

- Compte-rendu -
Séminaire professionnel « Santé des lesbiennes »
3 mai 2011 à l'UNMS, Bruxelles

Ce séminaire s'inscrit dans le cadre d'une campagne de la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS intitulée : « La santé des lesbiennes, ça nous concerne ! ».

Dominique Plasman, Secrétaire Générale de la Fédération des Centres de planning familial des FPS

Mesdames et Messieurs,
Mesdames les intervenantes,
Chères amies, chers amis,
Je vous souhaite à tous et à toutes la bienvenue dans les locaux de la Mutualité Socialiste.

La santé est un thème privilégié des FPS en tant que mouvement mutuelliste. L'accès à la santé pour toutes et tous est une priorité. La santé des femmes est particulièrement étudiée et travaillée par notre association féministe, non seulement sur des problématiques spécifiques liées au corps des femmes mais surtout dans ce que la santé peut révéler des inégalités qui persistent entre hommes et femmes.

La thématique de l'orientation sexuelle est récurrente au sein des centres de planning familial. L'égalité entre toutes les orientations sexuelle fait partie intégrante de nos objectifs. Le planning familial milite en effet pour le droit – et la pratique effective de ce droit – à un accès égal à l'information et aux services disponibles en matière d'éducation affective, relationnelle et sexuelle.

Pour notre Fédération de centres de planning familial, le thème de la « santé des lesbiennes » appartient donc de fait à nos missions et points d'attention.

Et pourtant, ce thème n'est pas évident pour tout le monde. Nous avons perçu beaucoup d'étonnement autour de cette nouvelle campagne : les lesbiennes ne sont-elles pas des femmes comme les autres ? Pourquoi s'intéresser aux lesbiennes et pas aussi aux gays ? Pourquoi utilise-t-on le terme de « lesbiennes » ? Ne stigmatise-t-on pas encore un groupe en faisant de telles campagnes ?

Notre objectif n'est évidemment pas de créer des catégories fermées, des groupes séparés qui auraient accès à des soins de santé différents et des services de santé spécifiques à chaque groupe. Encore moins de stigmatiser. Dans un monde idéal sans discrimination, sans inégalité, des actions de santé globale seraient certainement suffisantes pour répondre aux besoins de tout un chacun.

Le fait est qu'aujourd'hui les inégalités persistent et que nous devons les prendre en compte dans les actions que nous mettons en œuvre.

La lesbophobie est une réalité vécue par de nombreuses femmes et comme toute discrimination, elle a de nombreuses conséquences : sur le travail, sur la vie familiale, ... mais aussi sur la santé.

Et comme nous sommes encore loin de ce monde idéal où les différences n'ont pas d'autres conséquences que le plaisir de la diversité, des actions spécifiques semblent encore nécessaires.

Les intervenantes de notre séminaire illustreront par des exemples les spécificités de la santé des lesbiennes et proposeront des pistes pour améliorer nos pratiques. Je les remercie d'ores et déjà pour les éclairages qu'elles pourront apporter.

Je tiens également à remercier le Docteur Valérie Fabri qui est Médecin-conseiller à la Direction étude de la Mutualité socialiste. Je la remercie d'avoir accepté notre invitation et de s'atteler dès maintenant à la lourde tâche de modérer la journée et les débats.

Pour conclure j'ajouterais que nous avons encore du travail à faire pour avancer vers plus d'ouverture et d'égalité et que la journée d'aujourd'hui devrait aller dans ce sens. Je vous souhaite de passer un moment riche en réflexions et discussions.

Bonne journée.

Marian Lens : « La place des lesbiennes dans la société : une question éthique »

Marian Lens est sociologue et chercheuse indépendante. Auteure de nombreux articles et exposés sociologiques et littéraires sur les lesbiennes et les femmes, en Belgique et à l'étranger. Organisatrice de plus d'une centaine de soirées littéraires et de débats lesbiens et sur les femmes.

Le lesbianisme est une construction sociale, comme l'hétérosexualité.

La plasticité mentale humaine permet tous les scénarios de fonctionnement possibles. Nous sommes ainsi dans le domaine multidimensionnel de l'identité. C'est la mosaïque des choix personnels qui définit un individu et le différencie des autres êtres humains. Et le potentiel de choix est une combinaison infinie de possibilités.

Dans le monde dit animal, auquel nous appartenons d'ailleurs, tout existe aussi. L'homosexualité y est naturelle et visible, pour autant qu'on veuille bien l'observer¹.

Et tout l'enjeu d'une société humaine, toute sa relativité, se manifeste dans les modèles de relations sociales que son organisation sociale permet et autorise. Il s'agit dès lors d'analyser les difficultés ou les possibilités qui en découlent.

Jusqu'il y a peu, il n'y avait qu'un modèle unique, extrêmement répressif : l'hétérosexualité. L'homophobie, et la lesbophobie en particulier, étaient dès lors très fortes, aussi au sein des grands mouvements de remise en question de la société de la fin des années 1960. D'où le terme, extrêmement percutant, créé à l'époque : « La contrainte à l'hétérosexualité ». Oser remettre en question un édifice social considéré comme appartenant à l'ordre biologique, donc dit naturel, fait à présent partie des révolutions historiques de la pensée de l'humanité.

L'identité se résume dans la question suivante : qui suis-je ?

Se poser la question de l'identité, c'est (donc) se poser la question « qui suis-je ? ». Et c'est la réponse qui déterminera la place que vous aurez, ou non, dans la société.

¹ Référence ... in : LENS, M. *Perspective d'analyse de l'idéologie de la différence dans un système hétéropatriarcal*, Bruxelles : ULB, 1981.

C'est parce qu'elle concerne tout le monde que cette question identitaire est tellement interpellante, et considérée comme menaçante pour les tenants de la pensée majoritaire, dominante.

La pression à l'hétérosexualité : l'hétérosexualité est toujours considérée comme la norme

La construction des genres sexuels, la différence « homme » / « femme », reste aujourd'hui fondamentalement peu remise en question, et donc inchangée.

Et l'hétérosexualité, le ciment qui est censé souder ces deux catégories sociales, reste encore aussi très peu étudiée en tant que telle.

Différence entre lesbophobie et homophobie : l'invisibilisation² des lesbiennes. Et par conséquent, une répression spécifique et beaucoup plus forte à l'encontre des lesbiennes

Quand un groupe social est invisibilisé, c'est que la répression qu'il subit est particulièrement forte. Quand un groupe social est absent d'une loi, alors que dans les faits il est réprimé comme le sont des groupes similaires, c'est qu'il est le plus réprimé. La manœuvre vise à l'effacer de toute existence sociale, de toute crédibilité, de toute possibilité.

C'est pourquoi en Angleterre, par exemple, du temps de la reine Victoria, dans un monde où les femmes étaient au service absolu des hommes, il était tout simplement inconcevable que les lesbiennes puissent exister.

Et c'est cette invisibilisation qui caractérise vraiment la minorisation³ des lesbiennes dans la société, ou leur exclusion. Place inconfortable en dents de scie aussi dans les mouvements censés les représenter, en particulier les mouvements féministe et homosexuel.

Et effectivement, la plupart des articles reprenant le terme globalisant d' « homosexualité » ne parlent que des hommes, ne concernent pas ou que rarement les lesbiennes. De même quand des recherches ont comme thème les femmes, les lesbiennes en sont absentes la plupart du temps.

Pourquoi ? C'est l'axiome : « *Les lesbiennes ne sont pas des hommes, elles ne sont pas des femmes non plus* » qui a toujours fait partie de l'histoire des lesbiennes.

Mais si elles ne sont ni l'un ni l'autre, elles n'existent donc logiquement pas. Et de fait elles sont la plupart du temps occultées.

Et comprendre ce qu'est être lesbienne, oblige à se rappeler constamment cet axiome qui fait partie de leur histoire.

La répression et ses conséquences sur les lesbiennes : lien avec la santé

L'homosexualité a été pendant des siècles considérée comme une maladie ou une perversion. Ce n'est que tout récemment, il y a moins de 20 ans, en 1992, que l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé ; véritable baromètre de la santé humaine sur le plan mondial) l'a supprimée de la liste des maladies. Ce qui est très récent dans l'histoire d'une société.

Dans les rares articles ou interviews qui portaient sur le sujet, l'avis du psychiatre et d'un curé étaient incontournables pour comprendre ce qui était considéré comme du domaine de la déviance extrême, de l'immoralité, d'une monstruosité biologique.

² NDLR : le fait que les lesbiennes soient maintenues invisibles par la société

³ NDLR : le fait d'être maintenu dans un statut de minorité

Cependant, actuellement, malgré un net changement en cours dans les mentalités, malgré un assouplissement des lois, l'homosexualité provoque encore malaise, appréhension ou hostilité de la part de l'entourage familial, scolaire, professionnel ou social.

Le harcèlement verbal va des insultes verbales aux « plaisanteries » lesbophobes/homophobes, son autre « face » plus efficaces et destructrices parce qu'elles n'ont pas les apparences d'une agression, et qui provoquent une véritable stigmatisation des lesbiennes.

Les agressions peuvent également devenir très vite physiques, et s'accompagner plus spécifiquement pour les lesbiennes d'agressions sexuelles qui peuvent aller jusqu'aux formes les plus violentes de viol⁴.

La répression prend de multiples formes. Nous sommes en présence de toute une panoplie de discriminations et d'autres mécanismes d'ostracisme social et de rétorsion économique (comme la perte d'emploi), qui vont aboutir à l'isolement social et à la précarité des lesbiennes concernées.

Enfin, les lesbiennes peuvent se retrouver exclues ou minorisées par rapport aux lieux qui règlent et organisent les sphères sociales et économiques : c'est-à-dire jusqu'à peu l'exclusion du juridique (actuellement des droits encore limités par rapport aux hétérosexuels) et la minorisation par le politique (faible pouvoir de décision et de représentation).

Il est important de mesurer les conséquences de cette situation pour la santé physique et mentale des lesbiennes. Ce qui est tout l'intérêt de ce colloque.

Le stress et la peur éprouvés par des lesbiennes peuvent les pousser à mener une double vie, dans le déni de leur identité lesbienne, et à subir les conséquences physiques et mentales de la situation schizophrénique qu'elle entraîne.

Plusieurs décennies après la découverte du taux de suicide d'adolescent/e/s en raison de leur « orientation sexuelle » (entendre ici leur homosexualité), le taux de 30% ne semble pas avoir diminué. 1 adolescent/e sur 3 se suicide pour cette raison.

Pour un topo récent et approfondi en Belgique et en Europe, je vous renvoie à l'étude de l'European Union Agency for Fundamental Rights, publié récemment, en 2009⁵.

Le secteur médical, ainsi que le secteur de l'encadrement des personnes âgées, doivent encore, aussi, remettre en question la présomption hétérosexuelle de leurs patient/e/s.

Le cumul des « handicaps » : lesbiennes, « de couleur », âgées, présentant un déficit physique, ...ne fait qu'amplifier les difficultés rencontrées.

Quant au cadre de la reconnaissance du statut de réfugiées politiques, les lesbiennes et les femmes paient encore toujours un lourd tribut dans les choix de vie qu'elles font dans une recherche de plus grande liberté à ce niveau.

En guise de conclusion, voici quelques pistes de travail pour un changement fondamental de société, une nouvelle éthique, et pour mieux comprendre d'où proviennent les lesbiennes :

⁴ *La violence en milieu scolaire fait partie d'un des trois axes d'action de la Lesbian & GayPride cette année. Ces mois d'avril et de mai voient par exemple également des rencontres de sensibilisation par rapport à l'insécurité homophobe dans les espaces publics. Action d'Ecolo Nous Prend Homo en mai, ou la campagne de sensibilisation lancée par la Région de Bruxelles-Capitale sur la violence et les agressions à l'égard des lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres, notamment dans la rue.*

⁵ European Union Agency for Fundamental Rights: *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States* : Part I – Legal analysis, (2008), 161 p. Part II – The social situation (March 2009), 156 p. Téléchargeable gratuitement sur internet.

a) Remettre en question les catégories sociales de genre sexuel et d'orientation sexuelle

C'est tout l'enjeu des débats qui doivent continuer absolument à exister : qu'est ce que c'est être une « femme », un « homme, une « lesbienne », un ou une « homosexuel/l/e », un ou une « transsexuel/le », un ou une « intersexuel/le », un/e « asexuel/le », etc ? Cela a-t-il un sens ? La neutralité n'est-elle pas possible ? Pourquoi ne pas pouvoir se définir comme une entité en soi, unique ? Un carcan est-il obligatoire ? Pourquoi ? Pour qui ? Et d'où cela provient-il ?

Vous pouvez aller de la lutte contre les « stéréotypes de genre » - revendication portée par la GayPride cette année 2011 - jusqu'à vouloir faire disparaître les catégories raciales de la couleur de peau aux différences de « genre » et d'orientation sexuelle » - analyse portée par de plus en plus de groupes et d'intervenantes lesbiennes⁶.

Les « bis » et autres catégories intermédiaires

Vous pouvez aussi vous demander si tous les intermédiaires possibles entre des genres dichotomiques, ont un sens ? Particulièrement s'ils ne changent en rien une structure dichotomique exclusive, donc répressive, tant que celle-ci ne sera pas remise fondamentalement en question ?

Même si parfois dans certaines grandes villes, où les lesbiennes - et les homos - se sont constitué/e/s des groupes sociaux très forts, qui permettent réellement de mieux vivre, de se sentir mieux, les bis par exemple peuvent se sentir rejetés des groupes sociaux qui se trouvent à des pôles opposés : hétéros – homos. Ce qui est la difficulté de tous groupes intermédiaires. Le métissage social peut aussi être très difficile à vivre, tant que les dichotomies créées, par essence normatives, n'ont pas été remises en question.

b) Chaque individu se choisi(r)ait une identité unique et respectée. Est-ce encore toujours une utopie ?

Exister en soi, et non par rapport à un groupe de référence ?

c) Une excellente façon de comprendre et d'aider les lesbiennes : s'identifier comme telles

En attendant d'atteindre ce monde social égalitaire utopique auquel beaucoup aspirent, la meilleure façon d'aider les lesbiennes, si l'on ne l'est pas ou pas encore, c'est de soi-même se poser les questions suivantes :

Pourquoi suis-je hétérosexuel/le ? Qu'est-ce qui m'empêche d'être lesbienne/homosexuel, de le devenir, ou de le comprendre ? *Si j'étais lesbienne...* quel monde de possibilités et de difficultés cela entraînerait-il ?

En tant que professionnel de l'intervention sociale, une excellente méthode de travail, mais aussi d'enrichissement personnel, est de se mettre tout simplement à la place de l'interlocutrice lesbienne qui vient en consultation. Parce que cette manière de procéder autorise énormément de possibilités, et permet ainsi d'ouvrir beaucoup de portes.

⁶ Espace Lesbien, Actes du Colloque Européen d'Etudes Lesbiennes, n°2, La grande dissidence et le grand effroi, Toulouse : BAGDAM, juin 2001, pp.83-88. Dossier belge. *Féminismes et lesbianismes*, Bruxelles : Université des Femmes, Chronique Féministe, n°103-104, juillet/décembre 2009, pp.15-19.

Patricia Curzi : « Les mythes vis-à-vis de la santé des lesbiennes »

Patricia Curzi est responsable de projets « femmes » auprès d'ILGA, une fédération mondiale de groupes luttant pour l'égalité des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexe depuis 2005.

En 2006, elle a coordonné, avec des associations belges, une brochure sur le cancer du sein et du col de l'utérus pour les femmes qui aiment les femmes. Ce travail précédait le rapport « La santé des femmes lesbiennes et bisexuelles : questions locales, préoccupations communes », publié en 2007. Des femmes de différentes régions du monde y ont apporté des contributions et ont illustré leurs initiatives.

Elle coordonne actuellement un projet de guide « Santé des lesbiennes : mythes et réalités ».

Le droit à la santé est un droit fondamental !

Le terme « lesbienne » est souvent critiqué et problématique. Il désigne l'attraction d'une femme pour une autre femme, mais beaucoup ne se reconnaissent pas dans ce qualificatif.

Les stéréotypes et rumeurs ont un impact sur la santé des lesbiennes. Ces stéréotypes, concernant souvent le genre et/ou l'orientation sexuelle, peuvent être véhiculés par les médecins et les lesbiennes elles-mêmes.

La réalisation d'un « Guide de consultations rapides » a pour objectif de démystifier certains mythes, d'informer et d'améliorer la santé des lesbiennes.

Quelques mythes :

- « Les lesbiennes n'ont pas besoin de visites chez le gynéco car elles ne sont ni concernées par la contraception, ni par les grossesses. » Mais c'est oublier l'importance de la prévention concernant le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein qui nous concernent toutes.
- « Les MST et le VIH ne concernent que les hétéros car les femmes n'ont pas réellement de sexualité et donc il n'y a pas de risque de transmission. »
- « Une lesbienne n'a jamais de rapports sexuels avec un homme. »
- « La lesbienne est une personne instable, malheureuse et triste. »
- « La vraie lesbienne est une camionneuse. »
- « Le lesbianisme est un concept occidental. » Or l'homosexualité n'est pas l'apanage d'une région particulière.

Rappelons que dans certains pays l'homosexualité est toujours réprimée et pénalisée (condamnation à mort).

Quelques constats :

- Il existe peu d'informations sur la santé des lesbiennes. Beaucoup de stéréotypes et préjugés persistent et sont également véhiculés par les lesbiennes.
- Il existe peu de recherches sur les lesbiennes. Elles souffrent d'un manque de visibilité ; elles représentent une minorité dans une minorité. On ne les voit pas, elles ne dérangent donc pas.
- Il existe peu de campagnes de sensibilisation et peu de financements des pouvoirs publics.

Que faire ?

- Défier les rumeurs en diffusant les informations liées aux maladies et à la santé des lesbiennes.
- Offrir un cadre ouvert et respectueux, favorisant la confiance.
- Éviter de présupposer l'hétérosexualité de la personne. Ne pas imaginer que les lesbiennes sont physiquement reconnaissables.
- Favoriser et soutenir des associations ou structures progressistes.

Mimi Szyper : « Conséquences sur la santé mentale »

Mimi Szyper a travaillé à l'hôpital St Pierre, à Bruxelles, en neurologie avec les adultes. Elle a créé et est devenue la chef du service de neurologie pédiatrique à l'Hôpital Universitaire des Enfants à Bruxelles. Elle est Présidente de Femmes et Santé, une asbl qui a pour but de promouvoir la santé des femmes à un niveau individuel et collectif.

Nous examinons la santé mentale des lesbiennes dans la tension entre le contre discours qui vient d'être développé et les discours dominants : patriarcal, hétérosexuel et médical.

Le discours patriarcal instaure une division de genres avec hiérarchisation, rapport de dominants/dominés et engendre sexisme, misogynie.

Le discours hétérosexuel (discours « straight ») qui divise lui les sexualités construit l'homophobie

La lesbophobie est plus que la somme du sexisme et de l'homophobie puisqu'elle réalise l'inconcevable dans une société patriarcale : le désir et la jouissance sans homme. Cet impensable participe à l'invisibilisation des lesbiennes.

Il faut de plus considérer dans la lesbophobie la combinaison des autres oppressions patriarcales qui peuvent toucher particulièrement les lesbiennes : le racisme, la xénophobie, la pauvreté, le handicap.

Les discours dominants ont deux attributs:

- Le pouvoir de définition, il détermine ce qui est normal/anormal, légal/illégal, sain/pathologique, beau/laid... ; les distinctions sont hiérarchiques et entraînent l'oppression, la marginalisation, l'isolement.
- Le pouvoir d'attraction : d'une part, il pervertit et engloutit les contre discours. D'autre part, il envahit et intoxique l'espace social en instillant la peur et la honte chez les dominés de même que leur espace psychique détruisant l'estime de soi et entraînant ici « la lesbophobie intériorisée ».

Depuis 1991, l'homosexualité n'est plus considérée comme une maladie mentale. C'est sûrement une grande victoire même si elle reste précaire et avant tout symbolique.

Si la santé, dans une perspective de promotion de la santé, est pour un individu comme pour un groupe, le bien-être physique, émotionnel et social en adéquation avec son environnement, on imagine qu'une femme saine, dans le contexte que nous avons esquissé, peut présenter des difficultés.

Les facteurs favorables, les ressources : la « résilience », selon les situations spécifiques, le « coming out » (à soi, dans sa famille, sur le lieu de travail ou à l'école), la création d'un réseau, d'une nouvelle famille, la formation d'un couple...

Les facteurs de vulnérabilité : l'isolement social, l'invisibilité, la lesbophobie intériorisée, une famille lesbophobe, un réseau social pauvre, des expériences de discrimination ou de violence, la migration (due aux dangers rencontrés dans le pays d'origine : peine de mort, viol, mariage forcé).

Des études montrent que la dépression et les tentatives de suicide ne peuvent pas être négligées dans une population de lesbiennes et des activistes demandent que les médecins reconnaissent la souffrance des lesbiennes et les soignent en connaissance de cause.

Nous voyons dans cette revendication un énorme danger. La « médicalisation » particulièrement des femmes, de leurs cycles de vie et de leur sexualité ne peut ni les aider ni les soulager. Elle utilise les valeurs patriarcales que les femmes ont intériorisées comme leur fragilité et leur faiblesse psychique ou encore leur ignorance. Elle fait retomber les lesbiennes dans la maladie d'où leur combat héroïque les a sorties pour leur prescrire des calmants et des antidépresseurs.

Dr Christine Winand : « Suivi médical et gynécologique »

Christine Winand est médecin généraliste et médecin des Actes, elle est passionnée par la diversité humaine et la spécificité de chacun et chacune. Depuis plus de 12 ans, elle exerce à Liège, dans le secteur de la VIE SEXUELLE et AFFECTIVE, au sein de 2 plannings impliqués dans la prise en charge du public LGBT.

Il est surprenant de constater le faible taux de fréquentation des lesbiennes au sein des services de santé, et ce même auprès des centres de planning familial qui se présentent comme un « milieu plus ouvert ».

Afin de tenter de répondre à ce constat, posons-nous la question inverse à savoir : « Pourquoi les hétéros viennent dans les CPF ? ». Trois réponses semblent s'imposer : la contraception, le dépistage HIV et les frottis. Sur ces points, les homosexuelles ne se sentent pas concernées. Bien souvent, les lesbiennes consultent le gynécologue en raison de leur précédente relation avec un hétéro. C'est la raison principale de consultation.

La lesbienne est avant tout une femme, avant d'être lesbienne. C'est donc en tant que femme qu'elle doit venir consulter.

Idéalement, les médecins devraient connaître l'orientation sexuelle de leur patiente ; mais dans la réalité, il en est autrement. « Parfois, il vaut mieux taire son secret au lieu d'être mal perçue ».

Dans sa pratique, il est impensable qu'un médecin, lors d'un examen, « pénètre ou dévirginise » une femme qui n'a jamais eu de rapports hétérosexuels (ou qui n'a jamais pratiqué de pénétration avec un sex-toy). Dans le cas d'un frotti, il est important de poser la question de la virginité, afin d'évaluer les conséquences de l'utilisation du spéculum. Sans considération de l'orientation sexuelle, les femmes sont toutes concernées par la ménopause, le dépistage du cancer du sein, les irritations vulvaires, MST...

Il semblerait que certaines lesbiennes ne se retrouvent pas dans les sites Internet abordant les MST. Ces derniers mettent fortement l'accent sur les risques de transmission, renvoyant alors une image « instable » du couple lesbien (multipliant les partenaires). Les couples stables ne se sentent pas intégrés par cette forme de prévention. Ceci est à nuancer, car la « stabilité » ne se traduit pas de la même façon d'un couple à l'autre.

Myriam Monheim: « Initiative du Plan F et brochure Filles entre elles »

Myriam Monheim est psychologue et thérapeute systémique, superviseuse dans les champs psycho-médico-sociaux. Elle est responsable du projet LGBT du Plan F, responsable de projets à l'asbl Ex Aequo, bénévole et fondatrice de l'asbl Alias.

Le Plan F est l'un des rares plannings à s'être questionné sur les questions de l'homosexualité, d'orientations sexuelles et de genres. Une personne est à l'origine de cette initiative. De discussions en discussions, le planning a fini par s'ouvrir (au niveau institutionnel) au public lesbien avant tout, mais également aux autres publics LGBT. Myriam y travaille depuis 6 ans, avant cela l'asbl Magenta venait ponctuellement pour des projets. C'est finalement une ouverture qui date mais qui reste encore trop rare. Le Plan F est un planning créé en 1977 qui rassemble une vingtaine de travailleurs. Sa particularité est de pratiquer beaucoup d'IVG. Ils ont mis en place le projet ISIS, destiné aux femmes enceintes ou jeunes mamans, en situation de vulnérabilité et de précarité. Un accompagnement psycho médicosocial leur est offert.

Le projet destiné aux lesbiennes, gays, bis, trans et aux autres ne s'est pas créé sans questionnement, ni aménagement interne.

En amont de ce projet, il y a eu une grosse réflexion en interne : est-ce nécessaire d'ouvrir le Plan F aux lesbiennes ? Ont-elles des besoins spécifiques ? Y a-t-il un réel problème d'accès aux soins ? Quel est le lien entre le lesbianisme et la planification des naissances ?

L'équipe a décidé de mettre en place ce projet, en se demandant tout de même s'il n'était pas opportun de s'ouvrir aux gays et aux trans ? Leurs besoins sont-ils les mêmes ? Quel est le lien avec un planning ?

Une question supplémentaire s'est posée : la personne engagée pour ce projet doit-elle appartenir au public cible qu'elle va viser ? Comment visibiliser l'offre du planning ?

Au terme de cette réflexion, il a finalement été décidé que le Plan F se « mouillerait ».

Les grands axes du projet :

- Il y a eu un grand travail en interne car il ne suffit pas de se présenter comme « gay friendly », il faut pouvoir assumer les demandes et besoins spécifiques. Si on se présente comme différent des voisins, il ne faut pas être inadéquat dans les soins offerts. Ils ont procédé à un travail de sensibilisation au niveau de l'accueil et des consultations. La grande question qui poursuit les professionnels est « comment les reconnaître et comment ne pas mettre les pieds dans le plat ? ». Il n'existe pas de réponse toute faite.
- Le projet implique un enjeu important au niveau de la santé sexuelle, des consultations gynéco ou des dépistages des IST ? Quel suivi ? Il existe une méconnaissance manifeste concernant les besoins spécifiques des lesbiennes. L'important est de questionner la personne sur son vécu et de ne pas oublier que les choses changent, évoluent. Il ne faut donc pas hésiter à reposer les questions. Si un couple de lesbiennes se présente (encore un fait trop rare), il ne faut pas hésiter à demander : dans quel genre de relations sont-elles, que s'est-il passé avant (ancienne relation), que faire, quel projet d'avenir ? La base d'une médecine respectueuse consiste à dire ce qui est, ce qui existe et ensuite de laisser le choix. Parler des risques concrétise que deux femmes entre elles peuvent se transmettre des IST. Le problème est que les médecins ne se rendent pas compte des besoins et des réalités, de cette façon ils alimentent en partie les résistances et le déni du public en question. Au moyen de formations, il faut déconstruire les fausses croyances du public concerné, mais également des professionnels. C'est important dans un colloque comme celui-ci, de ne pas minimiser la santé sexuelle des lesbiennes, mais d'essayer de transmettre aux patientes des conseils crédibles.
- Que fait-on des sujets qui traitent de l'homosexualité en animation ? Que fait-on des manifestations d'homophobie en contexte d'animation ? Cette dernière interrogation est une source d'inconfort importante pour ses collègues. Il n'y a pas de réponse toute faite.

Que font-ils au Plan F ?

- L'accueil du public, de collègues et de futurs collègues. La demande concerne parfois simplement des informations concernant les lieux et les services existant. Afin que les gens prennent connaissance du Plan F, il a fallu faire un travail de publicité et de visibilité. Les réactions des autres plannings ont été variées : certains ont invité le plan F afin de parler du projet, d'autres ne comprenaient pas la démarche ou ont évoqué une forme de ghettoïsation. Mais généralement, le projet a suscité l'indifférence.
- D'un point de vue clinique, Myriam reçoit autant des personnes seules que des couples, et parfois des membres d'une famille. On peut classer les demandes en deux parties : ceux qui viennent chercher un psy spécialisé qui peut répondre à des questions précises sur les champs qui couvrent les questions d'identité sexuelle et de genres ; et ceux qui recherchent un psy habitué à ces questions (qui ne va pas tomber de sa chaise). Il arrive que des parents (grands-parents) en souffrance consultent pour des questions liées à la transidentité d'un enfant (plus rare lorsqu'il s'agit de l'homosexualité).
- Lors du suivi individuel, les questions abordées n'ont rien d'inhabituelles. Elles concernent des questions spécifiques à l'homosexualité, l'estime de soi en tant que lesbienne, l'acceptation de l'homosexualité. C'est un espace qui permet de déconstruire la lesbophobie intériorisée depuis l'enfance, de penser les coming-out et l'homonormativité, ainsi que les projets de couple et d'enfants. Il arrive que des personnes migrantes (turques, Afrique sub-sahariennes, magrébines) consultent, les questions se posent parfois différemment. Il est important de prendre en considération les réalités culturelles, socioéconomiques qui les entourent.
- Tout un travail en réseau est mené. Il est important de sensibiliser les structures paires, ainsi que d'autres structures jeunesse et santé.
- Au sein de la fédération à laquelle appartient le planning, ces thématiques sont fréquemment abordées. Les choses bougent et évoluent, des formations en interne sont par exemple proposées.
- Il réalise également un travail de sensibilisation au sein du secteur LGTB. Il faut convaincre, expliquer les réalités et les risques existant.

Rosine Horincq et Vanessa Watremez : « Etablir une relation de confiance avec ses patientes lesbiennes »

Vanessa Watremez est sociologue spécialisée sur les rapports sociaux de sexe. Elle est fondatrice et présidente de l'association AIR-Libre, intervenante et animatrice de groupes de paroles auprès de femmes hétérosexuelles victimes de violences.

Rosine Horincq est licenciée en Sciences Psychologiques et Pédagogiques, psychothérapeute systémique, formée en promotion de la santé et sur la santé des personnes gayes, lesbiennes, bi et trans et les questions de genre au Québec. Elle a co-créé Magenta en 2002.

Magenta est une association spécifique LGTB mais surtout « L ». L'association s'occupe de formations, d'accompagnements, d'écoute et de thérapie, mais également de recherches et de travail en réseau.

Pour réaliser la campagne et les outils de prévention initiés par les FPS, Magenta a réalisé des focus-group, afin d'être au plus proche des avis et besoins des LESbiENNES.

Pour développer des interventions adéquates au sujet des LESbiENNES et de leurs réalités, il faut prendre en compte la dimension sociale des préjugés et des discriminations systémiques. Différents problèmes de santé (mentale, détresse psychologique, assuétudes, IST, cancers...)

peuvent être en lien avec l'orientation sexuelle de vos clientes, de par l'oppression sociale qui l'accompagne. Pour intervenir adéquatement, les prestataires doivent être conscient-e-s de ce lien.

De nombreuses LESbiENNES cachent leur orientation sexuelle, qui fait partie intégrante de leur identité personnelle et sociale, lorsqu'elles vont demander de l'aide. Elles se sentent mal à l'aise ou anxieuses, elles craignent les réactions négatives ou inadéquates de la part des prestataires ou des autres client-e-s.

Des prestataires comprennent rarement les questions d'orientation sexuelle, sans avoir reçu de réelle formation à ce sujet. Mais ces prestataires manquent souvent d'une liste de questions pertinentes à poser sur le sujet et d'outils pour accompagner ces personnes. Certaines questions traditionnelles peuvent même être vexantes pour ces clientes. Ainsi, des questions sur « votre compagnon », peuvent embarrasser une LESbiENNE, en rappelant la norme hétérosociale. Cela suscite des barrières d'accès aux soins adéquats et une sous-utilisation des services par les lesBiennes. Pour être inclusives de la diversité des réalités, les interventions doivent être adaptées.

Quelques barrières à l'accès aux services relevées lors des focus groupes :

- Discriminations hétérosexistes : partir du principe que tout le monde est hétérosexuel-l et ne pas mettre des infos qui concernent les personnes hétérosexuelles dans les salles d'attente, considérer que la sexualité des LESbiENNES n'est pas une sexualité complète et à part entière, banaliser ou pathologiser, etc.
- Manque de compétences spécifiques au sujet de la santé des LESbiENNES qui peut accroître les conséquences négatives sur la santé de ce public. La formation des professionnel-le-s sur ces sujets ne devraient pas venir des patientes elles-mêmes, ni lorsque pour la première fois, vous rencontrez une lesbienne (qui vous le dit). De 5 à 10% des femmes se sentent lesbiennes, davantage ont vécu des amours avec d'autres femmes, elles font donc partie des personnes que vous voyez dans vos pratiques.
- Maladies iatrogènes : les maladies provoquées par les soins, avec comme exemple une jeune d'un focus groupe, excisée pour la « soigner » d'aimer une fille...

Il est primordial de rendre les services inclusifs de la diversité des réalités (via un vocabulaire inclusif) et de les visibiliser lors de l'accueil et les accompagnements (via des affiches à destination des lesbiennes par exemple).

Si le-la prestataire ne sait pas répondre à la demande, elle-il peut se former, se faire superviser (exemple, Magenta) ou être capable d'orienter la patiente vers des structures adéquates (service spécifique Magenta ou services généralistes, certains centres de planning commencent à être formés sur les besoins de ces publics).

Sur son site, Magenta mettra prochainement à disposition pour les professionnel-le-s de santé et des services sociaux, un document pour guider les interventions. Il s'agira de pouvoir mieux parler avec vos clientes et de poser les bonnes questions, au sujet de leur orientation sexuelle et de leur identité, dans les établissements de planning familial, de santé, les services psycho-sociaux, d'aide à la jeunesse, d'autres... Magenta offre régulièrement des modules de formation initiale et continuée pour les professionnel-le-s. Info sur le site et via le facebook de Magenta.

www.magenta-asbl.org

<http://www.facebook.com/profile.php?id=100001138172296>