous êtes en couple, vous êtes hétéro ?". C'est parfois un peu trop direct je trouve, c'est très intime. »

Dr Lejeune : « C'est délicat si on ne le sait pas (l'OS de son patient). »

Dr Anderson : « J'ai encore du mal de trouver les mots pour aborder le sujet de l'orientation sexuelle. Ça se fait un peu comme ça sans poser directement la question. Le plus délicat, c'est d'amener le sujet. »

Aussi, certains répondants se sentent **mal à l'aise** avec l'abord de l'OS de leurs patients.

Dr Madone : « Maintenant, il faut pour nous trouver une manière pour ne pas être gêné avec ça et de ne pas les gêner avec ça. »

Dr Adam : « Mais je pense que ça (ne pas oser aborder la question de l'OS), c'est un frein qui vient de moi et pas vraiment de ma patientèle. »

Des freins pour aborder l'OS en consultation peuvent être la **peur d'être intrusif et de brusquer, choquer ou vexer les patients hétérosexuels**, surtout les plus âgés. Selon un répondant, aborder l'OS devrait se faire dans la discrétion du cabinet.

Dr Adam : « Les premières (consultations), oui c'est vrai que c'est toujours un peu intrusif. Pour un jeune médecin qui commence sa pratique, c'est peut-être parfois un peu surprenant. »

Dr Adam : « C'est un peu du racisme inversé dans le sens où demander à un hétéro s'il est hétéro, il va se sentir vexé et un peu insulté de "quoi, on croit que je suis PD ?". »

Dr Adam : « Je pense que devoir brusquer quelqu'un qui est cisgenre, normo-centré orthodoxe, ce sont peut-être des questions que j'aborde moins de peur de la réaction des gens 'traditionnels'. »

Dr Adam : « Il y a les petits vieux, cela peut éventuellement choquer une patientèle plus âgée d'aborder ce sujet-là donc je crois que ce sont des choses qui doivent se faire dans la discrétion du cabinet. »

Selon un répondant, **travailler en groupe ou être assistant pour un maître de stage** peut représenter une autre difficulté pour aborder l'OS avec les patients. Si ceux-ci ne sont pas habitués à être questionné à ce propos par leur médecin référent, cela peut s'avérer délicat.

Dr Muller : « Déjà en tant qu'assistant c'est un peu bizarre parce que si ton maître de stage en parle pas avec ses patients et que t'arrives avec ta boucle d'oreille et tes gros sabots pour leur demander ce qu'ils font de leur cul, ça me semble parfois un peu délicat pour la continuité stylistique du cabinet. »

4.3.4.2 LE MANQUE D'INTERET ET D'OUVERTURE

Le **manque d'intérêt** des médecins envers les FSF représente un autre obstacle évoqué par des répondants. Les FSF appartenant à une minorité, cela ne les intéresse pas d'adapter leurs prises en charge. Le **manque d'ouverture** des médecins sur ces sujets est aussi mentionné par une répondante.

Dr Adam : « Je pense que cela reste une minorité (les FSF) et que cela n'intéresse pas le corps médical de varier d'autres prises en charge très structurées. »

Dr Sully : « Le fait de se rendre compte que ce n'est pas quelque chose qui intéresse le médecin, le manque d'intérêt. Après c'est pas spécifique aux FSF. Et le manque d'ouverture aussi. »

4.3.4.3 L'AMBIVALENCE DANS LA PRISE EN CHARGE : ÉGALISER OU INDIVIDUALISER

Beaucoup de répondants ne perçoivent **pas de différences** en termes **de difficulté ou de facilité de prise en charge des patientes FSF** par rapports aux patientes hétérosexuelles. Lorsque cette question est posée, nombreux sont ceux qui insistent sur le fait de **vouloir traiter de manière égale tous leurs patients**, afin notamment de ne pas les stigmatiser.

Dr Adam : « De mon côté, je ne vais pas les traiter différemment en tout cas. »

Dr Lejeune : « Pas de grosse différence, c'est plus nous en tant que médecins, sans préjugés, mais faire faire attention à ce que l'on dit car on a tellement été éduqué dans notre jeunesse à... euh ne pas choquer, en donnant l'impression qu'elles sont différentes alors qu'elles ne le sont pas, ne pas les stigmatiser. »

Dr Hallet : « Je dirais plus que pour moi, ce sont des patientes comme les autres. C'est à prendre en compte dans le dossier médical mais ce n'est pas problématique. »

A l'opposé, une répondante explique qu'il est nécessaire **d'individualiser davantage les prises en charge** en s'adaptant à la personne qu'on a en face de nous. Elle mentionne que cela est souvent effectué, mais de manière aléatoire : « **au feeling** ».

Dr Madone : « Sûrement qu'individualiser c'est toujours bien. On a tendance à faire des protocoles standardisés pour être sûr de ne pas faire de boulette et pour ne rien louper. On a tendance à tout protocoliser pour faire des prises en charge standards mais cela ne marche pas si tu ne l'adaptes pas à la personne. [...] Je pense qu'on le fait mais sans réaliser qu'on le fait. On le fait comme ça, un peu au feeling. »

Un répondant nuance le propos en soulignant qu'il est important de **considérer les FSF comme tout le monde**, tout en se rappelant qu'il y a **certains soins qui leurs sont plus spécifiques**.

Dr Franck : « Pour le reste de la prise en charge, non, je pense qu'il faut qu'on les considère aussi comme tout le monde ; elles nécessitent les mêmes soins que tout le monde. C'est important de les considérer comme tout le monde tout en se rappelant qu'il y a certains soins qui leurs sont plus spécifiques. »

Un autre répondant exprime une difficulté vécue entre le fait de vouloir **traiter de manière égale tous les patients** pour éviter les discriminations et d'arriver à **prendre en compte leurs spécificités de santé**.

Dr Lejeune : « Toute la question est là ; faut-il gérer le problème comme un autre couple ? Et on a l'impression de remettre le modèle hétéro au milieu mais on ne veut pas discriminer les personnes FSF ou alors on braque là-dessus mais on peut lui donner l'impression que parce qu'elle est FSF, on va plus dans les détails, ce que l'on n'aurait pas fait avec un hétéro... Je ne sais pas... Ne pas stigmatiser, ne pas discriminer... vouloir bien faire. Un peu comme une personne étrangère africaine ou on ne veut pas montrer qu'il y a des différences, mais il faut dans certaines choses que la différence soit là car il y a quand même des pathologies spécifique. C'est parfois mal pris. »

Dr Lejeune : « Dans un côté, on ne veut pas les stigmatiser et dans un autre côté, celle qui est militante va se dire « mais il m'a pris comme si j'étais une hétéro et il n'a pas fait la différence » alors que celle qui est mal à l'aise va se dire « mais il m'a stigmatisée parce que je suis FSF ». Il faut trouver le bon compromis, ce n'est pas facile. »

Une répondante explique que le **questionnement récurrent** de l'OS par les médecins risque de rappeler aux FSF qu'il existe des différences, ce qui peut paraître **pesant**.

Dr Madone : « Si tous les médecins commencent à leur poser la question (de l'OS) chaque fois qu'elles viennent aux urgences ou chaque fois qu'elles viennent en médecine générale, cela risque d'être un peu lourd qu'on leurs rappellent sans cesse qu'il faut poser la question puisqu'il y a des différences. »

Et tous les répondants s'accordent à dire que la **prise en compte des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF influence la qualité des soins qu'elles reçoivent**.

Dr Hallet : « Savoir qu'elles sont plus vulnérables au niveau IST, prévention et tout, y a rien à faire ça pousse à se poser un peu plus de questions et à embrayer assez vite. [...] Le fait de savoir qu'il y a des vulnérabilités niveau IST, au niveau psychologique, c'est important pour tendre des perches et après, c'est au patient de parler et faire l'autre bout du chemin. »

4.3.5 LES FREINS APPARTENANT AUX PATIENTES FSF

4.3.5.1 ENTRE PEUR, PUDEUR ET MALAISE

Aborder le sujet de l'OS constitue une difficulté dans la prise en charge des patientes FSF si elles sont elles-mêmes **mal à l'aise** avec leur OS. Une répondante relève le fait que l'accès à la médecine générale pour les FSF peut être influencé par leur **état de santé mentale** ; s'il est mauvais, cela peut-être un frein. Aussi, si elles **vivent un rejet de la part de leur famille**, ça peut être plus difficile de dévoiler leur OS à leur médecin traitant.

Dr Anderson : « Je pense que le plus dur c'est d'aborder le sujet et une fois qu'on sent que la personne est réceptive, c'est assez facile de parler de prévention ouvertement. Mais je trouve ça plus dur avec quelqu'un qui est gêné. Mais tu es dans une relation médecin-patient, c'est pas difficile d'en parler, moi ça ne me gêne pas. Mais certains patients sont gênés. »

Dr Lejeune : « Il faut aussi que la patiente soit à l'aise avec sa sexualité pour qu'on puisse en parler. »

Dr Beauvoir : « J'ai envie de dire que cela dépend de l'état mental dans lequel elles sont. Si elles sont bien avec leur orientation sexuelle, mais si elles ne le sont pas, il n'y aura pas de prévention. »

Dr Franck : « Ca dépend aussi du contexte dans lequel elles vivent ; si elles vivent des situations difficiles avec la famille, ce sera peut-être difficile d'en parler au médecin traitant, elles vont peut-être se refermer sur elles-mêmes et c'est plus difficile de se dévoiler. »

Le patient lui-même peut présenter une certaine réticence à aborder son OS en consultation. D'aucuns sont parfois **fermés** ou **très pudiques** par rapport à cette question. Et certains ont **peur** ou se sentent **mal à l'aise** de parler de leur OS à leur médecin ou de se rendre à leur cabinet. En outre, la position de médecin de famille, qui connaît parfois ses patients depuis longtemps, peut représenter un autre frein.

Dr Anderson : « Cela m'arrive de demander mais parfois je vois que les gens sont un peu fermés donc je n'insiste pas mais ce n'est pas un réflexe de demander leur orientation sexuelle. »

Dr Anderson : « Il y a des gens qui sont très très pudiques et qui ne veulent pas du tout parler de ça et même parfois n'en ont pas parlé à leur famille. »

Dr Lejeune : « Celles qui n'osent peut-être pas en parler et qui a peut-être envie de garder ça secret ou qui sont mal à l'aise d'en parler. Si elles ont peur qu'on aborde un sujet de santé qui peut les gêner (couple, IST, etc). »

Dr Lejeune : « Maintenant en tant que médecin de famille, quand on les a connues toutes petites, est-ce qu'elles se sentent à l'aise de venir en parler ? Cela pourrait aussi freiner. »

Un répondant explique qu'un autre obstacle à l'accès aux soins chez les FSF est peut-être le fait que certaines patientes ont **peur du jugement** de la part des autres patients lorsqu'elles sont avec leur compagne dans la salle d'attente du médecin.

Dr Franck : « Si elles doivent venir à deux pour une consultation à deux, peut-être le jugement de la part des autres personnes dans la salle d'attente. »

Un répondant évoque aussi **la peur du non-respect de la confidentialité**, surtout en milieu rural.

Dr Lejeune : « Pour certaines la peur du milieu rural, de la proximité, du 'qu'en dira-t-on' car il y a encore ce côté-là chez certaines générations. Est-ce que le médecin de famille va garder ça secret si je n'ai pas envie que cela se sache, est-ce que je dois lui dire ? Peut-être que cela peut jouer car il y a encore des familles fort fermées là-dessus. »

4.3.5.2 LA DOUBLE VOIR TRIPLE STIGMATISATION DES FSF

Des répondants mettent aussi en évidence **la double stigmatisation** que les FSF peuvent subir du fait d'être une femme et d'être homosexuelle, ce qui peut influencer la prise en charge des médecins et induire un **retard de consultation** pour certaines pathologies.

Dr Adam : « Je pense qu'en fait la première vulnérabilité des FSF c'est que déjà ce sont des femmes et qu'en plus ce ne sont pas des femmes hétéros et que donc il va y avoir des biais de prise en charge. »

Dr Sully : « On sait qu'elles cumulent parce que non seulement ce sont des femmes donc il y a déjà un accès plus compliqué ou des violences plus souvent vécues et si en plus ce sont des femmes ayant du sexe avec des femmes elles peuvent peut-être subir encore plus de violences verbales, non-verbales de la part des professionnels qu'elles rencontrent et personnes qu'elles rencontrent. Ce sont des barrière en plus. [...] Et accès aux soins de santé en général ou accès aux services de base, il y a peut-être un retard de consultation pour certaines choses. »

Un autre répondant évoque même **la triple stigmatisation** que certaines FSF peuvent subir, par le surcroît des discriminations vécues au sein-même de la communauté LGBTQIA+.

Dr Franck : « Il y avait cette double, voir triple discrimination ; de un ce sont des femmes, donc discrimination envers les femmes, puis discrimination envers les personnes homosexuelles et alors discriminations envers les femmes homosexuelles de la part de la population LGBTQIA+. »

4.4 PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

4.4.1 SE FORMER ET S'INFORMER

4.4.1.1 INTERET D'UNE FORMATION

Des répondants pensent que ce sont les médecins généralistes et les patientes FSF qui ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins des FSF. Selon un répondant, dans une optique de promotion de la santé, **un des rôles de base du médecin est d'informer ses patients**. Pour ce faire, il est nécessaire qu'il soit lui-même informé. Les **FSF**, elles, pourraient **apporter leur vécu** au médecin.

Dr Muller : « Informer. Je crois que c'est un des rôles de base du généraliste, c'est d'informer la patientèle dans tout ce qui est dans l'optique de promotion de la santé. Mais si on est même pas informé nous-même on ne sait pas promouvoir la santé. Ça doit être un rôle d'information. »

Dr Adam : « C'est peut-être au médecin d'aborder le sujet mais au patient d'apporter son vécu, son importance. »

Dr Hallet : « Le fait de savoir qu'il y a des vulnérabilités niveau IST, au niveau psychologique, c'est important pour tendre des perches et après, c'est au patient de parler et faire l'autre bout du chemin. »

De manière générale, tous les répondants interrogés estiment que **tous les médecins devraient se former** sur l'accueil des patientes FSF et sur leurs vulnérabilités de santé spécifiques, en particulier les médecins d'anciennes générations. Il est considéré comme important de **s'intéresser au sujet, prendre le temps de questionner et d'être à l'écoute** des patientes, développer une **attitude non-jugeante** et apprendre à leur **parler de manière neutre et inclusive**.

Dr Sully : « Cette petite formation sur l'accueil des personnes LGBTQIA+, je trouverais ça super qu'on en ai tous. »

Dr Adam : « Très clairement. Comment ? En s'intéressant à ce sujet, en se formant, en essayant d'être à l'écoute des patients. [...] Il faut leur poser des questions, juste accepter de passer 3 minutes à écouter cette personne qui raconte ses aventures ou pourquoi, qu'est-ce qu'il ne va pas, etc. »

Dr Hallet : « C'est sûr que les médecins traitants, surtout les vieux généralistes, ne sont peut-être pas intéressés de connaître par cœur et remplir leur tête avec ça mais au moins savoir où trouver l'info ou vers quel planning renvoyer. »

Dr Adam : « Être informé du problème, s'informer quant à la bonne pratique par rapport à l'accueil, leurs vulnérabilités, ce qu'il faut dépister, à quoi faut-il faire attention, à quoi ils s'exposent, etc. »

Dr Hallet : « Je pense que l'on pourrait quand même être formé à avoir un regard non jugeant et à apprendre à parler. Ça m'énerve de parler de discours inclusifs parce que je trouve que cela fait un peu trop dans la mode LGBTQIA+, etc. Mais il n'y a rien à faire, il faut être plus neutre. »

Suivre une formation permettrait peut-être aux médecins généralistes **de passer à côté de moins de vulnérabilités** chez ces patientes et serait utile pour savoir où chercher les informations et être plus à l'aise et moins stressé avec le sujet, permettant aux patientes de parler plus librement de leur OS.

De Lejeune : « Si on était plus au courant et plus formé je pense qu'on pourrait faire plus attention à certaines choses et passer peut-être moins à côté de certains mal-être ou assuétudes. »

Dr Hallet : « Et en parler (de l'OS) en consultation assez librement. Si la patiente voit que l'on n'est pas stressé, je pense qu'elle se détresse aussi. Et pour pas être stressé d'en parler il faut juste connaître un tout petit peu le sujet donc c'est sûr qu'une petite formation de quelques heures est toujours intéressante, ne serait-ce que pour savoir où aller chercher les infos, avoir des sites. »

4.4.1.2 BÉNÉFICES D'UNE FORMATION

Les répondants qui ont reçu une formation sur les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF se sentent eux désormais **davantage compétents** dans leurs prises en charge.

Notamment, une répondante explique se sentir **plus à l'aise** pour référer les patientes FSF. Un autre répondant propose des dépistages gynécologiques de manière **plus systématique** chez ses patientes FSF, soigne mieux **son accueil** envers les personnes LGBTQIA+ et utilise plus souvent le **langage inclusif**, tout comme une autre répondante. Il explique également qu'il utilise maintenant la porte d'entrée de la prise de sang avec la proposition systématique d'un dépistage des IST pour aborder plus facilement la question de l'OS avec ses patientes.

Dr Hallet : « Oui je me sens plus à l'aise c'est sûr, même avec de minuscules petites bases. Et puis rien que pour rechercher sur des sites et référer. Il y a des patients qui demandent sur quels sites ils peuvent aller, quels sites sont fiables, etc. C'est chouette de pouvoir donner des noms. »

Dr Franck : « Je pense plus à la prévention gynéco chez les personnes FSF, donc pour ça oui. J'essaie de soigner aussi mon accueil envers les personnes LGBTQIA+ de manière générale, en utilisant le langage inclusif. »

Dr Hallet : « Je dirais que j'ai un discours un peu plus inclusif parce que pendant la formation, on proposait des phrases « toutes faites » même si c'est un peu bateau, le fait de dire « ta » ou « ton » partenaire ça m'arrive assez souvent quand j'ai une hésitation ou quand la personne ne me le dit pas spontanément. Donc j'ai un peu changé ma façon de parler. »

Dr Franck : « Et quand je fais une prise de sang, je demande toujours si elles veulent que je dose les IST, s'il y a eu un risque. Et là ça me permet d'avoir une porte ouverte pour discuter orientation sexuelle et des types de rapports. »

Aussi, une répondante explique que cette formation lui a permis de démystifier les genres et de se sentir **plus à l'aise** avec les appellations de genres et pour aborder l'OS. Elle agit aussi désormais de manière **plus proactive** à propos de la prévention à réaliser chez ses patientes FSF.

Dr Anderson : « Avant la formation, tout ce qui était appellation de genres, franchement, je me perdais. Il y avait beaucoup trop et même pour apprendre à aborder la question, de démystifier un peu les genres... Je pense que c'est plutôt à ce niveau-là qu'on devrait apprendre un peu plus en médecine. Si je m'étais jamais inscrite au module, je pense que je n'en aurais jamais entendu parler. »

Dr Anderson : « C'est compliqué car parfois tu es dans le rush et tu n'as peut-être pas le temps d'aborder tous les sujets mais en tout cas, je me dis qu'il faudrait. [...] En première, je l'abordais que quand c'était le moment. Maintenant je dirais plus 'samedi on se revoit pour refaire un peu de prévention'. Être un peu plus proactif et ne pas attendre que les patients demandent. »

Une autre répondante explique que dorénavant elle propose aux patientes qui ont des partenaires multiples des dépistages d'IST systématiques tous les 3 ou 6 mois en fonction du risque. Cela a **simplifié** et **rendu moins stigmatisantes** ses prises en charge.

Dr Hallet : « La dame qui est venue présenter disait qu'elle le proposait (un dépistage) de manière systématique aux gens qui ont des partenaires multiples donc ça j'ai repris dans ma pratique. Au lieu de dire à chaque fois que vous changez de partenaire, prise de tête 2 semaines après le rapport à risque, ceci, cela... Beh non, je dis venez tous les 6 mois et si à un moment il y a quelque chose à découvrir, on finira bien par le découvrir. [...] Ça simplifie un peu. »

Dr Hallet : « J'ai l'impression que y a rien à faire, que à chaque fois c'est stigmatisant quand je dis « et quoi c'était quand le dernier rapport sans protection », j'ai un peu l'impression de demander « alors c'était quand la dernière bêtise ? ». Alors que si la personne à envie de pas mettre de protection, c'est sa vie. Ça enlève cette question qui est quand même médicalement pertinente mais qui mène à la longue à se dire « bon j'ai plus envie d'aller chez cette femme qui me demande à chaque fois quand est-ce que j'ai merdé... »

Un autre répondant explique que parmi le public FSF, son expérience est davantage associative et théorique que clinique et que, bien qu'il se sente mieux armé dans la prise en charge de ces patientes, il trouve qu'elles représentent le **public pour lequel il se sent le moins armé dans la communauté LGBTQIA+**. En effet, ce n'est que vers les années 2010 que le corps médical a commencé à s'intéresser aux disparités de santé qui touchent spécifiquement les personnes FSF, ce qui explique le **manque d'études scientifiques et de données solides** sur lesquelles il pourrait s'appuyer à leur propos.

Dr Muller : « J'ai plus une expérience théorique et associative. Je connais bien le sujet mais je n'ai pas eu un milliard de patientes là-dessus. [...] Le gros de ce que j'ai comme connaissances sur les FSF ce sont des connaissances développées en dehors des études au fil de mon intérêt sur la question. Donc oui je me sens mieux armé mais les FSF restent un public pour lesquelles je me sens quand même le moins armé parmi la communauté LGBT car c'est aussi un public sur lequel il y a le moins d'études scientifiques. Donc c'est une grosse disparité aussi ; dans la recherche il y a très peu de choses. »

Dr Muller : « Il y a eu un gros problème au niveau de la recherche chez elles car on a commencé à s'intéresser à la santé des gays car ils avaient le SIDA. Puis on s'est intéressé à la santé des bisexuels car ils refilaient le SIDA à nos braves femmes hétérosexuelles. Et puis, les lesbiennes, on en a eu rien à faire car elles attrapent pas le SIDA et qu'il n'y a que ça... Et à force de regarder les autres facteurs qui influençaient sur la prise de risque sexuelle ou la compliance aux traitements antirétroviraux par la suite chez les HSH, on a fini par se rendre compte qu'il y avait des disparités de santé en termes de santé mentale. Et c'est seulement en 2010, à la louche, qu'on s'est dit "hé mais s'il y a des disparités de santé mentale chez les bisexuels et les HSH, est-ce qu'il n'y en aurait pas chez les FSF?". Donc il y a une littérature vraiment maigre sur les FSF. Il y a beaucoup de choses sur lesquelles je sais moins m'avancer car j'ai moins de données solides sur lesquelles m'appuyer. »

Un élément important dont une répondante a pris conscience lors de cette formation est **sa vision erronée à propos des risques d'IST** parmi les FSF ; elles sont aussi à risque d'attraper des IST. Un autre répondant a lui été frappé d'apprendre que les FSF ne savaient pas qu'elles devaient réaliser un suivi gynécologique régulier, comme toutes les femmes.

Dr Hallet : « Je me suis rendu compte que je ne pouvais pas être plus laxiste envers les MST chez les FSF. J'avais l'impression de devoir être plus sévère chez les homosexuels, que les hétérosexuels c'était entre les deux et les FSF « bah ça va car il y a pas de pénétration ». Donc en fait non, globalement au niveau épidémiologique, il y a plus de risque d'avoir des partenaires multiples je pense chez les homosexuelles féminines. Mais aussi chez les hétérosexuelles. Donc je les met plus sur un pied d'égalité, j'adapte un peu le discours mais c'est plus ça qui m'a marquée. Je n'avais pas la bonne vision des choses. »

Dr Franck : « D'un point de vue médical, ce qui m'avait marqué aussi, c'est que beaucoup de FSF ne savaient pas qu'elles devaient continuer de faire un suivi gynécologique (prévention cancer du sein et du col de l'utérus). »

Malgré les bénéfices de la formation développés ci-dessus, une répondante formée présente encore des **difficultés pour aborder la question de l'OS**. Elle le fait de manière indirecte, trouvant cela délicat. Un autre répondant explique que, paradoxalement, malgré sa formation, il n'aborde pas tellement la question de l'OS avec ses patientes lors de ses consultations classiques, mais plutôt lors de ses consultations dédiées aux dépistages des IST, dans des centres de référence où le cadre est déjà posé.

Dr Anderson : « J'ai encore du mal de trouver les mots pour aborder le sujet de l'orientation sexuelle. Ça se fait un peu comme ça sans poser directement la question. Le plus délicat, c'est d'amener le sujet. »

Dr Muller : « Rarement. Et c'est un paradoxe... Je faisais des dépistages avec SIDA-sol qui est une association de dépistage IST et j'en discutais avec d'autres généralistes qui travaillent là et on parle beaucoup plus de cul et d'orientation sexuelle dans les consultations SIDA-sol car les gens viennent pour se faire dépister, donc c'est logique, le cadre est déjà mis, qu'on ne le fait dans notre patientèle habituelle. »

Dr Muller : « Clairement le vieux monsieur que je vais voir pour ses genoux, je ne lui demande pas son orientation sexuelle. Je ne l'applique pas autant que ça ! »

Un répondant évoque la **difficulté à parler en langage inclusif** lorsqu'on n'en a pas l'habitude. Il est nécessaire de s'entraîner de consultations en consultations.

Dr Franck : « Maintenant, ce n'est pas évident (de parler en langage inclusif) quand on a pas l'habitude. Il faut simplement s'entraîner au fur et à mesure des consultations. Et parfois certaines personnes cisgenres se demandent pourquoi est-ce que l'on parle en inclusif au final car ces personnes n'ont pas l'habitude de l'entendre. »

4.4.1.3 UNE FORMATION ? OUI, MAIS... SOUS QUELLE FORME ET COMMENT LES Y INCITER ?

4.4.1.3.1 D'ABORD, PRENDRE CONSCIENCE DU PROBLEME

Un répondant estime qu'un moyen d'incitation pour participer à une formation serait tout d'abord d'interpeller les médecins pour qu'ils **prennent conscience de l'existence de vulnérabilités** de santé spécifiques aux FSF et de **l'impact que leur non-prise en charge** peut avoir sur la santé des FSF. Le manque de formation des médecins est nourri par leur ignorance à propos de la santé des FSF.

Dr Adam : « Oui, ce serait utile (la formation). Je ne sais pas si c'est plus pour se rendre compte du problème. Je pense que dans un premier temps, il faut une prise de conscience et que chaque médecin puisse évaluer si oui ou non c'est un problème au niveau de sa pratique et que dans un deuxième temps, il y ait la formation. »

Dr Adam : « Il ne faut pas convaincre le médecin qu'il doit se former au traitement du diabète, il le sait. Donc ici il faut arriver à convaincre les médecins qu'il faut se former à l'accueil des personnes FSF. C'est aussi de là que vient le manque de formation, de l'ignorance des médecins et donc faire ça en deux temps. »

En outre, il est nécessaire de **les conscientiser sur la proportion des FSF** dans leur patientèle.

Dr Adam : « Se rendre compte que ce n'est pas un problème rare, ce n'est pas un Addison ou un Cushing qu'on va avoir 3 fois dans sa vie. »

Dr Anderson : « Il y a tellement de formation sur plein de choses que comment faire pour aller plus vers ça ? Je sais pas... Sensibiliser peut-être sur le fait que c'est une partie importante de la patientèle et qu'il faut se focaliser là-dessus puisque c'est une partie importante de la médecine générale. »

4.4.1.3.2 CRÉER DES FORMATIONS CONTINUES OU DANS LE CURSUS DE BASE

Des répondants estiment que **les formations continues** sont **importantes** et **utiles**, surtout pour « rattraper » les médecins en activité. Néanmoins, la participation à ces formations dépend de ce que les médecins pratiquent au quotidien dans leur cabinet ; certains viendront simplement chercher des points d'accréditation sans s'intéresser au sujet. On retrouve souvent des médecins qui sont déjà initiés et ouverts au sujet dans ce genre de formations.

Dr Muller : « La formation continue, c'est important. Mais il faut que ce soit assez systématique pour que ça ait un impact rapide, enfin que ça ait un impact à grande échelle. C'est le principe de la formation continue parce que parfois tu es surchargé donc tu fais ça un petit peu pour avoir simplement tes points d'accréditation et sans t'intéresser au sujet et t'endormant à moitié. Mais c'est important car il y a tellement de médecins en activité qui sont pas formés du tout qu'il faudrait les rattraper au moins par les formations continues. »

Dr Hallet : « Moi, je trouve que dans ma situation actuelle, c'est utile car par exemple, sur notre site internet, il est indiqué que je fais de la petite gynéco et plusieurs patientes m'en ont déjà parlé. Je pense que je vais avoir des gens qui viennent pour ça puisque cela ne fait que 4 mois que l'on est au cabinet donc je pense que je dois continuer à me former et connaître les évolutions, y a rien à faire, ça va évoluer. [...] En résumé, cela dépend de ce que l'on pratique au quotidien. »

Dr Sully : « C'est toujours le problème, si c'est en continu ou si c'est au choix, on aura toujours des médecins convaincus ou ouverts à ça. C'est difficile de faire découvrir des nouveaux sujets à des personnes non initiées. »

Des répondants pensent alors qu'une **formation lors du cursus de base à l'université** serait **utile** afin que les médecins généralistes aient les bases de l'accueil de la patientèle LGBTQIA+, qu'ils puissent faire preuve d'ouverture envers leurs patients et comprennent que ceux-ci ne sont pas une proportion négligeable de leur patientèle. Cela permettrait aussi de toucher davantage de médecins non-sensibilisés au sujet préalablement.

Dr Sully : « Je trouve que cela pourrait faire partie du cursus de base du médecin en formation, ça serait super pour augmenter l'ouverture. »

Dr Franck : « Moi je pense que ce serait intéressant de l'inclure dans le cursus de base. C'est dommage que ce soit seulement les personnes qui vont choisir ce type de formation qui auront ce cours alors que c'est un cours qui ne dure pas très longtemps et je pense qu'il y a moyen de l'inclure facilement dans le cursus universitaire de base. Et ça permet de montrer que le médecin généraliste doit être ouvert à toute personne se présentant en consultation. Et il faut se dire que la population FSF n'est pas négligeable du tout dans la population générale, le pourcentage est quand même élevé. Donc le mettre dans le cursus de base pourrait être intéressant. »

Dr Sully : « Pour moi, il ne faut pas que ce soit pas à option mais bon c'est un peu comme pour tout, s'il faut faire des choix ce serait déjà pas mal que ce soit à option... Mais l'idéal serait qu'il y ait au moins une introduction pour tous, pour les futurs médecins surtout. »

Un autre répondant insiste sur le fait que cette formation doit être **à destination de tous les médecins en formation**, qu'ils deviennent **généralistes** ou **spécialistes**. Ces bases devront ensuite être peaufinées lors du master de spécialisation des médecins assistants, selon la spécialité choisie.

Dr Muller : « Je pense que ça doit être dans un tronc commun. Je pense que la difficulté des modules à choix, ce sont toujours les personnes qui en ont le moins besoin qui vont se présenter. [...] Et ça doit être pour tous les spécialistes. Il y a quand même aussi des aspects spécifiques en termes de gynécologie, d'endocrinologie, etc. Et même avoir les bases de l'accueil. T'as quand même 10% de la population qui est concernée, tu fais le serment d'Hippocrate, t'es sensé soigner tout le monde et accueillir tout le monde de la même façon, point. »

Dr Muller : « Pour les médecins qui sortent (de l'unif), ça doit être dans leur bagages de base et que ça doit être affiné pendant le master de spécialisation. Je pense qu'en chirurgie cardiovasculaire tu en aura moins besoin et que si tu sais juste pas être un sale con homophobe c'est déjà bien. Et si tu l'as eu dans ton tronc commun. Si tu fais la psychiatrie, ça peut être intéressant d'avoir les différents mécanismes qui font que tu as plus de prévalence en troubles mentaux, etc. Si tu fais de la dermato c'est intéressant d'avoir des informations sur les formes de LGV ou de syphilis secondaires. Donc tu ré-affinerais en fonction de la spécialité choisie, mais il devrait y avoir une base ».

4.4.1.3.3 SOUS QUELLE FORME ?

L'information peut être reçue de multiples manières. Les répondants parlent d'information sous forme **de petits rappels** de prise en charge ou de **journées de prévention**.

Dr Adam : « De temps en temps, avoir un petit billet qui viendrait te dire pour rappel "une personne transgenre, comment l'appeler : il ou elle ?", ce serait pas mal. »

Dr Anderson : « Oui je pense qu'il faudrait une journée de prévention par an pour remettre les pendules à l'heure, ce serait pas mal et à la fin de la journée, par région, donner les numéros de contacts. Près de la zone où tu travailles que tu saches un peu qui fait quoi et que cela existe. »

Selon certains répondants, la conscientisation et sensibilisation des médecins à la problématique peut se faire par la création de **vignettes cliniques** représentant une mauvaise prise en charge de patiente FSF avec des données épidémiologiques et des études sur le sujet.

Dr Adam : « Beh prendre conscience du problème. C'est vraiment aborder une simple vignette clinique des dégâts qu'une mauvaise prise en charge peut faire. »

Dr Anderson : « Donner des situations cliniques « que faites-vous dans cette situation ? »

Dr Adam : « Avec un chiffre ou deux pour réaliser la fréquence et comprendre en quoi est-ce que c'est blessant et ce que cela peut amener, les études sur le sujet, etc. »

Dr Madone : « On leur montre sur des chiffres sur ce que cela provoque. Par exemple, typiquement ; l'augmentation du cancer du sein, de la dépression, etc. »

Une répondante propose aussi la création **d'un quizz** à destination des médecins afin de mettre à jour leurs connaissances et les sensibiliser à leurs lacunes afin qu'ils aient envie de se former par la suite.

Dr Anderson : « Genre un petit quizz. L'adresser pour mettre à jour nos connaissances et si on se rend compte qu'on est nul, on passe la formation. »

Un autre moyen d'incitation à la formation évoqué par quelques répondants est le partage d'expériences et de cas cliniques entre médecins, avec un rappel sur les recommandations de bonnes pratiques, via notamment la proposition d'une formation lors **d'un dodécagroupe** ou **d'un GLEM**. C'est

facile d'accès et les médecins diplômés cherchent du **pratico-pratique**. Selon eux, il est aussi nécessaire que les **formations soient accréditées**, surtout pour attirer les médecins plus âgés.

Dr Beauvoir : « A mon avis, c'est le partage d'expériences qui marche le mieux ; ce sont les groupes de paroles qui marchent le mieux pour les généralistes. [...] Cela marche mieux que de donner une formation académique avec un cours. Une fois que tu as ton diplôme, tu veux du pratico-pratique. Des cas cliniques en fait et à ce moment-là, tu dévies sur les recommandations de bonnes pratiques ; que faut-il faire et que ne faut-il pas faire ? »

Dr Lejeune : « Tout ce qui est GLEMS ou dodécagroupes car là c'est entre nous et c'est plus facile d'accès pour y aller. [...] Je pense que c'est comme toujours, les formations dépendent fort aussi de l'expérience que l'on a, des cas qu'on a eus où on a galéré et où l'on veut approfondir. Donc je pense que c'est plus en dodéca où quelqu'un vient en parler et où on sait que tout le monde vient « chercher ses points » et par la même occasion on vient se former. »

Dr Hallet : « Pouvoir avoir des modules de formation et notamment des modules accrédités car quand on est médecin généraliste si on doit faire une formation, c'est mieux si c'est accrédité. »

Une répondante estime qu'il faut proposer mais pas obliger les médecins à participer à des formations. Un autre répondant ajoute qu'on peut **rendre plus accessibles et disponibles les formations**, notamment sous la forme d'un **e-learning**. Cependant, les e-learning sont dépourvus de moments de discussion et peuvent ne pas toucher toutes les générations de médecins...

Dr Hallet : « Je pense qu'il faut proposer mais ne pas forcer. [...] Il faut un truc de base car c'est bien d'être ouvert mais si on ne se sent pas d'aller plus loin, ne pas insister. »

Dr Sully : « On ne saurait pas obliger les plus vieux médecins à suivre ces formations mais plutôt le rendre disponible et plus facilement accessible, où il faut juste faire un clic et démarrer son e-learning à la maison. Mais le problème de ces sujets-là, c'est que c'est toujours bien de pouvoir avoir une discussion. »

Dr Lejeune : « Maintenant tout ce qui est e-learning, je ne suis pas convaincu, cela dépend des générations. »

4.4.2 ENTRE LAISSER, PRENDRE ET TROUVER LE TEMPS

Un répondant explique que le dévoilement de l'OS n'arrive pas lors de la première consultation et que le questionnement de celle-ci par le médecin **demande du temps**. Il faut trouver le **bon moment** pour que la personne ne se sente pas jugée. Aussi, une autre répondante estime que de manière générale, la prise en charge globale des patientes FSF demande du temps et qu'il serait utile de **fixer des moments** avec la patiente pour faire de la prévention.

Dr Adam : « Je n'ai pas l'impression que c'est quelque chose (le dévoilement de l'OS) qui arrive tôt dans la consult, dans la relation thérapeutique ; cela n'arrive pas lors de la première consult. »

Dr Adam : « Je le fais systématiquement (questionner l'OS) lors d'une consultation où j'ai le temps de faire de la prévention. »

Dr Franck : « Donc je ne le fais pas systématiquement mais j'essaie de trouver le bon moment pour le faire pour ne pas que la personne se sente jugée. »

Dr Anderson : « C'est compliqué car parfois tu es dans le rush et tu n'as peut-être pas le temps d'aborder tous les sujets mais en tout cas, je me dis qu'il faudrait ; se fixer des moments avec les patients même si on n'a pas le temps, se fixer un moment ensemble où on refait un petit check-up niveau prévention. »

4.4.3 CREER DES CENTRES DEDIES A LA SANTE SEXUELLE

Une répondante pense que la création de **centres dédiés à la santé sexuelle** où des gynécologues, médecins généralistes et psychologues travaillent ensemble pourraient être un bon levier pour améliorer l'accessibilité aux soins des patientes FSF. Dans le même ordre d'idée, certains répondants trouvent qu'il est plus facile d'aborder la question de l'OS lors d'une **consultation en planning familial** ou **dans des centres de dépistage**, en comparaison au cabinet médical classique. Une raison évoquée est le fait que dans ces lieux, le cadre est déjà mis, il y a un tabou en moins et c'est plus logique d'aborder le sujet de l'OS.

Dr Anderson : « Je trouve que les centres qui s'occupent de la sexualité, où tu as médecin, gynéco et psychologue qui consultent ensemble autour de ça et pourquoi pas que chaque cabinet ait un petit espace en mode consultation sur la sexualité qui prenne un moment pour ça pour un peu ouvrir la porte. [...] Du coup peut-être que quand il y a des moments ou des lieux vraiment dédiés rien qu'à ça, c'est plus facile. »

Dr Muller : « Rarement. Et c'est un paradoxe... Je faisais des dépistages avec SIDA-sol qui est une association de dépistage IST et j'en discutais avec d'autres généralistes qui travaillent là et on parle beaucoup plus de cul et d'orientation sexuelle dans les consultations SIDA-sol car les gens viennent pour se faire dépister, donc c'est logique, le cadre est déjà mis, qu'on ne le fait dans notre patientèle habituelle. »

Dr Hallet : « Alors que dans les planning, on sait que l'on va parler de ces choses-là. Il y a un tabou en moins. »

Une répondante estime également que les **gynécologues** pourraient faire office de tremplin au niveau de la prévention lors du premier dépistage HPV des patientes FSF.

Dr Anderson : « Je pense que la gynéco devrait faire le tremplin au moment du frottis de col à 25 ans, que ce soit un moment de rappel. »

4.4.4 TRAVAILLER L'ACCUEIL DES PATIENTES FSF

Tout comme abordé en *supra* dans le point « **4.2.1 Questionner l'orientation sexuelle ? Oui, mais...** », banaliser, naturaliser et expliquer aux patientes la raison du questionnement de leur orientation sexuelle, éviter l'utilisation de la présomption d'hétérosexualité, être inclusif, créer un environnement de travail et adopter un comportement accueillant et bienveillant pour les patientes FSF sont tous des moyens utiles pour améliorer l'accessibilité des soins de santé de ces patientes.

De plus, un répondant trouve qu'il serait peut-être intéressant **d'aller à leur rencontre** en participant à des activités organisées par les associations LGBTQIA+.

Dr Franck : « Peut-être également aller à la rencontre de ces personnes, en participant peut-être à certaines activités organisées par la Rainbow House. »

A noter que certains répondants rencontrent des **difficultés à propos du vocabulaire** à employer et du discours à avoir et adapter avec leurs patientes FSF.

Dr Lejeune : « Utiliser la bonne tournure de phrase pour ne pas choquer car le but c'est de montrer qu'on est à l'aise quoi. »

Dr Beauvoir : « J'ai juste eu du mal pour savoir qui je devais appeler "maman" parce que c'est deux mamans. C'est compliqué, j'ai un problème de vocabulaire avec ça parce que c'était une fois l'une, une fois l'autre qui venait avec l'enfant et donc c'était embêtant pour moi. [...] Je n'ai pas osé leur dire, j'ai été très embêtée de savoir comment tu appelles papa, maman. C'est une chose que je n'ai pas osé dire. J'ai probablement été coincée pour ça. »

Dr Hallet : « Euh...non. Moi je suis moins à l'aise car je dois un peu adapter mon discours, on a été bien endoctriné hein ! Donc on doit un peu adapter notre discours y a rien à faire. Et je pense que ce n'est pas pour toutes mais qu'elles sont aussi plus vite vexées quand on demande « est-ce que vous avez un ou plusieurs partenaires ou lieu de dire une ou plusieurs. [...] Que ce soit HSH, FSF, ou transgenre, etc, j'ai toujours un peu du mal, il faut que je réfléchisse au genre que j'emploie parce que sinon je fais des bêtises. »

4.4.5 AUGMENTER ET UTILISER LES RESSOURCES ET LE RÉSEAU

Un répondant estime qu'un **répertoire** reprenant les associations pour les FSF serait utile.

Dr Madone : « Tout comme il faut avoir un répertoire de psychologues, de tabacologues, d'organismes style alcooliques anonymes ou de réunions d'addicts, d'assistants sociaux, d'aides juridiques, des plannings familiaux et de tous ces gens-là, il faudrait qu'on ait tous une liste dans un carnet des associations pour les FSF. »

Certains répondants donnent le site internet de « **Go To Gynéco !** » à leurs patientes désireuses d'en savoir plus sur leur santé ou qui recherchent une gynécologue. D'autres répondants pensent que le **bouche à oreille** entre patientes FSF sur les médecins LGBT-friendly peut être utile.

Dr Anderson : « Elles (les FSF) peuvent trouver un réseau pour parler avec des gens et je pense qu'en ligne on trouve beaucoup de choses. Donc donner le site internet (Go To Gynéco!) qui est assez complet. »

Dr Muller : « Moi c'est plutôt Go To Gynéco! avec lesquels j'ai l'habitude de travailler pour les questions FSF ou si recherche de gynécologue. »

Dr Lejeune : « Est-ce que le bouche à oreille marcherait mieux ? J'ai remarqué effectivement que j'ai plusieurs couples FSF de jeunes qui sont arrivés sur 4-5 ans alors que pendant 10-15 ans je n'en ai presque pas eu. Entre couple, elles en parlent peut-être, peut-être qu'il y a plus de couples chez certains médecins... »

Un répondant estime qu'il est important pour le médecin généraliste de **se créer un réseau** de personnes pouvant **accueillir correctement les personnes LGBTQIA+**. Notamment pour pouvoir référer ses patientes désireuses de faire de la PMA. Il existe des listes de médecins LGBT-friendly disponibles pour les patients, notamment via le site internet de Go To Gynéco, TTMB (très très bon médecin), Genre Pluriels ou l'asbl Rainbow House (Maison Arc-en-ciel). A l'inverse, un autre répondant estime que ce serait mieux de pouvoir aller chez tout le monde et d'avoir plutôt **des listes de médecins à éviter**, que de se méfier de tout le corps médical.

Dr Franck : « Et aussi, dans la population FSF, c'est intéressant d'interroger sur les projets d'avoir un enfant ou pas. Voir si elles ont eu l'idée de faire la PMA et pouvoir les référer vers des personnes compétentes et accueillantes. Car dans certains hôpitaux je sais qu'ils n'acceptent pas de le faire. Donc se créer un réseau de personnes qui peuvent accueillir correctement les personnes LGBTQIA+ c'est important aussi quand on est médecin généraliste ! »

Dr Franck : « Je connais certaines personnes qui ont l'habitude de travailler avec la population LGBTQI+ mais maintenant dès que j'ai besoin d'un nom, j'appelle la Rainbow House car ils ont des listings de médecins qui ont l'habitude de travailler avec cette population. Et je sais bien que ce sont des médecins qui accueilleront correctement mes patientes. »

Dr Muller : « Encore maintenant, tu as les listes de Go To Gynéco, les listes de TTBM, le réseau PMS de Genre Pluriels. On est obligé de fonctionner par réseau et liste et c'est un problème. Je vais pas dire qu'il faudrait l'inverse et avoir une liste sur les quelques rares médecins qui sont pas compétents car c'est pas très vrai mais ce serait mieux

d'avoir des listes de gens à éviter et pouvoir aller chez tout le monde que d'avoir des listes de gens chez qui aller et de se méfier du reste du corps médical. Car c'est un peu cette méfiance là qui est présente de base. »

Pour les médecins désireux de faire un pas vers les patientes FSF, un répondant conseille **la Maison Arc-en-ciel** qui propose des **formations** à destination des médecins généralistes.

Dr Franck : « Pour les médecins qui souhaiteraient en savoir plus, je leur conseillerais de contacter la maison Arc-en-ciel car ils font souvent des formations pour les médecins généralistes pour leurs expliquer quelles sont les vulnérabilités et les besoins. »

Des répondants expliquent qu'il leur arrive de **présenter eux-mêmes le sujet** aux médecins qui veulent en savoir plus. Pour se prémunir des médecins réfractaires, un répondant essaie d'être **très factuel et pragmatique** et il utilise **une grande diversité de sources scientifiques**.

Dr Frank : « Sinon, moi je pourrais essayer de répondre à leur question s'ils en ont car j'ai été un peu formé, je pourrais répondre à certains points. »

Dr Muller : « Pour les médecins, j'ai tendance à le présenter moi-même dans ces cas-là. Ma technique c'est plutôt d'avoir de grosses bibliographies. Ça a toujours été ma stratégie, quand je faisais une présentation dans le cadre associatif, pour éviter tout ce qui était réfractaire, c'était pas sujet à débat, il y avait 15 citations derrière. C'était pas "t'es d'accord ou pas d'accord" mais "t'as compris ou t'as pas compris et si t'as pas compris je peux réexpliquer". L'intérêt de mon rôle à cheval entre l'associatif et le médical c'est de voir justement avoir cette technique du pied dans la porte. Je suis déjà là, il n'y a déjà pas ce rapport hiérarchique car on est confrère et après arriver derrière avec mes références biblios et expliquer les choses, j'ai rarement eu de gens très réfractaires. [...] Je pense qu'avec les personnes les plus réfractaire tu dois être très factuel et pas idéologique. Être pragmatique, donner des prévalences, être factuel, expliquer sur quoi intervenir, etc. »

5 DISCUSSION

5.1 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

5.1.1 VALIDITE INTERNE

En choisissant une méthodologie de type qualitative avec réalisation d'une investigation par entretiens semi-dirigés, chaque personne interrogée a pu prendre la parole de manière libre. Cela devrait satisfaire la validité interne de cette étude.

Les critères utilisés pour l'échantillonnage nous permettaient de recueillir une grande diversité de réponses. Néanmoins, nous n'avons obtenu qu'un échantillon de neuf médecins généralistes pour participer à l'étude. Compte-tenu de ce petit nombre de participants, la saturation des données n'a sans doute pas été atteinte. Si nous n'avons pas réussi à interroger de médecin provenant de la province du Luxembourg, notre échantillon de personnes interrogées était cependant relativement diversifié en termes d'âge et de type de pratique de la médecine générale.

Toutes les personnes sélectionnées pour participer à cette étude présentaient tous les critères d'inclusion et aucuns critères d'exclusion fixés préalablement.

5.1.2 BIAIS INTERNES

Dans une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés, il nous est impossible de vérifier la véracité des propos tenus par les personnes interrogées.

Le principal biais interne réside dans le fait que la tutrice de ce TFE fait partie de l'association *Tels Quels*. Néanmoins, tout au long de l'élaboration de ce travail, avec l'aide et le soutien de notre promotrice le Dr Valérie Lebrun, n'appartenant pas à cette association, nous avons fait attention à rester le plus neutre possible.

5.1.3 BIAIS EXTERNES

Dans un souci de commodité pour les personnes interrogées, toutes les interviews se sont déroulées soit au cabinet du médecin généraliste, soit par vidéoconférence. Le cabinet du médecin généraliste ne représente pas un terrain neutre pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Il est donc possible que les personnes interrogées ne se soient pas senties totalement à l'aise pour évoquer leurs idées.

Aussi, compte-tenu du fait que nous avons le statut d'assistante en médecine générale et que l'échantillon est composé d'autres assistants et de médecins généralistes agréés, il est possible que certaines personnes ne se soient pas senties complètement à l'aise pour s'exprimer librement à cause du rapport de force « enquêtrice-médecin ».

Enfin, la surcharge de travail des médecins généralistes liée à la pandémie de SARS-COV-19 a pu empêcher certaines personnes de participer à notre étude.

5.1.4 BIAIS DE SÉLECTION

Un biais de sélection important peut être révélé par la méthode de recrutement. Nous avons envoyé des mails et passé des appels téléphoniques à des médecins sur base du bouche à oreille et sur base d'une liste de médecins formés aux vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF fournie par le projet *Go to Gynéco !*. Nous connaissions certains médecins de près ou de loin, ce qui a pu influencer leurs réponses.

Nous n'avons pas su avoir d'entretien avec des médecins de la province du Luxembourg alors que la question de recherche s'adresse à tous les médecins en Belgique francophone. Cela appauvrit la diversité des profils des répondants.

5.1.5 BIAIS D'INFORMATION

Au cours du recueil des données, il est possible que notre manière d'interroger ait influencé le discours des personnes interviewées. Nous avons veillé à poser des questions ouvertes et neutres afin de ne pas influencer les réponses des personnes interrogées, mais il est possible que lors de certains entretiens, les questions aient été trop orientées. Certains participants ont peut-être ressenti de la lassitude et adopté un comportement d'évitement suite à l'excès de questions ouvertes et la durée des entretiens.

5.1.6 BIAIS D'INTERPRÉTATION

Bien que la validité des résultats aurait pu être renforcée par une triangulation de l'analyse, les résultats ont été interprétés par une seule personne.

Nous avons tenté de rester neutre dans l'élaboration de ce travail et l'analyse des résultats. Cependant, nous pouvons avoir été influencée par les connaissances que nous avons acquises au cours de la recherche de littérature sur le sujet, des discussions que nous avons eue avec notre tutrice et par notre posture de femme et de féministe.

5.1.7 CONFLITS D'INTÉRÊTS

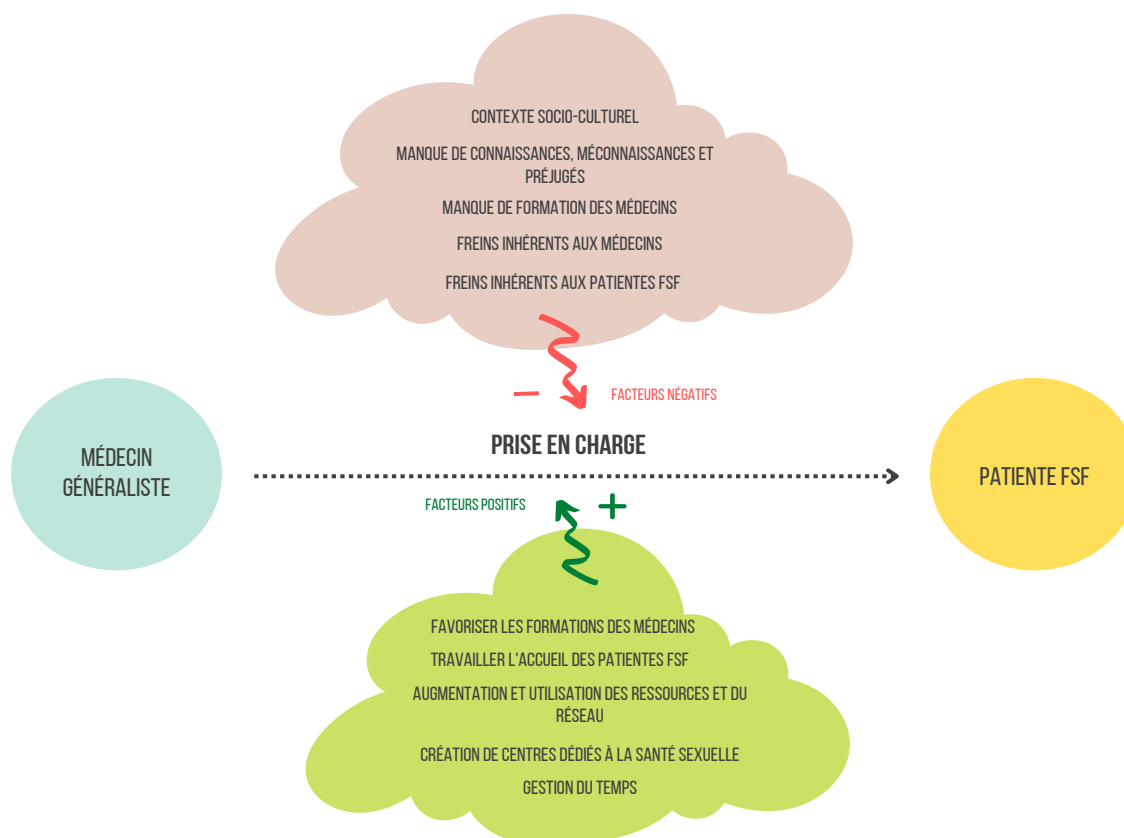
Nous déclarons ne pas avoir de conflits d'intérêts, ne pas être financée pour la réalisation de ce TFE et ne pas avoir financé l'association « *Tels Quels* » de notre tutrice qui a accepté de collaborer dans la réalisation de ce travail.

5.2 INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Cette section a pour but d'interpréter et de discuter les résultats. Il s'agit également de répondre à la question de recherche : « Comment les médecins généralistes, en Belgique francophone, prennent-ils en charge les patientes ayant des relations sexuelles avec des femmes en termes de prévention et de suivi de leur santé globale ? ». Par ailleurs, comme évoqué dans l'introduction, la question de la prise en charge des médecins généralistes ne peut pas être abordée sans prendre en compte les facteurs qui l'influencent. Nous terminerons la discussion avec des perspectives d'amélioration pour la prise en charge de la santé des FSF en médecine générale.

Ci-dessous, voici un schéma reprenant les grands thèmes du point « **4. Résultats** ».

FIGURE 3 : Schéma reprenant les principaux résultats



5.2.1 QUELLE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE GLOBALE DES PATIENTES FSF ?

La **connaissance de l'OS** des patientes FSF représente la toute première étape nécessaire et indissociable à la prise en charge de leur santé globale. Bien que la question de recherche ne vise pas à décortiquer en détail le thème du questionnement de l'OS, il nous semble justifié de s'y attarder un instant avant de détailler l'expérience, les connaissances et la pratique des médecins généralistes à propos des vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF.

En effet, si on ne connaît pas l'OS de ses patientes FSF, on ne peut pas prendre en charge leurs vulnérabilités de santé spécifiques. D'ailleurs, les répondants de notre étude reconnaissent volontiers que la connaissance de l'OS de leurs patients peut se révéler pertinente et influencer leur prise en charge future. Bjorkman et Malterud (2007) abondent en ce sens, expliquant que la connaissance de l'OS de sa patiente peut se révéler médicalement pertinente [26].

Malgré tout, le questionnement de l'OS des patientes reste une étape délicate pour les répondants. Ceux-ci mentionnent son caractère intime, expriment la peur qu'ils ont d'être intrusifs, de brusquer, de choquer ou encore de vexer les patientes et expliquent ne pas toujours se sentir à l'aise et être parfois réticents pour l'aborder. McNair (2009) explique que les médecins manquent d'expérience dans la facilitation de la divulgation de l'OS et ont parfois peur d'être intrusifs [39]. Et Bayen, Ottavio, Martin et al. (2020) estiment que les soignants présentent encore des difficultés à questionner l'OS et les comportements sexuels de leurs patientes et que celles-ci ont parfois aussi du mal à la dévoiler [40]. A noter que les répondants formés, même s'ils se sentent plus à l'aise pour aborder l'OS en consultation, perçoivent encore cette étape comme difficile (*cfr.* le point « **5.2.3** »).

D'ailleurs, un répondant ajoute que le questionnement de l'OS de manière répétée peut se révéler lourd et stigmatisant pour les patientes FSF, leur rappelant sans cesse qu'elles présentent des vulnérabilités de santé qui leur sont spécifiques. Il est vrai qu'à chaque nouvelle rencontre, y compris chez le médecin généraliste, les patientes doivent choisir de divulguer ou non leur OS, comme nous le rappelle Bjorkman et Malterud (2007) [26]. En outre, des répondants estiment que l'existence d'un tabou autour de la sexualité dans la société n'aide pas les médecins généralistes à questionner l'OS de leurs patientes et celles-ci à la dévoiler.

Les résultats montrent que certains répondants développent diverses stratégies pour arriver à aborder l'OS en consultation : questionnement direct ou indirect de l'OS, banalisation, naturalisation et justification de la question, création d'une relation de confiance, d'un environnement et d'un comportement accueillants, évitement de la présomption d'hétérosexualité, etc.

Tel que mentionné dans l'étude de Grosse (2021), la multiplicité des moyens et astuces employés par les répondants afin d'aborder cette question nous laisse penser que les médecins manquent de formation à ce sujet. En effet, les techniques employées dépendent de la sensibilité du soignant sur le sujet et peuvent déboucher sur d'éventuelles maladresses et discriminations [41]. Par exemple, certains répondants ciblent les patients avec qui ils abordent la question de l'OS, se basant sur les comportements et stéréotypes appartenant aux minorités sexuelles. Cela nous amène à réfléchir sur la question des préjugés et stéréotypes qui persistent chez certains médecins généralistes, sur l'influence qu'ils ont dans leurs prises en charge et sur la manière dont s'en débarrasser.

Les résultats font également apparaître que de nombreux répondants préfèrent questionner de manière indirecte l'OS de leurs patients. Or, Grant, Nash et Hansen (2019) et Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) montrent que le questionnement direct de l'OS par l'utilisation de questions ouvertes est à préférer car il permet de favoriser la divulgation de l'OS [42,40].

Un élément intéressant soulevé par quelques répondants est l'intérêt de justifier le questionnement de l'OS. Expliquer la raison pour laquelle on pose cette question revient en réalité à métacommuniquer⁵ et permet de contextualiser son propos afin de favoriser sa compréhension [43].

De plus, Bjorkman et Malterud (2007) estiment qu'une attitude et un environnement ouvert et inclusif ainsi que des techniques de consultation telles que la non-présomption d'hétérosexualité peuvent aider à surmonter la non-divulgation de l'OS des patientes [26].

Enfin, une fois l'OS du patient connue, les répondants expliquent qu'ils retiennent l'information ou qu'ils la notent dans leur dossier médical informatisé (DMI). Cependant, si cette inscription dans le DMI présente des avantages, elle soulève également la question du secret médical partagé et de la protection de la confidentialité. Il semble nécessaire de mettre en balance les risques et bénéfices d'une telle mesure.

Après avoir brièvement abordé la question de l'OS, nous allons maintenant discuter de **l'expérience, des connaissances et de la pratique des médecins généralistes** à propos des vulnérabilités de santé spécifiques aux patientes FSF.

On remarque que les vulnérabilités de santé qui sont les plus évoquées et auxquelles les répondants prêtent le plus attention chez les patientes FSF sont les problèmes de santé mentale (davantage de troubles anxieux, de dépressions et de tentatives de suicide), de santé sexuelle (davantage de risques d'IST et moindre dépistage des IST) et de suivi gynécologique (moindre recours aux dépistages par frottis de col de l'utérus et mammographie). Les répondants ont tendance à questionner leurs patientes FSF sur leur état de santé mentale et leur proposer des dépistages IST et gynécologiques.

En effet, dans la littérature, Knight et Jarrett (2017) et Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) expliquent que les FSF courent un risque disproportionné de problèmes de santé mentale, de contraction d'IST et de cancers du sein et du col de l'utérus [16,40]. D'ailleurs, Knight et Jarrett (2017) et McNair (2009) recommandent aux médecins généralistes de dépister les IST au même titre que toutes les femmes et de discuter des pratiques à risque et des moyens de protection avec les patientes FSF [16,39]. Sans oublier de leur rappeler la nécessité de réaliser régulièrement un frottis de col de l'utérus [39].

⁵ C'est-à-dire l'art de communiquer sur sa propre communication au niveau de son contenu ou de la relation.

Si les répondants semblent suivre ces recommandations, on observe que les moyens de protection contre les IST disponibles pour les FSF restent néanmoins peu connus et proposés par ceux-ci ; ils n'en mentionnent que quelques-uns chacun et leur caractère peu pratique est évoqué. En effet, McNair (2009) explique que l'utilisation de protections en latex est rare chez les FSF [39]. On observe également une certaine réticence de la part des répondants à proposer un moyen de contraception aux patientes FSF. Si certains ne perçoivent pas l'utilité de l'emploi d'un contraceptif chez ces patientes, un autre répondant estime que cette proposition risque de lui faire sentir, si elle vient de dévoiler le fait qu'elle est lesbienne, qu'on ne reconnaît pas son OS comme légitime et qu'on ne l'a pas écoutée. Pourtant, McNair (2009) rappelle que certaines FSF peuvent avoir des relations sexuelles avec des hommes et avoir besoin de conseils en matière de contraception [39]. Puis, certaines FSF peuvent avoir besoin d'une contraception pour améliorer le confort de leurs cycles menstruels (régulariser leur cycle, réduire les dysménorrhées, etc).

Ces résultats concordent avec ceux de l'étude réalisée par Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) qui montrent que les médecins généralistes effectuent un suivi gynécologique plus pauvre chez les FSF en comparaison aux femmes hétérosexuelles ; ils parlent moins de contraception et des barrières de protection contre les IST [40]. Il faut par contre noter que, contrairement aux conclusions de Bayen, Ottavioli, Martin et al (2020), les répondants de notre étude proposent le dépistage des IST à leurs patientes.

Quant au reste des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, Knight et Jarrett (2017) épinglent que les FSF sont plus à risque de consommation de tabac, d'alcool et de drogues, d'obésité, de facteurs de risque cardiovasculaire, de diabète de type II et sont aussi vulnérables au rejet familial, à la stigmatisation, aux préjugés, à l'homophobie et aux violences [16]. Les résultats de notre étude font apparaître que les répondants ne connaissent que partiellement le reste de ces vulnérabilités de santé.

Si les répondants expliquent être attentifs aux violences conjugales chez les patientes FSF, au même titre que les hétérosexuelles, on remarque néanmoins que la question des assuétudes est juste mentionnée par un répondant, bien que Knight et Jarrett (2017) et McNair (2009) recommandent également aux médecins de questionner les patientes sur leur consommation de substances, de tabac et d'alcool [16,39]. Il semblerait que cette question soit peu abordée en consultation par les médecins généralistes. Par contre, la question de la procréation est investiguée par les répondants, tout comme McNair (2009) le conseille [39].

D'ailleurs, concernant l'identification des vulnérabilités de santé des patientes FSF, notre étude montre que les répondants formés et sensibilisés à ces questions semblent plus performants que ceux qui ne le sont pas. En effet, les répondants non-formés présentent divers préjugés et méconnaissances

à propos de la santé des FSF, ce qui implique que nombre des vulnérabilités de santé restent invisibles à leurs yeux, induisant une non prise en charge de celles-ci. Dans la littérature, Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) expliquent que les FSF souffrent d'invisibilité en médecine générale, par manque de formation et de recherche [40].

5.2.2 QUELS FACTEURS INFLUENCENT LA PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS ?

Nous allons maintenant discuter des facteurs qui influencent la prise en charge de la santé globale des FSF par les médecins généralistes. Les facteurs repérés par les répondants sont classés en cinq thèmes : le contexte socio-culturel ; le manque de connaissance, les méconnaissances et les préjugés des médecins généralistes ; le manque de formation des médecins généralistes ; les freins appartenant aux médecins généralistes et ensuite, aux FSF.

Le **contexte socio-culturel** dans lequel s'inscrivent les FSF et les médecins généralistes peut représenter un frein dans la prise en charge de ces patientes en médecine générale.

Les répondants estiment que, malgré leur évolution, tant la société que la médecine sont encore empreintes d'hétéronormativité et d'homophobie. Il s'agit de deux comportements qui peuvent amener les patientes FSF à éviter les institutions de santé, induire un retard de prise en charge de certaines pathologies et participer au constat selon lequel les FSF présentent une moins bonne santé que la population générale.

En effet, Knight et Jarrett (2017) et Dullius, Martins et Cesnik (2019) estiment que malgré l'évolution des mœurs et des changements dans la société, les FSF restent plus à risque pour certains problèmes de santé et rencontrent encore de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé [16,46].

A propos de l'hétéronormativité, Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) et Grant, Nash et Hansen (2019) expliquent que l'utilisation de la présomption d'hétérosexualité est encore fort répandue dans les soins de santé [40,42].

Concernant l'homophobie, on observe que Grant, Nash et Hansen (2019) abondent dans le sens des répondants en expliquant que la LGBT-phobie, la stigmatisation et les discriminations du public LGBTQIA+ se retrouvent aussi dans le domaine de la santé [42]. Et, aussi bien l'analyse de Perin (2006) que l'article de Knight et Jarrett (2017) expliquent que le vécu d'expériences négatives hétérosexistes ou lesbophobes dans le parcours de soins des patientes FSF peut en conduire certaines à éviter le milieu médical, par phénomène de lesbophobie intériorisée et d'anticipation des discriminations [44,16].

L'hétéronormativité et l'homophobie sont à la source du concept de théorie du stress minoritaire, que l'on a déjà abordé en *supra* (cfr. le point « **2. Connaissances générales** »). Pour rappel, les FSF sont soumises avec l'hétérosexisme à des facteurs de stress spécifiques distaux qui sont objectifs (harcèlement, discriminations, violences et rejet) et qui peuvent engendrer d'autres facteurs de stress proximaux qui sont subjectifs tels que de l'anticipation d'évènements négatifs et de stigmatisation, le non-dévoilement de leur OS ou de l'homophobie intériorisée. Et une des manières de répondre à cet excès de stress peut notamment être l'évitement des structures de soins [24].

En outre, si tous les répondants sont conscients d'avoir une certaine proportion de FSF dans leur patientèle, certains expliquent que les chiffres sont probablement sous-estimés car les FSF sont invisibilisées dans la société et qu'il existe un manque de questionnement de l'OS par les médecins. Dès lors, pensant qu'ils rencontrent peu de FSF, certains médecins manquent d'intérêt envers elles.

D'après les répondants, à ces comportements qui invisibilisent les FSF et leur font éviter les structures de soins, s'ajoutent d'autres facteurs socioculturels ayant un impact négatif sur la prise en charge de ce public. Il s'agit notamment du manque de dépistages IST chez les patientes FSF lié à la focalisation des dépistages sur les HSH (suite à l'épidémie de VIH dans les années 1980) et aux fausses croyances qui circulent au sein de la société et du milieu médical sur l'immunité des FSF vis-à-vis des IST.

Le **manque de connaissances, les préjugés et les méconnaissances** des médecins généralistes et des patientes FSF elles-mêmes à propos de leurs vulnérabilités de santé représentent un obstacle majeur évoqué par les répondants dans la prise en charge des FSF en médecine générale.

Notamment, on observe que certains répondants non-formés ne perçoivent pas l'existence d'inégalités de santé ou d'obstacles dans l'accès aux soins de santé chez les patientes FSF. D'ailleurs, au cours des entretiens, certains expriment les difficultés qu'ils ont déjà rencontrés avec les patientes FSF, se questionnent sur la bonne prise en charge à réaliser chez elles ou vers qui les référer et expliquent qu'ils manquent de connaissances sur le sujet.

Dans la littérature, Grant, Nash et Hansen (2019) pensent que le manque de connaissances et de sensibilisation des soignants contribue de manière majeure aux expériences négatives de soins de santé de ces patientes [42]. En outre, le manque de connaissances des médecins généralistes est mentionné par de nombreux auteurs sur divers propos ; les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, les informations et les soins à fournir en matière de santé mentale et sexuelle, la facilitation de la divulgation de l'OS et les ressources disponibles pour les patients LGBTQIA+ [16,44,39,45].

D'après un répondant le manque de connaissances des médecins génère une double peine pour les FSF : d'un côté elles présentent une moins bonne santé que la population générale et d'un autre côté,

les médecins, qui ont pour rôle de prendre en charge leur santé, ne le reconnaissent pas et ne connaissent pas les vulnérabilités de santé qui leurs sont spécifiques et sont à prendre en charge. Ce phénomène révèle le caractère injuste de la situation sanitaire des patientes FSF et soulève la question du rôle du médecin généraliste et de sa responsabilité dans l'amélioration de la santé globale des FSF.

Un autre élément intéressant relevé par une répondante est que certaines patientes FSF peuvent ressentir le manque de connaissances des médecins et avoir peur d'être jugées, incomprises ou de ne pas obtenir de réponse à un questionnement.

Outre le manque de connaissances des médecins, les répondants ont également soulevé le manque de connaissances des FSF sur leur santé. Un répondant expliquait que soit les patientes FSF ne savent pas qu'elles présentent des vulnérabilités de santé qui leurs sont spécifiques et qu'elles ont une moins bonne santé que la population générale, soit elles le savent mais décident de le nier à cause du caractère péjoratif qui y est associé. Dans les deux cas, cela met en exergue le manque de sensibilisation sociétal et médical sur l'existence de vulnérabilités de santé spécifiques au public FSF et la difficulté qu'ont certaines FSF d'assumer ces spécificités de santé.

Les répondants ont également identifié des préjugés et méconnaissances qui circulent parmi les médecins généralistes et les patientes FSF. En particulier, on remarque chez les répondants non-formés la présence de certaines méconnaissances à propos de la santé des patientes FSF, celles-ci étant parfois partagées par les patientes FSF elles-mêmes. Notamment, le fait que les FSF auraient un moindre risque de contracter des IST, de subir des violences conjugales, de consommer des drogues ou qu'elles ne nécessitent pas de suivi gynécologique régulier. Ces méconnaissances prennent leur source dans les préjugés et fausses croyances qui circulent dans la société et le milieu médical, comme le fait qu'en l'absence de pénétration, il n'y a pas de risque de contracter d'IST ou qu'elles n'ont pas besoin d'aller chez le gynécologue vu qu'elles n'utilisent pas de contraception et sont moins amenées à avoir des enfants. Dès lors, certaines FSF ne se sentent pas concernées par les dépistages des IST ainsi que des cancers du sein et du col de l'utérus et certains médecins ne proposent pas de dépistages, induisant un retard de prise en charge de diverses pathologies. En effet, selon McNair (2009), certaines FSF se pensent immunisées contre les IST, ce qui les amène à utiliser des comportements sexuels plus à risque et à réaliser moins de frottis de col de l'utérus ou de vaccins contre l'HPV [39].

Bien que les médecins généralistes occupent une place de choix pour aborder les disparités de santé des patientes FSF, les répondants de notre étude estiment, comme Knight et Jarrett (2017), qu'ils **manquent de formations** et de sensibilisation sur le sujet et contribuent involontairement aux obstacles auxquels font face les FSF dans l'accès aux soins de santé [16]. Une répondante estime que certaines patientes FSF peuvent être réticentes à se confier à leur médecin généraliste et dévoiler leur

OS si elles pensent qu'il n'est pas formé. D'ailleurs, une revue systématique réalisée par Dullius, Martins et Cesnik (2019) conclut qu'il est nécessaire de former les soignants afin d'offrir aux patients LGBTQIA+ une meilleure prise en charge de leur santé, compte-tenu des obstacles qui persistent [46].

Le manque de formations des médecins généralistes sur les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF serait lié à divers éléments selon les répondants. Notamment, au manque de sensibilisation sur l'existence de vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, cet élément n'ayant jamais été abordé dans le cursus médical de base des répondants interrogés. Mais aussi, au manque de visibilité de ces formations et au manque de visibilité des patientes FSF dans leur pratique. Il en découle un manque d'intérêt des médecins généralistes pour le sujet et un manque de perception de l'utilité et de la rentabilité de ces formations, ceux-ci étant soumis à de nombreuses propositions de formations.

Ensuite, les répondants non-formés estiment qu'une formation leur serait utile car ils se sentent globalement incompetents dans la prise en charge de la santé des patientes FSF. Un répondant explique que son ignorance à propos des spécificités de santé des patientes FSF participe à son sentiment de compétence et qu'il ne se sentirait probablement pas aussi compétent s'il était informé et formé. La prise de conscience de l'étendue des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF permet donc, dans une certaine mesure, de réaliser la plus-value d'une formation.

Après avoir parcouru l'influence du contexte socio-culturel et du manque de connaissances et de formations des médecins généralistes sur leur prise en charge de la santé des patientes FSF, nous allons maintenant discuter des **freins appartenant aux médecins généralistes** eux-mêmes.

Comme nous l'expliquions en *supra* (cfr. le point « 5.2.1 »), la connaissance de l'OS des patientes FSF représente la toute première étape nécessaire et indissociable à la prise en charge de leur santé globale. Or, le questionnement de l'OS des patientes reste une étape délicate et certains répondants sont réticents à l'aborder en consultation.

Des répondants soulèvent également que certains médecins généralistes manquent d'intérêt et d'ouverture sur le sujet, ce qui peut représenter un autre frein dans une prise en charge de qualité des patientes FSF en médecine générale.

Tous les répondants s'accordent sur le fait que la prise en charge des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF influence la qualité des soins qu'elles reçoivent. Ceci étant, les entretiens ont fait ressortir une tension entre égalisation et individualisation des prises en charge. D'une part, les répondants veulent traiter toutes les patientes de la même façon pour ne pas stigmatiser les patientes FSF et d'autre part, ils souhaitent prendre en compte les spécificités de santé des FSF afin de leur prodiguer les soins les plus adaptés, sans les discriminer.

Si l'équilibre entre ne pas stigmatiser et ne pas discriminer semble difficile à atteindre pour nombre de répondants, l'un d'eux explique qu'il est en fait nécessaire de traiter les patientes FSF comme toutes les autres patientes, mais tout en se rappelant qu'il existe des spécificités de santé chez elles. En effet, Knight et Jarrett (2017) expliquent que la plupart des problèmes de santé des FSF sont les mêmes que pour n'importe quelle femme, bien que certains risques soient surreprésentés chez elles [16]. Et l'analyse de Perin (2006) rappelle que dans une situation sociale inégalitaire, traiter de manière identique des personnes se révèle en fait discriminatoire [44].

Si les médecins généralistes peuvent représenter un obstacle dans la prise en charge de la santé des FSF, il existe également des **freins appartenant aux patientes FSF**.

Certaines FSF sont réticentes que l'on aborde leur OS car elles ont peur d'être jugées, sont pudiques ou mal à l'aise avec cette question. La connaissance de longue date de son médecin généraliste ou la peur du non-respect de la confidentialité peuvent représenter d'autres freins au dévoilement de leur OS à leur médecin. En effet, Bjorkman et Malterud (2007) expliquent que certaines patientes, bien qu'elles souhaitent divulguer leur OS à leur médecin, pensant que cela peut améliorer leurs soins de santé, craignent parfois une réaction négative ou une sur-réaction de la part du soignant, notamment par l'existence de préjugés [26].

En outre, en lien avec les éléments que nous avons développés en *supra* sur le contexte socio-culturel, certains répondants évoquent l'existence d'une double stigmatisation subie par des patientes FSF comme constituant un autre frein dans l'accès aux soins. En tant que femme et homosexuelle, la patiente FSF peut être soumise à la fois au sexisme et à l'homophobie, on parle alors de lesbophobie.

5.2.3 QUELLES PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION DE PRISE EN CHARGE ?

Après avoir discuté de la prise en charge de la santé des patientes FSF et des facteurs qui l'influencent, nous allons maintenant examiner les perspectives d'amélioration de prise en charge de leur santé par les médecins généralistes. Celles-ci se regroupent en quatre thèmes : la formation des médecins généralistes ; le travail de l'accueil et de la gestion du temps ; la connaissance, la création et l'utilisation du réseau et des ressources ; la création de centres dédiés à la santé sexuelle.

Pour commencer, les répondants considèrent que la **formation des médecins généralistes** aux vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF représente la plus grande perspective d'amélioration. En effet, ils estiment que tous les médecins généralistes devraient être formés et s'intéresser au sujet.

A ce propos, Dullius, Martins et Cesnik (2019) confirment l'importance de la formation des soignants vu son impact positif dans l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ et Grant, Nash et Hansen

(2019) expliquent que cette formation est nécessaire pour soutenir la pratique médicale inclusive LGBTQIA+ [46,42].

Les répondants qui ont reçu une formation expliquent se sentir davantage compétents dans leur prise en charge des patientes FSF ; ils sont plus à l'aise pour les accueillir, les référer, questionner l'OS ou réaliser de la prévention en santé sexuelle. De plus, ils ont acquis des connaissances, systématisé, simplifié et rendu moins stigmatisantes leurs prises en charge (notamment à propos des dépistages d'IST et gynécologiques). Ils estiment aussi être plus proactifs à propos de la prévention et ont déconstruit certains de leurs préjugés. Sur ce dernier point, Grant, Nash et Hansen (2019), Dullius, Martins et Cesnik (2019) et Taliaferro, Mishtal, Chulani et al. (2021) évoquent l'importance de reconnaître et d'éliminer les préjugés implicites contre les minorités sexuelles présents chez les médecins généralistes, notamment à travers une formation [42,46,45].

Néanmoins, ce sentiment de compétence procuré par la formation est nuancé par un répondant qui explique que les patientes FSF représentent le public pour lequel il se sent le moins armé de toute la communauté LGBTQIA+, à cause du manque de littérature scientifique disponible à leur propos. En plus de participer à l'invisibilisation des FSF dans le domaine médical, cela l'empêche de réaliser une prise en charge optimale chez ces patientes. Knight et Jarrett (2017) dénoncent également le manque de recherches scientifiques de qualité et de guidelines fondées sur des données probantes à propos de la santé des FSF [16].

En outre, si les répondants formés semblent plus à l'aise pour aborder l'OS en consultation, ils perçoivent encore cette étape comme difficile. Cela nous amène à penser qu'une formation ciblée sur la communication autour du questionnement de l'OS en médecine générale pourrait être utile aux médecins généralistes. Notamment, Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) et McNair (2009) pensent que les médecins devraient améliorer leur communication en matière de santé afin d'être plus à l'aise et sensibilisés au questionnement de l'OS des patients [40,39].

Pour inciter les médecins généralistes à suivre une formation sur les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, il ressort des entretiens qu'il faut d'abord leur faire prendre conscience de : l'existence de vulnérabilités, l'impact que représente la non prise en compte de celles-ci sur la santé des FSF et la proportion de FSF dans leur patientèle. Notamment, l'étude de Grant, Nash et Hansen (2019), montre qu'il est nécessaire d'améliorer les connaissances des médecins et de leur faire prendre conscience de l'existence de fluidité sexuelle chez les patients ; si les praticiens pensent qu'ils n'ont pas de patients LGBTQIA+, ils ne s'éduqueront pas sur les pratiques inclusives [42]. Afin de toucher davantage de médecins, il est nécessaire de travailler en amont sur leur sensibilisation et conscientisation.

Sur la forme, les répondants mentionnent l'utilité de la création de formations continues pour les médecins généralistes. Néanmoins, la participation des médecins à des formations continues va dépendre de leur intérêt pour le sujet, du caractère accrédité ou non de la formation et de la forme sous laquelle elle sera donnée. Les répondants envisagent ces formations sous de multiples formes ; rappels, journées de prévention, vignettes cliniques, quizz, e-learning, dodécagroupes, GLEMS, etc. Ils mentionnent la nécessité de rendre accessibles ces formations. En effet, Dullius, Martins et Cesnik (2019) et Grant, Nash et Hansen (2019) estiment qu'il faut offrir davantage d'opportunités de formation aux soignants et promouvoir l'accessibilité à l'enseignement et à l'apprentissage [46,42].

Sur le fond, Grant, Nash et Hansen (2019) estiment qu'il faudrait expliquer les besoins de santé spécifiques des personnes LGBTQIA+, aider à la reconnaissance des préjugés implicites et donner des techniques ou scénarios d'entretien ainsi que des ressources disponibles à partager auprès des patients [42]. Les répondants formés ont également souligné ces éléments comme centraux dans les apports de leur formation. En outre, Dullius, Martins et Cesnik (2019) expliquent que les soignants doivent acquérir une base théorique et technique approfondie et développer des compétences comportementales pour faciliter la prise en charge des patients LGBTQIA+. Notamment, en leur fournissant des protocoles, modèles théoriques et des guidelines pour aider les soignants dans leurs prises en charge [46]. D'ailleurs, les répondants relèvent aussi l'importance de fournir dans ces formations des données épidémiologiques et des guidelines. Ils ajoutent que les médecins généralistes recherchent du pratico-pratique.

Un élément intéressant relevé par plusieurs répondants est que ce sont souvent les médecins déjà sensibilisés au sujet qui participent à ce genre de formation. Dans ce contexte, il semble difficile d'atteindre les médecins non préalablement sensibilisés au sujet, alors que ce sont eux qui en auraient le plus besoin.

Dès lors, naît l'idée de l'inclusion de cette formation dans le cursus médical de base des médecins, afin de sensibiliser davantage de médecins sur le sujet. Un répondant ajoute que cette formation de base pourrait être approfondie durant l'assistantat des médecins, selon leur spécialisation. Cela concorde avec les résultats de l'étude de Grant, Nash et Hansen (2019) qui montre la nécessité de créer une formation dans le cursus médical de base, de manière intégrée et longitudinale, sur plusieurs années d'études [42].

Pour résumer, comme nos répondants le mentionnent, Dullius, Martins et Cesnik (2019) pensent qu'il faut former à la fois les étudiants en médecine en incluant des disciplines spécifiques dans ce domaine dans leur cursus médical de base et les professionnels de la santé actifs dans le milieu du travail par la création de formations continues [46].

Une autre perspective d'amélioration de la prise en charge des patientes FSF consiste à **travailler l'accueil et la gestion du temps**. Selon les répondants, cela implique notamment la création d'un environnement et d'un cadre de soins accueillants pour les personnes LGBTQIA+, par la mise en place d'affiches, de brochures ou d'arc-en-ciel LGBT-friendly dans la salle d'attente ou le cabinet de consultation. Mais aussi, l'amélioration de la communication avec la patiente par l'utilisation du langage inclusif, d'une attitude non-jugeante, de la non-présomption d'hétérosexualité et de la banalisation et justification du questionnement de l'OS.

La littérature consultée à ce propos est globalement en accord avec ce que les répondants ont identifiés. En effet, McNair (2009) explique que les patientes FSF sont plus susceptibles de divulguer leur OS si l'environnement est perçu comme accueillant, si le médecin généraliste présente une attitude non-jugeante et réceptive. Il ajoute que l'anamnèse sexuelle peut être facilitée par l'utilisation du langage inclusif et l'explication de la pertinence et la normalisation des questions posées [39]. Cependant, Knight et Jarrett (2017) et Bayen, Ottavioli, Martin et al. (2020) ajoutent que le rappel de la confidentialité aux patientes est important [16,40].

En outre, les répondants estiment qu'il est nécessaire de laisser le temps à la relation de se construire entre le médecin et la patiente FSF afin de créer une relation de confiance avec elle et faciliter l'abord de la question de l'OS. Il est également important de trouver et de prendre le temps en fixant des moments avec la patiente FSF pour faire de la prévention et prendre en charge globalement sa santé. D'ailleurs, Knight et Jarrett (2017) recommandent aux médecins généralistes d'établir une relation de confiance avec elles, afin de leur fournir des soins de santé optimaux [16].

La connaissance, la création et l'utilisation du réseau et des ressources représentent d'autres perspectives d'amélioration de prise en charge des patientes FSF en médecine générale mentionnées par les répondants. Dans le même ordre d'idée, Knight et Jarrett (2017) estiment qu'il est nécessaire de se familiariser avec les ressources pour pouvoir référer ou réorienter les patientes FSF vers un praticien LGBT-friendly si cela s'avère nécessaire [16]. Les ressources belges utiles mentionnées par les répondants sont notamment les sites internet *Go To Gynéco !* et *TTBM* ainsi que l'asbl *Maison Arc-en-ciel*.

Un dernier élément mentionné par des répondants pour améliorer la prise en charge de la santé des patientes FSF est **la création de centres dédiés à la santé sexuelle**. Bien que cet outil sorte quelque peu du cadre de la médecine générale classique, cela reste de la médecine de première ligne. Le questionnement de l'OS dans des centres où le cadre est déjà posé et où il existe un tabou en moins permettrait peut-être de faciliter la prise en charge de la santé des FSF.

6 CONCLUSION

Nous avons exposé que les FSF sont victimes d'inégalités et font l'objet de vulnérabilités de santé spécifiques qui impactent directement leur santé et participent au constat de leur moins bonne santé en comparaison à la population générale. La littérature scientifique dispose que l'amélioration de la qualité des soins des patientes FSF passe par la prise en charge spécifique de leur santé et la formation des médecins généralistes. Dans ce contexte, nous nous sommes interrogée sur l'expérience, les connaissances et la pratique des médecins généralistes belges vis-à-vis de la prise en charge de la santé globale de ces patientes.

Bien que la connaissance de l'OS des patientes FSF représente la toute première étape nécessaire et indissociable à la prise en charge de leur santé globale, son questionnement reste une étape délicate pour les médecins généralistes. Ceux-ci exposent de nombreux freins et réticences à son abord et utilisent diverses stratégies pour y parvenir, laissant penser qu'ils manquent de formation à ce sujet.

Ensuite, les vulnérabilités de santé les plus évoquées et auxquelles les médecins généralistes prêtent le plus attention chez les patientes FSF sont les problèmes de santé mentale, de santé sexuelle et de suivi gynécologique. Néanmoins, ils semblent effectuer un suivi gynécologique plus pauvre chez celles-ci en comparaison aux femmes hétérosexuelles en termes de contraception et de moyen de protection contre les IST. On observe aussi que le reste de ces vulnérabilités n'est que partiellement connu par les médecins, et en particulier chez ceux n'ayant pas suivi de formation.

Différents facteurs peuvent influencer la prise en charge de la santé globale des patientes FSF. Premièrement, malgré l'évolution de la société et de la médecine, toutes deux restent encore empreintes d'hétéronormativité et d'homophobie, amenant les patientes FSF à éviter les institutions de santé et retardant la prise en charge de certaines pathologies. Il ressort également de notre travail que l'invisibilisation de ces patientes dans la société et le milieu médical génère un manque d'intérêt des médecins envers cette population ; si les médecins semblent conscients d'avoir une certaine proportion de patientes FSF dans leur patientèle, elle est souvent sous-estimée, notamment par manque de questionnement de l'OS.

Ensuite, le manque de connaissances, les préjugés et les méconnaissances des médecins généralistes et des patientes FSF elles-mêmes à propos de leurs vulnérabilités de santé représentent un obstacle majeur dans leur prise en charge en médecine générale. Bien que les médecins généralistes occupent une place de choix pour aborder les disparités de santé des patientes FSF, certains médecins ne perçoivent pas l'existence d'inégalités de santé ou d'obstacles dans l'accès aux soins chez les FSF ou pensent qu'elles sont à moindre risque d'avoir des IST ou de subir des violences conjugales.

Le manque de connaissances des médecins est intimement lié à leur manque de formations sur le sujet, un autre facteur influençant la prise en charge des FSF. D'ailleurs, celui-ci prend sa source dans divers éléments : le manque de sensibilisation sur l'existence de vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF, de visibilité de ces formations et des FSF dans leur pratique. Il en découle un manque d'intérêt des médecins pour le sujet et un manque de la perception de l'utilité et de la rentabilité de ces formations. Néanmoins, on observe que la prise de conscience de l'étendue des vulnérabilités de santé des FSF, permet chez les médecins non-formés de réaliser, dans une certaine mesure, la plus-value d'une formation.

En dernier lieu, on remarque que divers freins inhérents aux médecins et aux patientes FSF peuvent influencer la prise en charge de leur santé. Notamment, la lesbophobie, le malaise, la pudeur ou encore la peur du jugement ou du non-respect de la confidentialité ont été identifiés chez les patientes FSF. Parmi les médecins généralistes, on retrouve le manque d'intérêt et d'ouverture sur le sujet ou encore la peur d'être intrusif, de choquer, vexer ou blesser les patientes. Et, si tous les médecins s'accordent sur le fait que la prise en charge des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF influence la qualité des soins qu'elles reçoivent, on observe une tension entre l'égalsation et l'individualisation des prises en charge.

Ainsi, la prise en charge de la santé des FSF est souvent incomplète et influencée par de nombreux facteurs inhérents à la société, aux médecins et parfois aux FSF elles-mêmes. Face à ce constat, diverses perspectives d'amélioration de prise en charge de la santé des FSF ont été mises en évidence.

La plus grande amélioration est la formation des médecins aux vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF. En effet, les médecins formés semblent et se disent davantage compétents dans la prise en charge des patientes FSF et sont notamment plus à l'aise pour les accueillir, les référer, questionner l'OS ou réaliser de la prévention en santé sexuelle. Il faut par contre ajouter que ce sont souvent les médecins déjà sensibilisés au sujet qui participent à ce genre de formation et qu'il est difficile d'atteindre les autres médecins, alors que ce sont eux qui en auraient le plus besoin. Pour inciter les médecins généralistes à suivre une formation, il est nécessaire de leur faire prendre conscience de la proportion de FSF dans leur patientèle, de l'existence de vulnérabilités de santé chez ces patientes et de l'impact de la non prise en compte de ces vulnérabilités sur leur santé. Et, s'il faut former les professionnels de la santé actifs dans le milieu du travail grâce à des formations continues, il est aussi important de former les étudiants en médecine en incluant des disciplines spécifiques dans leur cursus de base, afin de sensibiliser davantage de médecins sur le sujet.

En outre, le travail de l'accueil des patientes FSF, la gestion du temps, l'utilisation du réseau et des ressources ainsi que la création de centres dédiés à la santé sexuelle représentent d'autres pistes d'amélioration de la prise en charge de la santé des FSF.

Pour terminer, on ne peut s'empêcher d'observer que l'invisibilisation des FSF dans le domaine médical, notamment par manque de littérature scientifique, empêche les médecins généralistes de réaliser une prise en charge optimale de la santé globale chez ces patientes. Comme de nombreuses études scientifiques s'accordent à le dire, davantage de recherches à propos de la santé des patientes FSF devraient être réalisées, afin d'améliorer leur santé et la qualité des soins qu'elles reçoivent.

7 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Transgenre ; [cité le 09 fév 2022];[environ 5 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/transgenre>
- [2] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Queer ; [cité le 09 fév 2022];[environ 5 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/queer>
- [3] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Intersexe ; [cité le 09 fév 2022];[environ 4 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/intersexe>
- [4] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Asexuel ; [cité le 09 fév 2022];[environ 3 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/asexuel>
- [5] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Pansexuelle ; [cité le 09 fév 2022];[environ 2 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/pansexuelle>
- [6] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Cisgenre ; [cité le 09 fév 2022];[environ 3 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/cisgenre>
- [7] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Coming-out ; [cité le 09 fév 2022];[environ 3 écrans]. Disponible : https://fr.wiktionary.org/wiki/coming_out
- [8] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; janv 2022. Intersectionnalité ; [cité le 09 fév 2022];[environ 3 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/intersectionnalit%C3%A9>
- [9] Mimeault I. Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes [En ligne]. Montréal (CA): Réseau québécois d'action pour la santé des femmes; mai 2003 [cité le 31 janv 2022]. Disponible : <https://rqasf.qc.ca/files/sante-lesbiennes.pdf>
- [10] Berrut S. Les lesbiennes en consultation gynécologique : enquête qualitative en Suisse romande [Mémoire en ligne]. Genève (CH): Université de Genève; 2015 [cité le 01 mars 2021]. Disponible : http://doc.rero.ch/record/259101/files/S.Berrut_lesbiennes_en_consultation_gynecologique_def.pdf

- [11] Stultjens E. Les oubliées de la santé sexuelle : les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes [En ligne]. Bruxelles (BE): Femmes prévoyantes socialistes; 2018 [cité le 06 mars 2021]. Disponible : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/11/Analyse2018-sante-sexuelle-lesbiennes.pdf>
- [12] Balthasar H, Berrut S, Bize R, Charrière E, Medico D, Volkmar E et al. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations [En ligne]. Lausanne (CH): PREOS; aout 2012 [cité le 02 fév 2022]. Disponible : https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Preos_2012_LGBT.pdf
- [13] Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn, Aujean S, Pinto N et al. Health 4 LGBTI. State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people [En ligne]. Bruxelles (BE): Commission européenne; juin 2017 [cité le 02 fév 2022]. Disponible : <https://www.ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/health/health4lgbti>
- [14] Genon C, Chartain C, Delebarre C. Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions. Genre, sexualité & société [En ligne]. Mars 2009 [cité le 05 fév 2022];[environ 26 p.]. Disponible : <https://doi.org/10.4000/gss.951>
- [15] Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Rev Med Suisse. 2011 [cité le 05 fév 2022];3(307):1712-1717. Disponible : https://www.revmed.ch/view/514141/4205289/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2011-31s_sa08_art08.pdf
- [16] Knight DA, Jarrett D. Preventive Health Care for Women Have Sex with Women. Am Fam Physician [En ligne]. 2017 [cité le 06 fév 2022];95(5):314-321. Disponible : <https://www.aafp.org/afp/2017/0301/afp20170301p314.pdf>
- [17] OCDE. Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE. Chapitre 1 : Le défi LGBT ; comment améliorer l'intégration des minorités sexuelles et de genre ? [En ligne]. Paris (FR):Éditions OCDE;2019 [cité le 06 fév 2022]. Disponible : <https://doi.org/10.1787/e9e2e91e-fr>
- [18] Billet A. Les motifs d'engagement des médecins généralistes dans un processus de formation sur les spécificités dans la prise en charge des femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes [Mémoire en ligne]. Liège (BE): Université de Liège; 2021 [cité le 06 fév 2022]. Disponible : <http://hdl.handle.net/2268.2/11258>

- [19] Delebarre C. Sexualité entre femmes : une clinique particulière ? Éléments de compréhension pour une meilleure prise en charge des FSF (femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes) en santé sexuelle. *Sexologies*. 2019;28(3):96-103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.05.011>
- [20] Collet M. Terrain : lesbiennes et VIH (Des besoins de santé ignorés). Arcat [En ligne]. [cité le 20 mars 2021];[environ 3 écrans]. Disponible : <https://www.arcat-sante.org/infos-cles/vih/terrain-lesbiennes-et-vih-des-besoins-de-sante-ignores/>
- [21] Lohman L, Vittori L. Queering SRHR. Report on the state of Sexual and Reproductive Health and Right of LGBTIQ people in Europe [En ligne]. Bruxelles (BE):Inspire;2019 [cité le 07 fév 2022]. Disponible : https://ac773e1c-4524-438e-87f7-68add9aae78f.filesusr.com/ugd/75991f_eebb775d90f34c73a8f00dd89a25c48c.pdf
- [22] Monheim M, Meunier P. LGBTQI+, des patient-e-s aux besoins spécifiques. Santé sexuelle, santé mentale. Santé conjugée [En ligne]. 2019 [cité le 05 fév 2022];(86):20-22. Disponible : <https://www.maisonmedicale.org/Sante-sexuelle-sante-mentale.html>
- [23] Arc S, Barthe S, Bois J, Combe V, Leibowicz T, Lootgieter L et al. Enquête sur la visibilité des lesbiennes et la lesbophobie [En ligne]. Paris (FR):SOS Homophobie;mars 2015 [cité le 19 fév 2022]. Disponible : https://ressource.sos-homophobie.org/Ressources/enquete_sur_la_visibilite_des_lesbiennes_et_la_lesbophobie_2015.pdf
- [24] Ouafik M. LGBTQI+, des patient-e-s aux besoins spécifiques. Introduction. Santé conjugée [En ligne]. 2019 [cité le 13 fév 2022];(86):10-11. Disponible : <https://www.maisonmedicale.org/Introduction-7550.html>
- [25] Garcia Nunez D, Jäger M. Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo ou bisexuelles ? *Forum Med Suisse* [En ligne]. 2011 [cité le 13 fév 2022];11(12):213-217. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/324200253_Comment_aborder_la_question_du_sexe_dans_l'anamnese_des_personnes_homo_ou_bisexuelles
- [26] Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian-does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(1):58-62. doi: <https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- [27] Jespers V, Stordeur S, Desomer A, Cordyn S, Cornelissen T, Crucitti T, et al. Synthèse. Prise en charge en 1^{re} ligne des infections sexuellement transmissibles : développement d'un outil interactif d'aide à la consultation. *Good Clinical Practice (GCP)* [En ligne]. Bruxelles (BE):Centre Fédéral

d'Expertise des Soins de Santé (KCE);2019 [cité le 13 fév 2022]. Rapport no : 321Bs. Contrat no : D/2019/10.273/59. Disponible :

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_321B_Prise_en_charge_IST_outil_interactif_Synthese.pdf

[28] Saurel-Cubizolles MJ, Lhomond B. Women who have sex with women : their sexual biography, reproductive health and violence experience. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005;33(10):776-782. doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.08.003

[29] Go To Gyneco [En ligne]. Namur (BE);O'YES asbl;2021 [cité le 06 fév 2022]. Disponible : <https://gotogyneco.be/>

[30] Mravcak S. Primary Care for Lesbians and Bisexual Women. *Am Fam Physician* [En ligne]. 2006 [cité le 16 fév 2022];74(2):279-286. Disponible : <https://www.aafp.org/afp/2006/0715/afp20060715p279.pdf>

[31] Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145-1152. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2731

[32] Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay J, Hawkins B, Fehr C. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals : A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Res*. 2018;55:435-456. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2017.1387755>

[33] Taylor NT, Brown LH, Jody LH. Intimate partner violence and sexual abuse among LGBT people. A review of existing research. The Williams Institute [En ligne]. Nov 2015 [cité le 28 fév 2022]:[environ 32 p.]. Disponible : http://ce-classes.com/exam_format/Intimate-Partner-Violence-and-Sexual-Abuse-among-LGBT-People.pdf

[34] Canan SN, Jozkowski KN, Wiersma-Mosley JD, Bradley M, Blunt-Vinti H. Differences in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women's Experiences of Sexual Assault and Rape in a National U.S. Sample. *J Interpers Violence*. 2019;1-21. doi: 10.1177/0886260519863725

[35] Davis V. Lignes directrices sur la santé des lesbiennes. *J Soc Obstet Gynecol Can* [En ligne]. 2000 [cité le 13 fév 2022];22(3):206-210. Disponible : [https://www.jogc.com/article/S0849-5831\(16\)31478-1/pdf](https://www.jogc.com/article/S0849-5831(16)31478-1/pdf)

- [36] Peloux S, de Tillesse M. LGBTQI+, des patient-e-s aux besoins spécifiques. Dans l'intimité de la consultation. Santé conjugée [En ligne]. 2019 [cité le 13 fév 2022];(86):15-16. Disponible : <https://www.maisonmedicale.org/Dans-l-intimite-de-la-consultation.html>
- [37] Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [En ligne]. 5^{ème} éd. Paris (FR): Armand Colin; 2021 [cité le 28 fév 2022]. Disponible : <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019.htm>
- [38] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [En ligne]. 2^{ème} éd. Paris (FR): De Boeck Supérieur; 2019 [cité le 28 fév 2022]. Disponible : https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm?ora.z_ref=cairnSearchAutocomplete
- [39] McNair R. Lesbian and bisexual women's sexual health. Australian family physician [En ligne]. 2009 [cité le 28 fév 2022];38(6):388–393. Disponible : <https://www.racgp.org.au/download/Documents/AFP/2009/June/200906mcnair.pdf>
- [40] Bayen S, Ottavioli P, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Messaadi N. How Doctors' Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who Have Sex with Other Women. Journal of Women's Health. 2020;29(3):406-411. doi: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7926>
- [41] Grosse A. Exploration des représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle. Étude qualitative sur le territoire de la Gironde [Thèse en ligne]. Bordeaux (FR): Université de Bordeaux; 2021 [cité le 21 fév 2022]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482332>
- [42] Grant R, Nash M, Hansen E. What does inclusive sexual and reproductive healthcare look like for bisexual, pansexual and queer women ? Findings from an exploratory study from Tasmania, Australia. Culture, health & sexuality. 2019;22(3):247-260. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1584334>
- [43] Wiktionnaire, le dictionnaire libre [En ligne]. Contributeurs et contributrices du Wiktionnaire ; mars 2022. Métacommuniquer ; [cité le 23 mars 2022];[environ 2 écrans]. Disponible : <https://fr.wiktionary.org/wiki/métacommuniquer>
- [44] Perin C. Isabelle Mimeault : Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes. Nouvelles Questions Féministes. 2006;25(2):123-127. doi: <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0123>

- [45] Taliaferro LA, Mishtal J, Chulani VL, Middleton TC, Acevedo M, Eisenberg ME. Perspectives on inadequate preparation and training priorities for physicians working with sexual minority youth. *Int J Med Educ.* 2021;12:186-194. doi: 10.5116/ijme.615c.25d3
- [46] Dullius WR, Martins LB, Cesnik VM. Systematic review on health care professionals' competencies in the care of LGBT+ individuals. *Social and Organizational Psychology. Estudos Psicologia (Campinas).* 2019;36:1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275201936e180171>
- [47] CDLH asbl [En ligne]. Leuven (BE): Cebam Digital Library for Health ; 2021. Comment rechercher ? [modifié le 10 juin 2021 ; cité le 20 fév 2022];[environ 5 écrans]. Disponible : <https://www.cdlh.be/fr/aide/comment-rechercher>
- [48] Régné M. Bibliographie, santé sexuelle des FSF [En ligne]. Bruxelles (BE): Observatoire du Sida et des Sexualités ; mai 2018 [cité le 22 mars 2021]. Disponible : <http://observatoire-sidasexualites.be/wp-content/uploads/publications-et-documents/bibliographie/bibliographie-sante-sexuelle-FSF-mai-2018.pdf>

8 TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

8.1 TABLEAUX

TABLEAU 1 : Équations de recherche dans la littérature

Lieu de recherche	Date de recherche	Équation de recherche/mots-clés insérés	Nombre d'articles totaux	Retenus selon le titre	Retenus selon l'abstract	É l u s
Ebpractice net	11/04/21	Lesbienne/bisexuelle/femme ayant des relations sexuelles avec une femme	0	0	0	0
UpToDate⁶	11/04/21	lesbians OR bisexuals OR women who have sex with women AND prevention AND general practice	/	/	4	0
Dynamed	11/04/21	Women who have sex with women	11	0	0	0
		Lesbians	3	0	0	0
		Bisexuals	5	0	0	0
		Sexual health	63	0	0	0
Minerva	11/04/21	Lesbienne/bisexuelle/femme ayant des relations sexuelles avec une femme	0	0	0	0
Cochrane Library	22/01/22	Lesbians OR bisexuals OR women who have sex with women AND general practitioner OR preventive-care	69	0	0	0
PubMed⁷	17/04/21	((((women who have sex with women) OR (lesbians)) OR (bisexuals)) AND (sexual health)) AND (prevention)	24	3	3	2
	23/01/22	((((women who have sex with women) OR (lesbians)) OR (bisexuals)) AND (health care) + Médecin de famille QS41	363	34	22	3

⁶ Ma recherche sur UpToDate m'a apporté de nombreux articles dont 4 me semblaient intéressants mais aucun n'a été retenu car non-disponibles en « full text ».

⁷ En conciliant mes recherches du 17/04/21 et 23/01/22 sur PubMed, j'ai obtenu 4 articles différents.

Embase⁸	17/04/21	('women who have sex with women' OR 'homosexual female') AND 'general practitioner' AND 'sexual health' AND [2006-2021]/py	5	2	2	2
	22/01/22	('women who have sex with women' OR 'homosexual female') AND 'general practitioner' AND [2006-2021]/py	31	23	13	2
TripData Base	22/01/22	/	/	/	/	1
Cairninfo	22/01/22	femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes OU lesbiennes OU bisexuelles ET santé	/	/	/	1
LiSSa	22/01/22	Homosexualité féminine ET santé	/	/	/	0
KCE	22/01/22	/	/	/	/	0
Cismef	22/01/22	/	/	/	/	1
HAS	22/01/22	/	/	/	/	0
NICE	22/01/22	/	/	/	/	0
SSMG	22/01/22	/	/	/	/	0

TABLEAU 2 : Articles sélectionnés au cours de la recherche de littérature

Numéro d'article, type d'étude et niveau	Titre	Source, auteur, année	Raison du choix de l'article
Article n°1 Analyse critique Niveau 2	« <i>Preventive Health Care for Women Who Have Sex with Women</i> »	<u>PubMed</u> Knight, DA, Jarrett, D 2017	L'article parle des barrières dans l'accès aux soins de santé rencontrées par les FSF, des vulnérabilités de santé qui leurs sont spécifiques et de la prévention en matière de santé globale à réaliser chez celles-ci en médecine générale. Des recommandations sur base de la littérature sont également émises.

⁸ En conciliant mes recherches du 17/04/21 et 22/01/22 sur Embase, j'ai obtenu 3 articles différents.

Article n°2 Analyse critique Niveau 2	« <i>Lesbian and bisexual women's sexual health</i> »	<u>PubMed</u> McNair R 2009	L'article parle des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle des FSF et de la prévention à réaliser à cet égard par les médecins généralistes. Il établit les compétences à avoir en tant que médecin généraliste afin de réaliser une anamnèse sexuelle auprès de patientes FSF et discute des conseils à leur donner à propos de leur santé sexuelle.
Article n°3 Étude clinique (qualitative) Niveau 1	« <i>Perspectives on inadequate preparation and training priorities for physicians working with sexual minority youth</i> »	<u>PubMed</u> Taliaferro LA, Mishtal J, Chulani VL, Middleton TC, Acevedo M, Eisenberg ME 2021	L'étude montre que la plupart des médecins généralistes et pédiatres américains interrogés ne se sentent pas bien préparés pour offrir des soins de qualité aux patients LGBTQIA+. Parmi ceux qui se sentent bien formés, beaucoup ont acquis leurs savoirs d'expériences antérieures, grâce au travail sur le terrain avec des patients LGBTQIA+. Les médecins émettent ensuite des recommandations d'amélioration de la formation ; formation en faculté de médecine, contenu de la formation (besoins de santé spécifiques aux LGBTQIA+, préjugés envers ce public, techniques d'entrevues et ressources) et stratégies de formation (apprendre des patients eux-mêmes, jeux de rôles, modules en ligne).
Article n°4 Étude clinique (qualitative) Niveau 1	« <i>Being lesbian, does the doctor need to know ?</i> »	<u>PubMed et Embase⁹</u> Bjorkman M, Malterud K 2007	L'étude explore les raisons de la divulgation et de la non-divulgation de l'orientation sexuelle des lesbiennes auprès de leur médecin généraliste et illustre la vulnérabilité que ce moment représente pour elles. Elle soulève également les moyens disponibles pour les médecins généralistes afin de promouvoir la divulgation.
Article n°5 Étude clinique (quantitative) Niveau 1	« <i>How Doctors' Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who</i> »	<u>Embase</u> Bayen S, Ottavioli P 2020	L'étude interroge des médecins généralistes de la région de Rhône-Alpes sur leur suivi de la santé gynécologique de leurs patientes FSF. Parmi eux, il en ressort que 91%

⁹ Cet article a été trouvé et sélectionné dans deux bases de données différentes.

	<i>Have Sex with Other Women »</i>		identifient leurs patientes FSF (alors que 2/3 ne leur ont jamais/rarement posé la question) et que 90% de ceux-ci effectuent un suivi gynécologique différent (plus pauvre) pour les patientes FSF par rapport aux patientes hétérosexuelles.
Article n°6 Étude clinique (qualitative) Niveau 1	« <i>What does inclusive sexual and reproductive healthcare look like for bisexual, pansexual and queer women? Findings from an exploratory study from Tasmania, Australia</i> »	<u>Embase</u> Grant R, Nashe M, Hansen E 2019	L'étude explore les expériences de jeunes femmes bisexuelles, pansexuelles et queer (en excluant donc les femmes lesbiennes) en matière d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive dans le milieu de la médecine générale, en comparaison avec les expériences en matière de pratique inclusive des médecins généralistes de Tasmanie.
Article n°7 Analyse critique Niveau 2	« <i>Isabelle Mimeault : Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes</i> »	<u>Cairninfo</u> Perrin C 2006	L'auteur décrit et critique l'analyse réalisée par Isabelle Mimeault sur les rapports sociaux qui structurent le vécu spécifique de la santé des lesbiennes au Québec. Elle parle des vulnérabilités de santé spécifiques aux lesbiennes, des barrières qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins de santé de qualité (hétérosexisme, lesbophobie, manque de compétence des soignants, etc) ou encore du manque d'une politique globale de prise en compte des réalités lesbiennes.
Article n°8 Étude clinique (qualitative) Niveau 1	« <i>Exploration des représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes face aux spécificités de santé des patients issus de la communauté lesbienne, gay et bisexuelle. Étude qualitative sur le territoire de la Gironde</i> »	<u>Cismef</u> Grosse A 2021	L'auteur explore les différentes représentations, opinions et attitudes des médecins généralistes de Gironde face aux spécificités de santé des personnes LGB. Elle évalue également les enjeux de l'abord de l'orientation sexuelle et discute d'outils mis en place pour les personnes LGB.

Article n°9 Revue systématique Niveau 3	« <i>Systematic review on health care professionals’ competencies in the care of LGBT+ individuals</i> »	<u>TripDataBase</u> Dullius WR, Martins LB, Cesnik VM 2019	En réalisant une revue de la littérature, les auteurs montrent qu’il est nécessaire de former les soignants afin d’offrir une meilleure prise en charge des personnes LGBT+. Pour ce faire, les soignants doivent acquérir une base théorique et technique approfondie et des compétences comportementales. Il faut former les étudiants (discipline spécifique dans le cursus de base) et les professionnels déjà actifs (formation continue ; face-à-face, en ligne, via des guidelines). Bien qu’ils n’aient pas identifiés d’études sur l’analyse des besoins de formation pour les soignants (afin de créer des formations spécifiques de qualité), il mentionnent des interventions qui sont réalisées auprès des soignants ; des échelles ou observations des attitudes des soignants évaluent et testent des programmes de formation.
---	---	---	---

TABLEAU 3 : Guide de l’entretien

Thèmes	Questions
Présentation de l’interviewé	Pourriez-vous vous présenter ? - Âge - Sexe - Genre - Expérience professionnelle - Lieu et mode de pratique
Prise en compte de l’orientation sexuelle	Abordez-vous la question de l’orientation sexuelle et des comportements sexuels avec vos patientes ? - Abordez-vous la question (également) avec vos patients masculins ? - A quel moment de votre relation avec la patiente abordez-vous ce sujet ? - Comment traitez-vous cette information dans le dossier médical ? - Que mettez-vous en place au cabinet et lors de vos consultations pour favoriser la divulgation de l’orientation sexuelle des patientes ? - Comment la prise en compte de l’orientation sexuelle de vos patientes influence votre prise en charge future, si elle l’influence ?

État des lieux des connaissances	Selon vous, quel est le pourcentage de patientes FSF dans votre patientèle ? - Comment vous sentez-vous face à elles ? - Avez-vous constaté des différences avec les autres patientes ; prise en charge plus simple ou plus complexe/délicate ? Que connaissez-vous des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux patientes FSF ? - Estimez-vous vos connaissances suffisantes ? - Pensez-vous que la prise en compte de ces vulnérabilités influence la qualité des soins de santé qu'elles reçoivent ? → (Si n'en connaissent pas du tout, en énumérer quelques-unes) : - Santé mentale (anxiété, dépression, tentative de suicide) - Santé sexuelle (IST, mesures de protection, cancer du col de l'utérus et du sein, contraception) - Assuétudes (tabac, alcool, drogues) - Surpoids (maladies cardiovasculaires et diabète de type II) - Violences conjugales
État des lieux des pratiques	Comment prenez-vous en compte ces vulnérabilités de santé lors de vos consultations et quelles mesures concrètes de prévention et de dépistage proposez-vous à vos patientes FSF ? - Que rencontrez-vous comme difficultés dans la prise en charge de la santé globale de ces patientes ? Selon vous, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ? - D'où viennent-ils ? - Selon vous, est-ce que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins des patientes FSF ? Et si oui, de quelle façon ?
Formation	Avez-vous déjà suivi une/des formation(s) sur les vulnérabilités de santé des patientes FSF ? Si NON : ➤ Pourquoi et quels sont les freins rencontrés ? ➤ Est-ce que vous trouvez qu'une formation pourrait vous être utile ? Si OUI : ➤ Quelles étaient vos motivations à suivre cette formation ? ➤ La/lesquelles ? En quelle année ? A quel moment de votre carrière ? ➤ Étiez-vous déjà sensibilisé au sujet avant de faire la formation ? ➤ Avez-vous suivi d'autres formations depuis celle-ci ? ➤ Êtes-vous investi dans une organisation/collectif/asbl LGBTQIA+ ?

	Médecin formé	Quels-sont les éléments qui vous ont le plus marqué lors de cette formation, et pourquoi ? Depuis cette formation, vous sentez-vous davantage compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF ? - Si OUI : en quoi ? Estimez-vous que la formation que vous avez suivie est suffisante ou faudrait-il un complément de formation ou une formation dite “continue” ? - Si NON : pourquoi ? De quoi auriez-vous besoin ? Est-ce que vous avez changé quelque chose dans votre pratique quotidienne au cabinet depuis cette formation ? - Vous sentez-vous plus à l’aise face à l’accueil et la prise en charge d’une patiente FSF ? - Arrivez-vous à appliquer les conseils et recommandations reçus lors de la formation ? Si OUI : lesquels et de quelle manière ? Si NON : pourquoi et quels obstacles avez-vous rencontrés ? - Avez-vous systématisé certaines questions dans vos anamnèses ? - Connaissez-vous le réseau autour de vous et redirigez-vous parfois certaines patientes vers des praticiens “gayfriendly” ou des associations/asbl spécialisées ? Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de vos consultations avec des patientes FSF depuis cette formation ?
	Médecin non formé	Vous sentez-vous compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF, et pourquoi ?
		De manière générale, estimez-vous que les médecins généralistes aient besoin de davantage d’informations ou de formations sur la prise en charge des patientes FSF ? Selon vous, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d’inciter les médecins généralistes à s’intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF ? Connaissez-vous des ressources (lectures, organisations, formations, etc) qui pourraient être utiles d’une part à vos patientes FSF et d’autre part à des médecins généralistes désireux de faire un pas vers ces patientes ?
Conclusion		Avez-vous une question, une réflexion ou quelque chose à rajouter sur le sujet ?

TABLEAU 4 : Micro-analyse d'une phrase en mot-à-mot

Nous avons choisi la phrase : « **La présence d'un obstacle, c'est peut-être le tabou.** ».

Mots	Micro-analyse
« Présence »	- Être physiquement là - Être un soutien psychologique pour quelqu'un - Une influence - Une manifestation avec force de sa personnalité
« Obstacle »	- Ce qui gêne le mouvement, le passage de manière physique - Ce qui empêche un résultat - Un blocage psychique
« Tabou »	- Réduire au silence quelque chose - Une crainte - Une pudeur - Une interdiction - Occulter quelque chose

TABLEAU 5 : Compte-rendu de terrain

N°	Entretien	Notes de terrain
1	Dr Adam	- Durée : 36 minutes, médecin parle très vite, d'autres questions à ajouter ? - Guide de l'entretien : question sur l'OS à peaufiner, revoir l'ordre des questions - Bonne relation lors de l'entretien, médecin à l'aise avec le sujet - Attention à ne pas orienter les réponses par des questions trop orientées - Intérêt du médecin sur le sujet en fin d'entretien
2	Dr Madone	- Durée : 24 minutes, revoir le moment des entretiens car en milieu de journée le médecin était un peu pressé, trouver des médecins avec plus d'expérience car médecin débutant sa formation avec peu d'expérience ici, d'autres questions à ajouter/creuser ? - Guide de l'entretien : réponses fluides, redondance d'une question - Médecin à l'aise avec le sujet
3	Dr Beauvoir	- Durée : 35 minutes, j'ai coupé le micro trop top car on a encore un peu parlé après du sujet donc faire attention les prochaines fois - Difficulté à trouver des vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF : donner aux médecins non-formés une petite énumération de vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF pour faire germer des idées/cas cliniques vécus s'ils ont difficile à en trouver ? - Ressenti de peur du médecin de ne pas savoir répondre : bien rassurer au début d'entretien sur la confidentialité et le fait qu'il n'y a pas de mauvaises réponses

4	Dr Anderson	- Durée : 34 minutes - Médecin à l'aise avec le sujet, fluidité des réponses - Diversité de pratique : planning familial et maison médicale ; comment en prendre en compte plus tard ? - Pas besoin d'une question directe sur les obstacles rencontrés chez les médecins car le disent spontanément en répondant aux autres questions
5	Dr Lejeune	- Durée : 32 minutes - Médecin pas à l'aise avec le sujet, semblait stressé : difficulté pour favoriser la discussion, repositionnement en cours d'entretien sur le fait qu'il n'y a pas de mauvaise réponse et utilisation de l'humour pour le détendre - Médecin aidé par l'énumération de quelques vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF ; de nouvelles idées ont émergées - Idée intéressante : tension dans la pratique entre prendre en compte les spécificités des patientes FSF et entre le fait de vouloir les prendre en charge comme toute patiente, avec un désir de ne pas discriminer
6	Dr Hallet	- Durée : 48 minutes, très fluide - Idée intéressante : surtout au niveau formatif, aspect planning familial - Médecin à l'aise sur le sujet
7	Dr Muller	- Durée : 44 minutes - Médecin à l'aise sur le sujet - Idées intéressantes : formateur sur certains sujets LGBTQIA+, l'influence de sa propre homosexualité sur sa prise en charge de patients homosexuels
8	Dr Frank	- Durée : 36 minutes - Médecin à l'aise sur le sujet
9	Dr Sully	- Durée : 41 minutes - Vidéoconférence : compliqué car beaucoup de problèmes de sons - Médecin à l'aise sur le sujet - Questionnements de sa part avant l'interview : s'est posée des questions sur mon sujet les jours précédents l'entretien, y a réfléchi ; influence sur les réponses ?

TABLEAU 6 : Exemple de thématisation d'un extrait d'entretien

Entretien n°1	Thèmes
Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patients ? Non pas directement, j'ai tendance à dire « votre compagne ou votre compagnon ». Je n'ai pas tendance à assumer qu'elles sont hétéros. Je ne vais pas directement demander « est-ce que vous avez un mari ? ». En vérité, je suis plus indirect, c'est un peu « votre compagnon ou votre compagne », je ne sais pas et alors je leur laisse la possibilité mais directement non, je ne l'aborde pas en mode « vous êtes hétéro ? ».	<i>Pas de présomption d'hétérosexualité</i> <i>Questionnement indirect de l'OS via la non présomption d'hétérosexualité</i>

Est-ce que tu abordes la question de la même manière avec les femmes et les hommes ? Je le fais systématiquement lors d'une consultation où j'ai le temps de faire de la prévention. Quand je parle de dépistage du cancer du colon et compagnie ; je pose systématiquement la question des infections sexuellement transmissibles en abordant du coup le sujet des rapports sexuels. « Je peux vous poser une question plus intime par rapport à vos rapports sexuels, est-ce qu'il y a un risque d'IST, y a-t-il une tierce personne dans le lit, est-ce qu'il y a eu des infidélités, est-ce qu'il y a eu une aventure,... ». Quand j'aborde cette question, cela rentre dans le dépistage « prévention de base », avec le dentiste, le dermato, le cancer du côlon.	<i>Demande de temps</i> <i>Questionnement systématique de l'OS si consultation avec motif de prévention, de dépistage d'IST</i>
Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ? Je mets le nom du partenaire comme personne de contact.	<i>Partenaire comme contact dans le dossier médical</i>
Comment fais-tu s'il n'y a pas de partenaire ? Je l'écris quelque part dans l'anamnèse mais je ne le fais pas ressortir spécialement. Je le ferais peut-être plus s'il était homosexuel. Comme ça, je considérerai que son homosexualité est un facteur de risque, plus si c'était un homme que si c'était une femme. Comment je le mettrais dans le dossier ? Dans la catégorie sociale pour résumer le dossier. Je pense que je le mettrais plutôt en mode « note » ; en mode privé si possible afin de ne pas le laisser visible au monde entier.	<i>Homosexualité comme facteur de risque chez les hommes</i> <i>Confidentialité et mise en évidence de l'OS en mode « note »</i>
Mets-tu en place quelque chose dans ton cabinet pendant tes consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ? Non. A part un climat de confiance et une relation vraiment de personne à personne pour justement éventuellement aboutir à une question plus intime et arriver à aborder la santé sexuelle. Je n'ai pas d'affiche, je ne fais pas spécialement de petit message. C'est plutôt dans le lien thérapeutique jusqu'à ce que l'on se sente tous les 2 assez à l'aise pour aborder le sujet.	<i>Création d'une relation de confiance</i> <i>Entrée dans l'intimité par le lien</i>
Est-ce que cela influence ta prise en charge future le fait de connaître son orientation sexuelle ? J'ai appris récemment que les femmes FSF avaient les mêmes risques de maladies sexuellement transmissible que les hétéros et donc, effectivement, j'avais, jusqu'à ce qu'on me donne l'information, un préjugé de « il faut faire moins de prévention et dépistages contre les IST chez les lesbiennes ». Maintenant, je propose systématiquement des dépistages IST et je suis surpris à quel point elles sont intéressées par ça. Au même titre que pour n'importe quelle autre personne. J'ai l'impression d'être un « meilleur médecin » en leur proposant de faire cela. J'ai une impression qu'il y a une autre précarité et que ce sont des patientes qui sont peut-être plus à risque d'isolement social, familial, d'abus de pouvoir, etc. Et donc j'aurais peut-être tendance à ne pas les considérer plus fragiles psychologiquement mais plus à risque de stress à ce niveau-là. J'irais donc plus facilement dépister la santé mentale et à l'inverse j'irais moins facilement dépister des violences chez elles, à tort ou à raison, mais j'ai peut-être un peu ce biais cognitif de me dire que c'est déjà tellement difficile d'être homosexuel que si ce sont des FSF en couple, elles ne peuvent qu'être heureuses. Banaliser d'un côté et en même temps être un plus attentif de l'autre.	<i>Préjugé repéré sur le dépistage des IST chez les FSF</i> <i>Sentiment de compétence si égalité des prises en charge</i> <i>Précarité des FSF</i> <i>Banaliser les violences conjugales et dépister les problèmes de santé mentale</i> <i>Préjugé repéré sur les violences conjugales dans un couple d'FSF</i>

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ? Je dirais 5%.	5%
Tu te sens à l'aise face à elles ? Je suis assez frontal donc oui.	<i>Sentiment d'être à l'aise</i>
As-tu vu des différences avec les autres patientes en termes de prises en charge ; plus faciles, plus compliquées ? Non. Les premières, oui c'est vrai que c'est toujours un peu intrusif. Pour un jeune médecin qui commence sa pratique, c'est peut-être parfois un peu surprenant parce qu'il peut se demander « y a-t-il autre chose à faire ? faut-il les traiter différemment ? faut-il les soigner différemment ? faut-il rechercher autre chose ? quels sont les mots à utiliser ? ». Et puis au final, j'ai l'impression que, contrairement à la personne transgenre où effectivement il faut vraiment faire très attention, dire « un compagnon ou une compagne » à quelqu'un d'hétéro ou de bisexuel, j'ai l'impression que cela ne pose pas beaucoup de problème ; au pire, ils me comprennent. De mon côté, je ne vais pas les traiter différemment en tout cas.	<i>Peur d'être intrusif</i> <i>Questionnement en début de pratique sur la prise en charge à réaliser chez les FSF</i> <i>Traiter tout le monde de la même manière</i>

TABLEAU 7 : Caractéristiques des répondants

N°	Médecin	Sexe	Age	Temps de pratique	Types de pratique	Milieu de la pratique	Province	Formation sur les vulnérabilités de santé des FSF
1	Dr Adam	M	27 ans	2,5 ans	Solo	Semi-rurale	Brabant-Wallon	Non
2	Dr Madone	F	26 ans	6 mois	Association	Rurale	Hainaut	Non
3	Dr Beauvoir	F	54 ans	29 ans	Association	Semi-rurale	Hainaut	Non
4	Dr Anderson	F	26 ans	2,5 ans	Maison médicale	Urbain	Bruxelles	Oui
5	Dr Lejeune	M	45 ans	20 ans	Solo	Semi-rurale	Namur	Non
6	Dr Hallet	F	27 ans	3,5 ans	Association Planning familial	Semi-rurale	Liège	Oui
7	Dr Muller	M	27 ans	2,5 ans	Maison médicale	Semi-rurale	Liège	Oui
8	Dr Franck	M	28 ans	3,5 ans	Association	Urbain	Namur	Oui
9	Dr Sully	F	32 ans	7 ans	Maison médicale Planning familial	Urbain	Bruxelles	Non

8.2 FIGURES

FIGURE 1 : Recommandations de bonne pratique

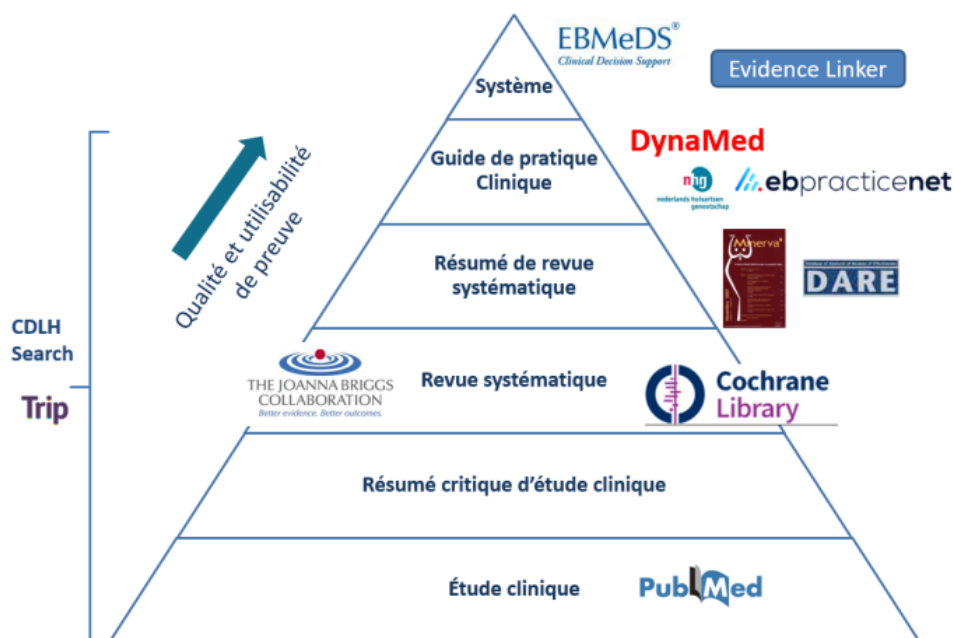
SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE		
Clinical recommendation	Evidence rating	References
WSW should be screened for obesity, type 2 diabetes mellitus, cancer, and cardiovascular disease.	C	2, 8, 17, 27, 36
Regular Papanicolaou testing should be performed in WSW, and these patients should be referred for mammography according to guidelines for all women.	C	10, 11, 36
WSW should be screened for depression, anxiety, and suicide risk.	B (depression) C (anxiety, suicide)	2, 8, 9, 22, 23, 25, 26, 36, 37
WSW should be screened for substance use, including tobacco, alcohol, and illicit drugs.	A (tobacco) B (alcohol) C (illicit drugs)	2, 8, 16, 23, 32, 33, 36, 39
WSW should be screened for sexually transmitted infections following standard guidelines for all females, according to behaviors and risks.	C	1, 7, 8, 15, 21, 30
WSW should be screened for intimate partner violence.	B	12, 42

WSW = women who have sex with women.

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort>.

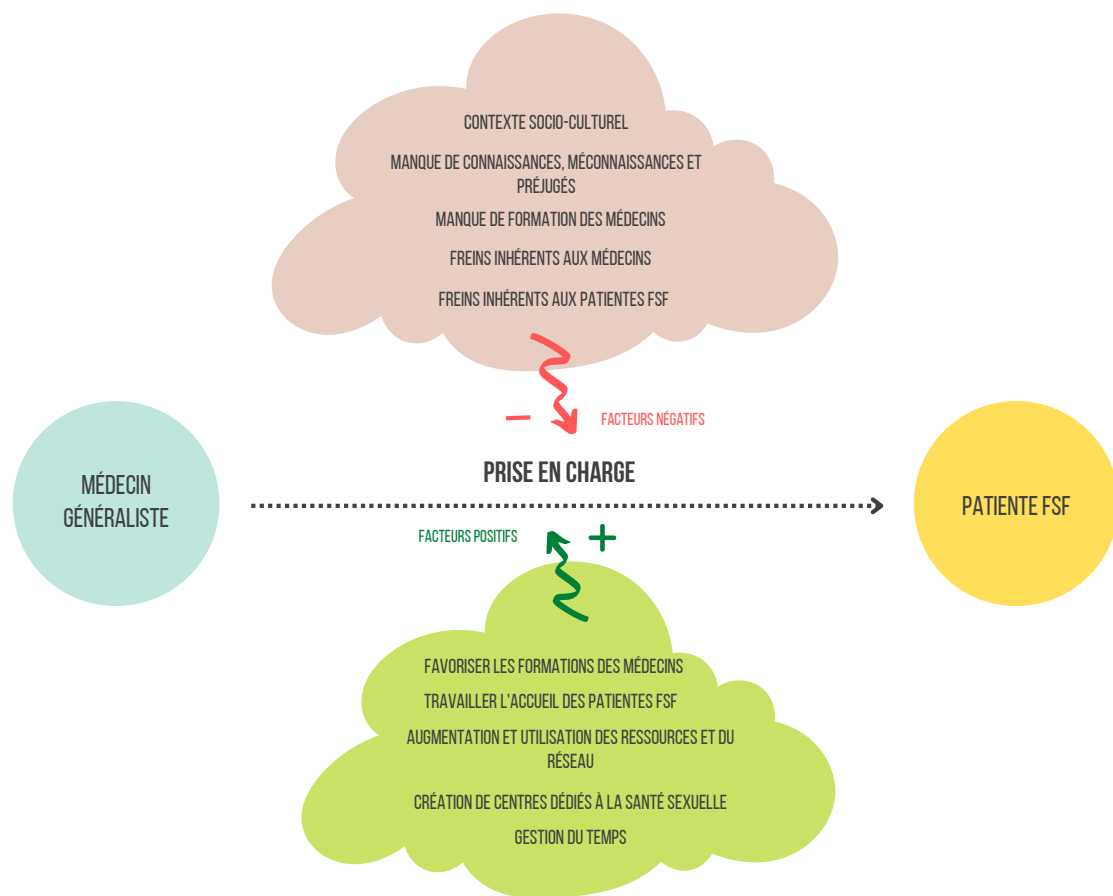
(Source : Knight DA, Jarrett D (2017) [16])

FIGURE 2 : Pyramide des connaissances



(Source : CDLH asbl (2021) [47])

FIGURE 3 : Schéma reprenant les principaux résultats



8.3 ANNEXES

ANNEXE 1 : Premier tour d’horizon de la littérature

Afin d’appréhender et de mieux cerner le sujet de notre TFE, nous nous sommes plongée dans divers articles, revues et sites internet. Nous avons notamment utilisé la bibliographie réalisée par l’Observatoire du Sida et des Sexualités sur la santé sexuelle des FSF (2018), qui nous a apporté un éclairage sur les inégalités sociales auxquelles font face les FSF et sur les connaissances actuelles de leur santé sexuelle [48]. Et nous avons également consulté Google Scholar qui nous a permis de découvrir de nombreux articles et thèses déjà réalisées sur le sujet.

ANNEXE 2 : PICO

- Patient : santé globale des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
- Intervention : prévention et suivi de la santé globale des FSF par les médecins généralistes
- Comparaison : données les plus récentes de la littérature médicale/femmes hétérosexuelles
- Outcome : évaluer les pratiques des médecins généralistes sur le terrain
- Contexte : en médecine générale en Belgique francophone

ANNEXE 3 : Mots-clés

- **Médecin de famille QS41** : (((("family physician"[TW] OR "general practice physician"[TW] OR "general practice"[TW] OR "family and community medicine"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "general practice physicians"[TW] OR "physician, primary care"[TW] OR "family physicians"[TW] OR "practices, general"[TW] OR "general practices"[TW] OR "family medicine"[TW] OR "physicians, general practice"[TW] OR "physician, family"[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "family doctor "[TW] OR "general practitioner"[TW] OR "medicine, community"[TW] OR "practice physicians, general"[TW] OR "practitioner, general"[TW] OR "primary care physicians"[TW] OR "physician, general practice"[TW] OR "family doctor"[TW] OR "practitioners, general"[TW] OR "practice, family"[TW] OR "primary care practitioner"[TW] OR "family practices"[TW])))
- **Women who have sex with women** : "sexual and gender minorities"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "gender"[All Fields] AND "minorities"[All Fields]) OR "sexual and gender minorities"[All Fields] OR ("women"[All Fields] AND "who"[All Fields] AND "sex"[All Fields] AND "women"[All Fields]) OR "women who have sex with women"[All Fields]
- **Lesbians** : "homosexuality, female"[MeSH Terms] OR ("homosexuality"[All Fields] AND "female"[All Fields]) OR "female homosexuality"[All Fields] OR "lesbianism"[All Fields] OR "lesbian's"[All Fields] OR "sexual and gender minorities"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "gender"[All Fields] AND "minorities"[All Fields]) OR "sexual and gender minorities"[All Fields] OR "lesbian"[All Fields] OR "lesbians"[All Fields]
- **Bisexuals** : "bisexuality"[MeSH Terms] OR "bisexuality"[All Fields] OR "bisexually"[All Fields] OR "sexual and gender minorities"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "gender"[All Fields] AND "minorities"[All Fields]) OR "sexual and gender minorities"[All Fields] OR "bisexual"[All Fields] OR "bisexuals"[All Fields]
- **Sexual health** : "sexual health"[MeSH Terms] OR ("sexual"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "sexual health"[All Fields]
- **Prevention** : "prevent"[All Fields] OR "preventability"[All Fields] OR "preventable"[All Fields] OR "preventative"[All Fields] OR "preventatively"[All Fields] OR "preventatives"[All Fields] OR "prevented"[All Fields] OR "preventing"[All Fields] OR "prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields] OR "prevention's"[All Fields] OR "preventions"[All Fields] OR "preventive"[All Fields] OR "preventively"[All Fields] OR "preventives"[All Fields] OR "prevents"[All Fields]

- **Health care** : “delivery of health care”[MeSH Terms] OR (“delivery”[All Fields] AND “health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “delivery of health care”[All Fields] OR (“health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “health care”[All Fields]

ANNEXE 4 : Critères d’inclusion et d’exclusion

Critères d’inclusion :

- Article concernant les femmes
- Langue : anglais et français
- Publication à partir de 2006 (15 dernières années)
- Article disponible en « full text »
- Publication à propos de la prévention en soins primaires

Critères d’exclusion :

- Article concernant les hommes
- Publication plus ancienne que 2006
- Article non disponible en « full text » (ni sur CDLH, UpToDate et le proxy de l’UCLouvain)

ANNEXE 5 : Présentation de début d’interview

« Bonjour et merci d’avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon TFE. Je suis assistante en 3^{ème} année de master de spécialisation en médecine générale à l’Université Catholique de Louvain. Pour mener cette interview, je vais me baser sur un guide d’entretien semi-dirigé que j’ai réalisé précédemment. L’objectif de mon travail est d’analyser la prise en charge concrète réalisée en médecine générale chez les patientes FSF en termes de prévention et de suivi de leur santé globale. J’ai choisi d’employer le terme « FSF » afin de regrouper toutes les femmes qui ont (ou ont eu) au moins une fois une relation sexuelle avec une autre femme. De cette manière, je me base principalement sur les comportements sexuels et non uniquement sur l’autodéfinition d’orientation sexuelle (ex : une femme qui se dit hétérosexuelle peut avoir de temps en temps des relations sexuelles avec d’autres femmes mais continuer de se définir comme hétérosexuelle). Il existe une certaine fluidité dans la sexualité. Afin de centrer mon travail, j’ai également choisi de me focaliser sur les femmes cisgenres. Cet entretien sera enregistré avec votre accord puis retranscrit. Vos données seront anonymisées et l’enregistrement sera conservé jusqu’à la présentation orale de ce TFE. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, vous pouvez vous exprimer librement, sans aucun jugement ».

ANNEXE 6 : Retranscription des entretiens

Interview n°1 : Dr Adam

Pourrais-tu te présenter ?

J'ai 27 ans, je suis en 3^{ème} année de spécialisation en master de médecine générale. Je pratique en solo en milieu semi-rural et j'ai fait avant cela 2 ans de pratique de groupe dans une maison médicale au forfait avec une pratique surtout sociale en milieu semi-urbain.

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patients ?

Non pas directement, j'ai tendance à dire « votre compagne ou votre compagnon ». Je n'ai pas tendance à assumer qu'elles sont hétéros. Je ne vais pas directement demander « est-ce que vous avez un mari ? ». En vérité, je suis plus indirect, c'est un peu « votre compagnon ou votre compagne », je ne sais pas et alors je leur laisse la possibilité mais directement non, je ne l'aborde pas en mode « vous êtes hétéro ? ».

Est-ce que tu abordes la question de la même manière avec les femmes et les hommes ?

Je le fais systématiquement lors d'une consultation où j'ai le temps de faire de la prévention. Quand je parle de dépistage du cancer du colon et compagnie ; je pose systématiquement la question des infections sexuellement transmissibles en abordant du coup le sujet des rapports sexuels. « Je peux vous poser une question plus intime par rapport à vos rapports sexuels, est-ce qu'il y a un risque d'IST, y a-t-il une tierce personne dans le lit, est-ce qu'il y a eu des infidélités, est-ce qu'il y a eu une aventure,... ». Quand j'aborde cette question, cela rentre dans le dépistage « prévention de base », avec le dentiste, le dermato, le cancer du côlon.

Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ?

Je mets le nom du partenaire comme personne de contact.

Comment fais-tu s'il n'y a pas de partenaire ?

Je l'écris quelque part dans l'anamnèse mais je ne le fais pas ressortir spécialement. Je le ferais peut-être plus s'il était homosexuel. Comme ça, je considérerai que son homosexualité est un facteur de risque, plus si c'était un homme que si c'était une femme. Comment je le mettrais dans le dossier ? Dans la catégorie sociale pour résumer le dossier. Je pense que je le mettrais plutôt en mode « note » ; en mode privé si possible afin de ne pas le laisser visible au monde entier.

Mets-tu en place quelque chose dans ton cabinet pendant tes consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ?

Non. A part un climat de confiance et une relation vraiment de personne à personne pour justement éventuellement aboutir à une question plus intime et arriver à aborder la santé sexuelle. Je n'ai pas d'affiche, je ne fais pas spécialement de petit message. C'est plutôt dans le lien thérapeutique jusqu'à ce que l'on se sente tous les 2 assez à l'aise pour aborder le sujet.

Est-ce que cela influence ta prise en charge future le fait de connaître son orientation sexuelle ?

J'ai appris récemment que les femmes FSF avaient les mêmes risques de maladies sexuellement transmissibles que les hétéros et donc, effectivement, j'avais, jusqu'à ce qu'on me donne l'information, un préjugé de « il faut faire moins de prévention et dépistages contre les IST chez les lesbiennes ». Maintenant, je propose systématiquement des dépistages IST et je suis surpris à quel point elles sont intéressées par ça. Au même titre que pour n'importe quelle autre personne. J'ai l'impression d'être un « meilleur médecin » en leur proposant de faire cela. J'ai une impression qu'il y a une autre précarité et que ce sont des patientes qui sont peut-être plus à risque d'isolement social, familial, d'abus de pouvoir, etc. Et donc j'aurais peut-être tendance à ne pas les considérer plus fragiles psychologiquement mais plus à risque de stress à ce niveau-là. J'irais donc plus facilement dépister la santé mentale et à l'inverse j'irais moins facilement dépister des violences chez elles, à tort ou à raison, mais j'ai peut-être un peu ce biais cognitif de me dire que c'est déjà tellement difficile d'être homosexuel que si ce sont des FSF en couple, elles ne peuvent qu'être heureuses. Banaliser d'un côté et en même temps être un peu plus attentif de l'autre.

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ?

Je dirais 5%.

Tu te sens à l'aise face à elles ?

Je suis assez frontal donc oui.

As-tu vu des différences avec les autres patientes en termes de prises en charge ; plus faciles, plus compliquées ?

Non. Les premières, oui c'est vrai que c'est toujours un peu intrusif. Pour un jeune médecin qui commence sa pratique, c'est peut-être parfois un peu surprenant parce qu'il peut se demander « y a-t-il autre chose à faire ? faut-il les traiter différemment ? faut-il les soigner différemment ? faut-il rechercher autre chose ? quels sont les mots à utiliser ? ». Et puis au final, j'ai l'impression que, contrairement à la personne transgenre où effectivement il faut vraiment faire très attention, dire « un compagnon ou une compagne » à quelqu'un d'hétéro ou de bisexuel, j'ai l'impression que cela ne pose pas beaucoup de problème ; au pire, ils me comprennent. De mon côté, je ne vais pas les traiter différemment en tout cas.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux patientes FSF ?

J'aurais plutôt tendance à dire des trucs féministes ; abus de pouvoir, inégalité salariale, isolement social parce que c'est quand même plus des gens qui, j'imagine, ont une distance avec la famille de par un coming-out qui se passe mal. Au niveau des rapports sexuels par contre, au niveau vraiment organique, je ne vois pas vraiment de différence et je ne pense pas que les FSF consomment plus de drogues ou sont plus à risque d'arythmies, etc. Pour moi, c'est plutôt des facteurs de risque psychosociaux que vraiment médicaux. A l'inverse des hommes homosexuels où il y a quand même une bonne partie que je sais être organiquement plus dangereux avec des gonocoques dans la bouche, des HPV et des choses ainsi.

Penses-tu que la prise en compte de ces vulnérabilités de santé va influencer la qualité des soins qu'elles vont recevoir ?

Oui. Ce serait intéressant de savoir quelles sont les vulnérabilités réelles ou potentielles et auxquelles faire attention. Une dépressive, tu vas chercher s'il n'y a pas de la violence au sein du couple. Peut-être qu'il y a plus de violence auprès des femmes FSF qu'ailleurs. Ce serait effectivement intéressant de savoir.

Comment prends-tu en compte ces vulnérabilités de santé dans ta consultation et quelles mesures concrètes de prévention fais-tu avec la patiente ? Que lui proposes-tu ?

Beh je pose des questions très ouvertes, c'est surtout ça. Je pose une question ouverte, un peu banale pour leur laisser l'occasion de s'exprimer s'il y avait un problème parce que je ne sais pas trop ce que je recherche alors je dirais « comment ça va avec Madame à la maison ; projet de grossesse ? PMA ? » ; ça va, ce n'est pas trop compliqué. Je sais qu'il y a certaines violences du corps médical surtout dans tout ce qui est procréation médicalement assistée et donc ça c'est vrai qu'il y a toujours une petite question à poser « est-ce qu'il y a un projet enfant ? ». Voilà, c'est plus des questions un peu larges pour un peu montrer l'intérêt qu'éventuellement s'il y a besoin, on est là. Je demande aussi « Est-ce que vous allez souvent chez le gynéco ? est-ce que vous faites les frottis tous les 3 ans ? ».

Le frottis, tu le proposes ?

Je le propose toujours, je dis que cela se fait au cabinet chez le généraliste. Soit chez ma collègue ou moi-même et souvent elles prennent rendez-vous. Mais en tout cas, c'est abordé.

As-tu déjà rencontré des obstacles, des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ?

Souvent, les patientes que j'ai en tête en tout cas, ce sont des personnes qui n'allaient pas bien de manière générale et alors ce n'est pas la première fois qu'elles me disent « je suis homo, j'ai des rapports avec machin » et donc justement c'est en creusant que la porte s'ouvre.

J'ai donc l'impression que les obstacles, c'est peut-être plus de la part du patient de ne pas le dire ouvertement (qu'il est homosexuel) parce que je ne sais pas si les FSF ont plus de vulnérabilités ou plus de facteurs de risques mais peut-être que le dire d'emblée et que cela vienne d'elles pourrait être un plus comme lorsqu'une femme enceinte va te dire dès le début de la consult qu'elle est enceinte ; cela change énormément la prise en charge.

La présence d'un obstacle, c'est peut-être le tabou.

Je n'ai pas l'impression que c'est quelque chose qui arrive tôt dans la consult, dans la relation thérapeutique ; cela n'arrive pas lors de la première consult. Il faut un peu les mettre en confiance, creuser. J'ai déjà fait un bilan IST chez quelqu'un que je pensais être homosexuel mais qui était en couple depuis plusieurs années avec une femme. Mais quand je lui ai proposé un bilan IST, il ne m'a pas repris sur le truc.

Tu as l'impression que cela doit venir d'elle plutôt que toi lui poser frontalement la question ?

Je devrais je pense ; c'est quelque chose qui se construit. Mais avec 5% de FSF, je n'en vois pas tous les jours. Je devrais peut-être être un peu plus frontal ; "Vous êtes en couple, vous êtes hétéro ?". C'est parfois un peu trop direct je trouve, c'est très intime.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ?

Un manque d'intérêt de la part du médecin, un manque d'ouverture, un manque de connaissance, un manque d'acte, un manque d'intérêt. Je pense que cela reste une minorité et que cela n'intéresse pas le corps médical de varier d'autres prises en charge très structurées et donc en fait, tout ce que je viens de dire. Ce serait bien qu'elles puissent nous dire qu'elles sont homos alors qu'au final il n'y a pas un médecin qui va leur demander si elles le sont ou pas. Le patriarcat ! Il y a le côté très paternaliste de la médecine qui n'aide pas, j'imagine, à aborder ça.

Tu as l'impression que cela vient d'où le fait que le médecin n'ait aucun intérêt sur ce sujet ?

On ne connaît pas, on n'est pas formé, on en rencontre peu, on ne se rend pas compte qu'au final l'homosexualité et les FSF sont beaucoup plus présentes qu'on ne le croit. Alors que la médecine c'est un lieu de droite, de fils et de filles à papa et de gens bien comme tout le monde, de traditionnel catholique, etc. Mais c'est un milieu universitaire, c'est BAC plus 10, même s'il y a des aides de l'état, c'est souvent des gens avec plus de facilités qui vont faire médecine et donc ce n'est peut-être pas ceux qui ont le plus de connaissances à ce sujet-là. Encore plus à l'UCL que je pense qu'à Erasme où il avait beaucoup plus de transgenres, de FSF et d'ouvertures d'esprit. Donc je ne suis pas certain que ce soit au niveau professionnel que ça doit vraiment le plus changer.

Plus au niveau universitaire alors ?

Même au niveau personnel, c'est un problème général, sociétal.

Selon toi, est-ce que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans cette amélioration de l'accessibilité aux soins de santé ?

Très clairement. Comment ? En s'intéressant à ce sujet, en se formant, en essayant d'être à l'écoute des patients. Par expérience, les patients transgenres ont beaucoup à t'apprendre sur la manière de vraiment parler parce que ce sont des gens qui sont ici depuis longtemps et qui viennent un peu t'expliquer et donc il y a justement cette connexion non patriarcale qu'il faut avoir vis-à-vis des patients. Il faut leur poser des questions, juste accepter de passer 3 minutes à écouter cette personne qui raconte ses aventures ou pourquoi, qu'est-ce qu'il ne va pas, etc. Et donc c'est par rapport à tout ça, je ne suis pas certain que le médecin soit le plus acteur.

Il faut que ce soit le patient qui amène plus le sujet ?

C'est peut-être au médecin d'aborder le sujet mais au patient d'apporter son vécu, son importance. Je ne sais pas ce qu'il faut faire.

Ou coller une affiche dans la salle d'attente ou dans ton cabinet ?

C'est difficile parce que tu ne vas pas mettre une affiche "homo, hétéro, venez me parler". D'un autre côté, il y a les petits vieux, cela peut éventuellement choquer une patientèle plus âgée d'aborder ce sujet-là donc je crois que ce sont des choses qui doivent se faire dans la discrétion du cabinet.

Poser un petit logo arc-en-ciel dans la salle d'attente ?

Oui c'est mieux. Les vieux décrépis ne savent pas ce que cela signifie.

As-tu déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Absolument pas. J'ai lu un article une fois sur les transgenres. Ce n'est pas le même sujet, je sais. Je reviens souvent là-dessus, mais ce sont quand même des populations qui sont similaires. Plus vulnérables, plus isolées, manque de corps médical, un peu stigmatisées et catégorisées. Et je pense qu'en fait la première vulnérabilité des FSF c'est que déjà ce sont des femmes et qu'en plus ce ne sont pas des femmes hétéros et que donc il va y avoir énormément de biais de prise en charge. On sait qu'une femme noire avec des symptômes moins somatiques va recevoir 12x moins de médicaments qu'un homme blanc qui vient avec une plainte de « euh j'ai mal docteur ». Je pense que les FSF sont encore loin dans cette catégorie-là. C'est quelque chose d'assez atroce mais d'assez naturel contre lequel les médecins doivent lutter absolument mais je pense que c'est un sentiment « naturel » et contre lequel on doit se battre pour apporter les mêmes soins à la femme noire de 40 ans qui vient, qui pleure et qui dit qu'elle a mal au torse et qu'elle a un cancer du cœur alors qu'au final elle est juste stressée. Mais il faut lui apporter les mêmes soins, la prendre en charge de telle manière et pas assumer que c'est dans sa tête. Je pense que pour une FSF cela doit être la même chose et, quand je ne proposais pas de bilan IST à une FSF, au final, est-ce que c'était parce que ça m'intéressait moins ou parce que je me disais qu'il y avait moins de risque en se frottant le minou d'avoir des bactéries. La médecine est faite de préjugés.

Pourquoi tu n'as jamais suivi de formation sur ce sujet, quels sont les freins de participer à une telle formation ?

Un manque de connaissance, un manque de temps, un manque d'intérêt mais pas que ce n'est pas un sujet intéressant mais que l'on rencontre peu et on fait peu de bruit là-dessus. Donc cela paraît peu intéressant d'investir du temps là-dessus par rapport à la prise en charge de la fibrillation auriculaire. Au final, on nous a appris une médecine de pointe très somatique avant une prise en charge de la santé en général. Mais je pense que j'ai plus de patientes FSF que de patientes qui souffrent de FA au final... Mais ce serait intéressant de consacrer du temps là-dessus.

Te sens-tu compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF, et pourquoi ?

Je pense que mon ignorance de la réalité du terrain me fait croire que je ne suis pas incompetent et que si on me faisait me rendre compte de l'importance du sujet et qu'il y avait beaucoup de choses que je faisais mal et qu'il y a beaucoup de choses que je peux faire mieux ; je n'aurais pas la même réponse. Aujourd'hui, je pense que je ne suis pas mauvais. Et peut-être dans un an je me dirai que je faisais n'importe quoi. Donc c'est plus parce que je suis aveugle, j'ai l'impression de bien faire. Je ne me sens pas incompetent et je ne pense pas mal faire mais j'y vais à pif.

De manière générale, estimes-tu que les médecins généralistes ont besoin de davantage d'informations et de formations sur la prise en charge de ces patientes ?

Oui je pense. Je trouve qu'on a pas mal de chouettes choses de type CBIP avec rappel pour les médicaments ou l'ordre des médecins par rapport aux procédures légales mais c'est vrai que tout ce qui est communication des problèmes sociétaux, accueil de personnes différentes (pauvres, malades chroniques, transgenres, FSF, homos, etc) ; on n'a pas vraiment de piste. Et de temps en temps, avoir un petit billet qui viendrait te dire pour rappel "une personne transgenre, comment l'appeler : il ou elle ?", ce serait pas mal.

Mais j'ai l'impression qu'un frein à poser toutes ces questions (à tort ou à raison), c'est qu'il y a un peu l'inverse de la cime ; que demander à quelqu'un s'il est blanc de peau, alors que la personne en face de toi est blanche de peau, va faire croire que les médecins ne s'intéressent qu'aux autres. C'est un peu du racisme inversé dans le sens où demander à un hétéro s'il est hétéro, il va se sentir vexé et un peu insulté de "quoi, on croit que je suis PD ?". J'ai l'impression que je vais un peu cibler les profils (même si ça en revient aux stéréotypes) de personnes à qui je vais vraiment poser la question alors qu'une FSF en fait ça ne se voit pas vraiment qu'elle l'est.

De peur de brusquer un hétéro ?

Je pense que devoir brusquer quelqu'un qui est cisgenre, normo-centré orthodoxe, ce sont peut-être des questions que j'aborde moins de peur de la réaction des gens « traditionnels ». Chez les plus jeunes, j'ai moins ce souci-là parce qu'il y a plus de gender fluidity dans les nouvelles générations et que je pense qu'il y a de moins en moins d'hommes qui vont se sentir blessés dans leur virilité en demandant quelle est votre orientation sexuelle ? Pas "vous êtes homo ou hétéro ?" mais "comment décririez-vous votre orientation sexuelle ?".

Tu as plutôt l'impression que ce sont les hommes qui auraient tendance à se vexer ?

Non pas spécialement. Mais je pense que ça, c'est un frein qui vient de moi et pas vraiment de ma patientèle.

Selon toi, quel serait le meilleur moyen d'inciter les médecins à s'intéresser au sujet ?

Beh prendre conscience du problème. C'est vraiment aborder une simple vignette clinique des dégâts qu'une mauvaise prise en charge peut faire. Par exemple "Madame, vous être mariée, bientôt des enfants avec Monsieur ?" alors qu'en fait Madame est lesbienne, que ça fait 12 ans qu'elle est avec sa compagne, qu'on n'a toujours pas accepté de faire la PMA et qu'avec ces questions, je viens de faire une cicatrice énorme dans la vie de cette femme, par ignorance. Je pense qu'effectivement ce n'est pas de l'incompétence, c'est juste de l'ignorance.

Donc un moyen d'incitation serait plutôt sous forme de vignette ?

Oui avec un chiffre ou deux pour réaliser la fréquence et comprendre en quoi est-ce que c'est blessant et ce que cela peut amener, les études sur le sujet, etc.

Les interpellés sur le sujet pour qu'ils aient envie de se former ?

Oui c'est ça et se rendre compte que ce n'est pas un problème rare, ce n'est pas un Addison ou un Cushing qu'on va avoir 3 fois dans sa vie. C'est quelque chose qui touche 5, 10, 20 % de la population et donc potentiellement à Bruxelles 30 % de la patientèle ou au Luxembourg 7 % de la patientèle. Je n'en sais rien mais effectivement, d'avoir aussi des données épidémios. Je n'ai aucune idée de la fréquence attendue et je sais que la patientèle ici, il y a quand même beaucoup de personnes transgenres ou en cours de changement de sexe ou des pathologies un peu plus « psychiatriques ». Enfin, des gens qui sont en souffrance.

Tu es déjà un médecin gay-friendly ?

Je pense.

Tu penses qu'une formation te serait utile ?

Oui, ce serait utile. Je ne sais pas si c'est plus pour se rendre compte du problème. Je pense que dans un premier temps, il faut une prise de conscience et que chaque médecin puisse évaluer si oui ou non c'est un problème au niveau de sa pratique et que dans un deuxième temps, il y ait la formation. Il ne faut pas convaincre le médecin qu'il doit se former au traitement du diabète, il le sait. Donc ici il faut arriver à convaincre les médecins qu'il faut se former à l'accueil des personnes FSF. C'est aussi de là que vient le manque de formation, de l'ignorance des médecins et donc faire ça en deux temps.

Connais-tu des ressources ; lecture, organisation, associations, formations pour les médecins généralistes désireux de faire un pas vers les FSF ?

J'ai oublié le nom, c'est une asbl qui est comme l'asbl « arc-en-ciel ». Accueil des personnes sur la question de leur identité sexuelle. Maison arc-en-ciel, c'est à Ottignies. Je sais que je vais avoir tendance à me tourner vers des associations pour ces trucs-là et sinon j'ai l'impression qu'au niveau des plannings familiaux, ils sont déjà un peu plus formés aussi. Par ignorance, je regarderais avec le patient où se référer. Donner une adresse un peu fiable après une prise de contact en fonction de la souffrance de la personne. Si c'est quelqu'un qui est à l'aise, qui s'éclate, qui n'en a rien à foutre et qui n'en souffre pas et que j'ai confiance quand il dit qu'il n'en souffre pas.

Selon toi, comment pourrait-t-on améliorer la prise en charge de la santé globale des FSF dans notre pratique de médecin généraliste ?

Pour résumer, comment améliorer la prise en charge ? Être informé du problème, s'informer quant à la bonne pratique par rapport à l'accueil, leurs vulnérabilités, ce qu'il faut dépister, à quoi faut-il faire attention, à quoi ils s'exposent, etc. Donc vraiment une prise en charge tant sociale que psychologique que médicale. Et veiller à ce que l'environnement de travail soit accueillant. Qu'il n'y ait pas d'affiche trop hétéronormées ou sexiste à l'accueil et qu'il n'y ait pas des images que de couples hétérosexuels dans les affiches. Qu'il y ait une inclusion de ces personnes-là dans la décoration du cabinet. Être inclusif, ne pas avoir que des affiches sur la maltraitance familiale et des images avec papa, maman et les deux enfants mais avoir d'autres représentations pour montrer que l'on est plus vigilants et que les gens se sentent aussi faire partie du cabinet.

As-tu quelque chose à rajouter sur le sujet ?

C'est un chouette sujet et je trouve ça cool que tu l'amènes. Ça fait réfléchir.

Interview n°2 : Dr Madone

Pourrais-tu te présenter ?

Je suis assistante en médecine générale en 1^{ère} année dans une association de médecins en pratique rurale.

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patients ?

La question de l'orientation sexuelle pas à proprement parler mais par contre, dès que j'ai des symptômes urinaires ou cutanés génitaux, je demande s'ils ont des rapports sexuels protégés, s'ils sont mariés, si les relations sont uniquement avec leur femme/compagne/compagnon ou s'ils font ça ailleurs. Je pose la question des MST mais pas de l'orientation sexuelle à proprement parler.

En parles-tu également avec tes patients masculins ?

Oui, c'est l'égalité entre hommes et femmes.

A quel moment de ta relation avec la patiente tu abordes ce sujet ?

Quand ils viennent avec une plainte urogénitale.

Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ?

Dans l'anamnèse à ce moment-là, je n'ai rien de particulier dans le dossier.

Que mettrais-tu en place dans ton cabinet pendant tes consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ?

J'aurais mis un petit écriteau discret LGBT friendly avec le drapeau et quand je vois des affiches sympathiques sur la prévention et sur l'ouverture aux orientations sexuelles contre l'homophobie et ce genre de choses, je les affiche. Le fait de savoir que je suis LGBT friendly, je pense que ça leur permet d'être un peu plus soulagé et à l'aise en se disant que, au pire, s'ils laissent échapper une info sur cela, ils ne vont pas être jugés car on est au courant de ce que c'est.

Comment la prise en compte de l'orientation sexuelle de tes patients influence ta prise en charge future ?

Je ne sais pas quoi trop dire car je n'ai pas encore eu beaucoup de patients qui disaient délibérément qu'ils étaient homos. Ou alors c'étaient des cas assez extrêmes qui venaient d'emblée en disant qu'ils venaient de faire une partouze avec des dizaines de personnes sans se protéger et qu'ils avaient une gonorrhée anale mais jamais entre deux où ils le disaient pour le dire comme ça.

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ?

10% ? Juste à l'œil en regardant les gens, à quoi ils ressemblent et comment ils parlent, c'est tout puisqu'ils ne le disent pas forcément. Sauf quand ils disent "ma compagne est dans la salle d'attente" mais à part ça...

Tu te sens à l'aise face à elles ?

Pas forcément différente puisque je suis de la jeune génération et que cela ne me choque pas tellement. Et à titre personnel aussi, j'ai toujours été habituée à ce que les gens dans leurs relations sexuelles ne soient pas forcément tous des hétéros et cela ne change rien pour moi. C'est plutôt la prévention sexuelle qui me pose problème parce que je n'ai pas d'idée.

As-tu vu des différences avec les autres patients en termes de prise en charge plus facile, plus compliquée ?

Non pas forcément.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques à ces patientes ?

Par exemple, typiquement pour le MST, on ne parle pas beaucoup du sexe femme-femme parce que on parle beaucoup du sida et des rapports de sodomie avec les homosexuels masculins et du coup on ne parle pas des MST chez les FSF. J'ai quand même déjà vu une femme qui avait une vaginose bactérienne et qui l'avait transmise à sa copine et vu qu'elles continuaient à faire du sexe entre-elles,

finalement, toutes les deux ont eu ce problème-là. Ça reste possible même si c'est à la limite d'une MST quand même. Et sinon dans les autres trucs, je sais bien que probablement il y a pas mal de vieux médecins, surtout masculins, qui sont assez homophobes et donc cela doit être un peu plus compliqué pour elles de s'ouvrir et d'être honnêtes complètement sur leurs pratiques sexuelles et du coup sur les risques qu'elles prennent. La société en général est encore un peu homophobe.

Penses-tu que la prise en compte de ces vulnérabilités-là cela va influencer la qualité des soins qu'elles vont recevoir ?

Sûrement qu'individualiser c'est toujours bien. On a tendance à faire des protocoles standardisés pour être sûr de ne pas faire de boulette et pour ne rien louper. On a tendance à tout protocoliser pour faire des prises en charge standards mais cela ne marche pas si tu ne l'adaptes pas à la personne. Je pense qu'il faudrait toujours prendre en compte cela. Je pense qu'on le fait mais sans réaliser qu'on le fait. On le fait comme ça, un peu au feeling, en disant "oui moi ce patient-là j'adapte parce que tatata". On ne se fait peut-être pas la réflexion et on devrait peut-être le faire un peu plus, surtout à ce point-de-vu là. D'abord, il faudrait être conscient que cela existe puis être conscient que c'est discriminer d'une manière ou d'une autre qu'en matière de santé il y a des inégalités et en plus après, l'adapter à cela. Ces inégalités de santé ne sont pas vues par tout le monde.

Comment prends-tu en compte ces vulnérabilités de santé dans ta consultation et quelles mesures concrètes de prévention fais-tu avec la patiente ? Que lui proposes-tu ?

Justement, c'est un problème. Moi, j'ai tendance à dire aux gens "faites-vous dépister" quand ils me confient des pratiques sexuelles à risques (partenaires multiples, etc). Mais par contre, je dis juste "faites-vous dépister" ; je ne propose pas d'endroit parce que je n'ai pas vraiment d'idée de lieu où cela se fait là où je travaille. Je ne propose pas de manière, enfin pour moi-même je sais ce que c'est et encore je regarde sur "dépistage.be" le petit tableau avec les semaines et les dosages à faire (prise de sang, urines, etc). Évidemment, je sais dire aux gens "il faut faire une prise de sang et les urines". Je coche sur la prise de sang mes trucs et, par exemple, le sida quand il y a eu des rapports différents. Je leur dis "protégez-vous", c'est facile pour les hétérosexuels mais ça ne l'est pas pour les homosexuels. S'il y en a vraiment une qui me pose la question de comment, je n'ai pas d'idée. Tout comme le sexe oral avec une protection, je n'ai pas d'idée non plus. Moi autant je mets un préservatif pour tout, autant pour le sexe oral je ne mets pas de préservatif et c'est complètement con car au final c'est aussi des muqueuses.

Connais-tu des moyens de protection pour les femmes et si tu les connais trouves-tu qu'ils sont adaptés ?

Ce qui me vient en tête, c'est la digue dentaire et le carré de latex mais à part ça.... Je n'ai jamais eu de cas mais également, je n'ai jamais discuté avec quelqu'un qui en utilisait régulièrement.

Tu penses à d'autres vulnérabilités de santé que tu prendrais en charge avec tes patientes ?

Si je tombe sur des jeunes ou moins jeunes qui ont des problèmes avec le coming-out et qui ont été rejetés par leur famille ou ont subi des violences homophobes, je recherchais plutôt les foyers, les centres d'accueil ou les centres téléphoniques et une orientation vers une psychologue qui sont souvent au fait de tout ça et ouverts d'esprit pour les aider à passer ce cap-là. Cela dépend s'ils viennent pour des violences ou de la dépression. Beaucoup de gens viennent pour cela mais quand on creuse un peu, on sait que c'est ça la cause.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les FSF dans l'accès à la médecine générale ?

Je pense que si tu as subi des violences psychologiques ou physiques de la part d'un médecin ou de quelqu'un du corps médical avant, cela te freine de toute façon. Je pense que c'est avec un cercle vicieux inconscient comme par exemple la grossophobie. Les personnes qui sont en surpoids sont stigmatisées par ça ou invisibilisées par ça. Ce sont les 2 extrêmes et je pense que les deux sont mauvais et qu'inconsciemment, elles vont moins chez le médecin et se soignent moins. C'est ça le truc vicieux. Si tu as déjà été mal accueillie par le corps médical pour une raison X ou Y et certainement parce que tu es tombée sur un vieux con homophobe, cela ne va pas t'aider à avoir envie d'aller dans les hôpitaux et avoir envie d'aller chez le médecin à temps. Peut-être qu'elles laissent traîner plus leurs pathologies que quelqu'un qui ne se pose pas la question parce qu'elle est dans les normes sociétales.

Et l'autre obstacle, c'est probablement qu'on n'a pas d'idées pour elles si elles viennent avec une question spécifique FSF parce que nous le patient type, il fait 1m70, 1,73 m² de surface corporelle, est blanc, caucasien et a 50 ans. C'est ça le patient type dans nos villes. De temps en temps, on parle d'autre chose mais tu as déjà vu dans nos cours qu'il y avait des patients noirs ? Jamais. Même en dermato, on ne parle pas de dermato sur les peaux noires ; à aucun moment on nous dit que "si vous tombez sur une peau noire, c'est ça". J'ai encore regardé l'autre jour et je trouve cela complètement con puisqu'à un moment on a colonisé le Congo donc à un moment ou un autre, des peaux noires on en a en Belgique.

Quelle est la manière de contourner ces obstacles pour leur faciliter l'accès à la médecine générale ?

Leur faire savoir qu'on est au courant de tout ça et le faire savoir de manière discrète. Par exemple, typiquement l'affiche dans la salle d'attente c'est quand même une bonne chose je trouve parce que systématiquement les gens fixent le mur quand ils sont dans la salle d'attente et inconsciemment l'information va passer et elles vont se détendre.

Sans poser la question de manière systématique mais arriver nous-mêmes à être moins gênées en posant la question. Tout comme moi, je pose la question à tout le monde : vous fumez ? vous buvez de l'alcool ? drogue ; cannabis, héroïne, cocaïne ? Et du coup je le dis comme ça et ça paraît naturel et je me dis que les gens ne le prennent pas pour eux et ne sont pas offensés par la question parce que je pose des questions à tout le monde et si jamais ils me regardent bizarrement, je leur dis sans même lever les yeux de mon ordi "mais je pose la question à tout le monde". En mode, je fais mon dossier de manière systématique. Si tu demandes si elle fume, tu pourrais demander si elles ont des comportements à risque ou multipartenaires ou quelle est son orientation sexuelle au début.

Maintenant, il faut pour nous trouver une manière pour ne pas être gêné avec ça et de ne pas les gêner avec ça. Si tous les médecins commencent à leur poser la question chaque fois qu'elles viennent aux urgences ou chaque fois qu'elles viennent en médecine générale, cela risque d'être un peu lourd qu'on leurs rappelle sans cesse qu'il faut poser la question puisqu'il y a des différences. Maintenant, je pense qu'il y a moyen.

As-tu déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des FSF ?

Non jamais. Le seul truc qu'on a eu, c'est dans le cours de médecine générale à l'unif. C'était très global et c'était juste sur les MST et la contraception ; style pilule. Mais c'était genre juste un cours de 2h. Même en gynéco, on n'en a pas parlé ; on a juste parlé des types de contraception mais c'est tout. On

en a parlé un tout petit peu mais on n'a pas eu un médecin spécialisé là-dedans qui est venu nous donner cours.

Pourquoi n'as-tu jamais suivi de formation sur ce sujet, quels sont les freins ?

Déjà de savoir que ça existe. Je pense que cela devrait être proposé dans les programmes. Malheureusement, quand tu es déjà médecin, il faudrait que dans leur programme de formation continue, ils sachent que c'est proposé. Il faudrait que les gens qui suivent ces formations ou les assistantes qui ont l'information là-dessus qui trouverait ça intéressant envoient les infos à ceux qui font les programmes des cours pour proposer ce genre de formation. Comme ça les vieux médecins auraient accès à ça. Je pense que ce sont eux qui sont les moins touchés par ça et il y en a même qui ne savent pas ce que cela veut dire.

Te sens-tu compétente dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF, et pourquoi ?

Je pense que je suis compétente dans tout ce qui est "corps de la femme". Maintenant adaptée aux FSF, pas forcément. Je pense en termes de prévention du cancer du sein, contraception, etc ; oui. Parce que je suis une femme donc je pense que c'est juste grâce à ça que je suis sensibilisée au corps des femmes, style infection urinaire, ce genre de choses. Maintenant, aux FSF pas forcément. C'est plutôt typiquement la contraception, protégez-vous mais ne posez pas la question du comment.

Tu penses qu'une formation te serait utile ?

Ben je pense que oui et je pense que je suis du genre à poser des questions quand je n'ai pas les réponses à la fin.

De manière générale, est-ce que tu estimes que les médecins généralistes ont besoin de davantage d'information ou de formation sur la prise en charge des FSF ?

Je pense. Et même sur les femmes en général. Par exemple, l'autre jour quand j'avais mes règles, mon père m'a lâché "oui mais bon c'est normal d'avoir mal quand on a ses règles". Et moi j'étais là "Pardon ?". En fait, c'est normal que tu ne sois pas très bien, que tu sois ballonnée, en plus c'est n'est pas gai d'avoir du sang dans sa culotte, OK. Maintenant crever de mal, être pliée en deux, être blanche comme un linge et ne pas savoir bouger ni travailler, ce n'est pas normal. Pourtant, mon père, qui est médecin généraliste et ouvert d'esprit, n'est pas sexiste. Mais même lui n'était pas au courant. Donc je pense qu'on a des progrès à faire à propos même de la santé des femmes en général et donc des femmes qui font du sexe avec les femmes...

Tu penses que les médecins hommes sont plus "mauvais" sur ce sujet ou pas forcément ?

De notre génération non parce que je pense que ça commence à bouger et que nous, femmes en couple avec nos hommes maintenant, on parle de nos règles, de nos problèmes, de féminisme, etc. Et cela rentre par une oreille et ça se garde dans leur cerveau. Donc dans notre génération, les mecs ont tous bien eu une meuf ou une pote qui parle de ces problèmes. Mais de base, les vieux médecins sont pires que les femmes.

Selon toi, quel serait le meilleur moyen pour inciter les médecins généralistes à s'intéresser aux vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF ?

On leur montre sur des chiffres sur ce que cela provoque. Par exemple, typiquement ; l'augmentation du cancer du sein, de la dépression, etc.

Et un jour, tu tombes devant un truc où tu n'as pas la réponse, tu as l'air con. C'est un peu le propre de la médecine générale, surtout quand tu débutes. Il y a plein de trucs où t'as l'air con parce que tu n'as pas la réponse. Est-ce que tu t'arrêtes forcément sur ça alors qu'il y a d'autres machins qui t'inquiètent plus parce que tu ne le savais pas ? Donc tu vas étudier ça au lieu d'étudier autre chose.

Tu grades un peu les priorités ?

Ce n'est pas forcément une priorité. En plus, on n'a pas ça dans les cours donc on n'a pas une introduction à aller relire dans un bouquin. On n'a pas une petite brochure sur notre bureau pour nous aider ou un cours bien fait et bien donné qui fait un bon résumé des choses.

Connais-tu des ressources ; lecture, organisation, associations, formations à destination des médecins généralistes désireux de faire un pas vers les FSF ?

Là comme ça, je n'ai pas d'idée maintenant. Je crois qu'en cherchant sur internet, il y a moyen de trouver. Sur dépistage.be et vih.be, je pense qu'ils ont des ressources.

Conseillerais-tu des associations à tes patientes FSF ?

Tout comme il faut avoir un répertoire de psychologues, de tabacologues, d'organismes style alcooliques anonymes ou de réunions d'addicts, d'assistants sociaux, d'aides juridiques, des plannings familiaux et de tous ces gens-là, il faudrait qu'on ait tous une liste dans un carnet des associations pour les FSF.

Avant, c'était le curé qu'on allait voir pour discuter. Maintenant, cela n'existe plus, les gens ne vont plus à messe. Ma mère m'a dit qu'elle faisait le travail que le curé faisait il y a 20 ans. Les curés allaient chez les gens. Maintenant je ne sais pas si le curé serait un bon assistant social pour les FSF...

Interview n°3 : Dr Beauvoir

Pourriez-vous vous présenter ?

Je suis médecin généraliste, j'ai 54 ans donc je suis diplômée depuis 1993.

Quel genre d'expérience professionnelle vous avez ?

Médecine générale classique. Je voudrais rajouter que je suis hétérosexuelle. Mon mode de pratique est classique. Je fais beaucoup d'allopathie et assez bien de phyto, j'aime bien. Je n'y connais rien en homéo donc je ne m'aventure pas là-dedans car c'est un domaine complexe pour moi et auquel je ne crois pas beaucoup. J'ai beaucoup de cas psy. Je n'ai pas cherché, ce sont les gens qui sont venus vers moi.

Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec vos patients ?

Ça dépend pourquoi elles viennent. Si elles viennent pour une cystite, vaginite, etc ; oui. Je n'ai pas l'impression d'avoir peur de leur poser des questions. J'ai peut-être plus difficile avec des jeunes

hommes parce qu'ils ont déjà du mal eux-mêmes donc j'essaie de les mettre à l'aise mais c'est plus difficile. Quand ils viennent pour une infection, c'est toujours plus difficile (jeune homme, pour moi c'est en-dessous de 30 ans car j'en ai 54, ceux de l'âge de mes enfants). C'est eux qui ont du mal, je vois qu'ils sont très mal à l'aise. Je pense quand même que j'y vais plus franco avec eux parce que je me dis qu'ils n'ont pas peur et qu'ils ne vont pas me cacher des trucs et que je ne saurai pas les soigner comme il faut et ce serait dommage.

Comment traitez-vous cette info dans le dossier médical ?

Si je note dans le dossier s'ils sont hétéros ou homos ? Non je ne note pas ça dans le dossier, je le retiens. J'ai quand même quelques couples homosexuels qui me l'ont dit ou je le sais ou je leur ai posé la question carrément parce que j'avais besoin de le savoir pour le dossier mais je ne le note pas spécialement. Je devrais peut-être mais ce n'est pas noté.

Que mettez-vous en place dans votre cabinet pendant vos consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ?

Chez les jeunes femmes, car j'ai rarement les jeunes hommes avec, qui viennent pour une première contraception, là systématiquement je leur en parle. Mais c'est parce qu'elles sont demandeuses à la base ou alors ce sont les parents qui me les envoient ; je leur dis que je dois les voir seules et alors-là j'explique, je donne toutes les précautions d'usage, les protections et préservatifs. Je leur explique tout. Je dis que je veux les revoir 3 mois après la prise de la pilule et je leur dis de me poser toutes les questions, d'écrire sur un papier et de venir avec. Mais dans le fond, c'est beaucoup de la contraception. Souvent, en fin de consultation, je sais ce qu'elles ont comme pratiques sexuelles. Toujours les femmes, jamais les garçons. Peut-être parce que je suis une femme. Parfois ils viennent à deux mais c'est rare. Ils viennent à deux quand c'est en cachette des parents souvent, ils sont mineurs, moins de 18 ans. C'est rare, c'est une minorité.

Comment la prise en compte de leur orientation sexuelle influence votre prise en charge ? Est-ce que le fait de savoir par exemple que c'est une patiente lesbienne, cela va influencer votre pratique ?

Si elles ont des enfants plus tard, oui, inévitablement ça va être différent. J'ai déjà suivi un couple de femmes qui ont eu un enfant et dont j'ai soigné l'enfant. Probablement que c'est différent mais je n'ai pas l'impression que ça a changé ma façon de faire. J'ai juste eu du mal pour savoir qui je devais appeler "maman" parce que c'est deux mamans. C'est compliqué, j'ai un problème de vocabulaire avec ça parce que c'était une fois l'une, une fois l'autre qui venait avec l'enfant et donc c'était embêtant pour moi. Donc je ne savais pas comment je devais m'adresser à l'enfant par rapport aux deux mamans. Pour finir, je disais leur prénom. Je n'ai pas osé leur dire, j'ai été très embêtée de savoir comment tu appelles papa, maman. C'est une chose que je n'ai pas osé dire. J'ai probablement été coincée pour ça. Je ne crois pas être différente si la patiente a des relations avec d'autres femmes.

Selon vous, quel est le pourcentage de FSF dans votre patientèle ?

Il ne devrait pas y en avoir tant que ça. Dans ma génération, il y en a beaucoup moins que dans la tienne à mon avis, ça sûrement. Donc si c'est tout mélangé, on va dire 5% ; femme avec une femme.

Vous sentez-vous à l'aise face à elles ?

Pour moi, ce n'est pas un truc qui me dérange. Juste l'histoire de l'enfant où je ne savais comment appeler le parent, comment définir un parent femme quand c'est deux femmes. Ça, ça m'embête.

C'est plus le vocabulaire qui est compliqué. Quand tu connais bien tes patients, ce n'est plus un problème car tu finis par les tutoyer très vite et donc c'est quand même un couple que j'ai aidé à pouvoir avoir une procréation assistée puisque c'était un don de sperme pour une des deux femmes. Quand tu accompagnes tes patientes comme ça, même si tu n'es pas dans le coup parce que tu n'es pas spécialiste et qu'elles sont toujours à l'hôpital pour cela, tu es quand même au courant. Tu reçois un faire-part de naissance, elles sont contentes. C'est comme n'importe quelle patiente qui a un bébé.

Cela avait été facile pour la PMA ?

Oui, c'était un don de sperme et c'est une des deux femmes qui a porté le bébé et cela n'a pas posé de problème. En tout cas, moi j'essaie de ne pas juger ; c'est quelque chose que j'ai toujours essayé de faire parce que je pense qu'on ne peut pas. D'abord, on n'a pas le droit pour commencer et puis on ne connaît pas vraiment la vie, le parcours de chacun au niveau de l'apprentissage sexuel. On ne sait pas ce qu'il s'est passé dans la vie de quelqu'un.

Je pense à un cas. Je viens d'avoir un jeune homme qui est sorti d'un centre de revalidation, il a fait une rupture d'anévrisme, il a 16 ou 14 ans, il est très jeune et il a failli mourir. On a même dit aux parents "on va débrancher la machine". Et donc, il s'est réveillé. Cela s'est passé il y a plus d'un an et est resté en revalidation durant ce temps-là. Il a fait connaissance avec un autre garçon dans la même chambre et ils sont en train de créer une relation homosexuelle, donc un homme avec un homme. Le papa a complètement été catastrophé et est venu dire à mon collègue "c'est encore plus grave que son hémorragie cérébrale". Tu vois un peu le tableau. Je me dis, mais pourquoi ? Cela fait partie de son parcours de vie, il a vécu avec ce garçon pendant combien de mois ou de semaines dans une même chambre. S'il est attiré sexuellement, il n'a connu que ça donc quelque part c'est peut-être lié à ce qui lui est arrivé, je n'en sais rien. Le papa vivait ça comme une tare catastrophique. Même si cela doit quand même être très dur pour les parents, je pense que c'est plus dur pour eux que pour le jeune. Même si le jeune est quand même rejeté.

Pour les garçons, ils ne vont pas le dire spontanément même si tu t'en doutes. Tu dois le demander. La femme, elle le dit plus facilement. En consultation, les femmes qui sont en couple avec une femme le disent très facilement, je n'ai pas besoin de le demander. Les hommes, il faut demander. Les femmes sont probablement plus à l'aise mais les hommes viennent quand même me voir moi, une femme. Maintenant, ils me voient peut-être comme le médecin mais pas comme la femme. Je pense que j'ai plus facile maintenant que quand j'avais ton âge pour en parler. Quand j'étais jeune, j'avais plus difficile je pense. On ne me voit plus comme un être sexué, on me voit comme un vieux médecin. Je pense.

Que connaissez-vous des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux FSF ?

A mon avis, je ne connais rien.

Je vais en énoncer quelques thèmes pour pouvoir avancer dans les questions ; santé mentale (dépression), santé sexuelle (dépistages, contraception, moyens de protection), dépistage des assuétudes (tabac, alcool, drogue) et des violences conjugales. Comment prendriez-vous en compte ces vulnérabilités de santé pendant vos consultations ?

Je demande quand même aux femmes, à toutes les deux, si elles ont un suivi gynéco et à ce moment-là, c'est d'office un frottis à faire pour le cancer du col, je pose la question aux deux. Tu les as séparément, elles viennent rarement à deux sauf si c'est pour procréer mais sinon, c'est séparé qu'elles

viennent. Donc j'en parle à toutes les deux, j'en parle comme si je devais en parler à une femme toute seule.

Et niveau des dépistages, vous en proposez systématiquement ?

Je leur demande, chaque fois que je fais une prise de sang. Il n'y a qu'à la maison de repos que je ne demande pas s'ils veulent un dépistage. Mais sinon, je demande systématiquement si elles veulent un dépistage MST. Et à ce moment-là parfois la consultation prend dix minutes de plus tout à coup. Ce n'est pas chaque fois mais quand même c'est comme cela que l'on arrive à tout savoir.

Selon vous, quels seraient les obstacles que rencontrent les patientes FSF dans l'accès aux soins de santé ?

Il ne doit pas y en avoir en tout cas mais cela veut dire qu'il y en a quand même si tu me poses la question. J'ai envie de dire que cela dépend de l'état mental dans lequel elles sont. Si elles sont bien avec leur orientation sexuelle, mais si elles ne le sont pas, il n'y aura pas de prévention. Je caricature mais à mon avis, c'est cela qui se passe.

Si elles n'osent pas en parler et si elles ne sont pas bien avec ça, et cela doit arriver souvent quand même je pense tant pour l'homme que pour la femme ; mais peut-être moins pour les femmes car elles ont quand même facile à en parler. C'est comme ça pour tout, elles ont plus facile dans les consultations et communiquent mieux. Elles vont plus vite droit au but du motif de consultation ou de la réponse à la question que tu leur poses et tu en profites pour dire "tiens, vous voulez que l'on fasse les MST à la prise de sang" ou "quand avez-vous vu un gynéco ?". Moi j'ai quand même des dossiers pour les femmes où je demande systématiquement mammographie, gynéco, frottis,

Et la contraception, vous posez la question ?

Cela me gêne mais je demande quand même. On se dit qu'elles n'ont pas besoin de contraception.

Mais d'un autre côté, elles peuvent aussi avoir des relations sexuelles avec des hommes.

Oui, dans ce cas-là. Mais en général, elles ne nous le disent pas. On ne dit pas ça au médecin de famille je pense.

De votre côté, que pourriez-vous faire pour favoriser la divulgation de leur orientation ?

Si tu leur parles des maladies sexuellement transmissibles, elles vont quand même se poser la question de dire "ah oui tout compte fait, j'ai quand même eu un rapport avec un autre partenaire (que ce soit femme ou homme) et je risque d'avoir une MST".

Ce serait donc plus "ouvrir une porte" et qu'elles la prennent si elles veulent bien plutôt que de poser frontalement la question de manière systématique ?

Non, ce serait malhonnête de le dire, ce n'est pas systématique. Non, je ne vais pas jusque-là.

Avez-vous déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des FSF et si non, pourquoi ?

Non. Peut-être que je me dis que c'est une minorité de mes patientes et que du coup, j'ai d'autres formations plus rentables, si on doit parler en ces termes, à suivre. Ce n'est pas parce que cela ne m'intéresse pas, c'est parce que, à mon avis, cela ne va pas me servir souvent. Pas de préjugé mais c'est plus pour ça.

Qu'est-ce qui, à votre avis, pourrait motiver des médecins généralistes à suivre une formation ?

En parler entre médecins. Si on provoque une formation dans un GLEM ou un dodécagroupe, alors je pense que oui. Ils se diraient "ben oui pourquoi pas", tout compte fait je peux profiter de la formation avec d'autres médecins, je pense que oui.

Il faut éveiller l'intérêt sur le sujet, sinon cela passe inaperçu ?

Il y en peut-être qui vont se dire, "cela ne sert à rien" mais en général, lorsque tu fais partie d'un groupe de formation continue, cela fonctionne aux votes. Chacun propose un sujet qui l'intéresse, trouve un expert intéressant et à ce moment-là on vote. Sur les 10 sujets, on doit en retenir 6 ou 7. Je serais curieuse de savoir si ce serait pris ou pas pris. Cela vaudrait la peine. Celui qui présente un sujet doit quand même étoffer.

Vous sentez-vous compétente dans la prise en charge de la santé de manière globale de vos patientes FSF ?

Non. Je n'ai jamais eu de formation, on ne m'en a jamais parlé dans le passé et je ne me suis jamais documentée sur le sujet. C'est peut-être de ma faute, j'aurais peut-être dû mais je n'ai jamais cherché à me documenter plus que ça.

Je n'ai jamais vraiment eu beaucoup de demande spécifique de prévention, de rapports sexuels entre femmes. Peut-être que si j'en avais eu, j'aurais sans doute cherché. Je fonctionne au cas par cas. On me demande un truc, je cherche et je retourne vers la personne. Donc si on ne me l'a pas demandé, je ne vais pas prendre le temps. Peut-être que c'est une erreur mais je ne le fais pas. C'est plus quand on a une question particulière.

A mon avis, tous les médecins de mon âge doivent avoir eu plusieurs cas comme ça où ils auraient bien voulu aller plus loin dans la prévention mais ils ne l'ont pas fait parce qu'ils ne savent pas très bien comment s'y prendre. Quelles questions faut-il poser pour être efficace et arriver à avoir une bonne prise en charge et une prévention. A mon avis, ce serait utile.

De manière générale, estimez-vous que les médecins aient besoin davantage d'informations ou de formations sur ce sujet ?

En tout cas, il n'y en a pas qui viennent à moi spontanément. Si tu dois compter le nombre de propositions de formations qu'on a sur les grosses pathologies, même sur la prévention. Je vais prendre l'exemple du vaccin HPV. On a toutes les formations qu'on a eues, c'était toujours ciblé juste sur le vaccin. Ce n'est pas spécifique sur le garçon, la fille. On a reçu une petite brochure à l'époque où on expliquait les rapports sexuels pour l'homme aussi, le risque de cancer de la gorge, pour le garçon, pour les rapports oraux. Tout cela était expliqué mais je n'ai pas donné ça aux parents. L'idée c'est d'expliquer en premier lieu mais c'est vrai, comment expliquer, j'étais bien embêtée. Quelle information je dois donner à tous les parents des enfants filles-garçons de 13, 14 ans, je suis bien obligée de leur en donner. S'ils me posent des questions : faut-il faire ce vaccin ? C'est un peu chaud à expliquer.

Il faut déjà le savoir soi-même avant de transmettre l'information alors ?

Oui. En tout cas, il faut regarder la tête de la maman, car une fois sur dix c'est la maman qui est là avec sa fille, et elle n'imagine même pas qu'elle peut poser des questions pour son garçon et quand tu

commences à lui expliquer que son garçon va peut-être mettre le pénis d'un autre garçon dans sa bouche, elle change de couleur. C'est compliqué, car ce sont des enfants. Pour le parent, ce sera toujours difficile je pense. Nous vivons dans une société formatée et il y a beaucoup de chance que même ta génération vous l'êtes aussi encore très fort, dans un système où tout le monde doit fonctionner de la même façon.

Selon vous, quels sont les meilleurs moyens pour inciter les médecins généralistes à s'intéresser à ces vulnérabilités ?

A mon avis, c'est le partage d'expériences qui marche le mieux ; ce sont les groupes de paroles qui marchent le mieux pour les généralistes. On détermine un sujet et tout le monde vient avec son cas de patient particulier, on le met sur la table et on demande de l'aide aux autres. C'est ce qui marche le mieux. Les médecins se disent "mais oui j'en ai et je ne sais pas ce que je dois faire donc j'évite la question". Cela marche mieux que donner une formation académique avec un cours. Une fois que tu as ton diplôme, tu veux du pratico-pratique. Des cas cliniques en fait et à ce moment-là, tu dévies sur les recommandations de bonnes pratiques ; que faut-il faire et que ne faut-il pas faire ?

Connaissez-vous des sources en lecture, organisation, associations, formations sur le sujet ?

Non. Je ne connais rien là-dedans.

Selon vous que pourrait-on faire concrètement pour améliorer la prise en charge de la santé des FSF en médecine générale ?

Les mettre à l'aise, c'est mieux communiquer avec ton patient sans qu'il y ait de tabous au niveau de pouvoir poser des questions qui sont sensibles. Il faut commencer par là je pense car si tu arrives à poser de telles questions, l'info tu vas la chercher derrière et là tu vas la chercher et du dois honorer une réponse. C'est faire tomber les tabous et arriver à mettre le sujet sur la table. Savoir leur orientation. Je pense qu'il y a beaucoup de patients que j'ai vu chez qui je n'ai peut-être pas posé la question parce qu'ils ne venaient pas pour ça et que j'aurais peut-être dû parce que c'était important que je le sache.

Cela vous est-il déjà arrivé d'être confrontée à une situation face à laquelle vous ne saviez pas l'orientation de votre patiente et que cela ait influencé votre diagnostic ?

Je ne dirais pas que cela a empêché un diagnostic rapide mais je pense que la deuxième fois, on arrive à communiquer mais on a peut-être perdu une consultation oui, c'est possible. Mais tu as ça aussi avec les couples hétéros. Je crois que c'est pareil. Une fois que les gens sont coincés pour en parler, qu'ils soient homos ou hétéros, ils sont coincés et c'est tout. Il y a plein d'hétéros avec qui tu ne sais pas parler de rapports sexuels, de prévention, de MST, de ce qu'il faut faire ou pas. Je crois que c'est pareil. Je ne suis pas sûre que ce soit lié au fait d'être homo.

Interview n°4 : Dr Anderson

Pourrais-tu te présenter ?

J'ai 26 ans, je suis assistante et je finis ma 2^{ème} année. J'ai fait 1 an en Maison médicale en plein centre de Bruxelles à De Brouckère. J'ai enchaîné avec 1 an d'intra-hospitalier à l'hôpital St-Anne St-Remy à Anderlecht ; j'ai fait 6 mois de gériatrie et 6 mois aux urgences. Et maintenant je suis en pause.

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patients ?

Cela dépend pourquoi elles viennent, je pense que ce n'est pas une chose que j'aborde d'emblée par exemple pendant la période hivernale, quand elles viennent pour des rhumes et tout ça. Après, dès que c'est pour des infections urinaires, c'est vrai que c'est plus facile de commencer à parler de la sexualité. Cela m'arrive de demander mais parfois je vois que les gens sont un peu fermés donc je n'insiste pas mais ce n'est pas un réflexe de demander leur orientation sexuelle. Je ne le mettais pas dans le dossier et je ne posais pas la question lors de la première consultation. Cela dépend vraiment de la 1^{ère} consultation, si l'on parle d'infection urinaire, je peux poser la question de l'orientation sexuelle mais sinon pas forcément.

Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ?

Non je ne le note pas, mais je pense que ce serait bien de le faire. Par exemple si tu pars en vacances et que quelqu'un qui prend le relai et doit consulter le dossier. Cela pourrait éviter à la personne de se répéter.

Mets-tu en place quelque chose dans ton cabinet pendant tes consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ?

En général, j'ai des affiches dans le bureau, cela aide déjà bien. Il y avait des affiches du réseau très bien expliquées et explicites sur la prévention et rien que ça, si c'est près de l'ordi ou derrière toi ils le voient et c'est déjà suffisant. Ou alors lorsque l'on parle simplement d'un bilan sanguin, d'un check-up, le sujet des IST, et que là on demande un peu ce qu'il en est...

Est-ce que cela influence ta prise en charge future le fait de connaître son orientation sexuelle ?

Peut-être juste au niveau de la prévention. Je coche la même chose que dans les bilans des hétérosexuels mais c'est vrai qu'après la formation, je dirais que c'est tout ce qui est axé sur les MST qu'on ne pense pas spécialement à dire quelles se transmettent aussi par la bouche et par les sextoys. Mais en vrai même chez les hétéros il faudrait l'aborder.

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ?

A la maison médicale à Bruxelles, je dirais 15% mais pas plus. Mais je pense que j'en ai loupé beaucoup parce qu'il y en a beaucoup à qui je n'ai pas posé la question. Il y a celles qui le disaient d'emblée, celles qui au fur et à mesure des consultations le disaient et puis toutes celles qui n'avaient pas spécialement envie ni besoin et là je n'ai pas forcément posé la question de la sexualité et donc ça je ne sais pas.

As-tu vu des différences avec les autres patientes en termes de prises en charge ; plus faciles, plus compliquées ?

Je trouve que c'est même plus facile qu'avec des hommes parfois de parler de la sexualité. Paradoxalement parlant.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux patientes FSF ?

Par rapport à tout ce qui est MST et par rapport à tout ce qui est coming-out, au niveau psychologique. C'est vrai que ça fragilise ; la manière dont le coming-out se fait, les gens qui le perçoivent, la famille, comment ils sont vus dans la société et puis au niveau médical, c'est vrai qu'il y avait tous les préjugés où elles ont plus tendance à utiliser des sextoys, etc. Et cela change beaucoup parce que moi je ne

pensais pas du tout à « chacun son sextoys » et que cela pouvait transmettre plus de maladies. Je dirais qu'au niveau psychique, au niveau médical, certaines auront peut-être plus de partenaires ou auront peut-être peur d'aller se dépister parce qu'elles ne pensent pas que ça les concernent contrairement peut-être aux homosexuels hommes, où la culture du dépistage est beaucoup plus répandue. Les deux grands axes sont donc la santé mentale et la santé sexuelle.

Estimes-tu tes connaissances suffisantes ?

Médicalement parlant, je pense que ça va, on se sent de mieux en mieux. Avant la formation, tout ce qui était appellation de genres, franchement, je me perdis. Il y avait beaucoup trop et même pour apprendre à aborder la question, de démystifier un peu les genres... Je pense que c'est plutôt à ce niveau-là qu'on devrait apprendre un peu plus en médecine. Si je m'étais jamais inscrite au module, je pense que je n'en aurais jamais entendu parler.

Il y avait un manuel « le conseil du réseau » où il y avait une petite partie médicale comparée à la partie psychologique. C'est vrai que cette partie-là on ne l'a pas explorée à fond pendant nos cours.

Penses-tu que la prise en compte de ces vulnérabilités de santé va influencer la qualité des soins qu'elles vont recevoir ?

Je pense que oui parce que si tu les accompagnes psychologiquement elles vont savoir plus te parler, il n'y aura plus de tabou dans la consultation, il n'y aura pas de malaise, elles ne seront pas gênées. Donc après, tu pourras mieux les prendre en charge au niveau médical parce que tu pourras leur demander de manière plus ouverte « il y a eu quoi comme pratiques ? » pour être sûre que tu fais les bons dépistages aux bons endroits, que tu les dépistes correctement.

Comment prends-tu en compte ces vulnérabilités de santé dans ta consultation et quelles mesures concrètes de prévention fais-tu avec la patiente ? Que lui proposes-tu ?

Ne pas hésiter quand on a un nouveau rapport à demander si l'autre s'était fait dépister ; quand et idéalement, il faudrait une preuve et attendre qu'il la fournisse et que chacun fasse un check-up. Les gros conseils que j'avais retenus étaient le carré de latex, les préservatifs, chacun apporte ses sextoys et quand on a un rapport, classer les risques de transmission. Si après un rapport, on est inquiet, ne pas hésiter à téléphoner ou aller en consultation après pour avoir des renseignements et si on multiplie les partenaires c'est OK mais alors il faut vérifier les check-up. Je crois que c'est en gros ces dépistages que je recommanderais. Le frottis de col aussi ! Et au niveau psychique, bien s'entourer et ne pas hésiter à voir quelqu'un, il y a des groupes de paroles avec des gens du même environnement et du coup c'est plus facile d'échanger. Il y a pas mal de centres sur la sexualité surtout à Bruxelles.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ?

Je pense qu'elles ont peur du jugement, elles se disent que cela ne les concernent pas puisqu'il n'y a pas vraiment de pénétration. J'ai le sentiment que c'est plus en gynécologie où parfois cela peut être brutal mais je suis consciente qu'il y a sans doute des médecins généralistes de la vieille génération qui doivent être un peu crus. Il suffit d'une mauvaise expérience pour qu'elles se braquent. Je crois que c'est vraiment les préjugés et le fait qu'ont et qu'elles ne soient pas informées qu'elles ont autant de risques que tout le monde en fait.

D'où viennent-ils ?

Je pense que cela commence à être socialement accepté mais pas par tout le monde et donc c'est quelque chose qui a été tabou pendant tellement d'années que je crois que c'est un peu secret tout ça et il y a eu un manque d'informations puisqu'il n'y en a pas beaucoup qui ont consulté. Maintenant, je ne sais pas si c'est le féminisme mais je pense qu'il y a de plus en plus de gens qui échangent à ce propos et qu'ils se rendent compte que c'est une problématique et c'est là que ça ressort. Et je pense que ça va encore sortir car on est pas encore près de l'information qui doit être donnée.

Selon toi, que pourrait-on faire pour leur faciliter l'accès à la médecine générale et aux soins de santé à notre échelle, à notre niveau ?

Je sais pas... Je trouve que les centres qui s'occupent de la sexualité, où tu as médecin, gynéco et psychologue qui consultent ensemble autour de ça et pourquoi pas que chaque cabinet ait un petit espace en mode consultation sur la sexualité qui prenne un moment pour ça pour un peu ouvrir la porte. Ouvrir plus les soins... Je pense que si ce sont des centres qui sont dédiés à ça, je pense que les gens vont plus se sentir à l'aise de venir car il y a des gens qui sont très très pudiques et qui ne veulent pas du tout parler de ça et même parfois n'en ont pas parlé à leur famille. C'est difficile pour elles de venir chez le médecin et d'aborder le sujet quand elles viennent pour autre chose chez le médecin. Du coup peut-être que quand il y a des moments ou des lieux vraiment dédiés rien qu'à ça, c'est plus facile. Je pense que la gynéco devrait faire le tremplin au moment du frottis de col à 25 ans, que ce soit un moment de rappel.

As-tu déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Oui.

Quelles étaient vos motivations à suivre cette formation ?

Je ne connaissais pas grand-chose voire même rien sur la population LGBTQIA, j'étais un peu perdue. Et puis je trouvais qu'il y avait énormément de prévention en médecine générale donc c'est un sujet où tu as envie d'être à jour ; vaccins, prévention, etc. Donc la prévention sexuelle c'est quand même une grosse partie et c'est un des modules qui me plaisait le plus. La formation était vraiment intéressante, je ne regrette pas de l'avoir fait !

Étais-tu déjà sensibilisé au sujet avant de faire la formation ?

J'avais quelques amis mais moi en tant que personne sans la médecine, pas trop. Mais c'est vraiment en pratiquant en 1^{ère} année que je me suis dit que c'était une grande partie de la médecine aussi. Et avant la formation par cette année d'assistantat.

Avez-vous suivi d'autres formations depuis celle-ci ?

Pas sur ce thème-là mais je vois qu'il y a souvent des journées de réseau.

Quels-sont les éléments qui vous ont le plus marqué lors de cette formation, et pourquoi ?

Hors FSF j'aurais dit plutôt, je n'ai pas envie de les ranger dans une case mais savoir à qui on s'adresse. Dans la formation, ce que j'aime vraiment bien et qui m'a le plus marqué, c'est pratique-pratique niveau prévention ce que l'on propose.

Depuis cette formation, vous sentez-vous davantage compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF ?

Je n'ai pas revu beaucoup de telles patientes et quand j'en revoyais, elles s'affirmaient d'emblée. Comme c'étaient les urgences et que ce n'était pas un problème sexuel, je ne sais pas dire, je me limitais au problème pour lequel ils venaient. Mais à l'avenir, dans mes consultations, je vais essayer d'aborder un peu plus le sujet. Être sûre qu'à la fin de la consultation, j'ai essayé d'aborder le sujet sexuelle et de savoir si elles aimaient les hommes ou les femmes.

Estimes-tu que la formation que tu as suivie est suffisante ou faudrait-il un complément de formation ou une formation dite "continue" ?

Je pense que c'est suffisant pour un début. Tu peux toujours te renseigner de plus en plus sur le sujet, c'est pour ça qu'ils proposent des journées réseaux. Et c'est toujours chouette d'échanger parce après quand t'as besoin de pratique tu te rends compte qu'il y a un truc qui te dérange et t'as d'autres question. Mais pour un début, je trouvais ça pas mal.

Est-ce que tu as changé quelque chose dans votre pratique quotidienne au cabinet depuis cette formation ?

C'est compliqué car parfois tu es dans le rush et tu n'as peut-être pas le temps d'aborder tous les sujets mais en tout cas, je me dis qu'il faudrait ; se fixer des moments avec les patients même si on n'a pas le temps, se fixer un moment ensemble où on refait un petit check-up niveau prévention. Ré-aborder tous les sujets, voir si le patient est chaud ou pas. En première, je l'abordais que quand c'était le moment. Maintenant je dirais plus « samedi on se revoit pour refaire un peu de prévention ». Être un peu plus proactif et ne pas attendre que les patients demandent.

Arrivez-vous à appliquer les conseils et recommandations reçus lors de la formation ?

Je pense que le plus dur c'est d'aborder le sujet et une fois qu'on sent que la personne est réceptive, c'est assez facile de parler de prévention ouvertement. Mais je trouve ça plus dur avec quelqu'un qui est gêné. Mais tu es dans une relation médecin-patient, c'est pas difficile d'en parler, moi ça ne me gêne pas. Mais certains patients sont gênés.

As-tu systématisé certaines questions dans tes anamnèses ?

J'avais déjà des questions du genre « ça remonte à quand le dernier rapport », « tout va bien avec la personne avec qui vous avez des rapports », « devons-nous faire un check-up » ? Ou tu demandes à propos de la contraception et la patiente te dit « non, pas besoin » et là tu peux demander des précisions. Je n'ai pas vraiment changé mes questions depuis la formation. Mais j'ai encore du mal de trouver les mots pour aborder le sujet de l'orientation sexuelle. Ça se fait un peu comme ça sans poser directement la question. Le plus délicat, c'est d'amener le sujet.

Connais-tu le réseau autour de toi et rediriges-tu parfois certaines patientes vers des praticiens "gayfriendly" ou des associations/asbl spécialisées ?

Moi je réfèrais à Saint-Pierre car j'avais plus de patients gays hommes que femmes et il y avait plus des questions à propos de la PrEP et ils étaient suivis par un sexologue du centre de Saint-Pierre donc c'était facile. Celui-ci nous avait donné un carnet de l'hôpital avec tous les spécialistes. Il y avait aussi le centre pour les femmes excisées à côté donc c'est chez eux que je les adressais.

Si tu as des patients qui sont plus en détresse psychologique, où les dirigerai-tu ?

A Saint-Pierre aussi. Il y a une équipe pluridisciplinaire dont une psychologue qui était dédiée rien qu'à ça. Je sais qu'aussi pour les urgences, ils sont bien équipés ; si tu as eu un rapport à risque de VIH, tu peux aller à Saint-Pierre et il y a aussi une cellule psychologique pour la sexualité. Je n'ai pas eu vraiment de gens en détresse.

De manière générale, estimes-tu que les médecins généralistes aient besoin de davantage d'informations ou de formations sur la prise en charge des patientes FSF ?

Oui je pense qu'il faudrait une journée de prévention par an pour remettre les pendules à l'heure, ce serait pas mal et à la fin de la journée, par région, donner les numéros de contacts. Près de la zone où tu travailles que tu saches un peu qui fait quoi et que cela existe. Ce serait plus facile de travailler en équipe pour ce genre de choses.

Selon toi, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d'inciter les médecins généralistes à s'intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Je ne sais pas... Genre un petit quizz. L'adresser pour mettre à jour nos connaissances et si on se rend compte qu'on est nul, on passe la formation. Donner des situations cliniques « que faites-vous dans cette situation ? », etc. Proposer des trucs régulièrement. Mais j'ai l'impression que c'est personne dépendant et que ça dépend de la sensibilité de chacun. Il y a tellement de formation sur plein de choses que comment faire pour aller plus vers ça ? Je sais pas... Sensibiliser peut-être sur le fait que c'est une partie importante de la patientèle et qu'il faut se focaliser là-dessus puisque c'est une partie importante de la médecine générale. Envoyer des mails, des questionnaires. Mais c'est difficile car j'ai conscience que quand on est invité à des formations, on y va pas toujours...

Connais-tu des ressources (lectures, organisations, formations, etc) qui pourraient être utiles d'une part à tes patientes FSF et d'autre part à des médecins généralistes désireux de faire un pas vers ces patientes ?

Pour les patientes, je pense aux affiches du réseau et je peux leur dire si ça les intéresse, elles peuvent trouver un réseau pour parler avec des gens et je pense qu'en ligne on trouve beaucoup de choses. Donc donner le site internet qui est assez complet. Pour le médecin traitant, leur envoyer des affiches et des folders à distribuer. Leur adresser des invitations, des réunions, des formations, etc pour les sensibiliser.

Interview n°5 : Dr Lejeune

Pourriez-vous vous présenter ?

Médecin généraliste, 45 ans et 20 ans de pratique en solo en milieu semi-rural.

Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec vos patients ?

Non, pas d'office.

Y a-t-il un moment dans la consultation où c'est un peu plus propice à discussion ?

En fonction de la plainte de la patiente, problèmes urinaires ou gynéco, le sujet peut venir à discussion. Sinon pas spontanément.

Selon vous, quel est le pourcentage de FSF dans votre patientèle ?

Sûrement plus que je ne pense. Il y en a quelques-unes ça je sais car elles se sont ouvertes sur la question spontanément. Euhhhh... Il me semble 4-5 % sans savoir.

Avez-vous constaté des différences avec les autres patientes ; prise en charge plus simple ou plus complexe/délicate ?

Pas de grosse différence, c'est plus nous en tant que médecins, sans préjugés, mais faire faire attention à ce que l'on dit car on a tellement été éduqué dans notre jeunesse à... euh ne pas choquer, en donnant l'impression qu'elles sont différentes alors qu'elles ne le sont pas, ne pas les stigmatiser. Utiliser la bonne tournure de phrase pour ne pas choquer car le but c'est de montrer qu'on est à l'aise quoi.

Que connaissez-vous des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux FSF ?

Non à part éventuellement les MST tout comme pour les hommes. Et encore, FSF ne veut pas dire... ça peut être des femmes qui sont en couple et n'ont aucun soucis de ce côté-là !

(Énumération de quelques vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF).

En santé mentale, je n'ai pas d'expérience de patientes qui sont venues m'expliquer des problèmes d'anxiété ou de dépression, de mal être de par leur couple et lié purement à l'aspect lesbien. Les assuétudes je n'ai pas de notion qu'il y a une influence et le surpoids non plus. Je n'en ai jamais rencontré, tout comme la violence conjugale qui doit sûrement exister mais moi j'avoue que je n'ai pas beaucoup d'expérience sur ce sujet-là.

Pensez-vous que la prise en compte de ces vulnérabilités influence la qualité des soins de santé qu'elles reçoivent ?

Si on était plus au courant et plus formé je pense qu'on pourrait faire plus attention à certaines choses et passer peut-être moins à côté de certains mal-être ou assuétudes. Je pense donc au manque de formation et effectivement il faut aussi que la patiente soit à l'aise avec sa sexualité pour qu'on puisse en parler. Mais alors là je pense que ça peut devenir un soucis comme un autre.

Que mettez-vous en place dans votre cabinet pendant vos consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle de tes patients ?

C'est délicat si on ne le sait pas. c'est difficile ou alors il faudrait oser mettre les pieds dans le plat comme on demande à n'importe quel patient son numéro de téléphone, son âge et hop son orientation sexuelle mais on n'en est peut-être pas encore là dans le dossier. C'est un petit peu brutal. Sinon pas trop d'idée pour voir comment l'aider. Je ne vois pas comment quand on a quelqu'un face à nous, jusqu'où penser qu'effectivement ses problèmes peuvent être liés à son orientation sexuelle. Même chose chez un homme, s'il n'aborde pas le sujet, c'est difficile car la sexualité est toujours un peu de tabou, qu'on soit homosexuel ou pas. Je n'ai pas encore trouvé le truc.

Comment prendriez-vous en compte ces vulnérabilités de santé pendant vos consultations et quelles mesures concrètes de prévention et de dépistage proposez-vous à vos patientes FSF ?

On pense plus à des dépistages effectivement même s'il ne faut pas stigmatiser, comme on y penserait pour un homme ou un autre couple. On peut parler aussi de tout ce qui est projet de grossesse et des

choses dans ce style-là. Mais je ne serais pas allé vers tout ce qui est assuétudes ou surpoids, je n'y aurait pas pensé.

Et au niveau gynéco, feriez-vous la même chose qu'avec une autre femme ?

Non, je ferais la même chose. Après, il faut voir le ressenti psychologique de la patiente, si elle a besoin de voir un gynéco plus ci ou plus ça. Sinon, d'un point de vue anatomique et médical, c'est de la gynéco classique. Je ne sais pas s'il y a des maladies typiques chez les FSF... Ce sont les mêmes mesures. Mais on se sent évidemment plus à l'aise quand la patiente le dit spontanément. C'est de plus en plus comme ça « ah oui ma compagne m'a dit que.... » ou « mon épouse m'a dit que... », même sans spécialement commencer à en discuter. Voilà, c'est dit et on sait où on va.

Vous auriez tendance à le noter quelque part, à le faire ressortir dans le dossier médical ?

Non je ne le note pas. Je le retiens évidemment. Mais maintenant qu'on a des assistants est-ce que ce serait pas intéressant de le noter, je ne sais pas... Est-ce qu'il y a un intérêt à le noter, est-ce que ce ne serait pas faire de la discrimination que de le noter ? C'est la vie sexuelle de chacun. Je ne sais pas, en plus avec le Sumher ça part un peu partout, est-ce qu'il y a un intérêt à ce que toute la Belgique sache ? C'est leur intimité aussi et on ne va pas spécialement noter que les gens sont hétérosexuels, ou alors on le note pour tout le monde dans ces cas-là.

Selon vous, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ?

Celles qui n'osent peut-être pas en parler et qui peut-être envie de garder ça secret ou qui sont mal à l'aise d'en parler. Si elles ont peur qu'on aborde un sujet de santé qui peut les gêner (couple, IST, etc). Pour certaines la peur du milieu rural, de la proximité, du « qu'en dira-t-on » car il y a encore ce côté-là chez certaines générations. Est-ce que le médecin de famille va garder ça secret si je n'ai pas envie que cela se sache, est-ce que je dois lui dire ? Peut-être que cela peut jouer car il y a encore des familles fort fermées là-dessus.

Selon vous, est-ce que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins des patientes FSF ? Et si oui, de quelle façon ?

On est là pour traiter tout le monde, moi je ne fais pas de différence. J'ai envie de dire que si elles n'osent pas venir, ce n'est pas parce que nous on ne les veut pas, c'est parce que elles intérieurement sont peut-être mal à l'aise de venir. Maintenant, comment les aider à venir... Est-ce que le bouche à oreille marcherait mieux ? J'ai remarqué effectivement que j'ai plusieurs couples FSF de jeunes qui sont arrivés sur 4-5 ans alors que pendant 10-15 ans je n'en ai presque pas eu. Entre couple, elles en parlent peut-être, peut-être qu'il y a plus de couples chez certains médecins... Mais je ne vois pas comment en faire une publicité pour qu'elles soient bienvenues.

Je n'ai jamais vraiment trop pensé que la sexualité pouvait être un frein à se soigner pour d'autres causes que les pathologies sexuelles. C'est comme ça que je le voyais. Parmi tous les autres problèmes (angine, trachéite, etc), je n'avais jamais pensé que cela pouvait être problématique de passer la porte d'un médecin généraliste pour venir se faire soigner. Je pensais plus que des problèmes dépressifs de couples ou purement des problèmes sexuel (MST, etc), s'ils sont mal à l'aise avec l'idée d'afficher leur sexualité, là je pensais que cela pouvait poser problème. Mais pour le reste, je n'imaginai pas qu'il y avait un problème par rapport à ça.

Ce que je dis c'est qu'il n'y a pas de discrimination, je ne suis pas homophobe et tout mais parfois on a un langage tellement masculin et patriarcal et tout ça depuis toujours et que la société change maintenant, donc on ferait des réflexions qu'on a toujours faites depuis 40 ans et cela pourrait mal passer alors que l'on ne veut pas du tout choquer. On pense que la personne en face de soi est hétéro, on dit souvent « comment va votre mari, votre époux ? ».

Maintenant en tant que médecin de famille, quand on les a connues toutes petites, est-ce qu'elles se sentent à l'aise de venir en parler ? Cela pourrait aussi freiner.

Avez-vous déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des FSF et si non, pourquoi ?

Non, je ne savais pas que cela existait.

Est-ce que vous trouvez qu'une formation pourrait vous être utile ?

Oui. A mon avis on est plein de... pas de préjugés car c'est péjoratif mais... plein de méconnaissances.

Vous sentez-vous compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF, et pourquoi ?

Après ce que je viens d'entendre, peut-être pas (*rires*). Sinon, je ne me sens pas mal à l'aise de gérer un problème d'histoires de couples, de violences, je ne pense pas que je ferais un blocage par rapport à ça. Toute la question est là ; faut-il gérer le problème comme un autre couple ? Et on a l'impression de remettre le modèle hétéro au milieu mais on ne veut pas discriminer les personnes FSF ou alors on braque là-dessus mais on peut lui donner l'impression que parce qu'elle est FSF, on va plus dans les détails, ce que l'on n'aurait pas fait avec un hétéro... Je ne sais pas... Ne pas stigmatiser, ne pas discriminer... vouloir bien faire. Un peu comme une personne étrangère africaine ou on ne veut pas montrer qu'il y a des différences, mais il faut dans certaines choses que la différence soit là car il y a quand même des pathologies spécifiques. C'est parfois mal pris.

Je ne me sens pas formé et donc je ne me sens pas « apte » par rapport à tout ce qu'on a dit mais je ne ferais pas un blocage pour gérer ce genre de situation. J'essaierai de le faire du mieux que je peux avec ce que je pratique pour les autres. C'est un peu comme pour tous les autres. Dans un côté, on ne veut pas les stigmatiser et dans un autre côté, celle qui est militante va se dire « mais il m'a pris comme si j'étais une hétéro et il n'a pas fait la différence » alors que celle qui est mal à l'aise va se dire « mais il m'a stigmatisée parce que je suis FSF ». Il faut trouver le bon compromis, ce n'est pas facile. Mais je n'ai pas beaucoup de consultations ciblées là-dessus avec une demande bien précise de leur part.

De manière générale, estimez-vous que les médecins généralistes aient besoin de davantage d'informations ou de formations sur la prise en charge des patientes FSF ?

Oui, beh oui, je pense que la société évolue. Peut-être qu'il y a 50 ans, c'était peut-être moins flagrant parce que les couples étaient standards et on osait pas sortir des carcans. Mais oui ça pourrait aider.

Selon vous, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d'inciter les médecins généralistes à s'intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Tout ce qui est GLEMS ou dodécagroupes car là c'est entre nous et c'est plus facile d'accès pour y aller. Maintenant tout ce qui est e-learning, je ne suis pas convaincu, cela dépend des générations je pense. Je pense que c'est comme toujours, les formations dépendent fort aussi de l'expérience que l'on a,

des cas qu'on a eus où on a galéré et où l'on veut approfondir. Donc je pense que c'est plus en dodéca où quelqu'un vient en parler et où on sait que tout le monde vient « chercher ses points » et par la même occasion on vient se former. Je dirais le faire de manière présentielle que par PC ou bête questionnaire. Et à l'unif peut-être... ! Mais à partir du moment où c'est noté « catholique » c'est un peu compliqué (*rires*). A l'unif on nous en a clairement jamais parlé, dans le programme il n'y avait pas ce genre de cours. La communauté LGBT, je n'ai pas le souvenir que c'était aussi flagrant y a 25 ans. Avec mon fils j'essayais de réfléchir à ce que voulait dire les derniers termes de « LBGTQI..A..+ » mais moi je m'y perd...

Connaissez-vous des ressources (lectures, organisations, formations, etc) qui pourraient être utiles d'une part à vos patientes FSF et d'autre part à des médecins généralistes désireux de faire un pas vers ces patientes ?

Non. Je pense que je devrais potasser un peu. Spontanément je ne vois pas où référer ou chercher l'information. Je ne pense pas que la communauté LGBT soit identifiée sur un site internet.

Interview n°6 : Dr Hallet

Pourrais-tu te présenter ?

Je viens de finir mon assistantat en octobre. J'ai 27 ans, je travaille ici avec deux collègues, une assistante et une qui était ma maîtresse de stage avant. Je travaille en milieu semi-rural. Je travaille dans deux planning familiaux, un qui pratique des avortements à Liège donc je fais des avortements ½ journée par semaine et 1 autre qui fait de la petite gynéco. J'ai donc 2 demi-journées en planning et le reste de la semaine, je suis ici en médecine générale.

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patientes ?

Ici pas trop parce que ça ne se met pas. Si ça se met je l'aborde mais sinon oui je l'aborde mais au planning effectivement. Je me dis toujours que je pose les questions qui m'aident au niveau médical, qui ont une pertinence médicale mais je me dis que le reste, ça ne me concerne pas tellement. Donc si ça a une pertinence médicale, je la pose et sinon je n'en parle pas. Ce n'est pas à moi de juger leur vie au niveau sexuel.

A quel moment de votre relation avec la patiente abordez-vous ce sujet ?

En planning, c'est assez facile puisqu'elles viennent pour des dépistages, quand elles sont enceintes pour un avortement, on va vite la dessus. Donc en planning, au moment du dépistage, il faut que je sache quels rapports sexuels, si c'était avec ou sans préservatif ou la protection de manière générale, même pour les FSF, s'il y a protection ou pas. Je leur pose des questions sur le vaccin HPV, c'est aussi l'occasion de dire que s'il y a des partenaires multiples il y a plus de chance... Pareil pour celles qui te posent des questions sur le vaccin contre l'hépatite B. Il y en a qui n'ont pas été vaccinées dans l'enfance. Et si elles ne l'ont pas eu et si elles ont des partenaires multiples, cela peut être intéressant. Donc tout ça c'est l'occasion de parler de sexualité. Après, je vois bien celles qui posent des questions, qui sont plus ouvertes et celles qui sont plus fermées.

Ici (en médecine générale classique) c'est plus compliqué car ce sont des jeunes qui viennent avec leurs parents et pour les plus âgées, certaines patientes pensent que comme je n'ai pas de formation à ce sujet, elles n'ont pas spécialement envie de m'en parler. Alors que dans les planning, on sait que

l'on va parler de ces choses-là. Il y a un tabou en moins. Et puis elles passent à l'accueil où elles voient une dame qui parle déjà beaucoup de ces choses-là donc elles sont un peu dans le bain.

Comment traites-tu cette information dans le dossier médical ?

Je le note généralement oui oui. C'est intéressant pour plein de trucs, pour pas mettre les pieds dans le plat la fois prochaine déjà et que la personne se sente quand même un peu écoutée. Et au niveau des dépistages, je ne sais pas si c'est jugeant mais je pense que les homosexuels aussi bien femmes que hommes, ont tendance à avoir plus de partenaires multiples. Donc, au niveau des dépistages, c'est remboursé tous les X temps et j'ai tendance à un peu plus, pas forcer mais... Si je fais un examen gynéco, je vais faire avoir tendance à faire un frottis bactériologique Chlamydia un peu plus souvent que chez une maman qui a 4 enfants et qui a un couple a priori stable.

En planning, le dossier médical est merdique donc je l'indique juste dans mon 1^{er} contact là où je relève les antécédents. Ici, j'aurais tendance à le mettre dans les éléments de soins. Je le partage avec mes collègues. Mais honnêtement je ne sais pas si ça va dans le réseau de santé wallon en fait...

Que mets-tu en place au cabinet et lors de vos consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle des patientes ?

Ici, non. En même temps je ne pense même pas que j'ai des couples de lesbiennes. Donc ici, je ne suis pas super axée là-dessus. Maintenant j'ai eu un couple d'homosexuels qui vient chez moi car ils me trouvaient non jugeante par rapport à ça. Je dirais plus que pour moi, ce sont des patientes comme les autres. C'est à prendre en compte dans le dossier médical mais ce n'est pas problématique.

Selon toi, quel est le pourcentage de patientes FSF dans votre patientèle ?

Ouf c'est compliqué. Ici, je ne sais même pas si j'ai 1 ou 2% et il y a ceux que je ne soupçonne pas ou qui me l'ont pas dit. Comme j'ai changé de cabinet, je suis en train de me créer une nouvelle patientèle donc c'est dur à dire au début. Il y en a peut-être dans ma patientèle que je ne connais pas mais les jeunes qui viennent plus souvent pour un rhum, je ne sais pas. Au planning, je dirais 10 ou 15%, elles viennent plus facilement là-bas.

As-tu constaté des différences avec les autres patientes ; prise en charge plus simple ou plus complexe/délicate ?

Euh...non. Moi je suis moins à l'aise car je dois un peu adapter mon discours, on a été bien endoctriné hein ! Donc on doit un peu adapter notre discours y a rien à faire. Et je pense que ce n'est pas pour toutes mais qu'elles sont aussi plus vite vexées quand on demande « est-ce que vous avez un ou plusieurs partenaires ou lieu de dire une ou plusieurs ». Pour nous, cela n'a pas d'importance mais voilà. Que ce soit HSH, FSF, ou transgenre, etc, j'ai toujours un peu du mal, il faut que je réfléchisse au genre que j'emploie parce que sinon je fais des bêtises. Sinon, je n'ai pas vraiment de difficultés. Le seul truc, c'est que parfois elles me parlent de trucs que je ne sais même pas que ça existe ! Une fois il y en a une qui m'a parlé du truc de carrés en latex ou un surnom pour ça. Donc parfois elles utilisent des mots que je ne connais pas.

Elles ne me posent pas spontanément des questions mais j'ai déjà eu HSH qui me posent des questions sur la PrEP et là j'ai dû aller revoir...Mais ce n'est pas encore arrivé au niveau FSF mais c'est possible que cela arrive parce qu'elles pourraient poser des questions sur les vaccins, les délais des frottis,

combien de fois elles pouvaient être remboursées, etc. J'ai eu un couple il y a quelque temps ; une ne m'a rien demandé et l'autre, elle m'a posé plein de questions. J'avais l'impression que pour la 1^{ère}, c'était bien clair qu'elles étaient exclusives et la 2^{ème} pas tellement.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux patientes FSF ?

Oh oufti, non... Euh j'ai l'impression qu'il y en a beaucoup qui pensent que parce qu'elles ont des rapports homosexuels, elles ne vont pas avoir d'IST parce qu'il n'y a pas de pénétration, ou en tout cas pas par un homme. Je pense que pour ça il faut remettre les choses au clair car pour moi il y a autant de risque. Je suppose aussi que les protections contre les IST sont moins répandues. Quand on a un rapport hétérosexuel pour les préliminaires, généralement on ne met rien ! Donc à mon avis dans leur tête elles doivent se dire qu'on ne doit rien mettre. Mais jusqu'à présent, j'ai eu des dames qui s'y connaissaient mieux que moi niveau mesures de protection...

Sinon je n'ai pas eu vraiment de patiente qui était mal. Enfin, sauf une patiente que j'ai ici qui est quand même une dame âgée, elle a 60 ans, elle a eu 3 maris qui la battait, elle a 1 compagne qui la bat à nouveau maintenant. Mais j'ai ça aussi dans les couples hétérosexuels donc je ne me suis pas dit que ça leur était spécifique. Maintenant, je ressens le fait qu'il faut faire attention et qu'elles ont envie d'être reconnues comme appartenant à une certaine communauté. Je dois faire attention à ne pas mettre les pieds trop dans le plat. Peut-être pas toutes. Elles aiment bien que l'on ne considère pas d'emblée qu'elles sortent avec un mec et qu'elles puissent librement exprimer ça... Donc si j'arrive avec mes gros souliers sans faire attention, je pense que ça les énerverait. Au planning, les dames de l'accueil sont attentives et elles l'indiquent sur la consultation et je suis quand même un peu au courant si elles sont FSF ou autre.

Au niveau médical, je leur dit qu'elles sont à la même sauce que les femmes hétérosexuelles, il n'y a pas de différence niveau frottis de col et tout.

Penses-tu que la prise en compte de ces vulnérabilités influence la qualité des soins de santé qu'elles reçoivent ?

Oui je pense. Savoir qu'elles sont plus vulnérables au niveau IST, prévention et tout, y a rien à faire ça pousse à se poser un peu plus de questions et à embrayer assez vite. Il y a 2 semaines, j'ai eu une patiente qui me posais plein de questions et je lisais le résultat de son test de dépistage et je lui disais, « ah tu n'es pas vaccinée contre l'hépatite B » et là j'ai embrayé en disant qu'on vaccine les gens dans le milieu médical ou parfois c'est aussi intéressant quand on a des partenaires multiples. Je savais bien que si elle entendait ça, elle pouvait embrayer là-dessus. De fait, elle en a parlé et m'a posé plus de questions là-dessus. Donc c'est aussi avoir juste une oreille attentive et dire un mot ou deux et si ça prend tend mieux et si elle a pas envie, elle a pas envie. Le fait de savoir qu'il y a des vulnérabilités niveau IST, au niveau psychologique, c'est important pour tendre des perches et après, c'est au patient de parler et faire l'autre bout du chemin. Y a rien à faire, ça ne va pas de forcer les gens à parler de leur vie privée en-dehors des infos médicalement pertinentes.

Comment prends-tu en compte ces vulnérabilités de santé lors de tes consultations et quelles mesures concrètes de prévention et de dépistage proposes-tu à tes patientes FSF ?

Dans la salle d'attente, il y a plein de petits dépliants que les gens peuvent prendre au planning. Et j'aimerais mettre ça en place ici. Ici, j'ai un dépliant sur la contraception. L'autre jour, une petite jeune

de 13 ans en a pris un. Ici, les dépliants sur les violences conjugales, on les a mis dans la toilette pour que les gens puissent en prendre pas à la vue de tout le monde. C'est quand même la 1^{ère} chose. Évidemment, au planning il y en a des centaines et des centaines.

Au cabinet, j'ai tendance à leur proposer des dépistages si elles ont des partenaires multiples, moi je dis tous les 6 mois. Sinon tous les ans ou quand il y a changement de partenaires. Si symptômes évidemment, puis tous les frottis HPV, les vaccins, etc je fais pareil.

Au niveau psychologique, j'ai tendance à parler avec les patientes mais au planning, il y a une accueillante qui est spécialement là pour ça. J'ai tendance à leur dire qu'elles peuvent revenir parler avec elle et qu'elles sont super bien formées. Les accueillantes voient les patientes avant pour les inscrire et elles les renvoient après pour voir si tout est compris et pour payer la consultation. Du coup, les patientes restent souvent avec pour rediscuter. Dans le bureau d'accueil, il y a plein de dépliants pour les suivis de grossesses, pour les bébés, y a plein de préservatifs, etc. Elles peuvent demander plein de trucs.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ?

Je pense qu'elles croient, à juste titre, qu'on n'est pas formé, ce qui est vrai. En même temps, je ne sais pas si tous les médecins généralistes doivent être spécialement formés pour ça. Je pense que ce serait bien qu'il y ait des plannings pour ce genre de choses. Par contre, je pense que l'on pourrait quand même être formé à avoir un regard non jugeant et à apprendre à parler. Ça m'énerve de parler de discours inclusifs parce que je trouve que cela fait un peu trop dans la mode LGBTQI, etc. Mais il n'y a rien à faire, il faut être plus neutre.

A mon avis le frein principal c'est se dire que je vais avoir face à moi une personne qui n'est pas compétente là-dedans, qui ne va pas forcément comprendre ce qui m'arrive et il n'y a rien à faire, le médecin de famille c'est généralement le médecin de toute la famille, qui n'est pas toujours au courant des histoires de chacun... Et quand c'est quelqu'un qui vous a vu grandir... c'est limite comme faire son coming-out chez son médecin traitant aussi.

A mon avis, c'est plus au niveau psychologique car je pense que l'on est capable de prendre en tant que médecin traitant quasiment tout en charge sauf des questions vraiment de sexualité de type particulière. Sinon, ce sont les mêmes maladies. En résumé, le manque de connaissance des médecins et qu'elles ont peur de ne pas avoir de réponse ou d'être jugées. C'est un peu un effet d'ignorance du côté du médecin qui ne sait pas ; les patientes le sentent bien quand la réponse sort avec fluidité ou quand au contraire on doit aller chercher et se renseigner.

Selon toi, est-ce que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins des patientes FSF ? Et si oui, de quelle façon ?

Oui je pense qu'il faut mettre dans la salle d'attente des dépliants, je suis sûre que ça aide. Pas un poster de 3 mètres sur 3 mètres mais un petit dépliant. Et en parler en consultation assez librement. Si la patiente voit que l'on n'est pas stressé, je pense qu'elle se déstresse aussi. Et pour pas être stressé d'en parler il faut juste connaître un tout petit peu le sujet donc c'est sûr qu'une petite formation de quelques heures est toujours intéressante, ne serait-ce que pour savoir où aller chercher les infos, avoir des sites. Je reprends l'exemple de PrEP c'est la 3^{ème} fois que je vais revoir l'info car ce n'est pas

le truc qui m'arrive très souvent, il me faut des infos surtout que ce n'est pas moi qui vais la prescrire donc c'est juste expliquer en quoi ça consiste et je sais où trouver l'info. Je dois relire un peu mais je sais au moins me débrouiller. C'est sûr que les médecins traitants, surtout les vieux généralistes, ne sont peut-être pas intéressés de connaître par cœur et remplir leur tête avec ça mais au moins savoir où trouver l'info ou vers quel planning renvoyer.

Connais-tu le réseau autour de toi où envoyer les patientes ou pour les médecins ?

Moi je ne les réfère pas beaucoup, je les prends en charge au planning. Je ne réfère que si gynécologiquement ça pose problème. Sinon je connais Go To Gynéco.

As-tu déjà suivi une/des formation(s) sur les vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

J'ai eu un cours facultatif en dernière année d'assistantat de médecine générale sur l'urogynéco ; ils abordaient une partie sur les HSH, sur la transsexualité et les FSF (PMA, etc). Moi j'ai pris ce cours là et c'est comme ça que j'ai été sensibilisé au sujet. C'était en vidéoconférence chez moi en fin de journée. J'ai écouté, ça m'a intéressé, j'ai pris des notes et tout.

Quelles étaient tes motivations à suivre cette formation ?

Je faisais déjà le planning familial où je fais des avortements ; j'ai commencé au début de ma 2^{ème} année d'assistantat. Cela va faire 2,5 ans que j'y travaille et en plus j'ai fait une formation d'un an. Donc je commençais tout doucement à m'intéresser à ça de façon générale au planning familial et je n'aime pas quand quelqu'un vient me trouver et que je suis un peu en mode « je ne sais pas » et que je fais un peu n'importe quoi. J'aime bien être informée et dès qu'il y a une formation là dedans, j'ai tendance à la faire. C'est le fait de ne pas être à l'aise qui me fait creuser un peu plus. De base, j'aime bien les consultations IST, contraceptions. Je n'ai pas un public transgenre où je suis en galère totale quand on me pose des questions. En plus du planning là où je fais de la petite gynéco, ils ont une autre antenne à Liège (Visée) où ils s'occupent beaucoup des transgenres, des HSH et FSF. Alors il y en a moins chez moi ; notre planning la spécialité c'est plus suivi de grossesse et excision. Moi j'ai beaucoup de gens des centres fermés qui ne sont pas très branchés FSF. Donc c'est moins ma branche mais je trouve que c'est bien d'avoir des petites connaissances de base.

Quels-sont les éléments qui t'ont le plus marqué lors de cette formation, et pourquoi ?

Je me suis rendu compte que je ne pouvais pas être plus laxiste envers les MST chez les FSF. J'avais l'impression de devoir être plus sévère chez les homosexuels, que les hétérosexuels c'était entre les deux et les FSF « bah ça va car il y a pas de pénétration ». Donc en fait non, globalement au niveau épidémiologique, il y a plus de risque d'avoir des partenaires multiples je pense chez les homosexuelles féminines. Mais aussi chez les hétérosexuelles. Donc je les met plus sur un pied d'égalité, j'adapte un peu le discours mais c'est plus ça qui m'a marquée. Je n'avais pas la bonne vision des choses. Et au niveau des moyens de protection, je ne suis pas non plus sexologue. A un moment mes compétences s'arrêtent aussi, on sait des trucs de base mais le reste je pense qu'elles se renseignent mieux que moi aussi.

Depuis cette formation, te sens-tu davantage compétente dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF ? Et as-tu systématisé certaines questions ?

Oui parce que par rapport aux dépistages et frottis bactério, je sais que c'est remboursé et que c'est bien de le faire. La dame qui est venue présenter disait qu'elle le proposait de manière systématique aux gens qui ont des partenaires multiples donc ça j'ai repris dans ma pratique. Au lieu de dire à chaque fois que vous changez de partenaire, prise de tête 2 semaines après le rapport à risque, ceci, cela... Beh non, je dis venez tous les 6 mois et si à un moment il y a quelque chose à découvrir, on finira bien par le découvrir. Et pour les grands stressés, tous les 3 mois, même s'il faut le payer. Ça simplifie un peu. Il y en a en trois mois ils ont 15 ou 20 partenaires donc euh...

Donc oui je me sens plus à l'aise c'est sûr, même avec de minuscules petites bases. Et puis rien que pour rechercher sur des sites et référer. Il y a des patients qui demandent sur quels sites ils peuvent aller, quels sites sont fiables, etc. C'est chouette de pouvoir donner des noms. Je donne le site de Go To Gynéco et pour les IST y a www.mondépistage... Un truc comme ça.

Penses-tu que le module était suffisant ?

Moi je pense qu'on garde toujours ce qui nous intéresse. Il y a des médecins généralistes qui ne sont pas intéressés par ça et là y a rien à faire... Moi par exemple, une infiltration d'articulation j'en ai rien à foutre donc clairement depuis que je ne suis plus dans le cabinet je n'en ai plus fait et si les patients viennent pour ça je le ferait mais ce n'est pas ce que j'aime et je ne vais pas me renseigner la dessus. Donc je pense que moi j'étais déjà un peu sensibilisée et en plus cela m'intéressait donc j'ai gardé un peu, mais il faudrait entretenir. Je pense qu'il faut proposer mais ne pas forcer. Il faut un truc de base car c'est bien d'être ouvert mais si on ne se sent pas d'aller plus loin, ne pas insister. Pouvoir avoir des modules de formation et notamment des modules accrédités car quand on est médecin généraliste si on doit faire une formation, c'est mieux si c'est accrédité. Quand je vais chercher sur la SSMG si il y a un module sur les HPV ou sur les violences conjugales je vais le faire car ça m'intéresse.

Est-ce qu'une formation continue est nécessaire ?

Cela dépend du médecin. Moi, je trouve que dans ma situation actuelle, c'est utile car par exemple, sur notre site internet, il est indiqué que je fais de la petite gynéco et plusieurs patientes m'en ont déjà parlé. Je pense que je vais avoir des gens qui viennent pour ça puisque cela ne fait que 4 mois que l'on est au cabinet donc je pense que je dois continuer à me former et connaître les évolutions, y a rien à faire, ça va évoluer. Je pense que c'est bien que ce soit dans le cursus de base 1-2h mais je pense qu'il y en a qui vont rien écouter comme d'habitude mais parce que ça ne les intéresse pas. En résumé, cela dépend de ce que l'on pratique au quotidien.

Selon toi, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d'inciter les médecins généralistes à s'intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Récemment, on m'a demandé si je voulais bien accueillir des stagiaires et des assistants au planning. Je trouve que c'est une très bonne idée car moi j'ai toujours aimé la gynéco mais je ne savais pas vers quel planning me diriger. Heureusement, j'avais un ami qui en faisait et qui m'a arrangé un entretien d'embauche et c'est comme ça que je suis entrée dans le monde des plannings familiaux. Je trouve qu'en tant que stagiaire ou assistante, c'est bien de faire une journée dans un planning et cela permet de se mettre dans le bain et de voir si on aime bien ça. Sinon, c'est une question de ce que l'on aime bien pratiquer. C'est difficile, on ne peut pas forcer les gens. Je pense que certains ne le font pas car

ils ne savent pas, je ne vais pas dire « qu'il y a un soucis », mais ils ne pensent pas que c'est quelque chose qui peut être développé et qu'il pourrait y avoir des formations là-dedans, etc. C'est plus par méconnaissance du sujet.

Moi c'était ça aussi, je ne m'étais pas dit que j'allais faire des avortements. Quand je suis allée à mon entretien d'embauche, on m'a demandé si je voulais en faire et j'en savais rien. Donc j'en ai fait et j'ai bien aimé car je trouve que cela change, j'aime bien l'ambiance, l'équipe est géniale. Donc au départ, c'est bien de sensibiliser les stagiaires/assistants et qu'après que chacun trouve sa voie. Éveiller les gens à ça. Après chez Ex-aequo il m'avait proposé de venir à des GLEMS et je pense qu'il y a des médecins qui ont l'âge de ma collègue, peut-être la quarantaine, et chez qui on n'en parlait pas du tout quand ils étaient aux études et qui sont plus intéressés par ça. Mais je pense qu'un médecin de 60 ans, on les a perdus. Donc je trouve que des GLEMS ça peut être sympa mais en sachant que forcément on ne touchera pas l'ensemble de l'assemblée.

Depuis ta formation, est-ce que tu as systématisé certaines questions dans tes anamnèses ?

Je suis systématique dans mon anamnèse de dépistages, rapport sexuel avec ou sans protection, derniers rapports, partenaires multiples ou unique, etc. Mais c'était déjà avant la formation. Je dirais que j'ai un discours un peu plus inclusif parce que pendant la formation, on proposait des phrases « toutes faites » même si c'est un peu bateau, le fait de dire « ta » ou « ton » partenaire ça m'arrive assez souvent quand j'ai une hésitation ou quand la personne ne me le dit pas spontanément. Donc j'ai un peu changé ma façon de parler. On se dit que c'est naze d'étudier les phrases par cœur mais à force de les entendre, on reprend quand même quelques trucs. Après ce serait intéressant que j'aille les relire. Puis, l'histoire du frottis tous les 6 mois, ça je m'étais dit, « beh oui finalement si c'est remboursé, autant le faire, ça simplifie beaucoup les choses pour la personne ». Et j'ai l'impression que y a rien à faire, que à chaque fois c'est stigmatisant quand je dis « et quoi c'était quand le dernier rapport sans protection », j'ai un peu l'impression de demander « alors c'était quand la dernière bêtise ? ». Alors que si la personne à envie de pas mettre de protection, c'est sa vie. Ça enlève cette question qui est quand même médicalement pertinente mais qui mène à la longue à se dire « bon j'ai plus envie d'aller chez cette femme qui me demande à chaque fois quand est-ce que j'ai merdé »...

De manière générale, estimez-vous que les médecins généralistes aient besoin de davantage d'informations ou de formations sur la prise en charge des patientes FSF ?

Je pense que la porte doit être ouverte donc il doit y avoir moyen d'avoir des infos. Je pense que c'est bien s'il y a des formations accréditées car y a rien à faire il y a des gens qui se disent alors « ah oui pourquoi pas ». Je pense que c'est bien qu'il y ai des gens qui viennent aux GLEM, dans les plannings familiaux, etc. C'est bien qu'il y ai un cours avec des ressources où aller chercher l'info mais il y a des gens c'est pas leur dada c'est pas leur dada quoi. Donc je pense que ce serait bien de mettre un cours là-dessus en fin de cursus, avec la liste de toutes les ressources. Et quand on est stagiaire/assistant, ce serait bien de passer par un planning familial si on en a l'envie. Pour moi qui étais intéressée, j'ai dû me débrouiller pour y arriver. Je pense qu'il y a beaucoup de gens chez qui si on ne propose pas, ils restent comme ça.

Interview n°7 : Dr Muller

Pourrais-tu te présenter ?

Je suis assistant en 3ème année à l'ULiège. Je bosse en maison médicale depuis cette année et j'étais en cabinet privé avant. Dans le même temps que mon assistanat j'ai commencé une thèse en science de la médecine sur la santé globale des HSH. Donc on est sur des sujets un peu symétriques. J'ai 10 ans d'expérience dans l'associatif LGBTQIA+ derrière moi. Donc c'est pour ça que je me suis intéressé à ces questions en dehors du cursus médical car il n'y a pas de modules organisés à l'ULiège sur les besoins de santé spécifiques. Il y a un début car je donne le cours d'urogénital la semaine prochaine. Donc il y aura 4h qui seront allouées sur la santé globale des minorités sexuelles et de genre. Mais c'est moi qui donne le truc donc c'est nouveau. C'est dans le cadre des formations libres ; tu as le choix entre soins palliatif, les populations vulnérables, etc. Il y a plusieurs formations de libre que l'on peut choisir.

Je pratique dans une commune juste à côté de Liège, en périphérie.

Qu'est-ce qui t'as sensibilisé au sujet ?

J'ai commencé à fréquenter l'associatif pendant mes études, en mars de ma bac 1. La première fois que j'y ai été c'était au Chem. C'est ça qui m'a sensibilisé car les personnes que je voyais c'était des potes et je voyais directement à quelles difficultés ils étaient confrontés. Et vu que j'étais étudiant en médecine et que j'étais engagé dans le conseil d'administration de l'association, quand il y avait des projets ou des présentations à faire sur les question de santé, c'était logique que ce me retombe dessus. C'est ça qui m'a intéressé au sujet !

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patientes ?

Rarement. Et c'est un paradoxe... Je faisais des dépistages avec SIDA-sol qui est une association de dépistage IST et j'en discutais avec d'autres généralistes qui travaillent là et on parle beaucoup plus de cul et d'orientation sexuelle dans les consultations SIDA-sol car les gens viennent pour se faire dépister, donc c'est logique, le cadre est déjà mis, qu'on ne le fais dans notre patientèle habituelle. Déjà en tant qu'assistant c'est un peu bizarre parce que si ton maître de stage en parle pas avec ses patients et que t'arrives avec ta boucle d'oreille et tes gros sabots pour leur demander ce qu'ils font de leur cul, ça me semble parfois un peu délicat pour la continuité stylistique du cabinet. Et du coup, je n'ai pas encore beaucoup de suivi de patients que j'ai pour la première fois. Maintenant en changeant de lieu de stage, j'ai beaucoup d'anciens suivis et souvent des personnes âgées. Et clairement le vieux monsieur que je vais voir pour ses genoux, je ne lui demande pas son orientation sexuelle. Je ne l'applique pas autant que ça !

Mais quand il y a une question qui devient plus spécifique en consultation, quelqu'un qui veut faire un dépistage IST, là je pose la question et adapte ma stratégie de dépistage en fonction de la réponse. Quand ça me semble pertinent pour la consultation en elle-même je pose la question. mais pour la plupart des consultations de médecine générale, surtout avec le COVID qui a phagocyté tout, j'ai eu peu l'occasion de poser la question.

Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ?

J'ai plus tendance à le retenir qu'à le noter. J'en discutais avec une kiné de la maison médicale qui avait vu dans le dossier d'une patient qu'elle était homosexuelle dans les antécédents de Medispring et

c'était gênant. Il y a cette discussion que en maison médicale on fonctionne en secret partagé, les patients sont OK avec ça mais... J'aurais plus tendance à le noter dans le dossier médical si j'étais en pratique solo et que je savais que les données il n'y a que moi qui peut le savoir et que c'est un pense-bête. D'une part parce que pour la plupart mes collègues ne sont pas formés et ne sauraient pas quoi faire de l'information donc j'ai parfois peur que la seule chose qu'il en reste soit des aprioris.

Mais en Angleterre c'est beaucoup ça qu'ils font, ça fait partie des premières questions de l'anamnèse lors de la première question et c'est encodé dans le dossier médical comme une variable à côté du BMI. Dans un monde idéal, j'aimerais tendre vers ça ; tu poses la question à tous les patients et t'encodes aussi s'il est hétérosexuel alors.

Donc je devrais le faire... Ou je le note dans l'anamnèse si c'est une consultation d'ordre sexuel ; "patient qui a eu un rapport sexuel avec tatata il y a 3 semaines". Et ça s'arrête là.

Que mets-tu en place des choses au cabinet pour favoriser la divulgation des patients ?

Il y a des petits trucs que je mets ; des affiches, des brochures, etc à mettre dans la salle d'attente. Tout ce qui est brochure ou affiche ça me semble pertinent pour aider les gens la dessus.

Puis je pense qu'il y a un peu ma dégaine générale et je pense que le fait aussi d'être moi-même concerné, ça laisse une facilité. j'ai rarement eu des patients qui étaient mal à l'aise de parler d'orientation sexuelle. Et ça m'arrive parfois quand je sens qu'il y a un blocage ou quoi, ça m'est déjà arrivé de parler de "mon compagnon", juste pour le placer et que ce soit une information qu'ils aient en mode "ok, ça va, je vais pas me faire juger en face à priori". Je ne détaille pas mon orientation en consultation mais c'est plus qu'ils sachent que j'ai un partenaire masculin aussi et que s'ils me parlent de ça ils auront pas de réponse négative la dessus. Mais je l'ai rarement fait, c'est quand je sentais un peu de tension en face et que je me demandais comment dissiper ça.

Mais souvent aussi quand je pose une question dans un cadre précis, je justifie ma question surtout. Pour savoir quels tests je fais, ce que l'on va faire comme dépistage, etc. Il y a des patients qui sont très rapide à répondre "avec des femmes moi !" quand tu poses la question de l'orientation sexuelle. Mais j'ai rarement eu le cas où une personne ne me le dis pas.

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ?

C'est difficile car je n'ai pas de vue d'ensemble à la maison médicale. Les deux dernières années j'en avait plus car on était dans le centre de Liège et donc l'aspect géographique avec toutes les dynamiques un peu de migration du publique LGBT vers les centres urbains fait que j'ai quand même un pourcentage qui a décliné maintenant que je suis en périphérie de la ville, par rapport à l'an passé. Au centre-ville il y avait une grosse proportion de personnes LGBT.

Je suis aussi un peu biaisé car le samedi je fais des consultations pour les traitements hormonaux chez les personnes trans et parmi eux il y a pas mal de personnes HSH ou FSF ou pansexuelles, etc. Et donc il y a moins d'hétérosexuels dans mon public du samedi, donc là j'arrive à des chiffres plus élevés.

Je dirais dans la population générale en maison médical, j'ai pas de très gros pourcentage et c'est beaucoup liés aux dynamiques purement géographiques et au fonctionnement au forfait de la maison médicale.

C'est étudié pas spécialement en Belgique mais c'est une dynamique qu'on retrouve en intra-communautaire. On a tendance à vouloir se retrouver en milieu urbain pendant la tranche de vie active. Il y a plus de bars, de lieux de socialisation, de lieux où se rencontrer et plus d'anonymat par rapport au fait d'être connu dans son quartier. Ce mélange de lieux de socialisation et d'anonymat fait qu'il y a une migration claire des publics LGBT. Il y en a aussi en campagne mais proportionnellement on se concentre dans les centres villes.

As-tu vu des différences avec les autres patients en termes de prise en charge plus facile, plus compliquée ?

Je réfléchis, mmmh. Il y a une différence au niveau des dépistages IST. Pour tout ce qui est santé sexuelle il y a une petite différence de prise en charge. Je ne vais pas mettre l'accent sur les mêmes choses, il y a quand même des prévalences qui sont différentes. Je vais pas avoir les mêmes conseils non plus en termes de réduction des risques. Sinon pour le reste, une des patientes FSF que j'avais l'an passé venait pour son gosse souvent et c'était pour des varicelles, etc. J'ai pas eu de grosses différences à ce niveau-là. Une autre avec une endométriose extrêmement sévère au stade de l'hystérectomie à moins de 30 ans, en incapacité de travail mais le lien avec son orientation sexuelle n'est pas évident, c'est une coïncidence.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques à ces patientes ?

Cela va dépendre du public FSF en question. Si je prends les femmes bisexuelles, une des disparités les plus importantes c'est les agressions sexuelles où le taux d'agressions sexuelles est catastrophique dans la littérature ; dans certaines études on est à une sur deux voir un peu plus. Donc c'est un peu cata. T'as plus de consommation de substance et d'alcool et de mésusage d'alcool que dans le public hétérosexuel. Plus de facteurs de risque cardiovasculaire au niveau du tabagisme plus présent. Certaines études montrent un BMI plus élevé mais ça, ça reste à voir. Donc il y a quand même ces points là qui sont importants. Et t'as tous les points qui sont présent en terme de disparité en santé mentale ; troubles anxieux, dépression, tentatives de suicides qui sont plus prévalent.

Maintenant on a une patientèle qui nous ressemble un peu. Moi j'ai beaucoup de suivi psycho-sociaux aussi dans mes patients hétérosexuels. Il n'y a pas de différence de prise en charge nécessairement ou de complexité de la prise en charge que j'ai objectivé pour la même pathologie ou le même contexte entre les deux. Mais juste que ce sont des contextes qui se retrouvent plus fréquemment que d'autres.

Comment prends-tu en compte les vulnérabilités de santé spécifiques aux FSF de manière concrète au cabinet ?

Pour tout ce qui est dépistage, je vais vérifier le statut de vaccination HPV et parler du risque de transmission de l'HPV dans les rapports HPV entre femmes et la nécessité du dépistage tous les 3 ans à partir de 27 ans. Donc ça c'est un point. S'il y a une vaginose chez une des partenaire, l'autre a beaucoup plus de chance de l'avoir. C'est le côté un peu "IST" de la vaginose dans le contexte FSF qui est assez intéressant. C'est un de mes dadas donc j'en parle volontiers et j'interroge sur les symptômes de la partenaire.

Pour le reste, au niveau santé sexuelle ça va être assez similaire aux hétérosexuelles. Je vais faire par principe le dépistage pour le VIH mais le risque de VIH est assez bas. Je vais plus me focaliser sur Chlamydia et je le mettrai avec la Gonorrhée. Je regarderai les vaginoses et vaginites à Trichomonas

qui sont plus fréquents. Mais le VIH je ne le mets pas, ou plus par principe. Et pareil pour la syphilis, c'est quand même plus concentré dans les publics HSH en Belgique ou si contexte de travail du sexe. Donc j'ai tendance à le mettre car c'est le diagnostic ou tu peux pas passer à côté parce que si quelqu'un fait un dépistage et que tu l'as pas coché... Mais j'en ai tendance à dédramatiser les maladies pour lesquelles il y a une faible prévalence. Moi ça me fait chier les FSF qui sont flippées par le VIH mais qui vont pas faire leur frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. A un moment j'essaie de remettre les choses à niveau sur ce dont il faut réellement se méfier.

Je dis aussi, pas de rapports pendant les règles car il y a le contact sanguin. Après jusqu'où je vais ça dépend de la personne en face et de l'aisance qu'il y a sur le sujet également et des craintes qu'elle a en face. Je ne vais pas rassurer quelqu'un qui n'est pas inquiète. Enfin je vais mettre moins d'emphasis là-dessus.

Abordes-tu les moyens de protections contre les IST avec les patientes FSF ?

Je les évoque mais j'avoue que je n'ai pas énormément de conviction derrière. Parce que vraiment la digue dentaire, je ne m'en servais pas... Mais je l'évoque car il y en a qui trouvent ça intéressant et sont contents d'apprendre que ça existe. Mais sinon tout ce qui est nettoyage et désinfection des sextoys, ne pas se les partager, mettre un préservatif dessus quand on se les partage.

Ce sont des choses sur lesquelles je vais mais moi je suis assez axé papillomavirus car je trouve que c'est là où tu as le plus gros gap dû au manque de dépistage. Ça reste très manuporté, tu as beau faire tout ce que tu veux, la réduction des risques sera pas gigantesque. Donc je rappelle ça aussi.

Abordes-tu les moyens de contraceptions avec tes patientes FSF ?

J'aborde pas la contraception avec les FSF car d'expérience de potes c'est un truc qui les fait chier quand elles vont voir un médecin ou gynéco, qu'elles disent qu'elles sont en couple avec une femme et que le médecin aborde la contraception, tu ne te sens pas écouté et surtout pas légitimé. En gros OK elles s'amuse à se tripoter le minou mais quand elles auront de vrais rapports sexuels il leur faudra une contraception; En tout cas c'est comme ça que c'est perçu par mes potes FSF. Je pense que les gens sont assez grands pour savoir. Si une femme bisexuelle se met en couple à un moment avec un mec, je pense qu'elle sait qu'elle a des risques de tomber enceinte, que pour que j'aie lui rappeler à 25 balais. Après on peut tout avoir hein... Mais j'ai plus tendance à travailler sur les trucs qu'on nous enseigne pas pendant les cours d'éducation sexuelle à l'école, que les médecins ne nous enseignent pas car ne savent pas que sur des trucs qui me semblent un peu bateau, surtout s'ils donnent l'impression de pas être légitimes.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les FSF dans l'accès à la médecine générale ?

Je dirais que le manque de formation est le premier obstacle. Voilà, l'anecdote de l'infectiologue qui dit qu'il n'y a pas d'IST chez les FSF, c'est quand même un problème.

Le deuxième obstacle je dirais que c'est le "dénier de mauvaise santé" de la communauté où soit on est pas du tout au courant des disparités de santé en intracommunautaire, soit on les mets sous le tapis pour ne pas avoir ce côté un peu négatif associé en termes de consommation de substances, de dépression et de suicide. C'est vrai qu'il y a des trucs un peu plus joyeux auxquels être associés. Donc avoir déjà un manque de conscience du public FSF et du coup quand on cherche à s'informer et qu'on

tombe sur des murs de désinformations auprès du personnel soignant... Je pense que l'information c'est le nerf de la guerre à ce niveau-là.

Et ça passe par tout ce qui est formation à l'accueil, la manière de poser les questions, d'entendre les réponses, de parler de partenaire plutôt que de copain et de déjà bloquer la question avant que la personne puisse répondre. C'est vraiment l'information des deux côtés qui est manquante et qui est le plus gros obstacle actuellement !

Quelle est la manière de contourner ces obstacles pour leur faciliter l'accès à la médecine générale ?

Informé. je crois que c'est un des rôles de base du généraliste, c'est d'informer la patientèle dans tout ce qui est dans l'optique de promotion de la santé. Mais si on est même pas informé nous-même on ne sait pas promouvoir la santé. Ça doit être un rôle d'information.

Et tout va avec ; la formation sur la réduction des risques, sur les IST, sur les vulnérabilités de santé et pour le reste tu fais le même taf que pour un autre patient.

Te sens-tu compétent dans ta prise en charge avec les patientes FSF ?

J'ai plus une expérience théorique et associative. Je connais bien le sujet mais je n'ai pas eu un milliard de patientes là-dessus. J'ai plus de patients transgenres qu'FSF et donc plus d'expérience là dessus car plus de confrontation dans ma pratique.

Le gros de ce que j'ai comme connaissances sur les FSF ce sont des connaissances développées en dehors des études au fil de mon intérêt sur la question. Donc oui je me sens mieux armé mais les FSF restent un public pour lesquelles je me sens quand même le moins armé parmi la communauté LGBT car c'est aussi un public sur lequel il y a le moins d'études scientifiques. Donc c'est une grosse disparité aussi ; dans la recherche il y a très peu de choses.

Il y a eu un gros problème au niveau de la recherche chez elles car on a commencé à s'intéresser à la santé des gays car ils avaient le SIDA. Puis on s'est intéressé à la santé des bisexuels car ils refilaient le SIDA à nos braves femmes hétérosexuelles. Et puis, les lesbiennes, on en a eu rien à faire car elles attrapent pas le SIDA et qu'il n'y a que ça... Et à force de regarder les autres facteurs qui influençaient sur la prise de risque sexuelle ou la compliance aux traitements antirétroviraux par la suite chez les HSH, on a fini par se rendre compte qu'il y avait des disparités de santé en termes de santé mentale. Et c'est seulement en 2010, à la louche, qu'on s'est dit "hé mais s'il y a des disparités de santé mentale chez les bisexuels et les HSH, est-ce qu'il n'y en aurait pas chez les FSF?". Donc il y a une littérature vraiment maigre sur les FSF. Il y a beaucoup de choses sur lesquelles je sais moins m'avancer car j'ai moins de données solides sur lesquelles m'appuyer.

Comment imagines-tu une formation à destination des médecins généralistes ; sous quelle forme ?

Je pense que ça doit être dans un tronc commun. je pense que la difficulté des modules à choix, ce sont toujours les personnes qui en ont le moins besoin qui vont se présenter.

Je me souviens une fois dans l'association on avait fait une formation sur le racisme parce qu'on avait des problèmes là-dessus et aucuns des racistes qu'on voulait former étaient là, il n'y avait que les personnes toutes gentilles et propres sur elles qui venaient prendre des petites notes parce que ça les

intéressaient et qui voulaient être de meilleures personnes. C'est cool mais c'est pas eux qu'on ciblait (rire).

Donc je pense que ce doit être des formations qui sont dans le tronc commun. C'est une grosse difficulté d'avoir un état de santé qui est globalement moins bon que celui de la population générale sous différents aspects. Et que ce soit à la fois pas reconnu et pas maîtrisé par les gens qui pourraient faire quelque chose pour améliorer la situation. C'est une double peine quoi ! Et moi c'est vraiment pour ça que j'ai commencé à m'intéresser au sujet et que je continue car je trouve ça vraiment insupportable, que ce soit chez les FSF, les HSH, les transgenres, etc. Leur état de santé n'est pas bon et est parfois empiré par leur contact avec le personnel soignant alors que ça devrait être le contraire.

J'ai un pote qui a eu un rapport à risque pour prendre le TPE et les urgentistes de savaient pas ce que c'était et ont failli le renvoyer chez lui. C'est parce que le type bossait dans l'associatif et donne lui-même ce genre de conseil qu'il en a pas démordu et baissé les bras. Et ça a fini avec une plainte à la direction de l'hôpital et une formation obligatoire pour les urgentistes. Mais si ça avait été monsieur tout le monde il serait reparti de la sans son TPE. C'est vraiment emmerdant et ça doit pas arriver !

Et ça doit être pour tous les spécialistes. Il y a quand même aussi des aspects spécifiques en termes de gynécologie, d'endocrinologie, etc. Et même avoir les bases de l'accueil. T'as quand même 10% de la population qui est concernée, tu fais le serment d'Hippocrate, t'es sensé soigner tout le monde et accueillir tout le monde de la même façon, point.

La formation continue, c'est important. Mais il faut que ce soit assez systématique pour que ça ait un impact rapide, enfin que ça ait un impact à grande échelle. C'est le principe de la formation continue parce que parfois tu es surchargé donc tu fais ça un petit peu pour avoir simplement tes points d'accréditation et sans t'intéresser au sujet et t'endormant à moitié.

Mais c'est important car il y a tellement de médecins en activité qui sont pas formés du tout qu'il faudrait les rattraper au moins par les formations continues. mais pour les médecins qui sortent, ça doit être dans leur bagages de base et que ça doit être affiné pendant le master de spécialisation. Je pense qu'en chirurgie cardiovasculaire tu en aura moins besoin et que si tu sais juste pas être un sale con homophobe c'est déjà bien. Et si tu l'as eu dans ton tronc commun. Si tu fais la psychiatrie, ça peut être intéressant d'avoir les différents mécanismes qui font que tu as plus de prévalence en troubles mentaux, etc. Si tu fais de la dermato c'est intéressant d'avoir des informations sur les formes de LGV ou de syphilis secondaires. Donc tu ré-affinerais en fonction de la spécialité choisie, mais il devrait y avoir une base.

Selon toi, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d'inciter les médecins généralistes "actifs" à s'intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF et se former ?

C'est une bonne question mais je n'ai pas vraiment de réponse. Enfin si j'ai une réponse mais un peu cynique, c'est plutôt de se focaliser sur ce qu'on peut encore sauver que de se dire de rattraper absolument les réfractaires. les patients changent de médecin dans ce cas-là. L'objectif c'est qu'ils puissent facilement changer de médecin. Peut-être pas "trouver la perle rare" mais au moins "éviter la pomme pourrie". Encore maintenant, tu as les listes de Go To Gynéco, les listes de TTBM, le réseau PMS de Genre Pluriels. on est obligé de fonctionner par réseau et liste et cie. C'est un problème. je vais pas dire qu'il faudrait l'inverse et avoir une liste sur les quelques rares médecins qui sont pas compétents car c'est pas très vrai mais ce serait mieux d'avoir des listes de gens à éviter et pouvoir

aller chez tout le monde que d'avoir des listes de gens chez qui aller et de se méfier du reste du corps médical. Car c'est un peu cette méfiance là qui est présente de base.

Connaissez-vous des ressources (lectures, organisations, formations, etc) qui pourraient être utiles d'une part à vos patientes FSF et d'autre part à des médecins généralistes désireux de faire un pas vers ces patientes ?

Moi c'est plutôt Go To Gynéco avec lesquels j'ai l'habitude de travailler pour les questions FSF ou si recherche de gynécologue. mais j'ai rarement eu de besoin de référer car je réponds souvent aux questions en consults puis l'affaire est pliée.

Pour les médecins, j'ai tendance à le présenter moi-même dans ces cas-là. Ma technique c'est plutôt d'avoir de grosses bibliographies. Ca a toujours été ma stratégie, quand je faisais une présentation dans le cadre associatif, pour éviter tout ce qui était réfractaire, c'était pas sujet à débat, il y avait 15 citations derrière. C'était pas "t'es d'accord ou pas d'accord" mais "t'as compris ou t'as pas compris et si t'as pas compris je peux réexpliquer". L'intérêt de mon rôle à cheval entre l'associatif et le médical c'est de voir justement avoir cette technique du pied dans la porte. Je suis déjà là, il n'y a déjà pas ce rapport hiérarchique car on est confrère et après arriver derrière avec mes références biblios et expliquer les choses, j'ai rarement eu de gens très réfractaires. j'ai flippé une fois car je participait à un GLEM pour parler du traitement hormonal et ils parlaient tous d'anecdotes de la moitié du 19ème siècle, quand leur grand-père était invité au château du chirurgien, etc. je me suis dit que j'allais me faire défoncer mais ça s'est bien passé. je pense qu'avec les personnes les plus réfractaire tu dois être très factuel et pas idéologique. Être pragmatique, donner des prévalences, être factuel, expliquer sur quoi intervenir, etc.

Que tu sois d'accord ou pas sur le traitement hormonal des mineurs, toutes les études montrent que ça réduit les tentatives de suicide, ça augmente le bien-être, ça réduit la dépression, etc. Donc a un moment t'es pragmatique. Et si ça suffit pas comme argument, c'est pas compliqué de les trouver sur internet. A un moment le choix c'est pas d'être d'accord ou pas d'accord mais d'aider ou de ne pas aider. Et si tu décides de ne pas le faire pour tes propres raisons idéologiques, le patient t'attendra pas et arrêtera pas sa vie pour toi.

Interview n°8 : Dr Franck

Pourrais-tu te présenter ?

J'ai bientôt 28 ans, je travaille en milieu semi-rural. Au niveau de ma pratique, c'est une pratique de médecin généraliste où j'ai des petites consultations et des visites. Je travaille aussi au centre de réfugié à Jambes où je fais des consultations avec des demandeurs d'asiles. Je fais aussi un peu d'ONE et je fais également du dépistage IST au dans un centre de santé affective et sexuelle à Namur, organisé par la province de Namur, là je fais des permanences 2h une fois toutes les deux semaines.

Abordes-tu la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec tes patientes ?

Pas systématiquement, ça dépend du sujet sur lequel on va. Mais pour le moment vu que je débute ma vraie pratique, j'ai beaucoup de patients qui viennent pour une première consultation et je profite souvent de cette 1ère consultation pour faire un tour des antécédents et demander s'ils ont déjà fait un check biologique, etc. Voir leurs antécédents, médicaments, allergies, etc. Et je m'étais dit qu'au moment de la prise de sang je proposerai les IST et que ce serait peut-être un bon moyen de demander

quelles étaient les pratiques sexuelles et avec quelle orientation sexuelle. Donc je ne le fais pas systématiquement mais j'essaie de trouver le bon moment pour le faire pour ne pas que la personne se sente jugée.

Que mets-tu en place au cabinet pour favoriser la divulgation des patientes ?

Pour le moment, pas encore mais je m'étais dit que j'allais mettre dans les salles d'attentes des petites brochures, mais je n'en ai pas encore. Notamment, concernant la trans-identité, les orientations sexuelles, la patientèle LGBTQI, etc. Je sais bien que dans les Rainbow House on peut se procurer ce genre de matériel. Je m'étais dit aussi que j'allais mettre sur ma porte un petit drapeau LGBT. Alors je sais bien que mes collègues sur leur site internet, il y a la présentation du médecin et il est mis LGBT-friendly à cet endroit.

Comment la prise en compte de l'orientation sexuelle de tes patients influence ta prise en charge future ?

Déjà ça l'influencerait dans le sens où je vais essayer de pas me tromper si jamais je dois parler du ou de la compagnon/compagne. Car ce peut mettre mal à l'aise certaines personnes si on se trompe. D'ailleurs en consultation quand je ne connais pas l'OS de la personne, je parle toujours en langage inclusif en disant "il ou elle", et le patient à ce moment la souvent dit "ah oui, c'est elle ou il". Donc comme ça au moins je suis sûr de ne pas faire de gaffe.

En ce qui concerne déjà les IST, ça peut changer certaines choses car certaines populations en fonction de leur OS peuvent être plus à risque de développer l'une ou l'autre IST. Je sais bien qu'en termes de violences conjugales aussi, selon l'orientation sexuelle on pouvait avoir plus de problèmes conjugaux que d'autres. Sinon au niveau du reste de ma prise en charge, prise en charge classique.

Comment traites-tu cette info dans le dossier médical ?

Pour le moment c'est vrai que je ne le note pas dans le dossier, pour le moment je le retiens. A part si justement le fait de le noter est pertinent car on a parlé à ce moment-là peut-être d'IST, etc. genre elle a eu un contact anal positif a je ne sais pas quoi, là je le note. Sinon j'ai tendance à le retenir.

Selon toi, quel est le pourcentage de FSF dans ta patientèle ?

Pour le moment, il y en a trois qui m'ont dit qu'elles étaient FSF. Maintenant je suis sûre qu'il y en a plus et certaines personnes avec qui j'ai pas encore eu l'occasion d'en discuter. Pour te répondre, je dirais 1 personne sur 70.

As-tu vu des différences avec les autres patients en termes de prise en charge plus facile, plus compliquée ?

Euh pour le moment, pas de différence.

Que connais-tu des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques à ces patientes ?

Je sais bien que les patientes FSF n'ont pas de risque de tomber enceinte en ayant des rapports qu'avec des femmes et donc certaines FSF ne vont pas faire de suivi chez le gynécologue donc un des risques est que si elles n'ont pas été vaccinées par le Gardasil ou Cervarix, c'est de développer un cancer du col de l'utérus car il n'y a pas eu de prévention. C'est la même chose pour tout ce qui est prévention mammographie, vu qu'elles ne vont pas souvent chez le gynécologue et que c'est souvent lui qui en

discute. Donc elles peuvent avoir des risques plus élevés de développer un cancer du sein. Mais maintenant je le sais donc, je trouve qu'en médecine générale on peut discuter de prévention, donc j'ai tendance à en parler plus facilement sachant que la patiente est FSF. Et si elles veulent pas aller chez le gynéco, on peut faire leur frottis en médecine générale. En fait on peut tout faire en médecine générale !

Peut-être qu'elles sont plus susceptibles d'être victimes de discriminations car certaines personnes acceptent pas leur OS, dans la famille, etc. Ça peut être intéressant de s'interroger sur ce sujet-là.

Et il faut savoir aussi qu'avec une patiente FSF, on peut avoir une femme transgenre, faut aussi y penser. Donc penser à demander à la patiente si elle a un pénis ou un vagin, quels sont les types de rapports, etc. Parce que sinon on pourrait ne jamais le remarquer. C'est important de poser la question "est-ce que tu es née femme ?". Pour les femmes transgenres il y aura encore des soins qui seront plus spécifiques mais en général les femmes transgenre le diront plus facilement à leur médecin car elles savent qu'il y a d'autres spécificités.

Penses-tu que la prise en compte de ces vulnérabilités-là cela va influencer la qualité des soins qu'elles vont recevoir ?

Ça pourrait avoir un impact si par exemple elles sont mal reçues par le médecin traitant si il n'est pas à l'aise avec les FSF. Je pense que généralement aussi les patientes FSF vont se rendre chez un médecin qui sera plus ouvert à la question et si elles sont mal reçues une fois elles retourneront plus chez ce médecin-là. Je sais qu'il existe des sites sur lesquels on peut s'inscrire "TTBM" pour montrer qu'on est des médecins LGBTQI+-friendly. Mais sinon pour le reste de la prise en charge, non, je pense qu'il faut qu'on les considère aussi comme tout le monde et nécessitent les mêmes soins que tout le monde. C'est important de les considérer comme tout le monde tout en se rappelant qu'il y a certaines soins qui leurs sont plus spécifiques.

Selon toi, quels sont les obstacles que rencontrent les FSF dans l'accès à la médecine générale ?

Déjà simplement la peur de dire qu'elles sont FSF, à cause de la peur d'un rejet de la part du médecin traitant ou d'un jugement, de remarques déplacées de sa part. Si elles doivent venir à deux pour une consultation à deux, peut-être le jugement de la part des autres personnes dans la salle d'attente. Ça dépend aussi du contexte dans lequel elles vivent ; si elles vivent des situations difficiles avec la famille, ce sera peut-être difficile d'en parler au médecin traitant, elles vont peut-être se refermer sur elles-mêmes et c'est plus difficile de se dévoiler.

Et plutôt chez le gynécologue, ce serait de penser qu'elles n'ont pas besoin de suivi gynécologique car elles pensent qu'il ne s'occupe que de la grossesse alors qu'il y a tout le côté prévention qui existe.

Quelle est la manière de contourner ces obstacles pour leur faciliter l'accès à la médecine générale ?

Premièrement, mettre sur son site internet qu'on est LGBTQI+-friendly et qu'on accueille des personnes de tout type d'orientation sexuelle et de tout genre, ça peut les rassurer. Mettre des flyers dans la salle d'attente et autocollants avec le drapeau et même dans son cabinet. Je suppose que le bouche à oreille doit fonctionner aussi si quelqu'un a eu un bon contact. Peut-être également aller à la rencontre de ces personnes, en participant peut-être à certaines activités organisées par la Rainbow House.

S'informer aussi évidemment. En tant que médecin traitant ; quels sont les soins qui seraient plus spécifiques à cette population ? Et ne pas les juger, être accueillant, essayer de ne pas se tromper quand on parle d'une ou d'un partenaire. Voilà en gros ! Sinon les traiter normalement, comme tout le monde quoi.

As-tu déjà suivi une formation sur les vulnérabilités de santé des FSF ?

Oui.

Quelles étaient tes motivations à suivre cette formation ?

C'était tout nouveau, c'était la première année où ils l'organisaient donc j'étais curieux et il n'y avait pas encore eu de retour dessus. Puis c'était un sujet qui m'intéressait car j'ai fait mon TFE sur le sujet ; les attentes des personnes transgenres sur leur médecin traitant. J'avais déjà eu en consultation des personnes LGBTQI+ et je ne connaissais pas encore quels étaient leurs besoins en soins et du coup, je voulais en savoir plus. Et aussi le fait que je suis moi-même concerné par le sujet, étant donné que je suis moi-même homosexuel.

As-tu suivi d'autres formations depuis lors ?

J'en ai suivi sur les personnes transgenre surtout, pour leur prise en charge en médecine générale. C'était organisé par la Rainbow House de Bruxelles avec le Dr Moonens. Et vu que je travaille dans un centre de dépistage où est aussi sensibilisé un peu indirectement car on a des supervisions où on discute de cas qu'on a eu, parfois un peu plus difficile. Et ce sont souvent des personnes LGBTQIA+ que l'on discute.

Qu'est-ce qui t'a le plus marqué lors de cette formation ?

Trois choses m'ont bien marquées. Première chose, je leur avait posé la question de "où se rencontraient les personnes FSF ?" car je sais que pour les HSH il existe des bars, etc. Et c'est vrai qu'on voit moins souvent des lieux de rencontres FSF et ils m'avaient dit que c'était surtout dans les groupes féministes qu'elles se retrouvaient et se rencontraient là-bas. Ça m'avait surpris. D'un point de vue médical, ce qui m'avait marqué aussi, c'est que beaucoup de FSF ne savaient pas qu'elles devaient continuer de faire un suivi gynécologique (prévention cancer du sein et du col de l'utérus). Une autre chose qui m'avait marqué était que les personnes FSF étaient parfois discriminées dans la population LGBTQIA+ même ; elles se faisaient discriminées parfois par d'autres personnes dans cette population. Donc il y avait cette double, voir triple discrimination ; de un ce sont des femmes, donc discrimination envers les femmes, puis discrimination envers les personnes homosexuelles et alors discriminations envers les femmes homosexuelles de la part de la population LGBTQI+. Ça m'avait un peu choqué.

Vous sentez-vous compétent dans la prise en charge de la santé globale des patientes FSF, et pourquoi ?

Je pense plus à la prévention gynéco chez les personnes FSF, donc pour ça oui. J'essaie de soigner aussi mon accueil envers les personnes LGBTQI+ de manière générale, en utilisant le langage inclusif. Maintenant, ce n'est pas évident quand on a pas l'habitude. Il faut simplement s'entraîner au fur et à mesure des consultations. Et parfois certaines personnes cisgenres se demandent pourquoi est-ce que l'on parle en inclusif au final car ces personnes n'ont pas l'habitude de l'entendre. Mais plus on parlera en langage inclusif et plus elles seront habituées et moins ça les perturbera !

Est-ce que la formation était suffisante ?

Moi je pense que ce serait intéressant de l'inclure dans le cursus de base. C'est dommage que ce soit seulement les personnes qui vont choisir ce type de formation qui auront ce cours alors que c'est un cours qui ne dure pas très longtemps et je pense qu'il y a moyen de l'inclure facilement dans le cursus universitaire de base. Et ça permet de montrer que le médecin généraliste doit être ouvert à toute personne se présentant en consultation. Et il faut se dire que la population FSF n'est pas négligeable du tout dans la population générale, le pourcentage est quand même élevé. Donc le mettre dans le cursus de base pourrait être intéressant.

As-tu systématisé certaines questions depuis la formation ?

Quand je vois la personne pour la première fois, je parle de tous les antécédents et je discute de tout ce qui est prévention et je leur demande systématiquement, que ce soit une femme cisgenre ou transgenre ou homosexuelle ou non, "est-ce que vous faites bien le frottis tous les trois ans? est-ce que vous faites bien les mammographies?". Et quand je fais une prise de sang, je demande toujours si elles veulent que je dose les IST, s'il y a eu un risque. Et là ça me permet d'avoir une porte ouverte pour discuter orientation sexuelle et des types de rapports.

Abordes-tu les moyens de protections avec les patientes FSF ?

Une fois que je lance le sujet IST, dans ce cas-là je demande "comment vous faites pour vous protéger habituellement" et je les interroge si elles sont au courant que même si il n'y a pas un pénis dans un vagin, il y a quand même des risques de transmission d'IST. Je peux leur parler de la digue dentaire et des préservatifs vaginaux. Voilà, c'est surtout ça je pense.

De manière générale, estimez-vous que les médecins généralistes aient besoin de davantage d'informations ou de formations sur la prise en charge des patientes FSF ?

Je pense que beaucoup de médecins généralistes ne sont pas au courant et du coup il y a moyen de l'intégrer dans le cursus de base où on parle de chaque population en particulier et notamment les personnes FSF et dans cette partie-là de discuter tout ce qui est prévention.

Et aussi, dans la population FSF, c'est intéressant d'interroger sur les projets d'avoir un enfant ou pas. Voir si elles ont eu l'idée de faire la PMA et pouvoir les référer vers des personnes compétentes et accueillantes. Car dans certains hôpitaux je sais qu'ils n'acceptent pas de le faire. Donc se créer un réseau de personnes qui peuvent accueillir correctement les personnes LGBTQIA+ c'est important aussi quand on est médecin généraliste !

Connaissez-vous des ressources (lectures, organisations, formations, etc) qui pourraient être utiles d'une part à vos patientes FSF et d'autre part à des médecins généralistes désireux de faire un pas vers ces patientes ?

Je connais certaines personnes qui ont l'habitude de travailler avec la population LGBTQIA+ mais maintenant dès que j'ai besoin d'un nom, j'appelle la Rainbow House car ils ont des listings de médecins qui ont l'habitude de travailler avec cette population. Et je sais bien que ce sont des médecins qui accueilleront correctement mes patientes.

Pour les médecins qui souhaiteraient en savoir plus, je leur conseillerais de contacter la maison Arc-en-ciel car ils font souvent des formations pour les médecins généralistes pour leur expliquer quelles

sont les vulnérabilités et les besoins. Sinon, moi je pourrais essayer de répondre à leur question s'ils en ont car j'ai été un peu formé, je pourrais répondre à certains points.

Selon vous, quel serait le/les meilleur(s) moyen(s) d'inciter les médecins généralistes plus âgés à s'intéresser aux vulnérabilités de santé des patientes FSF ?

Pour les vieux médecins, ils doivent normalement toujours avoir leurs points d'accréditation donc je leur proposerait une formation soit dans des GLEMS soit en e-learning ou en dodécagroupe. Je ne vois pas comment on pourrait faire d'autre. Maintenant ça peut venir aussi de leurs patients si certains sont demandeur que le médecin s'informe sur certains sujets. Donc peut-être qu'une patiente FSF aimerait bien que son médecin s'informe un peu plus, qu'elle arrivera chez lui en lui disant qu'il existe tel ou telle formation.

Ou peut-être mettre des articles dans des revues médicales, mais faut voir s'ils les lisent !

Je pense que la population FSF représente une large proportion de notre patientèle et que c'est important d'y être attentif.

Interview n°9 : Dr Sully

Pourriez-vous vous présenter ?

J'ai été diplômée en 2015. Après ma formation, j'ai travaillé 2 ans dans une maison médicale et dans un planning familial à Bruxelles. J'ai fait une formation à Anvers à l'Institut de médecine tropicale, un certificat de santé international. J'ai fait des remplacements et je suis partie travailler à l'étranger pendant 1 an puis je suis revenue et j'ai refait des petits remplacements en maisons médicales. Depuis février 2020 j'ai commencé à travailler chez médecin du monde où je m'occupe de personnes qui n'ont pas accès aux soins et l'objectif est de les réinsérer dans le système. Et je travaille une fois par semaine dans un planning familial à Etterbeek. Donc j'ai une pratique un peu atypique pour un médecin généraliste. Chez médecin du monde, je supervise toute une équipe de médecins volontaires.

Abordez-vous la question de l'orientation sexuelle et des comportements sexuels avec vos patientes ?

Là je vais prendre ma casquette planning. C'est un gros biais car les patients viennent en général en consultation pour parler sexe, donc on l'aborde d'emblée. Que ce soit un homme ou une femme, quand ils viennent pour une question de dépistage, la question : « avez-vous des rapports sexuels avec des hommes ou des femmes » pour évaluer le profil risques, est d'office posée. Ou quand elles viennent pour un avortement, c'est discuté. Et en médecine générale, quand j'ai une nouvelle patiente ou un nouveau patient, ça fait partie de mes questions de première rencontre, pour discuter de la patiente comme par exemple quel est votre genre de job, etc pour voir un peu le profil. Donc j'essaie de poser la question de manière un peu systématique.

Que mettez-vous en place au cabinet et lors de vos consultations pour favoriser la divulgation de l'orientation sexuelle des patientes ?

Au planning familial, il y a des affiches dans la salle d'attente avec des arcs-en-ciel. Mais je ne sais même plus exactement lesquels il y a. Dans le cabinet de consultation, il n'y a pas spécialement de matériel pour aborder cette question-là. Je n'ai pas encore repris le planning car j'ai eu un arrêt pour grossesse et je ne le reprendrai pas avant le mois de juillet donc j'essaie de me souvenir.

Comment traitez-vous cette information dans le dossier médical ?

C'est noté dans le dossier car je n'ai pas une mémoire suffisante pour ne pas noter ce genre de chose et en plus, on travaille en équipe et on est amené à voir d'autres patients à qui ce n'est pas nous qui avons spécialement posé la question et qui avons eu cette discussion et donc si le patient doit à chaque fois réexpliquer alors qu'il est connu du lieu de soin ou il va... Donc c'est noté dans le dossier. Dans l'anamnèse, je ne pense pas qu'il y a un item « orientation sexuelle » qui doit être complété.

Comment la prise en compte de l'orientation sexuelle de vos patientes influence votre prise en charge future, si elle l'influence ?

Si j'ai un MSM (men who have sex with men), cela va influencer parce que je vais être un peu plus attentive au dépistage et je vais par exemple lui proposer d'emblée une prise de sang pour un dépistage VIH, hépatite C. Et je vais peut-être être un peu moins proactive avec une FSF ou un hétérosexuel qui a un partenaire stable. L'orientation sexuelle influence un peu la prise en charge oui. Surtout pour tout ce qui est IST ou dépistage.

Selon vous, quel est le pourcentage de patientes FSF dans votre patientèle ?

Non je n'ai pas vraiment de chiffre, je pense qu'il est complètement sous-évalué. Surtout qu'avant, je travaillais dans des quartiers plutôt du Nord de Bruxelles où naturellement c'est vachement plus compliqué à exposer, donc c'est sous-évalué. Je dirais 1 patiente sur 10. Mais au planning, on a des motifs d'IVG et on a beaucoup moins de FSF qui viennent pour des IVG, si je ne me trompe pas.

Avez-vous constaté des différences avec les autres patientes ; prise en charge plus simple ou plus complexe/délicate ?

Moi ça a été des difficultés de discuter prévention par le manque de formation ou par le manque même de connaissances de pratiques, en étant moi-même hétérosexuelle. De savoir s'il faut faire des préventions par rapport au sexe oral, comment leur expliquer ou insister la dessus, est-ce qu'il y a un réel risque ou pas, etc. J'avoue que ça reste encore un point d'interrogation. Je n'ai pas eu de formation spécifique, je pense qu'il y a une ouverture du dialogue en consultation et peut-être que c'est la patiente/le patient qui m'a signalé sur ce site (Go To Gynéco) car elle/il s'est senti à l'aise de discuter avec moi.

Je ne sais pas trop ce qu'il y a de plus à faire par rapport aux hétéros. J'y repensais ce matin, je me disais tiens par exemple, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus « sont-elles autant à risque ou c'est un facteur protecteur ? peut-on retarder l'âge du début du dépistage ? » ou pas... mais si il n'y a pas de pénétrations... je ne sais pas ! Mais je pense que je propose les mêmes recommandations aux femmes peu importe l'orientation sexuelle ; dépistage à partir de 25 ans et avant, pas d'examen gynéco nécessaire sauf si symptômes. Mais en fait, peut-être que pour les FSF, on pourrait peut-être retarder la réalisation d'un 1^{er} examen gynéco et d'un dépistage...

Que connaissez-vous des vulnérabilités de santé qui sont spécifiques aux patientes FSF ?

Beh là comme ça euh... Je ne les vois pas vraiment comme euh spécifiques.. Peut-être des choses spécifiques à d'autres minorités. On sait qu'elles cumulent parce que non seulement ce sont des femmes donc il y a déjà un accès plus compliqué ou des violences plus souvent vécues et si en plus ce sont des femmes ayant du sexe avec des femmes elles peuvent peut-être subir encore plus de

violences verbales, non-verbales de la part des professionnels qu'elles rencontrent et personnes qu'elles rencontrent (harcèlement de rue, etc). Ce sont des barrière en plus. Mais est-ce qu'elles sont plus à risque de dépression, ça euh... je supposerais que oui. Pour qu'elles soient plus à l'aise pour exprimer sur leur orientation sexuelle de façon libre, c'est souvent plus compliqué. Donc oui je suppose qu'il y a un impact global sur la confiance en soi, c'est plus sur l'aspect développement personnel et psy. Et accès aux soins de santé en général ou accès aux services de base, il y a peut-être un retard de consultation pour certaines choses.

Connaissez-vous des moyens de protection des FSF qu'elles pourraient utiliser pour faire barrière aux IST ?

Les petits carrés de latex ou en fait ou coupe une capote, c'est le seul que je connais et dont j'ai déjà parlé en consult.

Avez-vous eu des retours de patientes qui s'y connaissent ou qui ne s'y connaissent pas à propos des moyens de protection ?

Je me souviens d'une consultation où on en a discuté. C'était plutôt un échange de savoirs où on regardait ensemble ce qui existait en consultation. Je pense qu'elle m'a expliqué d'autres choses et elle se questionnait sur « est-ce qu'elle devait vraiment le faire à chaque fois », c'était des questions pour connaître son risque. On a sorti un tableau de statistiques du pourcentage de transmission de VIH, de chlamydia, etc. mais je ne les connaissais pas par cœur du tout, on a regardé ensemble.

Connaissez-vous le réseau LGBT et avez-vous déjà référé certaines patientes à des associations ou des organismes ?

« Genres plurielles », c'est plus pour toutes les questions trans. J'ai aussi suivi une formation sur la contraception masculine, mais je ne connais plus le nom. Il y a « dépistage-ist.be ». J'ai un oubli de toutes les associations mais elles sont dans ma barre de Favoris sur l'ordi.

Selon vous, quels sont les obstacles que rencontrent les patientes FSF à l'accès à la médecine générale ?

Je ne vois pas trop... Le fait de se rendre compte que ce n'est pas quelque chose qui intéresse le médecin, le manque d'intérêt. Après c'est pas spécifique aux FSF. Et le manque d'ouverture aussi.

Ici, chez médecins du monde on met des serviettes hygiéniques à disposition et ça peut être parfois un point d'ouverture ou un prétexte pour avoir un moment où on aborde la sexualité, d'avoir un autre point d'entrée. Mais c'est vrai que c'est un peu frontal de questionner l'orientation sexuelle direct, mais en même temps c'est pas tabou donc le fait de poser la question d'emblée ça montre qu'il n'y a aucun problème d'aborder la question et si jamais la patiente se sent pas OK de répondre, elle est pas obligée de répondre à ce moment-là. Et donc voir en consultation d'autres moyens de l'aborder à un autre moment que juste la consultation d'entrée.

Selon vous, est-ce que les médecins généralistes ont un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins des patientes FSF ? Et si oui, de quelle façon ?

Oui oui je pense. Notamment cette petite formation sur l'accueil des personnes LGBT. Je trouverais ça super qu'on en ai tous. Mais après on devrait faire 10 000 formations donc à un moment c'est compliqué de cibler. Je trouve que cela pourrait faire partie du cursus de base du médecin en

formation, ça serait super pour augmenter l'ouverture. Ici moi je commence une formation sur les violences gynécologiques et obstétricales et je me dis que tous les médecins de 1^{ère} ligne devraient pouvoir avoir ce genre de formation pour pouvoir faire quelque chose de ces violences.

Vous verriez cela sous quelle forme les formations ?

C'est toujours le problème, si c'est en continu ou si c'est au choix, on aura toujours des médecins convaincus ou ouverts à ça. C'est toujours difficile de faire découvrir des nouveaux sujets à des personnes non initiées. Pour moi, il ne faut pas que ce soit pas à option mais bon c'est un peu comme pour tout, s'il faut faire des choix ce serait déjà pas mal que ce soit à option... Mais l'idéal serait qu'il y ait au moins une introduction pour tous, pour les futurs médecins surtout. Et pour les médecins déjà diplômés, ce serait la proposition d'un GLEM ou d'un e-learning ou j'en sais rien, un module spécifique via la SSMG. Je ne pense pas qu'il y ait ça au niveau de la santé sexuelle.

On ne saurait pas obliger les plus vieux médecins à suivre ces formations mais plutôt le rendre disponible et plus facilement accessible, où il faut juste faire un clic et démarrer son e-learning à la maison. Mais le problème de ces sujets-là, c'est que c'est toujours bien de pouvoir avoir une discussion mais un e-learning ce serait déjà pas mal...

Quels sont les freins rencontrés à participer à une formation sur ce sujet-là ?

Je pense que comme pour tout médecin, c'est plutôt le manque de temps. Jusqu'où s'arrêter pour se perfectionner ; est-ce qu'on se perfectionne dans tous les domaines ? Après ça dépend de notre vision de la prise en charge de la médecine et de notre rôle. Certains médecins se disent « c'est pas mon rôle de discuter sexe avec mes patients ou discuter orientation sexuelle » ou ne voient pas l'impact que ça peut avoir sur les problèmes de santé. C'est un manque peut-être de sensibilisation.

Et un manque de temps et d'intérêt. Ici moi je travaille avec une trentaine de bénévoles qui sont pour la plupart des médecins retraités qui ont pour la plupart bossé en solo toute leur vie dans des pratiques plus traditionnelles (sur 30, il y en a 20 qui ont ce type de pratique). On essaie de lancer des modules de formation sur la santé sexuelle et reproductive et on a 5 participants sur 30 alors qu'ils connaissent l'institution dans laquelle ils travaillent et se sont engagés, ils connaissent les valeurs mais en fait il y a un manque d'intérêt total. On a des consultations où c'est flagrant qu'il faut aborder la santé sexuelle ou reproductive et ce n'est juste pas abordé du tout. Le médecin met de grosses œillères et fait juste une prescription et la question n'aura pas été discutée. Je crois qu'ils sont mal à l'aise parce qu'éthiquement c'est compliqué pour eux, certains sont très conservateurs. Et souvent ce sont des hommes qui ont du mal à aborder cela. Ils sont mal à l'aise parce qu'ils ont l'impression peut-être de ne pas être assez formés (mais bon, ils ne s'inscrivent pas aux formations aussi...) ils ont une méconnaissance peut-être du réseau, n'osent peut-être pas dire « là je ne sais pas mais je vais demander à la référente médicale comment vous aider ». C'est pas évident et chez nous c'est un public très compliqué et ce n'est pas uniquement l'orientation sexuelle ou la santé sexuelle Ce sont des personnes qui ont souvent subi des violences de par leur parcours migratoire, qui sont d'une culture différente, qui parlent une langue différente. Dans la consultation ici, il y a 10.000 freins externes en plus que ceux que le médecin a lui-même.

Vous sentez-vous compétente dans l'accueil et la prise en charge des patientes FSF?

Compétente est un grand mot. Non mais j'ai l'impression d'être ouverte à la discussion et j'espère pouvoir mettre juste les patients à l'aise et que l'on puisse en discuter sans qu'ils puissent ressentir une crainte ou un jugement négatif. D'être dans le non-jugement bienveillance et que les choses peuvent se déposer peu importe ce qu'elles sont lors de la consultation. C'est un peu ça ma position. Mais j'ai encore plein de questions où je ne sais pas ce qu'il faut faire et non je ne me sens pas du tout compétente en théorie mais au niveau de la relation, un peu plus.

Est-ce que vous trouvez qu'une formation pourrait vous être utile ?

Oui oui ! Un bon objectif de formation 2022.

Comment prendriez-vous en compte ces vulnérabilités de santé pendant vos consultations et quelles mesures concrètes de prévention et de dépistage proposez-vous à vos patientes FSF ?

Je ne vais pas courir sur un dépistage VIH ou hépatite C, sauf s'il y a utilisation de drogue.

Je vais avoir une autre approche. Je ne vais pas non plus lui proposer un moyen de contraception mais on va en parler, je vais lui demander si elle en a envie ou besoin car elle peut aussi avoir des relations avec des hommes, j'en sais rien. Mais au niveau dépistage, je ne le fais pas avec les hommes non plus. Peut-être qu'il y a des frottis autres et à d'autres endroits à faire que je ne fais pas. Même les MSM qui chez nous reviennent régulièrement, cela m'est déjà arrivé une fois de réorienter un patient dans un autre centre car j'avais l'impression qu'au sein du planning, on n'était pas assez formé par rapport à toutes ces pratiques sexuelles et donc je l'ai orienté ailleurs là où je sais qu'ils ont une systématique pour s'adapter à la pratique sexuelle du patient.

ANNEXE 7 : Décision du GEIMG

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 28/11/2021

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : C = Doit être soumis au comité d'éthique de l'université du candidat MG.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Vanderhofstadt Quentin) : Sans objet.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les 3 avis ne sont pas unanimes, le GEIMG, sur base des informations transmises, décide qu'il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au comité d'éthique de l'université dont il dépend.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

ANNEXE 8 : Avis favorable du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 03 Janvier 2022

A l'investigateur responsable:

Dr Gallia CORNET
Rue du Centre, 42A
1404 Bornival

AVIS FAVORABLE

Concerne : 2021/13DEC/518

N° Protocole : MACCS

Acronyme : n/a

Intitulé : « Comment les médecins généralistes, en Belgique francophone, prennent-ils en charge les patientes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) en termes de prévention et de suivi de leur santé globale ? Quelle est la valeur ajoutée d'une formation sur les vulnérabilités de santé spécifiques à ces patientes dans leur prise en charge ? »

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude.

Nous donnons un avis favorable à ce projet, qui est une analyse des pratiques professionnelles et qui ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 07 mai 2004.

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCL vous recommande de prendre les mesures nécessaires pour le respect de la confidentialité des données médicales pour leur anonymisation.

Nous vous rappelons également que tout doit être mis en œuvre pour respecter le RGPD, à savoir notamment :

- la protection de la vie privée et des données
- la destruction des informations après temps utile

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF

Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire**Dossier 2021/13DEC/518**

Projet : « Comment les médecins généralistes, en Belgique francophone, prennent-ils en charge les patientes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) en termes de prévention et de suivi de leur santé globale ? Quelle est la valeur ajoutée d'une formation sur les vulnérabilités de santé spécifiques à ces patientes dans leur prise en charge ? »

Investigateur : CORNET Gallia

Notez que cette étude ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne nécessite donc pas l'accord d'un Comité d'Éthique.

Ceci peut cependant être indiqué en cas de publication des résultats.

Veuillez, trouver les remarques de nos experts qui ont revu votre dossier.

La loi de 2004 ne s'appliquant pas, nous rappelons seulement que tout doit être mis en œuvre pour respecter le RGPD (Règlement Général de la Protection des Données) et lois belges attenantes, à savoir notamment :

- une information honnête et adéquate aux participants recrutés doit être donnée,
- la protection de la vie privée et des données (avec respect de l'anonymat des participants), doit être mentionnée,
- la destruction des informations après temps utile est à préciser.