



REPÈRES

en prévention & promotion
de la santé



LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES

Octobre 2023



Perçue comme à faible risque d'IST et exempte de violences, la sexualité entre femmes fait l'objet de peu d'études et de travaux de recherche. Elle est donc peu connue, ce qui contribue à son invisibilisation. Pourtant, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ont des besoins spécifiques, dont la prise en compte représente un enjeu de santé publique. En effet, à l'intersection de plusieurs discriminations, ces femmes sont trop souvent amenées à taire leurs désirs sexuels et leurs pratiques, et à ne pas prendre soin de leur santé sexuelle.



Sexualité entre femmes : de qui et de quoi parle-t-on ?

L'expression "femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes" (FSF) est surtout utilisée en épidémiologie. Elle regroupe sous cette catégorie l'ensemble des femmes ayant eu au cours de leur vie au moins un rapport sexuel avec une ou plusieurs femme(s), quelle que soit leur orientation sexuelle.

Dans ce document, seront entendues par « femmes » toutes les personnes qui s'autodéterminent comme telles. Cela inclut les femmes transgenres, qu'elles aient ou non conservé leurs organes génitaux de naissance.



Organes génitaux à la naissance	Assignation de genre à la naissance	Identité de genre ressentie	Désignation
Femelles	Femme	Femme	Femme cisgenre
Mâles	Homme	Femme	Femme transgenre
Femelles	Femme	Homme	Homme transgenre

N.B : le schéma ci-dessus n'est pas exhaustif de la diversité des identités sexuelles et de genre, et n'exprime pas l'idée qu'elles sont figées ou "rangées dans des cases" : il vise à faciliter la compréhension autour d'un sujet complexe en illustrant les cas de figure les plus courants.

S'intéresser à la santé des FSF, et en particulier à leur santé sexuelle, nécessite donc de distinguer leur identité personnelle et sociale de leurs attirances et pratiques sexuelles (Lhomond, 1997). Si la grande majorité des FSF s'identifient comme lesbiennes, homosexuelles ou bisexuelles, certaines se disent hétérosexuelles, et d'autres encore ne se reconnaissent dans aucune de ces catégories (Bajos, Beltzer, 2008).

Les enjeux de santé sexuelle chez les FSF

Aujourd'hui encore, nous évoluons dans un système normatif de représentations qui favorise et naturalise la domination des hommes sur les femmes (sexisme), des hétérosexuel.les sur les non-hétérosexuel.les (hétérosexisme), et des cisgenres sur les transgenres (cissexisme). Les FSF se trouvent ainsi à l'intersection de plusieurs discriminations, les exposant particulièrement à des comportements de rejet ou à des violences. Cette situation conduit beaucoup d'entre elles à éviter certaines attitudes en public, telles que s'embrasser ou se tenir par la main. En plus d'imposer un stress préjudiciable à long terme à leur santé mentale et physique (cf. [modèle dit du « stress minoritaire »](#)), cela participe à délégitimer autant qu'à invisibiliser leurs relations affectives et sexuelles¹. Bien que de nouvelles connaissances aient été produites sur les FSF depuis la [dernière publication que nous leur avons consacrée en 2011](#), leurs sexualités et leurs modes de vie restent souvent réduits à des représentations², traduisant un impensé social et une assignation plus générale de la sexualité féminine à la seule fonction de procréation³.

Parmi ces représentations collectives, celle selon laquelle la sexualité entre femmes cisgenres serait exempte de pénétration - et donc de risques - reste très répandue. De nombreuses FSF cisgenres ont intériorisé cette croyance, en associant très fortement le VIH au phallus et au sperme, donc au domaine exclusivement masculin⁴. Cela participe à construire chez elles un sentiment d'immunité par rapport à ce virus et, par extension, aux autres IST⁵. Avec pour conséquence, une moindre adoption de comportements préventifs et de réduction des risques : ainsi, dans une enquête réalisée par l'association communautaire suisse Lago (2021), 60% des FSF interrogées déclaraient n'utiliser aucune protection lors de leurs rapports sexuels. Ce résultat peut en expliquer un autre, tiré de l'enquête "Contexte de la sexualité en France" (2006), selon lequel les FSF étaient 12% à dire avoir contracté une IST dans les 5 dernières années, contre 3% des femmes dites hétérosexuelles.

L'enquête SexoFSF menée en 2016 a mis en évidence d'autres facteurs de risques sexuels : les FSF qui y avaient participé ont déclaré avoir eu en moyenne 15,5 partenaires au cours de leur vie - dont pour moitié des hommes - contre 4 chez l'ensemble des femmes et 11 chez l'ensemble des hommes en population générale. Elles avaient également répondu, à rebours des idées reçues, que leur principale pratique sexuelle était la pénétration vaginale. Enfin, elles y étaient 60% à déclarer n'avoir jamais réalisé de frottis cervico-utérin : cela témoigne d'un suivi gynécologique insuffisant, quand il n'est pas inexistant, alors même que ce suivi est essentiel pour diagnostiquer les IST, les vaginites et les cancers urogénitaux ou anorectaux.

1. (Guillemaut, 1994 ; Revillard, 2002 ; Coordination Lesbienne en France, 2008)

2. Par exemple, les couples de femmes seraient plus limités dans leur répertoire de pratiques sexuelles et/ou auraient moins de rapports sexuels que les autres (Schwartz et Blumstein, 1983)

3. (Revillard, 2002 ; Arc, 2006)

4. (Devillard, 2011)

5. (Delebarre, 2014)



FSF et VIH : des inconnues et des confusions

Il n'existe pas, en France, de données épidémiologiques qui estiment à intervalles réguliers le taux de contamination global (prévalence) et le nombre de nouvelles contaminations sur une période donnée (incidence) au VIH chez les FSF. La dernière estimation de prévalence du VIH chez les lesbiennes date d'il y a une dizaine d'années et avait alors été évaluée à 0,7%⁶ soit, encore aujourd'hui, davantage qu'en population générale. Pourtant, le nombre de cas répertoriés de transmission du VIH lors de rapports sexuels entre femmes se compte, à l'échelle mondiale et dans toute l'histoire de l'épidémie, sur les doigts d'une seule main. Comment expliquer alors ce qui ressemble à un paradoxe ? D'abord, pour faibles qu'ils soient objectivement, les risques de contamination par voie sexuelle liés à certaines pratiques entre femmes sont néanmoins plus importants en période de règles ou lors de l'utilisation et l'échange d'objets pénétrants sans protection. Ensuite, et surtout, le risque VIH chez les FSF dépasse la seule approche de la transmission sexuelle entre femmes : celle-ci est encore trop souvent confondue et assimilée avec l'ensemble des facteurs de risques auxquels sont exposées ces femmes. Or, les modes de sociabilité de certaines FSF - consommation de drogues injectables, difficultés à négocier la protection des rapports sexuels - les exposent à des risques accrus de contamination⁷.

Une autre explication à cette insuffisance, voire absence de dépistage et de suivi gynécologique, est à chercher du côté de la crainte du jugement par les professionnel.les de santé. D'après une [enquête de SOS Homophobie publiée en 2015](#), gynécologues et structures hospitalières étaient les professionnel.les et environnements de soin les plus incriminés pour des actes ressentis comme lesbophobes. Si cette lesbophobie peut se manifester sous forme de rejet, elle révèle plus souvent des incompréhensions et freins ressentis par les professionnel.les. De nombreux médecins et soignant.es éprouvent en effet des difficultés à aborder la sexualité en consultation, a fortiori l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Dans [l'enquête « Gay et lesbiennes médecine générale » \(EGaLe-MG\)](#) publiée en 2016, une femme sur deux (49 %) déclarait n'avoir jamais parlé de son orientation sexuelle avec son médecin traitant, et huit sur dix (81 %) que le médecin ne leur avait jamais posé la question. Citons ici un extrait d'un [article paru dans la Revue médicale suisse](#) en 2011 :

"Même en l'absence de discriminations avérées, il est fréquent que de petits détails accroissent le sentiment d'invisibilité et d'insécurité des personnes LGBT. Le fait qu'un médecin demande à sa patiente quelle méthode de contraception elle utilise pendant qu'il/elle pratique un examen gynécologique présuppose que cette femme a des rapports hétérosexuels. La patiente peut ainsi se retrouver contrainte à faire un coming-out dans une situation où elle est très vulnérable. Le présupposé hétérosexuel ou cisgenre, fréquemment exprimé dans les conversations courantes et les entretiens médicaux, a tendance à provoquer l'autocensure. Le déclenchement de ce réflexe compromet la possibilité d'une alliance thérapeutique de qualité".

6. (Enquête Presse Gays et Lesbiennes, Velter, 2011)

7. (Lhomond, 2003)



Violences et consommation de produits

À rebours des idées reçues, les violences sexuelles entre femmes sont une réalité. Pour preuve, dans la continuité du mouvement #MeToo lancé en 2017, les femmes lesbiennes victimes de violences conjugales ou sexuelles ont créé le hashtag #MeTooLesbien pour rendre visible une réalité impensée et taboue. Ces violences entre femmes remettent en effet directement en cause les mythes de la femme douce et non violente, ainsi que du couple lesbien égalitaire sans enjeux de pouvoir entre les partenaires. Pourtant, d'après la dernière enquête sur la sexualité en France (2006), près de 44% des FSF ayant répondu disaient avoir déjà subi, tant de la part de femmes que d'hommes, des rapports sexuels forcés ou contraints au cours de leur vie.

Les FSF consomment également davantage de produits psychoactifs légaux ou illégaux que les autres femmes⁸. Ces consommations peuvent autant être associées à des états anxieux ou dépressifs en lien avec la lesbophobie subie ou intériorisée⁹ qu'à un besoin plus général d'affirmation par rapport aux normes sociales¹⁰. La pratique du [chemsex](#) se trouve au croisement de tous ces aspects, en y ajoutant le contexte sexuel de la prise de produits : né au sein de la communauté gay, le phénomène semble s'être développé chez les femmes non-hétérosexuelles. Ainsi, d'après [l'étude « Sea, sex and chems » de 2021](#), parmi les femmes ayant déjà pratiqué le chemsex au moins une fois dans leur vie, plus de la moitié s'autodéfinissent comme homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles.

8. ([Enquête Enveff, 2000](#))

9. (Hugues, Jacobson, 2003)

10. (Lhomond, 2003)

Pour une promotion de la santé des FSF

Pour conclure, et dans la perspective d'apporter des réponses concrètes aux problématiques de santé sexuelle des FSF décrites précédemment, nous partageons les recommandations proposées dans l'article « [Pour une promotion de la santé lesbienne](#) » publié en 2009 dans la revue à comité de lecture « Genre, sexualité & société » :

- Produire régulièrement des données quantitatives et qualitatives pour mieux connaître la vie affective et sexuelle des FSF
- Mener des actions d'information et de prévention auprès des femmes concernées, mais également au sein des milieux de soin,
- Encourager la mobilisation et la solidarité communautaires,
- Intensifier la lutte contre les LGBTphobies et changer les représentations de l'homosexualité féminine dans la société, ce qui passera notamment par [l'application effective de la loi de 2001 sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire](#).

Un exemple d'action de promotion de la santé des FSF : la campagne « La santé affective et sexuelle, c'est pas qu'un truc d'hétéro »

Cette campagne de communication conçue par le Planning familial de Grenoble et SOS Homophobie Dauphiné Alpes Nord s'adresse autant aux femmes concernées qu'aux professionnel.les de santé et au grand public.

Déclinée en une série de quatre affiches, elle avait été diffusée dans l'espace public grenoblois ainsi que sur internet à l'occasion de la Quinzaine de lutte contre le racisme et les discriminations de mars 2019.

[Voir le communiqué de presse de la campagne](#)



Accueillir les FSF en entretien individuel dans un lieu de consultation : l'exemple du Planning familial de Grenoble

Roxane Aragonès, médecin, et Marie Vacher, conseillère conjugale et familiale au Planning familial 38, ont répondu à nos questions sur leur expérience d'accueil et de prise en charge des FSF dans le cadre de leurs missions.

En consultation ou en entretien, comment procédez-vous pour permettre l'expression d'une orientation sexuelle ou une identité de genre minoritaire ?

Avant même de recevoir les gens, cela passe d'abord par un aménagement de nos espaces d'accueil, d'attente et de consultation ou d'entretiens. Nous disposons dans ces différents espaces des flyers, affiches et brochures spécifiquement adressées aux FSF et/ou aux personnes transgenres. Ces personnes, et plus généralement les groupes minorisés, sont sensibles à ce qui est mis en avant dans un espace donné : lorsqu'elles y entrent pour la première fois, elles y cherchent un signe que leur existence est prise en compte, d'autant plus dans un lieu de soins.

Lors de la consultation proprement dite, au début de l'entretien, nous rappelons systématiquement en premier lieu les principes de confidentialité et de secret professionnel auxquels nous sommes soumises. Nous posons ensuite directement la question du prénom et du pronom par lesquels la personne souhaite que nous la nommions. Poser ainsi la question indique à la personne que l'on ne part pas d'une évidence normative. Il en va de même pour l'orientation sexuelle : pour une femme, plutôt que de demander « avez-vous un conjoint ou un compagnon », mieux vaut privilégier une formulation non genrée et non hétéronormée, telle que « avez-vous quelqu'un dans votre vie ? ».

D'une manière générale, il s'agit de veiller à ne pas genrer la personne et son, sa ou ses partenaire(s) avant qu'elle nous ait donné des informations à son ou à leur sujet.

Comment parvenez-vous à repérer des signes d'alerte d'une santé sexuelle non satisfaisante ?

Nous posons des questions, par exemple : comment se passe votre sexualité ? Comment se passent les rapports ? sont-ils douloureux ? Est-ce toujours vous qui décidez ? Comment ça se passe avec votre/vos partenaire(s) ? avez-vous vécu des violences ? Si au travers des réponses nous repérons des prises de risques sexuels, nous recherchons des symptômes d'IST et proposons la réalisation de dépistages. S'agissant des FSF, nous portons toujours une attention particulière à justifier cette proposition de dépistages ainsi qu'à expliquer quels sont les risques en fonction des pratiques, du fait des risques d'IST accrus, mais souvent négligés par les personnes elles-mêmes. En proposant le dépistage systématique des cancers du col de l'utérus et sein, nous ouvrons une fenêtre d'opportunité pour parler de l'exposition accrue des FSF aux papillomavirus humains, notamment chez celles qui subissent ou ont subi des agressions ou violences sexuelles.

Par ailleurs, pour les personnes que l'on suit déjà, nous pouvons être alertées par l'observation de changements dans l'attitude, la dynamique, l'apparence corporelle ou vestimentaire, ainsi que des difficultés à se rendre ou à arriver à l'heure au travail ou à l'école, ou un désinvestissement des relations amicales, familiales et sociales.



Quels conseils donneriez-vous à des professionnel.les médico-socio-éducatifs qui aimeraient créer un lien de confiance ou réparer une maladresse dans un entretien thérapeutique ?

Lorsqu'une maladresse a été commise et que l'on sent qu'un malaise se crée, il ne faut pas hésiter à reconnaître que l'on a été maladroit.e, présenter des excuses, et demander à la personne ce dont elle a besoin à présent pour se sentir en confiance.

Si l'on sent que la réponse autorise une reprise du dialogue, la priorité est de se recentrer sur la demande, en donnant des informations précises sur la réponse que l'on peut proposer : par exemple, quel examen, analyse ou prescription dans le cas d'une consultation médicale.

Et si l'on sent que l'accompagnement n'est plus possible, il est utile de pouvoir s'appuyer sur un réseau de professionnel.les compétent.es vers lequel.les adresser.

Dans tous les cas, le meilleur moyen d'anticiper ces maladresses ou d'éviter qu'elles se reproduisent est de se documenter, voire se former, pour mieux connaître les spécificités de la santé des FSF et prendre conscience de ce que peuvent être les difficultés au quotidien d'une personne minorisée. Ce savoir ne s'improvise pas et il ne relève d'aucune évidence. L'invisibilisation à laquelle sont soumises les FSF fait que les professionnel.les médico-socio-éducatifs ne perçoivent que rarement leurs propres besoins de formation, pensant que leurs intentions bienveillantes suffisent. Or, les professionnel.les formé.es spécifiquement sur ces questions sont beaucoup plus bientraitant.es que celles et ceux qui ne le sont pas.

Accueil des FSF en milieu de soin ou de services sociaux : quelles recommandations et préconisations ?

L'entretien précédent relate une expérience d'accueil et de prise en charge des FSF, et plus généralement des minorités sexuelles ou de genre, dans un lieu de soins. Les pratiques et postures qui y sont relatées font écho à plusieurs recommandations officielles ou de sociétés savantes et préconisations associatives ou universitaires émises au sein de pays francophones à revenus élevés.

Au Canada, le gouvernement du Québec a émis en 2023 des [lignes directrices](#), dont la première (p.14) préconise entre autres l'usage de « signes ou repères visibles démontrant une ouverture », d'un « langage inclusif » et d'« approches (...) qui favorisent l'autodétermination de la personne ». Il y a bientôt 25 ans, la société des obstétriciens et gynécologues du Canada avait émis des « [lignes directrices sur la santé des lesbiennes](#) » qui propose de nombreuses pistes d'intervention dans son paragraphe « la collecte de renseignements ». Une [recherche-action participative](#) et un [article 2018 évaluant les résultats d'une enquête en ligne](#) émettent également des préconisations.

En France, il n'existe pas de recommandations officielles ou institutionnelles, le rapport de la Haute Autorité de Santé « Sexe, genre et santé » de 2020 n'en ayant pas émis spécifiquement pour les personnes LGBT+. Certains acteurs associatifs ont toutefois produit des préconisations : la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), dans son guide « [accueillir et accompagner les personnes LGBTIQ dans l'hébergement](#) » (2021), aborde en pp. 42 à 45 des manières de se mobiliser en équipe, et en pp. 46 à 51 des conseils pour la posture professionnelle face au public. Le CRIPS d'Île-de-France a publié en 2021 un « [guide pour une santé inclusive](#) » destiné aux professionnel.les et futur.es professionnel.les en milieux de soins, dont un des chapitres est consacré à l'accueil des FSF.

Sélection de ressources pour aller plus loin

Pour le public :

[Go to gynéco.](#)

O'yes ASBL, 2023

[Relations lesbiennes et queers : Guide pour une sexualité plus sécuritaire.](#)

Centre de solidarité lesbienne, 2021

[Tomber la culotte : s'amuser, s'affirmer et prendre soin de soi.](#)

Équipe nationale d'intervention en prévention et santé (ENIPSE), 2019

[Sur toutes les lèvres : Guide de santé sexuelle pour les lesbiennes, bisexuel-le-x-s et queers ayant une vulve.](#) Organisation suisse des lesbiennes (LOS), s.d.

Pour les professionnel.les :

[Abord de l'orientation sexuelle des patientes : Représentations et pratiques des médecins généralistes.](#)

Santé publique, n° 2022/HS2, vol. 34, 2023

[Santé sexuelle et reproductive des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en Suisse.](#)

Santé publique, n° 2022/HS2, vol. 34, 2023

[Pour une santé inclusive : Guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel.le.s de santé.](#)

Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (CRIPS) Île-de-France, 2021

[Enquête SexofSF : Quelles réalités sexuelles chez les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes ?](#)

Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie (AIUS), 2018

[Santé sexuelle des FSF : Bibliographie.](#)

Observatoire du sida et des sexualités, 2018

[Enquête SexofSF : Résultats préliminaires.](#)

Colloque international « La santé des personnes LGBT », 2017

[Des expériences aux attentes de personnes lesbiennes en soins primaires : Inégalités en santé, postures professionnelles et empowerment.](#)

Université Toulouse III Paul Sabatier, 2016

[Santé des lesbiennes : Mythes et réalités.](#)

Association Ilga, 2011



IREPS Auvergne-Rhône-Alpes

Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

www.crips.ireps-ara.org

Rédaction : : Léo Calzetta, coordinateur du CRIPS ARA, avec le concours de Célia Gonnard, étudiante en licence 3 de psychologie à l'Université Lyon 2 en stage à l'IREPS ARA de février à mai 2023

Merci à Sidonie Richard, médecin généraliste et doctorante en philosophie des sciences (universités Lyon 3, Lyon 1 et Paris 1), pour son aimable relecture.

Octobre 2023.



Avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes