

Département de sociologie
Master 2 : « genre et politiques sociales »
Année universitaire 2010-2011

RAPPORT DE STAGE

LES FEMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES FEMMES FACE AU VIH ET AUX IST

CRIPS Rhône-Alpes

Maitre de stage : Pascal Pourtau



Présenté par Sophie Devillard

Sous la direction de Jean-Yves Le Talec

REMERCIEMENTS,

A Pascal Pourtau pour son accueil, sa gentillesse et ses précieux conseils.

A l'équipe de l'IREPS Rhône-Alpes et en particulier à leur directeur Olivier François.

Aux participantes de mes *focus-groups* et aux répondantes à mon questionnaire sans qui je n'aurais pu réaliser ce travail.

A mon directeur de recherche Jean-Yves Le Talec pour ses encouragements, sa disponibilité et ses conseils avisés.

A mes relectrices et relecteurs et en particulier à Caroline.

A Guillemette pour son aide sur le logiciel SPSS.

A la crème des Queens, pour leur engagement résolument féministe.

SOMMAIRE

1re partie : Introduction.....	6
2e partie : le stage.....	8
1-La structure d'accueil	8
1-1-Historique de L'IREPS et du CRIPS	8
1-2-Objectifs et missions de l'IREPS et du CRIPS.....	9
1-3-Mode de fonctionnement et moyens.....	10
1-3-1 Moyens humains de l'IREPS Rhône-Alpes siège.....	11
1-3-2 Moyens matériels	12
1-4-Modes de financement.....	12
1-5-Place dans le paysage institutionnel français/mise en perspective de la structure d'accueil	13
1-6-Le partenariat	13
2- Déroulement du stage	14
2-1-Dates, horaires et lieu de stage	14
2-2-Immersion	15
2-3-Rappel du contenu de la mission	15
2-4-Contexte de réalisation de la mission de stage	16
2-5-Compétences acquises.....	17
2-6-Calendarrier des activités	17
3e partie : problématique de recherche.....	22
1- Cadrage et contextualisation : VIH, IST et FSF	22
1-1-La catégorie de Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes (FSF)	22
1-2-Conceptualisation du risque VIH	22
1-3-VIH et FSF.....	24
1-4-IST et exposition au risque.....	26
1-5- Les femmes et les plans nationaux d'action contre le sida	27

2- Référentiel théorique, problématique	29
2-1- Cadre théorique	29
2-1-1 D'une perspective épidémiologique à une perspective sociologique constructiviste des risques liés à la sexualité.....	29
2-1-2 Le lesbianisme politique et le féminisme matérialiste comme fond théorique	30
2-2- Problématique et hypothèses.....	31
4e partie : La méthodologie	33
1- Choix méthodologique	33
2- Enquête par questionnaire	33
2-1 Construction du questionnaire et éléments d'analyse	33
2-2 Diffusion du questionnaire	34
2-3 Échantillonnage	34
3- Focus groups	35
3-1 Principe	35
3-2 Échantillonnage	35
3-3 Intérêts	36
3-4 Difficultés.....	36
5e partie : Les résultats.....	37
1-Questionnaire : état des lieux et des pratiques	37
1-1 Statistiques descriptives de la population étudiée	37
1-2-Utilisation de protection dans les rapports sexuels avec les femmes.....	41
1-3- Pratiques sexuelles avec des hommes	50
1-4-Pratiques à risque d'exposition au VIH, IST, moyens de protection utilisés et accès à ces moyens de protection.....	52
1-5-Suivi gynécologique	54
1-6-Dépistage VIH	60
1-7-Dépistage IST	64
1-8-Connaissance des IST.....	69
1-9- Rapport au risque VIH et IST	69

1-10- Conclusion	71
2- La démarche qualitative : retour sur l'expérience et les motifs de la pratique	71
2-1- Bilan des focus-groups	71
2-1-1 Bilan du focus-group numéro un :	71
2-1-2 Bilan du focus group numéro deux :	73
2-2- Rapport au risque IST/VIH des participantes	73
2-2-1- Connaissance des risques d'IST	73
2-2-2- Les pratiques de prévention des participantes	75
2-3- Les freins à la protection	79
2-3-1- Les freins liés aux représentations	79
2-3-2 Les freins institutionnels	82
2-4-Commentaires	84
6 ^{ème} partie : discussion.....	86
1- Les mécanismes sociaux qui prévalent dans la protection des FSF	86
2- Les pouvoirs publics face à la prévention des risques d'IST chez les FSF	87
2-1- Biais hétérosexiste, un déni de reconnaissance par les pouvoirs publics d'une sexualité lesbienne	87
2-2 Système hétérosexiste	89
2-3 Désinvestissement des pouvoirs publics.....	90
7 ^{ème} partie : recommandations et conclusion	92
1- Recommandations	92
2- Conclusion	93
BIBLIOGRAPHIE	94
SYNTHESE	97
ANNEXES.....	98

Ire partie : Introduction

Au départ de ma recherche, il y a un constat : les femmes lesbiennes sont quatre fois plus à risque d'attraper une IST que les femmes hétérosexuelles [Bajos, 2008]. J'ai d'abord pris connaissance de ce fait par l'intermédiaire d'un clip vidéo de Yagg¹, puis je l'ai vérifié grâce à *l'enquête sur la sexualité en France*.

Depuis peu, la question de la prévention chez un public lesbien fait l'objet d'une attention de la part des pouvoirs publics. En effet, le plan national contre le sida 2010-2014 intègre pour la première fois un volet sur le public des Femmes qui ont des rapports Sexuels avec les Femmes (FSF).

Pour autant, les recherches sur le sujet restent rares, comparées à celles existantes sur le public des Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH). Ce qui laisse plusieurs questions en suspens : pourquoi sont-elles plus à risques que les autres femmes, il semble que les FSF ne se protègent pas, pourquoi, comment se fait-il qu'il n'y ait pas de campagnes de prévention à leurs égards ?

Le CRIPS Rhône-Alpes en tant qu'association créatrice de ressource documentaire m'a donné l'occasion de faire un tour d'horizon sur le sujet. Ma mission de stage consistait à faire un état des lieux des connaissances et pratiques relatives au risque d'exposition aux IST et au VIH des FSF.

Dans ce rapport de stage, j'étudierai donc les mécanismes sociaux qui prévalent dans la prévention des FSF grâce à deux outils méthodologiques : les questionnaires et les *focus-groups*.

Dans un premier temps, je vais présenter ma structure d'accueil, le CRIPS, son histoire, ses objectifs et missions, son mode de fonctionnement, son financement. J'exposerai aussi le déroulement du stage, ses modalités pratiques en termes de dates, horaires, calendrier, ainsi que la présentation plus détaillée du contenu de la mission.

Un deuxième temps sera consacré au cadre théorique et à la problématique. Je présenterai les concepts utilisés ainsi que le cadre d'analyse dans lequel je me situe pour enfin énoncer mes hypothèses.

¹ Il s'agit d'un média gay et lesbien.

Dans un troisième temps, je veillerais à vous exposer la méthodologie utilisée. Vous pourrez découvrir en détail les choix qui furent les miens et la mise en place parfois périlleuse des outils méthodologiques.

Le quatrième temps sera consacré à la présentation des résultats de la recherche en exposant dans une première partie ceux obtenus grâce à un traitement statistique des questionnaires et dans une deuxième partie les résultats obtenus à la suite du traitement des *focus-groups*.

Dans un cinquième temps, je mettrai en discussion ces résultats et tenterai de répondre à la problématique.

Enfin dans un sixième temps je conclurai. J'ai cherché au terme de cette recherche et grâce à l'analyse des résultats obtenus à présenter un certain nombre de recommandations à l'attention des différent-e-s actrices-acteurs qui élaborent et appliquent les politiques sociales. Je vous les présenterai dans cette partie.

2e partie : le stage

I-La structure d'accueil

I-1-Historique de L'IREPS et du CRIPS

Ancêtre de l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé), le Collège Régional des Associations Départementales d'Education Sanitaire et Sociale (CRADESS) Rhône-Alpes s'est créé dans les années 1980. Le CRAES (Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé) prendra le relais en 1992, avec l'idée de renforcer la dimension régionale de la structure ainsi que la dynamique inter-associative. Il s'agira aussi de changer de nom.

Sous l'impulsion des services de la DRASS, le CRAES intégrera, en 1996, un CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) et deviendra le CRAES-CRIPS. Avant 1996, les seuls CRIPS existants étaient des unités indépendantes spécialisées sur les questions de sida (Ile-de-France et Provence Alpes Côte d'Azur). L'arrivée du CRIPS Rhône-Alpes au CRAES marquera la volonté de replacer la prévention du sida dans une approche plus globale de promotion de la santé.

Le CRAES/CRIPS sera financé alors par la DRASS, l'URCAM (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) et le Conseil Régional. Centre de ressources régional, le CRAES/CRIPS sera à la disposition de professionnels impliqués dans le champ de la prévention en santé publique. Il proposera à ses partenaires un fonds documentaire et du matériel de prévention. L'association animera, à la demande, des formations sur la méthodologie de projet en éducation pour la santé et organisera des rencontres et des échanges entre partenaires autour de projets communs.

En janvier 2000, le CRAES/CRIPS, le Centre Jean Bergeret (un centre ressource de prévention des conduites à risques) et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) se regrouperont pour former l'Espace régional de santé publique (ERSP).

À partir de 2005, le CRAES-CRIPS et les associations départementales d'éducation pour la santé (ADES et CODES) de la région Rhône-Alpes se structureront progressivement en réseau régional qui deviendra, en octobre 2007, la Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour

la santé (FRAES). Cette fédération marquera ainsi leur volonté de se renforcer collectivement à travers une nouvelle organisation.

La FRAES aura pour mission de contribuer au renforcement de l'éducation pour la santé en région Rhône-Alpes en développant un pôle ressource régional et interdépartemental mobilisant des compétences en documentation, en conseil méthodologique, en gestion de projet.

Sous l'impulsion de la FNES (Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé) qui œuvre à une restructuration du mouvement au niveau national, la FRAES a pris, en mai 2010, le nom d'IREPS, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé.

Ce sera une étape intermédiaire vers le renforcement de la structuration régionale en une seule entité, par une fusion des associations d'éducation pour la santé de la région Rhône-Alpes à l'horizon 2012.

I-2-Objectifs et missions de l'IREPS et du CRIPS

Le CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention Sida) est géré par l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes).

L'IREPS a pour mission générale le développement de l'éducation pour la santé en région Rhône-Alpes à travers le renforcement des compétences des professionnel-le-s, en s'appuyant sur le réseau d'associations départementales et sur les compétences au siège (situé à Lyon). L'association a pour but notamment de proposer une offre de service en tant que pôle de ressources régional en éducation pour la santé : documentation, gestion de l'information, appui méthodologique et formation. Les missions de l'IREPS s'adressent à des professionnel-le-s investis dans des actions d'éducation et de promotion de la santé. L'IREPS s'appuie sur les valeurs qui fondent l'éducation pour la santé : prendre en compte la globalité des personnes sans normaliser les comportements, intégrer la multiplicité des déterminants de la santé, accompagner les individus vers l'autonomie, renforcer les compétences existantes, lutter contre les inégalités... L'ensemble de ces principes repose sur la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986, texte fondateur.

Le CRIPS Rhône-Alpes est un pôle ressource régional spécialisé sur le VIH/sida (Virus de l'Immunodéficience Humaine), les hépatites et les IST (Infections Sexuellement Transmissibles). Il propose des outils au service des acteurs-trices investi-e-s dans des projets de prévention VIH, IST, hépatites et dans des actions d'éducation à la sexualité.

Ses missions s'organisent autour de quatre pôles :

- la mise à disposition de ressources documentaires adaptées aux acteurs-trices de la région investi-e-s dans le champ du VIH/sida, des IST, des hépatites et de l'éducation à la sexualité
- le développement de l'information sur les ressources régionales existantes : acteurs-trices et structures, actions.
- la formation, l'accompagnement méthodologique et l'aide personnalisée aux acteurs-trices, notamment dans les départements où les ressources sur le VIH se raréfient.
- la mise en place de groupes de travail thématiques : partage d'informations, échanges sur les pratiques, production documentaire...

I-3-Mode de fonctionnement et moyens

L'IREPS est une association et fonctionne donc avec un conseil d'administration (CA) et un bureau. Le conseil d'administration autrement appelé conseil fédéral se réunit normalement une fois par trimestre. Exceptionnellement le conseil se réunit à une plus grande fréquence. Le conseil fédéral est composé d'une part de 10 membres ayant une voix délibérative (les présidents des huit associations départementales membres de l'IREPS ainsi que deux membres actifs cooptés). D'autre part, il est composé de membres ayant une voix consultative : les directeurs des associations fédérées (se sont les associations départementales membres de l'IREPS), le directeur de l'IREPS-Rhône-Alpes, le coordinateur du CRIPS, deux représentants des salariés (un représentant du siège et un représentant des associations fédérées) et des représentants d'organismes et institutions partenaires importants, membres associés (le président du Comité économique et social Rhône-Alpes ou son représentant, le président de l'Union Rhône-Alpes de la mutualité ou son représentant, le président de l'Union régionale des associations familiales ou son représentant, le président de l'Union régionale de la médecine libérale ou son représentant, le président du collectif inter associatif sur la santé en Rhône-Alpes (CISSRA) ou son représentant, le président de l'Union Régionale des Missions locales de Rhône Alpes). Hormis les directeurs, les membres du conseil fédéral sont élus ou désignés pour une période de trois ans, renouvelable.

Le conseil fédéral élit à bulletins secrets, ou à main levée si personne ne s'y oppose, parmi ses membres délibératifs, un bureau composé d'un-e président-e, d'un-e vice-président-e, d'un-e secrétaire général-e, d'un-e trésorier-ère. Tous-toutes sont élu-e-s pour trois ans.

Le bureau se réunit, sur décision du président ou du tiers de ses membres autant que de besoin pour le bon fonctionnement de l'IREPS-RA, et au minimum une fois tous les deux mois. Il met en œuvre les décisions prises par le conseil fédéral.

L'équipe salariée se réunit tous les mois à l'occasion d'une réunion d'équipe. En dehors du siège situé à Lyon, l'IREPS compte huit associations départementales et 70 salarié-e-s.

I-3-1 Moyens humains de l'IREPS Rhône-Alpes siège

-L'équipe :

Olivier FRANCOIS	Directeur
Louisa BEYRAGUED	Chargée de projets
Gwenaëlle BLANC	Chargée de projets
Anne DEMOTZ	Chargée de communication
Aurélie GIESBERT	Documentaliste
Christophe HERBSTER	Documentaliste / Responsable systèmes d'information
Isabelle JACOB	Chargée de projets
Brigitte MILLOT	Assistante administrative et comptable
Mathilde MORADELL	Chargée de projets
Lucie PELOSSE	Chargée de projets
Pascal POURTAU	Coordinateur CRIPS
Vincent THOMAS	Informaticien
Nora YAHIAOUI	Secrétaire

-Les membres du bureau :

Président : Pr Jacques FABRY, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique - Université Lyon I

Vice-président : Dr Pierre DELL'ACCIO, Président de l'ADESSI (Association d'Éducation Sanitaire et Sociale de l'Isère)

Trésorier : Dr Jérôme FREDOUILLE, Président de l'ADES (Association Départementale d'Éducation pour la Santé) du Rhône

I-3-2 Moyens matériels

L'IREPS et le CRIPS disposent :

-d'un local avec des bureaux

-d'une grande salle de réunion partagée, au sein de l'ERSP, avec l'ORS (l'Observatoire Régional de Santé) et le centre Jean Bergeret.

-d'un centre de documentation commun au CRIPS et à l'IREPS

-de matériel de prévention et de brochures d'information.

I-4-Modes de financement

En 2009², le budget total de l'IREPS s'élevait à 842 417 euros. Répartit entres plusieurs institutions :

-42% par l'INPES

-36% par le GRSP, l'actuel ARS (Agence Régionale de Santé)

-7% par le GIE ERSP (l'Espace Rhône-Alpes de Santé Publique)

-5% par le Conseil Régional Rhône-Alpes

-3% par le SGAR (le Secrétariat Général pour les Affaires Régionales)

-2% par la DRDJS (Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports)

-2% par l'ORS (Observatoire Régionale de Santé)

-3% autres

Le CRIPS est quant à lui financé à 100% par l'ARS grâce à une convention spécifique.

²Le rapport d'activité 2010 n'étant pas finalisé, je n'ai eu accès qu'aux données de 2009.

I-5-Place dans le paysage institutionnel français/mise en perspective de la structure d'accueil

L'IREPS Rhône-Alpes est membre d'un réseau national composé de 26 IREPS. Les CRIPS, eux, sont présents dans huit régions de France : Aquitaine, Auvergne, Ile-de-France, Nord - Pas de Calais, Pays de la Loire, Provence-Alpes Côte d'Azur (PACA), Rhône-Alpes, et Guyane. Les CRIPS n'ont pas la même configuration ni la même envergure selon les régions. Les CRIPS Ile-de-France et Paca sont indépendants, ils ont chacun leur propre conseil d'administration. Le CRIPS Ile-de-France compte une cinquantaine de salarié-e-s. Les CRIPS Aquitaine et Pays de la Loire n'ont pas de financement spécifique, il s'agit seulement d'un label. Et enfin, les autres CRIPS comme celui du Rhône-Alpes sont rattachés à une structure mère. À Lyon, il s'agit d'une mission de l'IREPS.

Contrairement à d'autres associations de prévention, les CRIPS n'ont pas forcément de contact direct avec le terrain, mais sont en relation avec les professionnel-le-s, les actrices de prévention. Les CRIPS ont un rôle d'interface entre les institutions et les associations lors de missions bien spécifiques. Par exemple, l'Agence Régionale de Santé (ARS) attend du CRIPS Rhône-Alpes un rôle de médiation entre les associations et les pouvoirs publics afin de déployer le plan national de lutte contre le sida dans la région. Ce rôle d'interface est ce qui fait l'originalité de la démarche du CRIPS mais ce rôle est aussi le plus difficile à remplir.

Par ailleurs, le CRIPS de par son envergure a un rayonnement régional.

I-6-Le partenariat

Le partenariat de l'IREPS se joue à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, ses liens de partenariat résultent de sa structuration en réseau. Les IREPS dépendent au niveau national de la FNES (Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé). Au niveau régional, l'IREPS Rhône-Alpes, le Centre Jean Bergeret et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) se sont regroupés pour former l'Espace régional de santé publique (ERSP) et enfin l'IREPS met en réseau des associations départementales d'éducation pour la santé. Ensuite, l'IREPS Rhône-Alpes développe ses partenariats en fonction de ses projets. Ainsi, l'IREPS compte pour partenaire :

-AIDES Alcool et ARAVIS pour la santé en entreprise

-le CRDSU et la MRIE pour la santé des populations dans les territoires

-le GRAINE pour la santé et l'environnement

-la SFSP, avec l'animation de la journée régionale « quelle place pour la prévention dans les ARS ? »

-l'URML, sur des projets en lien avec les professionnels de santé libéraux

Le CRIPS a, quant à lui, deux types de partenariat, durables ou plus ponctuels.

Partenariat durable : il s'agit surtout d'institutions : l'ARS, le conseil régional (Santé des jeunes, contraception, éducation à la sexualité) ; mais aussi des associations ou regroupements d'associations : l'ODPS (Office Départemental de la Prévention du Sida) de Grenoble, le réseau national des CRIPS et les associations départementales membres de l'IREPS (CODES, ADES) et enfin avec les COREVIH (COordination REgionale de lutte contre le VIH) de Lyon- vallée du Rhône et de l'Arc alpin, les CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)

Partenariat ponctuel : il s'agit surtout d'associations de prévention telles que Keep smiling AIDES (Lyon-Grenoble), le SNEG, FRISSE, REVIH STS, SAVIHEP (Chambéry). Le partenariat se fait pour la mise en place de formations ou la production de documents, par exemple, la brochure « L'hépatite B et les gays ».

2- Déroulement du stage

2-1-Dates, horaires et lieu de stage

Les quatorze semaines de stage ont eu lieu du lundi 28 février au vendredi 3 juin 2011. Le stage s'est déroulé au siège social de l'association IREPS, à Lyon, là où se trouvent les bureaux du CRIPS. Les jours de présence au siège social ont été du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h.

2-2-Immersion

Le premier jour, j'ai été introduite à toute l'équipe salariée de l'IREPS grâce à la réunion d'équipe, puis j'ai été présentée à plusieurs partenaires du CRIPS, le soir même, grâce à ma participation à une réunion de la commission santé LGBT de la Lesbian and Gay pride.

Étant seule à mon bureau sauf lorsque mon maître de stage était présent, la communication avec les autres membres de l'équipe n'était pas aisée, j'ai donc entrepris avec l'intermédiaire de Pascal Pourtau (coordinateur du CRIPS) la rencontre individuelle de certain-e-s salarié-e-s. Il s'agissait de chargées de mission, qui avaient de l'expérience dans la passation de focus-groups ou l'utilisation du logiciel « maison » pour construire des questionnaires qui seront mis en ligne. Ces rencontres m'ont permis de m'intégrer un peu plus dans la structure.

2-3-Rappel du contenu de la mission

Description des activités prévues

L'objet de ma mission au CRIPS a été la réalisation d'une enquête sociologique qui interroge le rapport au risque VIH et IST des femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Il s'agissait de mener une étude sur les connaissances et pratiques de prévention, ainsi que sur la perception du risque face aux IST des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Pour ce faire, je devais dresser un état des lieux des connaissances sur le VIH et les IST, des pratiques préventives, et enfin des représentations concernant le risque IST/VIH de ma population cible. La micro-étude visait un public lesbien ou de femmes bisexuelles fréquentant des bars ou des associations communautaires de la région lyonnaise.

Cette micro-enquête devait aboutir à des recommandations, sur la spécificité des approches de prévention en direction d'un public lesbien, vers les acteurs-trices de prévention impliqué-e-s dans le champ de la lutte contre le VIH et les IST. Le but était de leur fournir de nouvelles informations sur le sujet, susceptibles de les intéresser.

Description des activités réalisées

La mission de stage décrite précédemment a été accomplie. J'ai mené une étude sur les rapports aux risques VIH et IST des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes

aboutissant à des recommandations. Néanmoins, mon terrain d'étude et ma population cible se sont élargis grâce à la technologie à laquelle j'ai eu accès, qui me permettait de diffuser des questionnaires par le biais d'internet. Je ne me suis donc pas cantonnée à une étude sur la région Rhône-Alpes, mais j'ai diffusé mon questionnaire à travers la France grâce à l'utilisation de forums et de listes de diffusion. J'ai également organisé deux focus-groups à l'IREPS qui ont réuni 8 personnes en tout.

J'ai également participé à toutes les réunions d'équipe une fois par mois, dont j'ai rédigé les comptes rendus. La participation à ces réunions d'équipe a été pour moi l'occasion d'avoir accès au contexte dans lequel se trouve l'association, et de comprendre quels étaient ses champs d'intervention. Cela m'a permis d'avoir une vision à la fois d'ensemble et précise de l'association.

2-4-Contexte de réalisation de la mission de stage

Depuis sa création en 1996, le CRIPS s'attache à créer une offre documentaire autour des problématiques d'IST/hépatites/VIH et de l'éducation à la sexualité à destination des actrices-s de terrain investi-e-s dans le champ de la prévention. Le CRIPS, en tant que lieu ressource, se doit d'être vecteur d'information, de produire de la connaissance sur de nouveaux sujets afin d'orienter les acteur-trice-s de prévention, toujours au plus près de leur terrain.

Le rapport au risque VIH/IST des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes constitue une de ces nouvelles problématiques. Soulevée d'abord en 2008 par « l'enquête sur la sexualité en France »³ ; nous y apprenons que les femmes lesbiennes sont 12% à rapporter avoir eu une IST dans les cinq dernières années (versus 3% pour les femmes hétérosexuelles). Face à ce constat, l'État a pris en charge cette réalité et a fait paraître des recommandations à travers le nouveau plan national contre le sida 2010-2014. Nous pourrions y voir cinq axes de perspective d'action concernant les FSF. Améliorer les connaissances et les capacités des FSF et des HSH en matière de prévention du VIH et des IST ; renforcer la mise à disposition

³ BAJOS N., BELTZER N., « Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives », in Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

d'outils d'information et de prévention auprès des populations des femmes et des hommes homo-bisexual(le)s qui fréquentent des lieux ou sites de rencontres sexuelles sont quelques exemples de ces recommandations

Dans ce contexte, il semblait intéressant pour le CRIPS de mener une enquête sur les connaissances et pratiques de prévention chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes.

2-5-Compétences acquises

Ce stage m'a permis de développer mon autonomie dans le travail de recherche. Il m'a donné l'occasion d'approfondir mes connaissances et ma pratique des outils de recherche tant qualitatifs, que quantitatifs à travers l'utilisation des focus-groups et des questionnaires. Et il m'a aussi permis d'apprendre à mener une recherche, tout en respectant des délais et les contraintes tenant au cadre dans laquelle elle s'insère. Grâce à ce stage, je me sens plus à même de mener une recherche en milieu professionnel.

2-6-Calendarier des activités

Ci-dessous

Phases de la mission de stage

Phases de l'étude	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011	Juin – Juillet 2011
Recueil et analyse documentaire				
Préparation du dispositif méthodologique				
Diffusion du questionnaire				
Passation des focus-groupes				

Analyse des données recueillies par le questionnaire et les focus-groups				
Rédaction du rapport				

Calendrier détaillé

Ci-dessous

	Fév 11	Mars 2011																										
Type d'activité	28	1	2	3	4	WD	7	8	9	10	11	WD	14	15	16	17	18	WD	21	22	23	24	25	WD	28	29	30	31
Réunion d'équipe																												
Réunion commission santé LGBT																												
Recensement documentaire																												
Rech. doc. IST/VIH chez les FSF																												
Rech. doc. Perception des risques																												
Rech. doc. Invisibilisation des lesbiennes																												
Rech. doc. méthodologie																												
Rapport de stage																												
Construction																												

	Mai 2011																								Juin 2011					
Type d'activité	WD	2	3	4	5	6	WD	9	10	11	12	13	WD	16	17	18	19	20	WD	23	24	25	26	27	WD	30	31	1	2	3
Réunion d'équipe																														
Passation des focus-groups																														
Retranscription des focus-groups																														
Analyse des focus-groups																														
Arrêt de la diffusion du questionnaire																														
Analyse des questionnaires																														
Rapport de stage																														

3e partie : problématique de recherche

I- Cadrage et contextualisation : VIH, IST et FSF

I-1-La catégorie de Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes (FSF)

Arrêtons-nous d'abord sur la terminologie. Il nous faut distinguer dans notre étude : lesbiennes, homosexuelles, femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et bisexuelles. En effet tandis que certaines femmes homosexuelles qui ont aussi des relations avec des hommes peuvent s'identifier comme lesbiennes ou homosexuelles, certaines femmes qui ont des relations sexuelles exclusivement avec des femmes ne se définissent pas pour autant comme lesbiennes [Bajos et al. 2008, p.250]. L'orientation sexuelle est un construit multiforme et évolutif. Afin de regrouper l'ensemble des femmes qui ont déjà eu au moins une pratique homosexuelle, j'utilise la catégorie de « femmes qui ont des relations avec des femmes » (FSF) qui vient de l'épidémiologie. [Lhomond, 1992] Ainsi, je vais pouvoir regrouper dans une catégorie de pratique, les femmes lesbiennes, bisexuelles et celles qui se disent hétérosexuelles même si elles ont déjà eu des rapports sexuels avec d'autres femmes. Cette appellation a été utilisée dans le rapport intitulé : « mission réduction des risques » [Lert] de 2010 et dans le plan national contre le sida 2010-2014.

Cependant, je vais aussi laisser aux personnes interrogées l'appréciation personnelle et subjective de leur appartenance à une catégorie.

I-2-Conceptualisation du risque VIH

La question du sida est conceptualisée en termes de risques sexuels. Dans un premier temps, les épidémiologistes ont cherché à comprendre dans le style de vie des « groupes à risque » les causes de l'épidémie. Puis le paradigme changea en une recherche de «comportements à risque». Cette catégorie épidémiologique s'est focalisée sur une logique de facteurs de risques (transmission homosexuelle masculine, hétérosexuelle, transmission sanguine, usage de drogue par voie intraveineuse, etc), ce qui a conduit à exclure les femmes ne présentant pas les facteurs de risque identifiés, comme les femmes homosexuelles, par exemple [Actes du colloque femmes et VIH, 2008 : 13]. Aujourd'hui, le discours des épidémiologistes

s'axe davantage sur la prise en compte des facteurs sociaux pouvant déterminer l'exposition à une transmission. Cette analyse met en avant la notion de « vulnérabilité » qui prend en compte le contexte social, économique et politique qui augmente, maintient ou réduit la capacité personnelle et individuelle à adopter un comportement préventif. [Delaunay 1999, Epstein 2001]

Réflexion par rapport au « groupe à risque » ou « pratiques à risque »

La notion de « groupe à risque » suppose que la prise de risque incombe à un groupe, il s'agirait de la propriété d'un groupe, or cela tend à le stigmatiser. C'est pourquoi à cette notion de « groupe à risque » je préférerais celle de « situation à risque ». Cette dernière appellation appréhende les pratiques à risque, et l'exercice de la sexualité dans son contexte. D'autre part, elle permet d'articuler la prise de risque aux rapports sociaux de genre.

Pour l'étude, j'utilise la catégorie de Femme ayant des rapports Sexuels avec les Femmes (FSF) qui construit artificiellement une communauté de pratique, même si la réalité sociale des lesbiennes, des bisexuelles et des femmes qui ne s'identifient pas, reste très différente. [Souteyrand Y., et al. 1991] Il ne s'agit pas pour moi d'identifier les FSF comme groupe à risque, mais d'étudier par la délimitation d'un sous-groupe dont les pratiques sont peu connues, une diversité de situations ou de logiques sociales qui amène à une exposition aux risques.

Hors de toute lecture naturaliste, l'homosexualité féminine face aux IST ne définit ni un état, ni un environnement qui produit nécessairement du risque. Elle est un objet social qui se construit en fonction des parcours et des situations, en fonction des contextes et des réseaux sociaux, et à l'intérieur desquels l'individu façonne ses comportements, fait ses choix et gère ses risques.

Construction sociale de la sexualité

Selon Rommel Mendès-Leité, les comportements et pratiques sexuels sont organisés selon certaines représentations sociales qu'il nomme : « l'imaginaire social des sexualités » qui s'inscrit dans ce qu'il appelle « la culture des sexualités ».

« L'insertion des acteurs sociaux à l'intérieur d'une sous-culture des sexualités spécifique ira influencer leurs représentations, leurs comportements et leurs pratiques sexuelles. » [Mendès-Leité R., 1991: 152]

Même s'il y a inscription dans un groupe relativement homogène de pratiques et de représentations, il n'en reste pas moins qu'il peut y avoir transgression. De ce fait, la construction des sexualités relève d'une dimension non seulement individuelle, mais aussi d'un contexte social. Il s'agit alors pour nous de se méfier de catégorisation englobante comme celle d'homosexualité, car elle peut nous cacher la réelle diversité des pratiques et des conceptions.

Pour autant, nous ne pouvons pas nier l'existence de la communauté des FSF, cette communauté existant entre autres par le processus qui les exclut. L'exclusion des FSF des discours de prévention est une des dimensions qui caractérise cette communauté de pratiques. Et c'est bien ce contexte d'invisibilisation des risques liés aux sexualités lesbiennes qui est au centre des enjeux préventifs.

I-3-VIH et FSF

VIH/Sida : la situation épidémiologique

Selon les données de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) du 1^{er} décembre 2010, en 2009, 6700 personnes ont découvert leur séropositivité en France. Ce nombre serait en légère augmentation depuis 2008, où 6400 nouvelles infections ont été détectées. Cette augmentation se situerait au niveau des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (2500 en 2009).

En 2009, environ 4000 séropositivités VIH ont été découvertes chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels (1600 femmes et 1100 hommes nés à l'étranger, 750 hommes et 500 femmes nés en France) et 85 chez des personnes usagères de drogues injectables. Il n'y a pas de données sur les femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes.

Si l'on reprend l'analyse de Nathalie Bajos [Actes du colloque femmes et VIH, 2008] la cause de cette absence est à chercher dans les typologies utilisées par les épidémiologistes. Ceux-ci ont tendance à classer la majorité des femmes séropositives dans la catégorie des femmes dites hétérosexuelles sans plus de précision. Or cette catégorie occulte la recherche sur des groupes particuliers de femmes. Comme je l'ai déjà dit plus haut, ces typologies sont basées sur une

logique de facteurs de risques selon le type de transmission, cela exclut la possibilité de caractériser les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes et qui ont été exposées lors de rapports hétérosexuels. Pourtant, les FSF sont potentiellement concernées par le VIH du fait qu'elles soient nombreuses à avoir des relations avec des hommes et du fait de leur prévalence aux IST.

Le risque de transmission VIH des FSF selon les discours épidémiologiques et sociologiques

En dépit de l'immense champ de littérature qui s'est constituée autour de la thématique du sida, il reste relativement peu aisé de trouver des informations sur les lesbiennes et l'épidémie.

En France, il n'existe pas d'estimation sur la prévalence du VIH chez les FSF. Des recherches menées aux Etats-Unis attestent de la très grande rareté de la transmission du VIH lors des rapports sexuels entre femmes. Seuls un ou deux cas seraient recensés. [Collet, 2008]

Se basant sur la surveillance épidémiologique aux Etats-Unis entre 1980 et 1989, France Lert rapporte que sur les 79 lesbiennes et les 103 bisexuelles atteintes du sida, 95% des cas ont été attribués à l'usage de drogue par voie intraveineuse ou à des relations sexuelles avec un homme séropositif ou présentant un facteur de risque. [Lert, 1992]

Plus récemment, en 2003, Helena Kwakwa et Michel Gobrial ont décrit un cas de transmission du VIH lors de relations sexuelles entre deux femmes, « impliquant l'usage suffisamment traumatique d'objets sexuels pour qu'il y ait eu échange de fluides corporels comportant du sang, ayant été exclue toute autre possible prise de risque. » [Genon et al., 2009]

Mais selon Brigitte Lhomond il ne faut pas confondre transmission sexuelle entre femmes et contamination des FSF par le virus. Alors que la transmission du VIH lors de relations sexuelles entre femmes reste rare, l'exposition au VIH des FSF n'est pas nulle et peut être expliquée par des pratiques qui les exposent au risque (relations sexuelles non protégées avec des hommes, usage de drogue par voie intraveineuse,...). [Lhomond, 1996, 2002] De plus selon le rapport mission Réduction des risques de 2010, les discriminations liées au genre et/ou à l'orientation sexuelle auraient un impact négatif sur l'image de soi, ce qui augmenterait les prises de risques en cas de relations sexuelles avec des hommes.

« Ce sont les modes de vie de ces femmes, leurs pratiques dans l'usage de drogues, dans leurs rapports hétérosexuels, plus divers moins bien souvent protégés, qui augmentent le risque, et

non leurs relations homosexuelles, qui pourtant les définissent comme catégorie d'analyse. » [Lhomond, 2002]

Le fait de revendiquer une identité sexuelle lesbienne ne présage pas de comportements prédéfinis, pour preuve les lesbiennes et les FSF peuvent avoir des rapports à risques avec des hommes. [CDC 2006]

I-4-IST et exposition au risque

L'absence de preuve du lien entre VIH et pratiques sexuelles lesbiennes a entraîné selon Clotilde Genon, Cécile Chartrain et Coraline Delebarre⁴ une tendance des lesbiennes et professionnel-le-s de santé à minimiser le risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles chez les femmes homosexuelles.

Pourtant, elles sont 12% (*versus* 3% des femmes hétérosexuelles) à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années » [Bajos N. et al. 2008 pp. 243-271]. Tandis que l'enquête ENVEFF rapporte qu'au cours de la vie, la fréquence d'infections sexuellement transmissibles est significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels, 25 %, que pour les femmes exclusivement hétérosexuelles, 9 %. [Lhomond B. 2003]

Le fait que les FSF aient un risque accru d'IST par rapport aux femmes hétérosexuelles est à mettre en relation avec des caractéristiques de leur vie sexuelle mises à jour dans les enquêtes ENVEFF [Lhomond B. 2003] et sur la sexualité en France (Contexte de la sexualité en France, CSF) [Bajos N. et al. 2008]. Ainsi, il semblerait que l'âge du premier rapport pour les FSF soit plus précoce, que leurs pratiques sexuelles soient plus diversifiées et qu'elles aient plus de partenaires sexuel-le-s que les autres.

Risque de transmission entre FSF

Plusieurs études anglo-saxonnes ont été faites pour mesurer le niveau de protection des FSF selon leurs pratiques sexuelles [Women's institute, 2009].

⁴Genon C., Chartrain C. et Delebarre C., « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions », *Genre, sexualité & société* n°1, 2009. <http://gss.revues.org/index951.html>

Selon une étude de la Lesbian Aids Project qui date de 1992-1993, 80% des informatrices disaient ne pas utiliser de protection dans leurs rapports bouche-sexe. Toujours dans la même étude, plus de 25% d'entre elles disaient ne pas être suffisamment informées sur les méthodes de protection ou les pratiques de *safe-sex* (sexe sans risque). L'étude de Kaiser⁵ rapporte que 84% des FSF de leur étude disent croire qu'elles sont sans risque pour le VIH et les IST. Ces chiffres traduisent un manque d'information concernant les risques et les modes de transmission des IST.

Les IST en question

Les FSF seraient sujettes de manière variable et selon les pratiques au papillomavirus humain (HPV), à l'herpès (HSV), aux *treponema pallidum*, au *trichomonas vaginalis*, à la syphilis, aux hépatites A (VHA) et C (VHC), aux vaginoses bactériennes et aux chlamydias.

Pour *the National AIDS Manual* (NAM), trois pratiques sexuelles seraient à risque VIH/IST pour les FSF : le sexe oral (cunnilingus, anulingus), le fait de partager des objets sexuels et le fisting (pénétration digitale). [Women's institute, 2009].

I-5- Les femmes et les plans nationaux d'action contre le sida

Le plan national de lutte contre le sida 2010-2014 est le cinquième en date. Il constitue : « le principal outil de programmation dans la lutte que mènent les pouvoirs publics et leurs partenaires -professionnels de santé, acteurs économiques et milieu associatif- contre ces infections » [Plan national de lutte contre le sida 2010-2014 : 7]. Il s'appuie d'une part sur la recommandation d'experts et notamment sur le rapport intitulé : « mission RDR, prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » et d'autre part sur une démarche participative par l'intermédiaire de comité de pilotages constitués par la Direction Générale de la Santé. Le plan sera mis en œuvre par les Agences Régionales de Santé, par le biais des coordinations régionales de lutte contre l'infection à VIH (COREVIH).

Comparé au plan 2005-2008, ce dernier plan intègre les rapports sociaux de genre dans son approche. En effet, les rapports sociaux de genre sont considérés comme fortement déterminants à l'égard des comportements préventifs, du dépistage et de la prise en charge des

⁵ Kaiser Network, « Lesbian and bisexual women may practice unsafe sex, 84% unaware of risks ». Kaiser Daily HIV/AIDS report: Science & medicine. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2008.
http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/print_report.cfm?DR_ID=2538&dr_cat=1

IST. Ces données sont issues des rapports Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices -KABP (2004) et contexte de la sexualité en France (2006). Par exemple, alors que le matériel de prévention est normalement accessible à tous et à toutes, les femmes (hétérosexuelles) sont plus en difficulté de négocier un préservatif lors de rapports sexuels que les hommes, notamment celles qui ont un faible niveau d'éducation.

C'est notamment pourquoi, les femmes sont devenues l'un des publics cible, du plan de lutte contre le sida 2010-2014.

De plus, en s'inspirant du rapport mission RDR, le nouveau plan a intégré un axe d'action concernant les FSF.

2- Référentiel théorique, problématique

2-1- Cadre théorique

La perspective d'analyse dans laquelle je me situe réintroduit les stratégies individuelles à l'intérieur des cadres structurels et institutionnels qui les limitent.

Autrement dit, la perception et la gestion du risque se construisent grâce à plusieurs facteurs socioculturels qui se combinent et donnent sens aux pratiques. La rationalité qui est en jeu n'est plus seulement celle des structures, ni totalement celle des acteurs, mais celle de la *situation* au sein de laquelle prend place le comportement.

Je me situe dans une approche compréhensive tirée de l'anthropologie sociale. À la suite de Rommel Mendès-Leité, ce qui m'intéresse est d'essayer de comprendre comment les conceptions du monde social des acteurs-trices influent sur et sont influencées par leur comportement et leurs interactions au sein d'une réalité socioculturelle et historique particulière [Mendès-Leité 2000 :26].

2-1-1 D'une perspective épidémiologique à une perspective sociologique constructiviste des risques liés à la sexualité.

J'adhère à une conception des sexualités comme une construction sociale formée à partir de composantes biologiques, mais non comme des données naturelles. De ce fait, je me propose d'étudier les modèles de comportements sexuels dans le contexte historique et culturel dont ils sont issus.

La perspective épidémiologique en matière de sexualité donne une vision probabiliste de la réalité. Les pratiques définies comme à risques sont documentées de manière statistique selon leur fréquence d'apparition afin de dégager des groupes cibles (les groupes qui ont plus de chances de prendre des risques du fait de leur-s pratique-s que les autres), de développer des campagnes de prévention et ainsi de réduire la fréquence d'apparition de ce type de comportement. Or, malgré de bonnes connaissances théoriques des risques sanitaires, une partie de la population ne se protège pas systématiquement dans des situations considérées comme risquées d'un point de vue préventif. Par exemple, après une période de forte proportion de protection dans la communauté homosexuelle masculine, celle-ci s'est vue en

recul notamment avec l'arrivée du phénomène du *relapse* (hausse de la sexualité sans protection).

Cela m'amène à souligner que les connaissances théoriques des risques ne sont pas les uniques déterminants de l'action des acteur-trice-s.

À une perspective épidémiologique, je vais préférer une approche de sociologie constructiviste des risques liés à la sexualité. En effet, selon cette approche je vais appréhender les risques et la prise de risque comme des phénomènes construits socialement. Je pense que ce qui est défini comme « risque » d'un point de vu sanitaire⁶ sera perçu différemment selon les personnes, les sociétés et les époques. C'est pourquoi je vais m'intéresser aux perceptions sociales et individuelles à partir desquelles les normes d'action vont se construire ainsi qu'aux significations et valeurs qui y sont associées au niveau individuel et collectif.

2-1-2 Le lesbianisme politique et le féminisme matérialiste comme fond théorique

Cette recherche s'appuie sur les analyses du féminisme matérialiste et du lesbianisme politique.

Le féminisme matérialiste se réclame des thèses de Simone de Beauvoir, selon lesquelles « on ne naît pas femme, on le devient ». Ce féminisme postule que les catégories de sexe et de genre sont des constructions sociales qui soutiennent la domination des hommes sur les femmes. Il importe d'étudier le genre et de définir en quoi les représentations des sexes et les rôles dévolus aux femmes soutiennent une hiérarchie que la société institue et reproduit. Ainsi, c'est le système hiérarchique qui précède, construit la différence des sexes et prescrit les comportements sociaux.

Le lesbianisme politique postule que les différences ne sont déterminantes qu'à l'intérieur des rapports de pouvoir. Par son appréhension du statut social, plutôt que naturel, de l'hétérosexualité, ce courant situe la domination de la classe des femmes par la classe des hommes dans un régime hétérosocial. Ce régime est considéré comme un système politique

⁶Ou « risque étique » selon Sophie Le Garrec [2006]. Dans ses écrits, deux conceptions du risque s'affrontent, les risques étiques et les risques émiques. Les risques étiques sont des risques objectivés, appréhendés et acceptés par tous et toutes car définis par nos sociétés à travers les discours scientifiques des experts. Les risques émiques quant à eux sont subjectivés, il s'agit de la réappropriation individuelle des risques étiques. Par exemple, tandis qu'un risque est étiqueté comme tel dans un discours, il peut perdre son caractère de risque dans l'action.

qui est la base de cette oppression et de l'hétérosexisme⁷. Les lesbiennes sont stigmatisées, car elles remettent en question cet ordre.

Ainsi, les lesbiennes ne sont plus simplement des personnes dotées d'une orientation sexuelle minoritaire, elles deviennent des sujets politiques. Elles s'extraient de leur classe de sexe et travaillent à abolir le système politique hétérosexiste qui a instauré cette division sociale. D'où la célèbre phrase de Monique Wittig [2007], « les lesbiennes ne sont pas des femmes ».

2-2- Problématique et hypothèses

En m'inscrivant dans le cadre théorique présenté précédemment, deux questions vont soutenir ma recherche:

-Quelles sont les perceptions sociales des prises de risques des Femmes ayant des relations Sexuelles avec des Femmes en matière de sexualité dans un contexte hétérosexiste ? Je vais m'attarder sur les mécanismes sociaux qui prévalent dans la prévention des FSF.

-Quelle place donnent les pouvoirs publics à la prévention des risques d'Infections Sexuellement Transmissibles chez les FSF ?

À partir de ces questionnements, j'ai élaboré une série d'hypothèses :

-Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes ne protègent pas ou peu leurs rapports sexuels, comparés à leurs éventuelles relations sexuelles avec des hommes, car dans l'imaginaire collectif, le sida et par extension les infections sexuellement transmissibles ne s'attrapent que lors de rapports de pénétration avec un pénis. Et inversement, elles considèrent les femmes et le sexe lesbien comme à l'abri du risque.

- Comme Rommel Mendès-Leité, je pense que toute personne élabore une perception subjective des risques ce qui l'amène à élaborer des protections imaginaires, ainsi la revendication identitaire de lesbienne peut apparaître comme une barrière symbolique face aux IST/VIH.

-Les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes ne se protègent pas, car les brochures de prévention ne leur sont pas destinées, ces dernières se focalisent sur le sexe

⁷L'hétérosexisme est un concept qui sera défini plus tard dans mon développement.

masculin et le sperme dans le cadre d'une société hétérosexiste. L'invisibilité des lesbiennes dans le discours des pouvoirs publics est liée aux rapports sociaux de genre et au déni de sexualité des lesbiennes par la société.

4e partie : La méthodologie

I- Choix méthodologique

J'ai voulu pour cette étude combiner deux méthodes de recherche : la méthode quantitative par questionnaire et la méthode qualitative par des focus-groups. Il s'agissait d'abord d'avoir accès aux pratiques en termes de prévention grâce aux questionnaires et ensuite d'accéder aux représentations qui pouvaient peut-être pour une part expliquer les pratiques.

2- Enquête par questionnaire

Ici la statistique a plus une vocation descriptive qu'explicative, elle me permet d'accéder à des données de cadrage. Il s'agit d'avoir accès de manière plus aisée et rapide à un univers de pratiques intimes. Un univers de pratiques qui dans un deuxième temps sera étayé, par des logiques sociales, des stratégies, des représentations, accessibles par une méthode qualitative, le focus-groups. La méthodologie statistique va être utilisée en appui aux analyses sociologiques comme description du social. Il s'agira de faire un état des lieux sur des connaissances et des pratiques de prévention des FSF.

Les statistiques sont l'issue d'une production, en ce sens, elles sont une construction sociale. Il ne s'agit pas, par l'emploi des statistiques, de parvenir à une vérité absolue et objectivée d'un fait social ni de « prendre les faits sociaux comme des choses » comme l'affirmait Durkheim, mais plutôt d'aboutir à une de ses représentations. [Selz et Maillochon, 2009]. Ici le travail d'objectivation passera par un exercice de réflexivité et de transparence.

2-1 Construction du questionnaire et éléments d'analyse

Le questionnaire est situé en annexe. Il a été construit en 7 parties : autodéfinition, fréquences des consultations gynécologiques et dépistages, sexualité et pratiques de prévention, rapport au risque IST/VIH, connaissances des IST, mode de vie et données sociales. Il s'agissait de commencer par les questions de pratiques : pratiques de prévention, pratiques médicales, pratiques associées au dépistage (...) pour ensuite interroger le rapport aux IST et au VIH et enfin questionner les connaissances sur les IST. Mon questionnaire a été battu en réutilisant

les catégories et certaines questions de l'enquête Presse Gay et Lesbienne 2011 de l'InVS afin de pouvoir faire des comparaisons régionales ultérieurement.

Au niveau de l'analyse, j'ai choisit d'effectuer des tris-à-plat et des tris-croisés après avoir réalisé des tests du Chi-deux. Je me suis servie du logiciel de statistique SPSS pour traiter mes données.

2-2 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été mis en ligne grâce à un logiciel « maison » de l'IREPS, hébergé sur leur serveur. J'ai diffusé l'adresse internet du questionnaire sur des listes de diffusion (Efigies, EF-1, Rhône-Alpes Féministes), des forums (Gay-voix, Lez-échanges, forum LGBT, sortir entres filles, Goudou-Lyon) et dans mon réseau, en précisant bien qu'il fallait diffuser cette adresse le plus largement possible.

L'intérêt pour moi de diffuser ce questionnaire par le biais d'internet était multiple. D'abord, le coût physique, la diffusion sur internet n'engendre pas de perte de temps comparé au temps que demande une diffusion « physique ». Ensuite, il n'y a pas de dépouillement à faire puisqu'il est réalisé automatiquement par le logiciel à chaque arrivée de nouveaux questionnaires. Ceux-ci sont automatiquement inscrits dans une base de données. De plus, le fait que le questionnaire soit en ligne permet d'atteindre un nombre important de répondants en peu de temps avec des profils différents en termes d'âge et de zones géographiques, notamment, tout en préservant leur anonymat.

2-3 Échantillonnage

Ce questionnaire n'a pas de vocation à la représentativité du fait du temps, de l'impossibilité de quantifier ma population d'étude (beaucoup de lesbiennes et de bisexuelles ne s'affirment pas publiquement comme telles) et du fait de l'utilisation de la méthode dite « par boule de neige ». Cette méthode a pour biais un échantillonnage qui risque de se centrer vers des catégories homogènes de personnes en l'occurrence ici, il risque de cibler en grande partie des homosexuelles identitaires. Or les lesbiennes identitaires ont peut-être, comme les homosexuels identitaires masculins plus tendance à se protéger que les autres. Il en ressortirait une surestimation du niveau de protection. Par conséquent, j'ai essayé de diversifier mes sources de diffusion.

3- Focus groups⁸

Comme je l'ai expliqué plus haut, l'utilisation de statistique a une vocation plus descriptive qu'explicative, le focus groups m'a permis d'avoir accès aux représentations et aux logiques sociales en cours lorsqu'il y a prise de risque.

3-1 Principe

Il s'agissait de réunir un petit groupe de personnes de la population visée et de les faire s'exprimer sur un sujet choisi. Le groupe permet ainsi de faire émerger une dynamique de parole « sur soi ». Ici en l'occurrence, j'ai voulu interroger les perceptions sociales du risque d'IST/VIH. L'objectif était de recueillir un maximum d'informations sur les sentiments et les opinions des participantes, en encourageant l'expression individuelle. Les focus-groups permettent ainsi aux personnes d'exprimer leurs représentations sur le monde social, cette perception se construisant dans l'instant T, au moment des discours. J'ai mobilisé cette technique en complémentarité avec la méthodologie statistique pour avoir accès à des données qualitatives. J'ai préféré rassembler un petit groupe de personnes pour instaurer un climat de confiance et permettre une parole plus libre quant au sujet proposé, à savoir la sexualité. Ce climat de confiance a aussi été favorisé par la garantie de l'anonymat des personnes, notamment par le changement de prénoms dans l'utilisation ultérieure du focus-groups.

Mon rôle au sein du groupe était celui de la facilitatrice de parole. La discussion a été enregistrée, avec l'accord des participantes.

Pour l'analyse, il s'agissait de regrouper les interventions allant dans le même sens et de repérer ainsi les thèmes abordés et les opinions exprimées. Contrairement à la démarche quantitative, l'analyse des focus-groups est l'occasion de donner la parole aux enquêtées. Les focus-groups ont été entièrement retranscrits.

3-2 Échantillonnage

Au départ, j'ai fait un tri sur la base des différents profils des personnes qui ont dit vouloir participer aux focus groups dans mes questionnaires. J'ai voulu qu'il ait une certaine homogénéité de vécu en mettant les lesbiennes dans un groupe et les bisexuelles dans un autre, et une diversité de pratique en mélangeant celles qui ont plutôt tendance à protéger leurs rapports sexuels et les autres qui ne les protègent pas. Néanmoins, je n'ai pas pu faire de

⁸ Le guide des focus-groups est situé en annexe.

différentiation sur la base de l'âge et du niveau d'étude, car elles ont à ce niveau, des profils plutôt homogènes. La majorité a entre 21 et 30 ans, et leur niveau d'étude va du baccalauréat au 3e cycle universitaire.

3-3 Intérêts

Les focus groups permettent de comprendre, les idées, croyances, comportements et pratiques exprimés par les participant-e-s. Si la sélection des participants est bonne (pas trop d'homogénéité dans les profils des participant-e-s), ils sont un moyen de recueillir rapidement différents points de vue. Ils permettent à la fois l'expression et l'explication des différences de points de vue, et l'approfondissement des opinions des participant-e-s.

L'intérêt des focus groups comparativement aux entretiens individuels réside dans le fait que les commentaires d'un-e participant-e peuvent susciter des commentaires chez d'autres participant-e-s. Des idées peuvent ainsi être développées et approfondies beaucoup plus qu'au cours d'entretiens individuels. Le groupe offre une dynamique de parole qu'il n'y a pas dans des entretiens individuels.

3-4 Difficultés

La première difficulté inhérente à la mise en œuvre des focus groups est la sélection des participant-e-s. Une fois la sélection sur critère terminée, il faut que les personnes choisies viennent au groupe de discussion. On se heurte alors au manque de disponibilité des personnes et à leur éloignement des lieux de discussion. En l'occurrence ici, sur toutes les personnes qui ont dit à la fin de mon questionnaire vouloir participer à un focus-groups, une personne sur deux est réellement venue.

Une autre des difficultés des focus groups est la dérive consensuelle. En effet, selon la composition des groupes, les individus peuvent avoir tendance à adopter le point de vue d'un-e «leader-euse». Ici, c'est ce qu'il s'est passé avec l'introduction par certaines d'une norme à la prévention. D'autre part, l'homogénéité du profil des répondantes peut introduire des non-dits, des implicites dans leur discours.

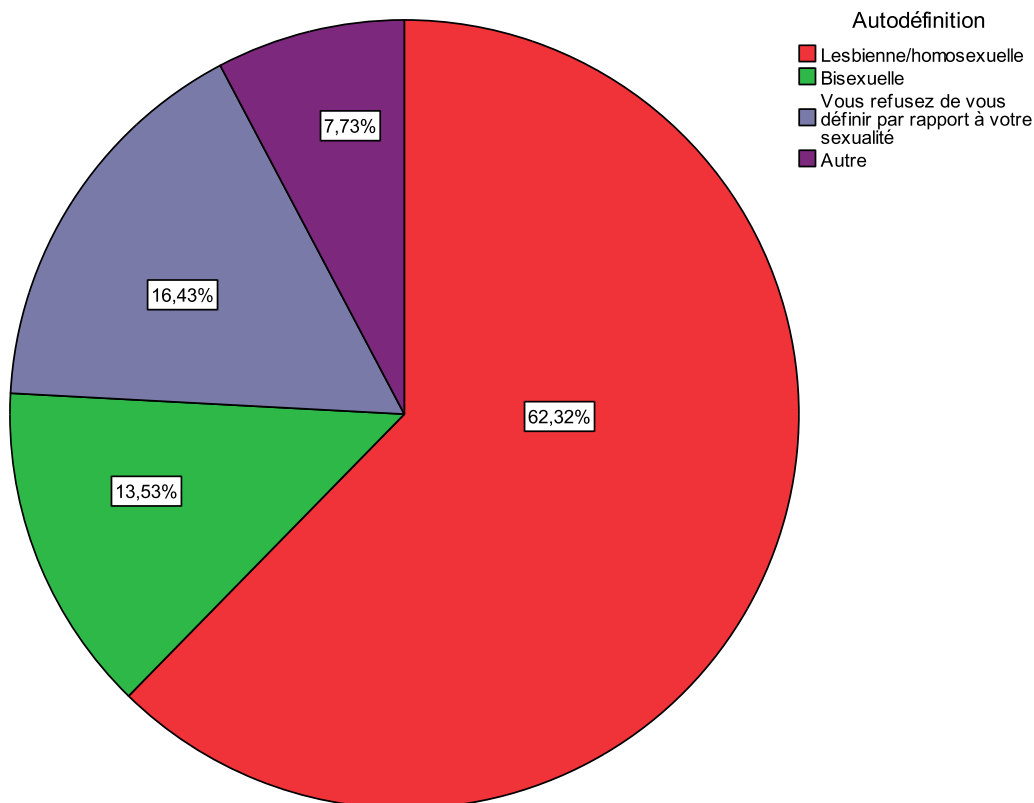
5e partie : Les résultats

I-Questionnaire : état des lieux et des pratiques

Je vais vous présenter dans cette partie les résultats de l'analyse des réponses du questionnaire diffusés en ligne. 211 personnes ont répondu à ce questionnaire.

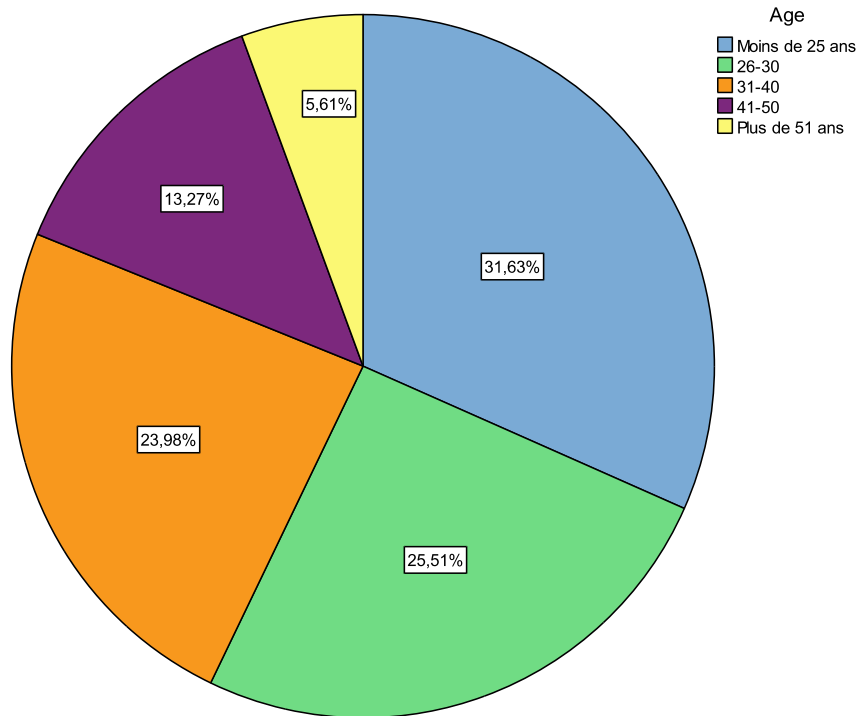
I-I Statistiques descriptives de la population étudiée

Tri-à plat : autodéfinition



Une majorité des enquêtées se définit comme lesbienne/homosexuelle. Une minorité se définit autrement : gouine, pansexuelle (rapport sexuel avec des femmes, des hommes et des *trans* ou intersexes), ou d'autres ne savent pas se définir.

Tri-à plat : âge



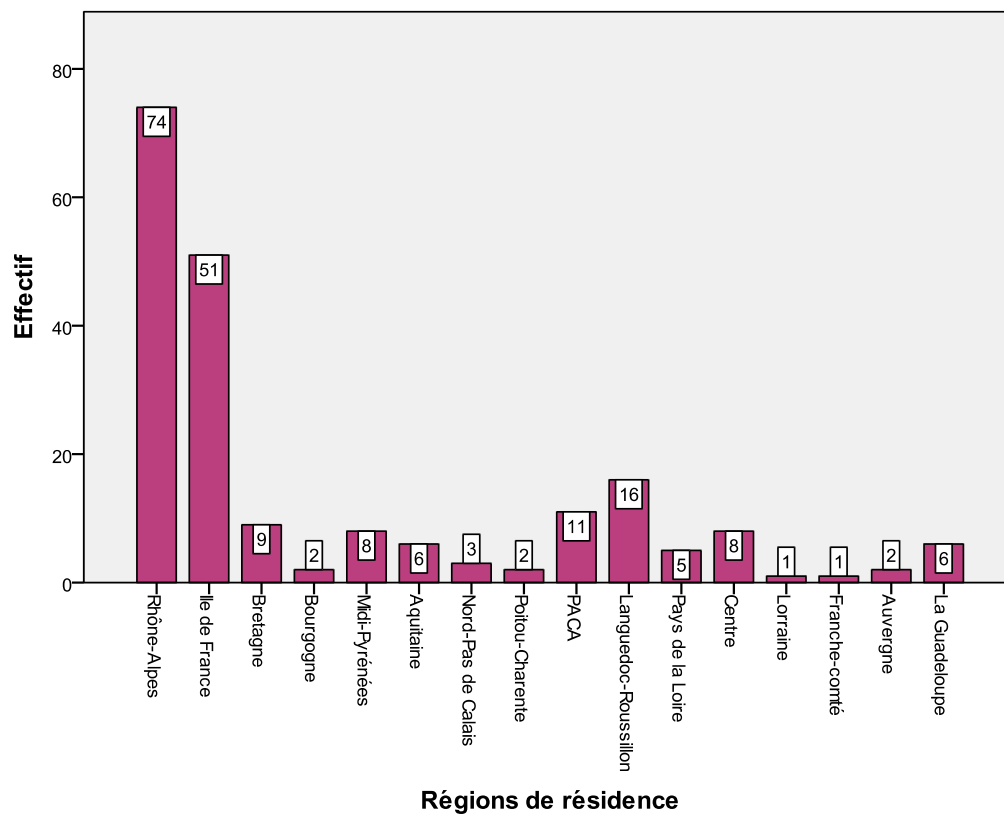
Plus de la moitié des enquêtées ont moins de 30 ans.

Statistiques

Age		
N	Valide	196
	Manquante	15
Moyenne		31,61
Médiane		29,00

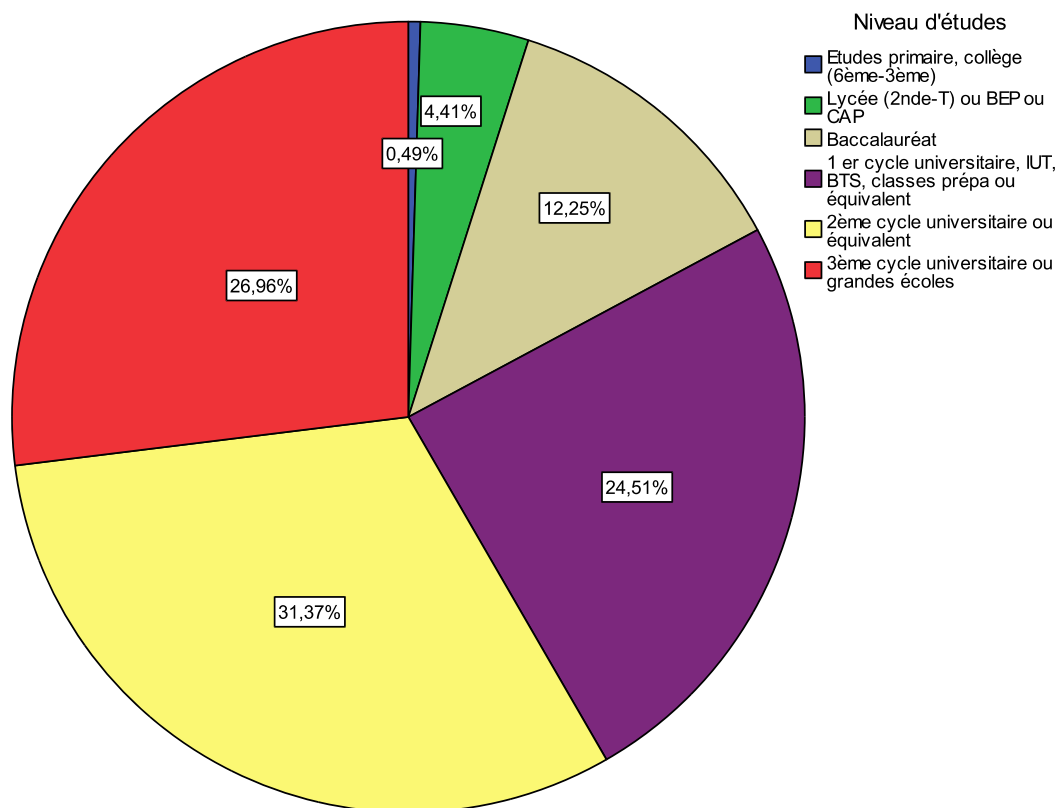
La moyenne d'âge est de 31 ans tandis que la médiane est de 29 ans

Tri-à plat : régions de résidence



La majorité vient du Rhône-Alpes.

Tri-à plat : niveau d'études



Une très large majorité (82,8%) a fait des études supérieures.

Grâce à ces résultats se dessine la majorité de la population cible de mon questionnaire : des femmes de 29 ans, qui se définissent comme lesbiennes, qui viennent du Rhône-Alpes et qui ont fait des études supérieures. Ces résultats proviennent de la source de mes données. Mes questionnaires ont été en majorité diffusés sur des sites web communautaires gays et lesbiens ce qui explique la forte proportion de femmes qui se définissent comme lesbiennes. Ensuite, j'ai déposé le questionnaire sur des forums gays et lesbiens, ce qui peut expliquer en partie l'âge des répondantes. En effet, les utilisatrices de forum sont souvent jeunes. La sur-représentation de la région Rhône-Alpes peut s'expliquer par la diffusion par réseau et à des sites régionaux partenaires du CRIPS. Enfin, la transmission du questionnaire par le biais d'Efigies et d'Ef-1 (des sites d'études féministes) peut expliquer le niveau d'études des répondantes.

I-2-Utilisation de protection dans les rapports sexuels avec les femmes

Dans cette partie, il s'agit de trouver les corrélations qu'il peut exister avec le fait d'utiliser une protection ou non avec ses partenaires femmes. Nous allons ainsi croiser l'utilisation de protection-s avec des femmes, avec :

- l'utilisation de protection-s avec des hommes
- le fait de penser ses pratiques comme potentiellement exposées au risque VIH
- le fait d'être préoccupée par le fait de contracter une IST
- le fait de parler avec ses partenaires sur les IST
- le fait d'avoir contracté une IST
- l'âge
- l'autodéfinition

Tri-à-plat : utilisation de protection-s avec les femmes

Utilisation d'une protection avec femmes

	Effectifs	Pourcentage
Non-réponses	5	2,4
Non jamais	154	73,0
Oui, systématiquement	4	1,9
Oui, mais pas systématiquement	48	22,7
Total	211	100,0

Les trois quarts (73%) des enquêtées ne se protègent jamais, et si elles se protègent ce n'est pas systématique.

Tri-à-plat : utilisation de protection-s avec les hommes

Utilisation d'une protection avec les hommes

	Effectifs	Pourcentage
Non-réponses	92	43,6
Non jamais	13	6,2

Oui, systématiquement	74	35,1
Oui, mais pas systématiquement	32	15,2
Total	211	100,0

Ce tableau fait apparaître 43,6% de non-réponses, ce qui correspond me semble-t-il aux enquêtées qui n'ont pas de rapports sexuels avec des hommes. Nous pouvons également constater que celles qui ont des rapports sexuels avec des hommes se protègent en majorité systématiquement.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et utilisation de protection-s avec des hommes

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Utilisation d'une protection avec les hommes

			Utilisation d'une protection avec les hommes		Total
			Non jamais	Oui	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif	12	75	87
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	13,8%	86,2%	100,0%
	Oui	Effectif	1	31	32
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	3,1%	96,9%	100,0%
Total		Effectif	13	106	119
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	10,9%	89,1%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,736 ^a	1	,098		
Correction pour la continuité ^b	1,750	1	,186		
Rapport de vraisemblance	3,387	1	,066		
Test exact de Fisher				,181	,086
Nombre d'observations valides	119				

a. 1 cellules (25,0%) a un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,50.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Après regroupement de la catégorie oui systématiquement et oui mais pas systématiquement en oui. Les deux variables corrélées semblent indépendantes si l'on en croit le test de Fisher et en considérant un risque de première espèce de 5%. Le test du Khi-deux n'est pas interprétable, car même après regroupement, l'une des cases comprend un effectif inférieur à 5. Quel que soit le niveau de protection avec des femmes, les enquêtées qui ont des rapports sexuels avec des hommes se protègent avec eux.

96,9% des enquêtées qui se protègent avec des femmes se protègent aussi avec des hommes, tandis que 86,2% des enquêtées qui ne se protègent jamais avec des femmes se protègent avec des hommes.

Tri-à-plat : penser ses pratiques comme potentiellement à risque vis-à-vis du VIH

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Oui	42	19,9
	Non	137	64,9
	Vous ne savez pas	27	12,8
	Total	206	97,6
Manquante	Non-réponses	5	2,4
Total		211	100,0

64,9% des enquêtées ne considèrent pas leurs rapports sexuels avec des femmes comme à risque vis-à-vis du VIH.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et penser ses pratiques comme potentiellement exposées au risque VIH

			Exposition au VIH			Total
			Oui	Non	Vous ne savez pas	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif	34	98	22	154
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	22,1%	63,6%	14,3%	100,0%
	Oui	Effectif	8	39	5	52
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	15,4%	75,0%	9,6%	100,0%

Total	Effectif	42	137	27	206
	% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	20,4%	66,5%	13,1%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,256 ^a	2	,324
Rapport de vraisemblance	2,335	2	,311
Nombre d'observations valides	206		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6,82.

En prenant un risque de première espèce de 5%, je remarque que la valeur du Khi-deux n'est pas significative, les variables sont donc indépendantes. En effet, 22,1% des enquêtées disent ne jamais se protéger alors qu'elles pensent être à risque au niveau du VIH, tandis que 14,3% des enquêtées disent ne pas se protéger avec des femmes alors qu'elles ne savent pas si elles ont un risque d'être exposées au VIH.

Penser que ses pratiques sexuelles peuvent potentiellement être exposées au risque VIH n'est pas une motivation suffisante pour qu'il y ait protection.

Tri-à-plat : être préoccupée vis-à-vis des IST

Être préoccupée par les IST

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Pas du tout préoccupée	69	32,7
	Un peu préoccupée	112	53,1
	Très préoccupée	24	11,4
	Total	205	97,2
Manquante	Non-réponses	6	2,8
Total		211	100,0

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et être préoccupée par le fait de contracter une IST

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Être préoccupée par les IST

			Être préoccupée par les IST			Total
			Pas du tout préoccupée	Un peu préoccupée	Très préoccupée	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	60 39,2%	78 51,0%	15 9,8%	153 100,0%
	Oui	Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	9 17,3%	34 65,4%	9 17,3%	52 100,0%
Total		Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	69 33,7%	112 54,6%	24 11,7%	205 100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,875 ^a	2	,012
Rapport de vraisemblance	9,496	2	,009
Nombre d'observations valides	205		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6,09.

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc corrélées. Le fait de se sentir préoccupé par les IST à une influence sur le niveau de protection. En effet respectivement 65,4% et 17,3% des femmes qui disent se protéger avec des femmes, disent être peu à très préoccupées par le risque d'IST.

Tri-à-plat : parole avec ses partenaires sur les IST

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Oui	153	72,5
	Non	52	24,6
	Total	205	97,2
Manquante	Non-réponses	6	2,8
Total		211	100,0

72,5% des enquêtées discutent d'IST avec leurs partenaires. Cependant, le fait de parler des IST ne va pas engendrer plus de comportements préventifs.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et parole avec ses partenaires sur les IST

			Parole sur les IST		Total
			Oui	Non	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif	108	45	153
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	70,6%	29,4%	100,0%
	Oui	Effectif	45	7	52
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	86,5%	13,5%	100,0%
Total		Effectif	153	52	205
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	74,6%	25,4%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,215 ^a	1	,022		
Correction pour la continuité ^b	4,407	1	,036		
Rapport de vraisemblance	5,730	1	,017		
Test exact de Fisher				,026	,015
Nombre d'observations valides	205				

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,215 ^a	1	,022		
Correction pour la continuité ^b	4,407	1	,036		
Rapport de vraisemblance	5,730	1	,017		
Test exact de Fisher				,026	,015
Nombre d'observations valides	205				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 13,19.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc corrélées. Le fait de parler des IST avec ses partenaires a une influence sur le niveau de protection.

Parole selon le type de partenaire

	Effectifs	Pourcentage
Partenaires stables	142	67,3
Partenaires occasionnels	93	44,1
Non-réponses	58	27,5

Quand elles parlent d'IST avec leurs partenaires, elles le font avec des partenaires stables.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et le fait d'avoir contracté une IST

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Avoir contracté une IST

			Avoir contracté une IST		Total
			Oui	Non	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif	29	120	149
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	19,5%	80,5%	100,0%
	Oui	Effectif	21	29	50
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	42,0%	58,0%	100,0%
Total		Effectif	50	149	199

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Avoir contracté une IST

			Avoir contracté une IST		Total
			Oui	Non	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	29 19,5%	120 80,5%	149 100,0%
	Oui	Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	21 42,0%	29 58,0%	50 100,0%
Total		Effectif % compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	50 25,1%	149 74,9%	199 100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,107 ^a	1	,001		
Correction pour la continuité ^b	8,945	1	,003		
Rapport de vraisemblance	9,453	1	,002		
Test exact de Fisher				,002	,002
Nombre d'observations valides	199				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12,56.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc corrélées. 80,5% des enquêtées qui disent ne pas se protéger n'ont jamais contracté d'IST.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et l'âge

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Age

		Age				Total
		Moins de 25 ans	26-30	31-40	Plus de 41 ans	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	53 36,6%	32 22,1%	35 24,1%	25 17,2%	145 100,0%
	Oui	9 17,6%	18 35,3%	12 23,5%	12 23,5%	51 100,0%

Total	62	50	47	37	196
	31,6%	25,5%	24,0%	18,9%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,646 ^a	3	,054
Rapport de vraisemblance	7,988	3	,046
Nombre d'observations valides	196		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,63.

En considérant un risque de première espèce de 5% strict, je constate que la valeur du Khi-deux n'est pas significative. Cependant, la p value étant très proche de 0,05, je prends la liberté d'interpréter les résultats du tri-croisé. Une certaine dépendance entre l'âge et le niveau de protection avec les femmes semble apparaître. En effet, si l'on regroupe les moins de 25 ans et les [26-30], 58,7% des enquêtées disent ne pas se protéger lors de leurs rapports sexuels avec des femmes.

Tri croisé : utilisation de protection-s avec les femmes et l'autodéfinition

Tableau croisé Utilisation d'une protection avec femmes * Autodéfinition recodée

			Autodéfinition recodée			Total
			Lesbienne/homo sexuelle	Bisexuelle	Autre	
Utilisation d'une protection avec femmes	Non jamais	Effectif	98	21	35	154
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	63,6%	13,6%	22,7%	100,0%
	Oui	Effectif	30	7	15	52
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	57,7%	13,5%	28,8%	100,0%
Total		Effectif	128	28	50	206
		% compris dans Utilisation d'une protection avec femmes	62,1%	13,6%	24,3%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,822 ^a	2	,663
Rapport de vraisemblance	,803	2	,669
Nombre d'observations valides	206		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,07.

Après regroupement de la catégorie « vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité » et autre et avec un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux n'est pas significative. Les deux variables sont donc indépendantes. Le niveau de protection des enquêtées n'est pas lié à la façon dont elles se définissent.

I-3- Pratiques sexuelles avec des hommes

Tri-à-plat : rapports sexuels avec des hommes

Rapports sexuels avec des hommes

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Oui, au cours des 12 derniers mois	47	22,3
	Oui, mais il y a plus d'un an	67	31,8
	Non, jamais	91	43,1
	Total	205	97,2
Manquante	Non-réponses	6	2,8
Total		211	100,0

43,1% des enquêtées disent ne jamais avoir eu de rapports sexuels avec des hommes. Cependant, 31,8% ont déjà eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de leur vie.

Tri-croisé : pratiques sexuelles avec des hommes et autodéfinition

Tableau croisé Rapports sexuels avec des hommes * Autodéfinition recodée

	Autodéfinition recodée		Total
	Lesbienne/homosexuelle	Autre	

Rapports sexuels avec des hommes	Oui	Effectif	45	69	114
		% compris dans Rapports sexuels avec des hommes	39,5%	60,5%	100,0%
	Non, jamais	Effectif	82	9	91
		% compris dans Rapports sexuels avec des hommes	90,1%	9,9%	100,0%
Total		Effectif	127	78	205
		% compris dans Rapports sexuels avec des hommes	62,0%	38,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	55,046 ^a	1	,000		
Correction pour la continuité ^b	52,919	1	,000		
Rapport de vraisemblance	60,693	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Nombre d'observations valides	205				

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 34,62.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Après regroupement de la catégorie bisexuelle et de la catégorie autre et avec un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc dépendantes. L'autodéfinition a une influence sur le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes.

Nous pouvons constater que 39,5% des FSF qui se disent lesbiennes ou homosexuelles aujourd'hui ont eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de leur vie.

Tri-à plat : utilisation de protection avec des hommes

Utilisation d'une protection avec les hommes

	Effectifs	Pourcentage
Non-réponses	92	43,6
Non jamais	13	6,2

Oui, systématiquement	74	35,1
Oui, mais pas systématiquement	32	15,2
Total	211	100,0

35,1% des enquêtées disent se protéger systématiquement avec des hommes.

Tri-à plat : types de partenaire avec qui il y a protection

Avec quels types de partenaires il y a protection?

	Effectifs	Pourcentage
Avec des partenaires stables hommes	57	27,0
Avec des partenaires stables femmes	8	3,8
Avec des partenaires occasionnels hommes	131	62,1
Avec des partenaires occasionnels femmes	89	42,2
Premier rapport avec un nouveau partenaire homme	111	52,6
Premier rapport avec une nouvelle partenaire femme	58	27,5
Parce que je me protège tout le temps	8	3,8
Non-réponses	23	10,9
Total	211	100,0

Nous remarquerons qu'à catégories égales, les FSF disent se protéger moins souvent avec les femmes, qu'avec les hommes.

I-4-Pratiques à risque d'exposition au VIH, IST, moyens de protection utilisés et accès à ces moyens de protection

Tri-à plat : pratiques sexuelles considérées comme à risque vis-à-vis du VIH

Risque VIH

	Effectif
cunnilingus	146 ⁹
anulingus	110
pénétration vaginale par des objets sexuels	88
pénétration anale avec le poing	84

⁹ Sur 211 répondantes, 146 pensent que le cunnilingus est une pratique considérée à risque vis-à-vis du VIH.

pénétration vaginale par le poing	84
pénétration vaginale par les doigts	78
pénétration anale avec les doigts	77
pénétration anale avec des objets sexuels	72
caresse du sexe	21

La pratique sexuelle la plus souvent considérée comme à risque concernant le VIH est le cunnilingus.

Tri-à plat : pratiques sexuelles considérées comme à risque vis-à-vis des IST

Risque IST

	Effectif
cunnilingus	182¹⁰
anulingus	159
pénétration vaginale par des objets sexuels	128
pénétration vaginale par les doigts	114
pénétration vaginale par le poing	109
pénétration anale avec le poing	108
pénétration anale avec les doigts	107
pénétration anale avec des objets sexuels	79
caresse du sexe	51

La pratique sexuelle la plus souvent considérée comme à risque concernant les IST est le cunnilingus.

Tri-à plat : types de protection utilisés

Types de protection utilisés

	Effectif
Préservatifs masculins	24
Préservatifs pour les objets sexuels	21
Digues dentaires	18
Préservatifs féminins	14
Gants	10

¹⁰ Sur 211 répondantes, 182 affirment que le cunnilingus est une pratique considérée à risque concernant les IST.

Le type de protection le plus utilisé est le préservatif masculin. Il peut être soit utilisé comme une digue dentaire si on le découpe, soit comme une protection sur les objets sexuels et plus rarement comme protection sur les doigts.

Si nous comparons ces résultats avec les résultats précédents, nous constatons que bien que le cunnilingus soit la pratique la plus considérée comme à risque vis-à-vis du VIH et des IST, la digue dentaire n'est pas la protection la plus utilisée. La perception du risque VIH, IST n'a pas d'influence quant à la manière de se protéger.

Moyens d'accès à l'information sur ces protections

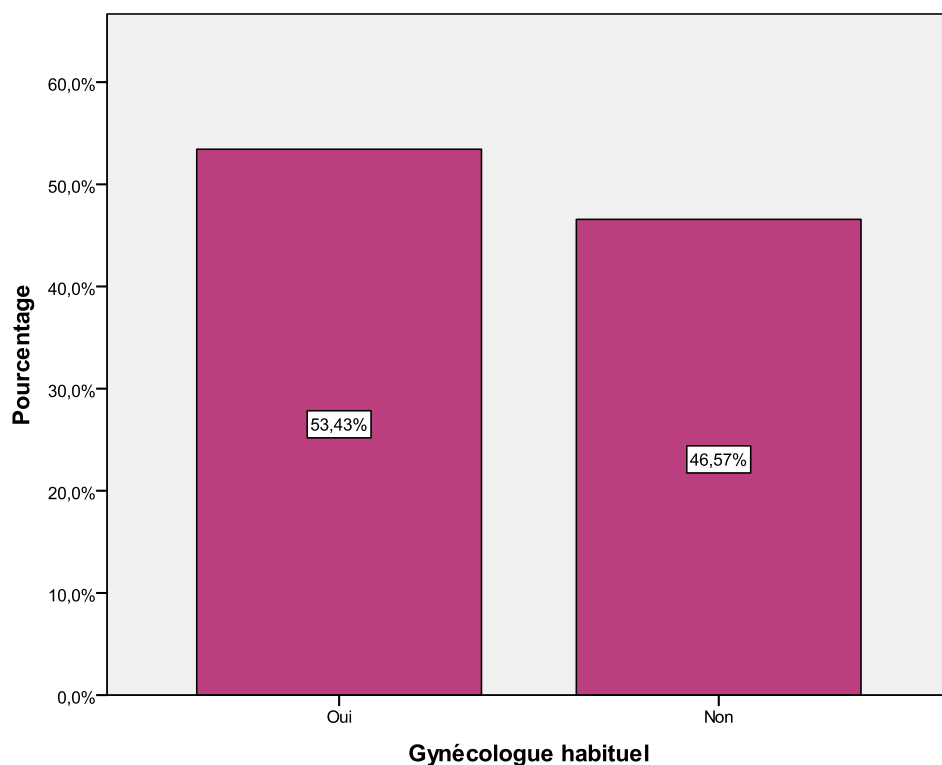
Accès à l'information sur les moyens de protection

	Effectif
brochures d'information	39
ami-e-s	37
internet	26
partenaires	20
autre	20
médecin ou gynécologue	11

Les brochures d'informations sont des bons vecteurs de transmission de l'information vis-à-vis des moyens de protection.

I-5-Suivi gynécologique

Tri-à-plat : avoir un-e gynécologue habituel-le



La majorité des enquêtées a un-e gynécologue habituel-le. Cependant, 46,6% disent ne pas en avoir. Je pense que le taux de suivi gynécologique est plus élevé chez les femmes hétérosexuelles, mais je n'ai pas réussi à appuyer cette idée par des chiffres.

Tri-croisé : avoir un-e gynécologue habituel-le et autodéfinition

Tableau croisé Gynécologue habituel * Autodéfinition recodée

			Autodéfinition recodée			Total
			Lesbienne/homos exuelle	Bisexuelle	Autre	
Gynécologue habituel	Oui	Effectif	60	17	32	109
		% compris dans Gynécologue habituel	55,0%	15,6%	29,4%	100,0%
	Non	Effectif	67	10	18	95
		% compris dans Gynécologue habituel	70,5%	10,5%	18,9%	100,0%
Total		Effectif	127	27	50	204
		% compris dans Gynécologue habituel	62,3%	13,2%	24,5%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,184 ^a	2	,075
Rapport de vraisemblance	5,233	2	,073
Nombre d'observations valides	204		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12,57.

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux n'est pas significative. Les deux variables sont donc indépendantes. La façon de se définir n'a pas de rapport avec le fait d'avoir un-e gynécologue habituel-le.

Tri-croisé : avoir un-e gynécologue habituel-le et âge

Tableau croisé Gynécologue habituel * Age

			Age				Total
			Moins de 25 ans	26-30	31-40	Plus de 41 ans	
Gynécologue habituel	Oui	Effectif	22	24	30	28	104
		% compris dans Gynécologue habituel	21,2%	23,1%	28,8%	26,9%	100,0%
Gynécologue habituel	Non	Effectif	39	25	17	9	90
		% compris dans Gynécologue habituel	43,3%	27,8%	18,9%	10,0%	100,0%
Total		Effectif	61	49	47	37	194
		% compris dans Gynécologue habituel	31,4%	25,3%	24,2%	19,1%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,190 ^a	3	,001
Rapport de vraisemblance	17,692	3	,001
Nombre d'observations valides	194		

Tests du Khi-deux

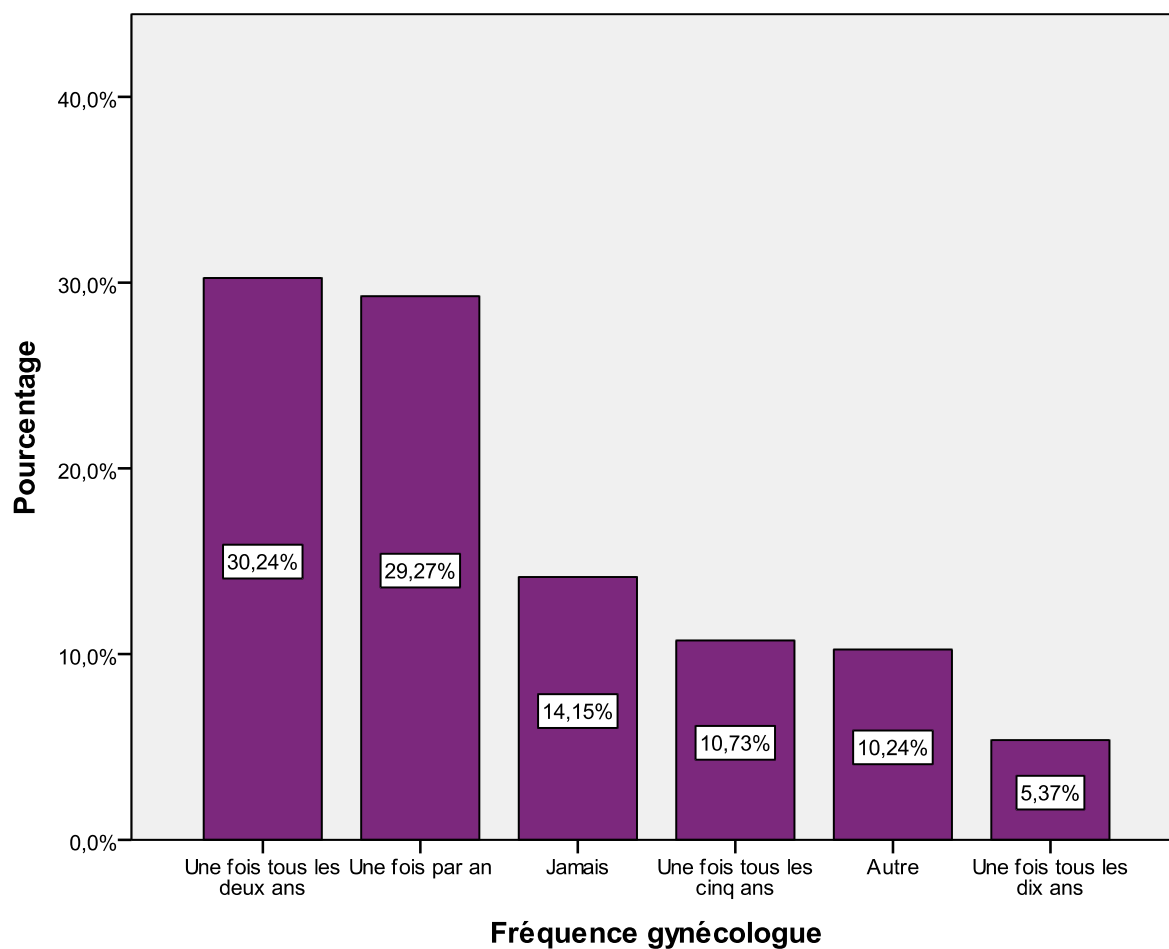
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	17,190 ^a	3	,001
Rapport de vraisemblance	17,692	3	,001
Nombre d'observations valides	194		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17,16.

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc dépendantes. L'âge influence le fait de dire avoir un-e gynécologue habituel-le.

Les 3/4 des enquêtées qui disent ne pas avoir de gynécologues habituel-el-s ont moins de 30 ans.

Tri-à plat : la fréquence de suivi chez le gynécologue



Sur ce graphique, nous pouvons voir que pour celles qui disent voir un-e gynécologue, leur fréquence de suivi correspond à une fois par an et une fois tous les deux ans. Ces fréquences de suivi gynécologique correspondent aux recommandations médicales faites aux femmes. Nous remarquons sur ce graphique que 14% des enquêtées n'ont jamais vu de gynécologue. Cela reste une proportion non négligeable.

Tri-croisé : fréquence de suivi chez le gynécologue et l'autodéfinition

Tableau croisé Fréquence gynécologue * Autodéfinition recodée

			Autodéfinition recodée		Total
			Lesbienne/homo sexuelle	Autre	
Fréquence gynécologue	Une fois par an	Effectif	30	30	60
		% compris dans Fréquence gynécologue	50,0%	50,0%	100,0%

Une fois tous les deux ans	Effectif	37	25	62
	% compris dans Fréquence gynécologue	59,7%	40,3%	100,0%
Moins d'une fois tous les deux ans	Effectif	24	9	33
	% compris dans Fréquence gynécologue	72,7%	27,3%	100,0%
Jamais	Effectif	24	5	29
	% compris dans Fréquence gynécologue	82,8%	17,2%	100,0%
Autre	Effectif	12	9	21
	% compris dans Fréquence gynécologue	57,1%	42,9%	100,0%
Total	Effectif	127	78	205
	% compris dans Fréquence gynécologue	62,0%	38,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,930 ^a	4	,027
Rapport de vraisemblance	11,556	4	,021
Nombre d'observations valides	205		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,99.

Pour faciliter la lecture des données, j'ai regroupé les catégories « une fois tous les cinq ans » et « une fois tous les dix ans », au sein de la catégorie « moins d'une fois tous les deux ans ». En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc dépendantes. La façon de définir sa sexualité semble avoir une influence sur la fréquence à laquelle les enquêtées fréquentent le gynécologue.

82,8% des enquêtées qui ne vont pas chez le gynécologue se définissent comme lesbienne ou homosexuelles.

Tri-croisé : fréquence de suivi chez le gynécologue et l'âge

Tableau croisé Fréquence gynécologue * Age

		Age			Total
		Moins de 25 ans	26-30	31-40	
Fréquence gynécologue	Une fois par an	18 32,1%	8 14,3%	30 53,6%	56 100,0%
	Une fois tous les deux ans	9 15,3%	19 32,2%	31 52,5%	59 100,0%
	Moins d'une fois tous les deux ans	14 43,8%	9 28,1%	9 28,1%	32 100,0%
	Jamais	17 63,0%	6 22,2%	4 14,8%	27 100,0%
	Autre	4 19,0%	7 33,3%	10 47,6%	21 100,0%
Total		62 31,8%	49 25,1%	84 43,1%	195 100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	29,830 ^a	8	,000
Rapport de vraisemblance	31,330	8	,000
Nombre d'observations valides	195		

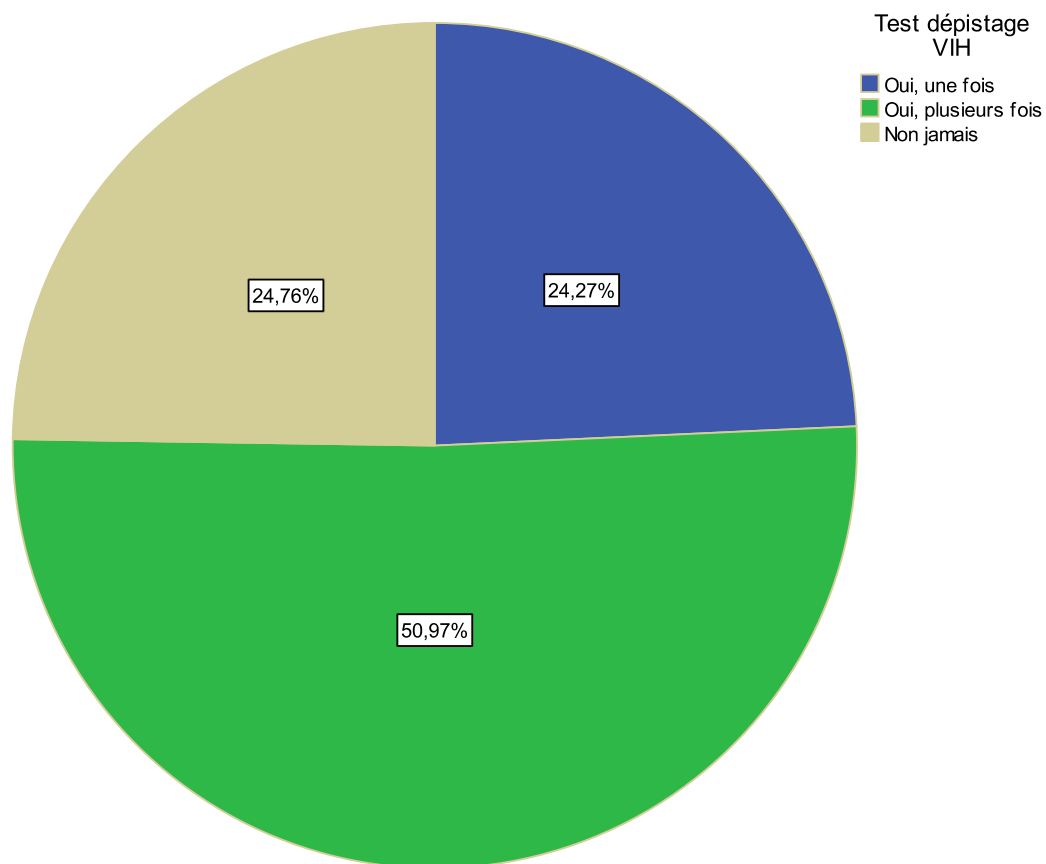
a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,28.

En considérant un risque de première espèce de 5%, le test du Khi-deux est significatif. Les deux variables sont dépendantes.

Nous pouvons constater que les plus de 31 ans disent aller plus souvent chez le gynécologue que les autres.

I-6-Dépistage VIH

Tri-à plat : avoir fait un test de dépistage VIH/sida



Nous remarquons sur ce graphique, que les enquêtées sont plus de 50% à avoir procédé à un test de dépistage du VIH, mais qu'elles sont également un quart à affirmer ne jamais en avoir fait. Nous ne pouvons pas savoir si les tests de dépistage sont plus fréquemment effectués lorsque les enquêtées ont des relations sexuelles avec des hommes.

Tri-croisé : avoir fait un test de dépistage VIH/sida et âge

Tableau croisé Test dépistage VIH * Age

		Age				Total
		Moins de 25 ans	26-30	31-40	Plus de 41 ans	
Test dépistage VIH	Oui, une fois	15 32,6%	10 21,7%	13 28,3%	8 17,4%	46 100,0%
	Oui, plusieurs fois	20 19,8%	30 29,7%	30 29,7%	21 20,8%	101 100,0%
	Non jamais	27	10	4	8	49

	55,1%	20,4%	8,2%	16,3%	100,0%
Total	62	50	47	37	196
	31,6%	25,5%	24,0%	18,9%	100,0%

Tests du Khi-deux

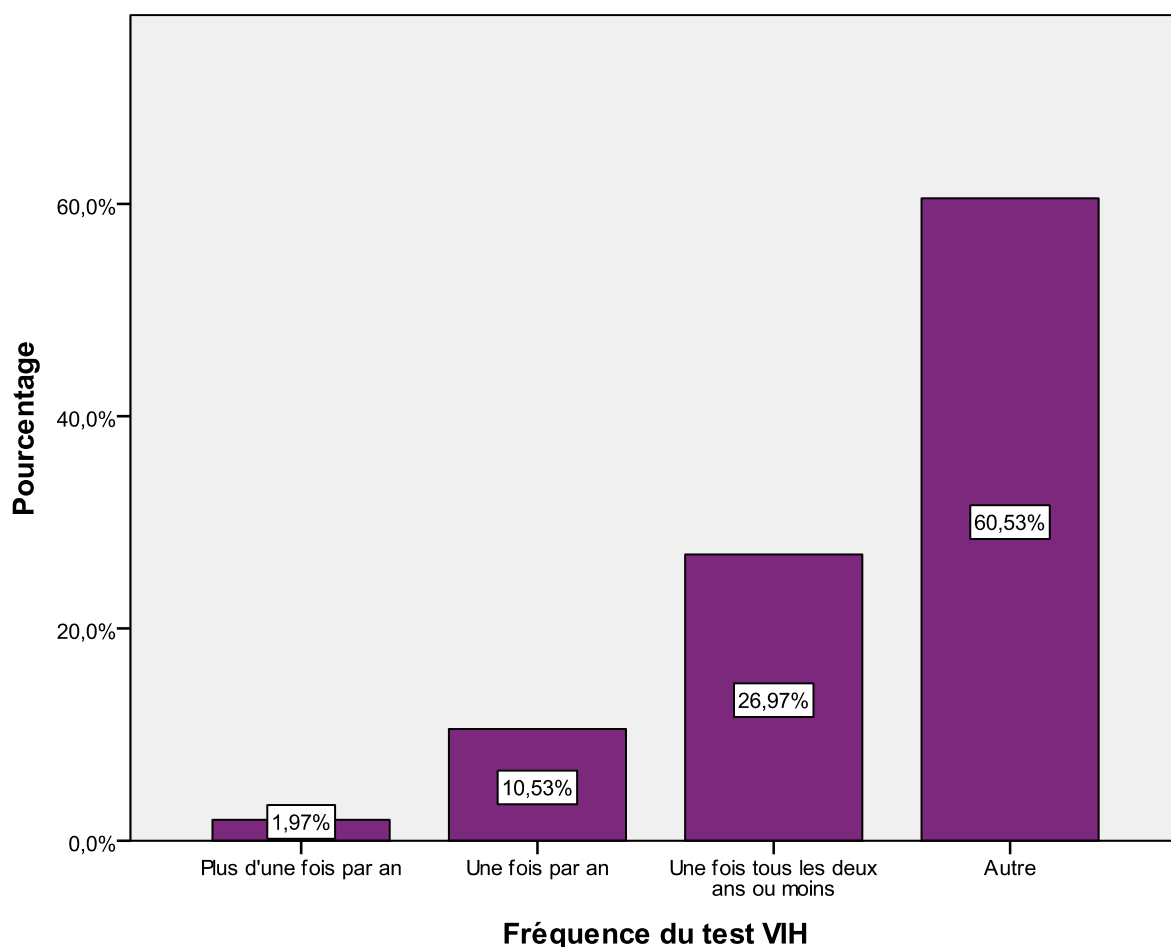
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	21,729 ^a	6	,001
Rapport de vraisemblance	22,529	6	,001
Nombre d'observations valides	196		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8,68.

En prenant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc dépendantes. L'âge est lié au fait de dire être allé faire un test de dépistage du VIH.

Un peu moins de 60% des enquêtées qui disent être allés plusieurs fois faire un test de dépistage VIH ont entre 26 et 40 ans et 55,1% de celles qui disent n'avoir jamais fait de test ont moins de 25 ans.

Tri-à plat : fréquence du test de dépistage VIH/sida



Sur cette variable, mes catégories n'étaient pas bonnes puisque la catégorie autre est surreprésentée par rapport au reste. Les réponses à la question ouverte: « quelles sont les autres fréquences » permet néanmoins de comprendre pourquoi. J'ai regroupé les réponses par thématiques. Le dépistage VIH n'est pas fait régulièrement, tout dépend de la relation en cours, il se fait surtout à l'occasion d'un changement de partenaire, d'un don du sang ou suite à une prise de risque, il ne se fait pas lorsqu'il y a un partenaire stable.

Tri-à plat : raisons qui ont motivé leur dernier test de dépistage VIH/sida

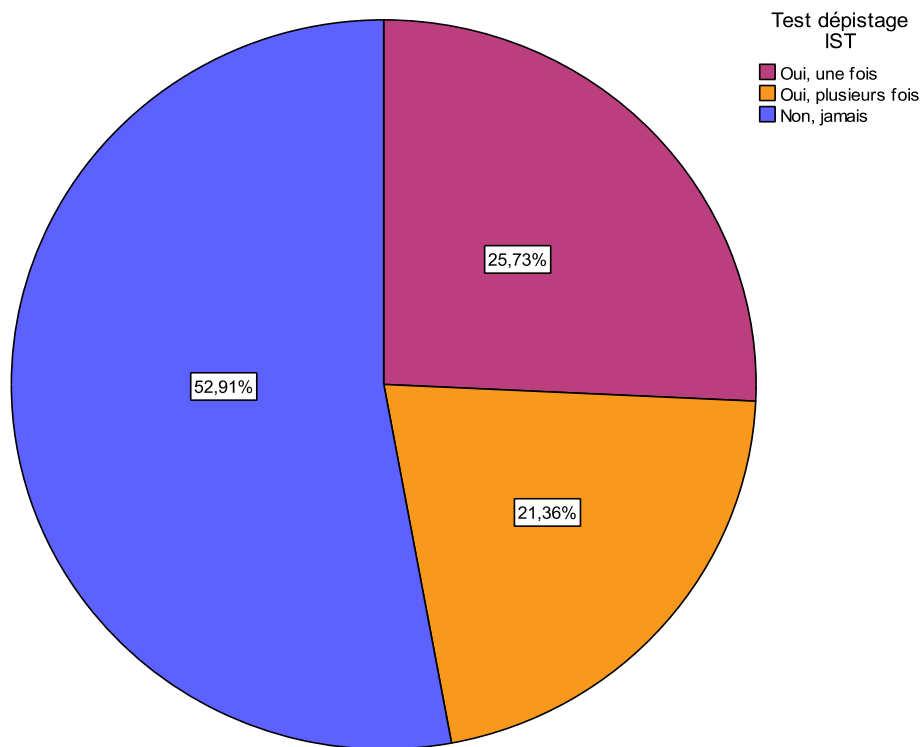
Raisons du dépistage VIH

	Somme
A la suite d'un changement de partenaire	43
A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous avez pris des risques	41
Un médecin vous l'a proposé dans le cadre d'un bilan	29
Parce que vous vérifiez régulièrement votre sérologie	28
A la suite d'un problème de santé	18
Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable	16
A la suite d'un incident ou d'une rupture du préservatif	8
A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation	4
A l'annonce de la séropositivité d'un partenaire sexuel	4

Les deux principales raisons qui ont motivé le dernier dépistage VIH des enquêtées sont le changement de partenaire et des relations sexuelles lors desquelles elles ont pris des risques. Je peux également souligner ici, le peu d'impact des campagnes d'information et de sensibilisation dans le fait de motiver un dépistage.

I-7-Dépistage IST

Tri-à plat : avoir fait un test de dépistage IST



En majorité (52,91%), les FSF disent ne pas se faire dépister pour les IST.

Tri-croisé : avoir fait un test de dépistage IST et autodéfinition

Tableau croisé Test dépistage IST * Autodéfinition recodée

		Autodéfinition recodée			Total
		Lesbienne/homosexuelle	Bisexuelle	Autre	
Test dépistage IST	Oui, une fois	34 26,6%	5 17,9%	14 28,0%	53 25,7%
	Oui, plusieurs fois	14 10,9%	11 39,3%	19 38,0%	44 21,4%
	Non, jamais	80 62,5%	12 42,9%	17 34,0%	109 52,9%
Total		128 100,0%	28 100,0%	50 100,0%	206 100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	24,152 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	23,994	4	,000
Nombre d'observations valides	206		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,98.

En considérant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux est significative. Les deux variables sont donc dépendantes. La façon de se définir est lié au fait d'avoir fait un test de dépistage IST.

62,5% de celles qui n'ont jamais fait de test de dépistage IST se définissent comme lesbiennes ou homosexuelles.

Tri-croisé : avoir fait un test de dépistage IST et âge

Tableau croisé Test dépistage IST * Age

		Age				Total
		Moins de 25 ans	26-30	31-40	Plus de 41 ans	
Test dépistage IST	Oui, une fois	17 34,7%	11 22,4%	12 24,5%	9 18,4%	49 100,0%
	Oui, plusieurs fois	9 22,0%	12 29,3%	11 26,8%	9 22,0%	41 100,0%
	Non, jamais	36 34,0%	27 25,5%	24 22,6%	19 17,9%	106 100,0%
Total		62 31,6%	50 25,5%	47 24,0%	37 18,9%	196 100,0%

Tests du Khi-deux

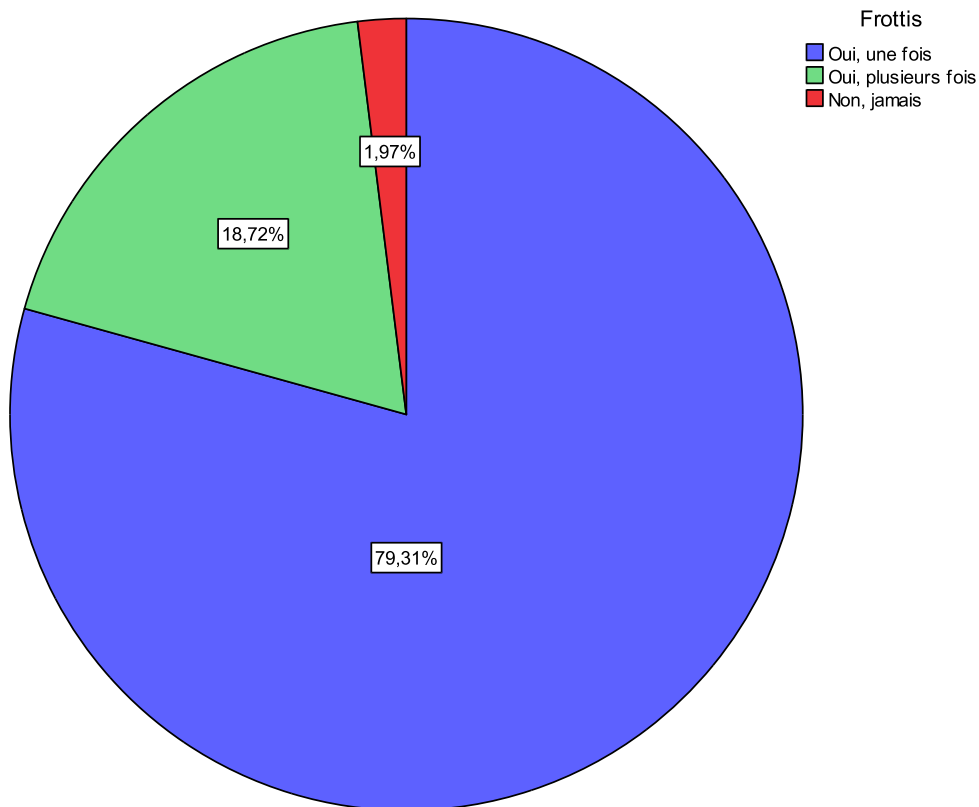
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
--	--------	-----	---

Khi-deux de Pearson	2,435 ^a	6	,876
Rapport de vraisemblance	2,558	6	,862
Nombre d'observations valides	196		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,74.

En considérant un risque de première espèce de 5%, je constate que la valeur du Khi-deux n'est pas significative. Les deux variables sont donc indépendantes.

Tri-à plat : avoir fait un frottis au cours de sa vie



79,31% des FSF ont déjà fait au moins une fois un frottis au cours de leur vie; or il s'agit d'un test de dépistage IST qui ne semble pas considéré comme tel par les enquêtées.

Tri-à plat : fréquence du test de dépistage IST

Fréquence des tests IST

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Autre	45	21,3

Une fois tous les deux ans ou moins	36	17,1
Une fois par an	15	7,1
Plus d'une fois par an	4	1,9
Non-réponses	111	52,6
Total	211	100,0

Nous remarquons le taux très élevé de non-réponses, il dépasse les 50%, ainsi que le taux élevé de réponses à la catégorie autre. Là encore, mes catégories n'étaient pas les bonnes. Les quelques réponses invoquées dans la catégorie autre permettent de comprendre cette défection. La majorité des voix s'élèvent pour dire qu'elles vont se faire dépister selon les besoins, s'il y a symptôme, s'il y a risque, certaines disent qu'elles n'y sont jamais allées, tandis que d'autres y sont allées qu'une seule fois.

Tri-à plat : raisons qui ont motivé leur dernier test de dépistage IST

Raisons du test IST

	Somme
A la suite d'un problème de santé	26
A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous avez pris des risques	21
A la suite d'un changement de partenaire	21
Parce que vous vérifiez régulièrement votre état de santé face aux IST	20
Un médecin vous l'a proposé dans le cadre d'un bilan	18
A l'annonce de la contamination d'un partenaire sexuel	14
Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable	12
A la suite d'un incident ou d'une rupture du préservatif	6
A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation	3

Les raisons principales qui poussent à se faire dépister des IST sont des problèmes de santé et une prise de risque ce qui confirme les résultats précédents.

I-8-Connaissance des IST

IST pour lesquelles elles disent avoir le plus d'information

	Somme
VIH-sida	201
Hépatite B	133
Herpès génital	104
Papillomavirus-condylomes	88
Syphilis	64
Chlamydia	49
Gardnerella-vaginites	16
Trichomonas	7
Gonococcie uro-génitale	7

Les trois IST pour lesquelles elles ont le plus d'information sont le VIH/sida, l'hépatite B et l'herpès génital.

IST pour lesquelles elles disent avoir le moins d'information

	Somme
Gonococcie uro-génitale	188
Trichomonas	188
Gardnerella-vaginites	173
Chlamydia	121
Papillomavirus-condylomes	91
Syphilis	91
Herpès génital	54
Hépatite B	33
VIH-sida	1

Les trois IST pour lesquelles elles ont le moins d'information sont la gonococcie uro-génitale, le trichomonas, et le gardnerella-vaginites.

I-9- Rapport au risque VIH et IST

Tri-à-plat : les 3 IST les plus craintes

Les 3 IST craintes

	Effectifs	Pourcentage
VIH-Sida	164	77,7
Trichomonas	10	4,7

Gardnerella-vaginites	15	7,1
Chlamydia	39	18,5
Papillomavirus-condylomes	79	37,4
Herpès génital	119	56,4
Hépatite B	98	46,4
Syphilis	66	31,3
Gonococcie uro-génitale	15	7,1
Non-réponses	16	7,6
Total	211	100,0

Les trois IST les plus craintes sont le VIH-sida, l'herpès génital et l'hépatite B. Elles correspondent aux IST où il y a le plus d'information. Les enquêtées craignent ces IST peut-être parce que ce sont celles qu'elles connaissent.

Tri-à plat : considérer ses pratiques comme à risque d'exposition au VIH

Exposition au VIH

	Effectifs	Pourcentage
Vous ne savez pas	27	12,8
Non	137	64,9
Oui	42	19,9
Non-réponses	5	2,4
Total	211	100,0

64,9% des enquêtées disent que leurs pratiques ne les exposent pas au risque de contracter le VIH. A la question pourquoi, elles justifient leur réponse (par ordre de popularité) par le fait d'être avec une partenaire stable, ensuite par le fait d'être lesbienne, les rapports entre femmes ne sont pas considérés comme contaminant et enfin, elles disent se protéger ou pratiquer la réduction des risques.

Tri-à plat : être préoccupée par le risque de contracter une IST

Être préoccupée par les IST

	Effectifs	Pourcentage
Non-réponses	6	2,8
Pas du tout préoccupée	69	32,7
Un peu préoccupée	112	53,1
Très préoccupée	24	11,4
Total	211	100,0

La majorité des enquêtées (53,1%) disent être un peu préoccupées par les IST.

I-10- Conclusion

Il est clair que les enquêtées ne protègent pas leurs rapports sexuels avec des femmes (73%). Il semble qu'elles soient sensibles aux messages de prévention puisqu'elles se protègent si elles ont des rapports avec les hommes. Le rapport femme-femme n'est pas considéré à risque d'exposition au VIH. Pour autant elles pensent que leurs pratiques sexuelles comme le cunnilingus sont potentiellement contaminantes concernant le VIH et les IST. Au vu de ces résultats, je remarque que la perception du risque VIH/IST n'a pas d'influence sur la façon de se protéger (en termes d'outils utilisés).

Nous avons également vu que les enquêtées parlaient d'IST avec leur-s partenaire-s (74%), tandis qu'elles disent se sentir « un peu » préoccupée par les IST (53%). J'en conclus que même si nous pouvons considérer qu'elles se sentent « un peu » concernées par le risque d'IST, cela n'a pas d'incidence sur leur-s pratique-s de prévention entre femmes. La solution est à chercher ailleurs, dans les représentations.

Quant au suivi gynécologique, 46,8% des enquêtées n'ont pas de gynécologue habituel-le, tandis que 14% disent n'y être jamais allé.

Les enquêtées sont plus de 50% (50,9%) à dire être allées faire un test de dépistage VIH au cours de leur vie, par contre elles sont 53% à dire ne jamais y être allées concernant les autres IST. Il me semble important de souligner que les moins de 25 ans sont une majorité à avoir dit ne pas avoir de gynécologue habituel-le, et ne pas avoir déjà effectué de test de dépistage VIH.

2- La démarche qualitative : retour sur l'expérience et les motifs de la pratique

2-1- Bilan des focus-groups

2-1-1 Bilan du focus-group numéro un :

Ce focus-group s'est déroulé dans les locaux de l'association, il a duré 1h40. Il a réuni 5 femmes en plus de moi. Le groupe était composé de :

- Zoé 23 ans, 3e cycle universitaire.
- Charlotte, 23 ans, 2e cycle universitaire

-Morgane, 32 ans, 1^{er} cycle universitaire

-Florence, 39 ans, baccalauréat

-Laura, 23 ans, 2e cycle universitaire

Les échanges ont été très conviviaux, des éclats de rire ont rythmé la séance. Elle a été l'occasion pour les femmes du groupe d'échanger des techniques, des savoirs sur les IST, la sexualité et la prévention. Certaines d'ailleurs sont venues dans cette optique.

Cependant, dans ce groupe une voix s'est portée vers le « politiquement correct » préventif. Il s'agissait de deux personnes qui disaient se protéger très régulièrement sur cinq. Mais leur parole a empêché en partie la voix de celles qui ne se protégeaient pas de s'exprimer. Sans doute, s'agissait-il du biais de la « désirabilité sociale ». Ainsi, la norme de prévention s'est dégagée du fait que les participantes voulaient répondre à ce qui leur semblait être mes attentes. Je n'ai pas réussi à désamorcer cet effet de l'entretien. Cela peut expliquer aussi le peu de personnes qui a voulu participer au focus-group.

Étant donné qu'il s'agissait de mon premier focus-group, au niveau de la direction des échanges du groupe, j'ai laissé libre cours aux discussions qui pouvaient s'installer. Je me suis dit que ces échanges pouvaient faire émerger de nouvelles problématiques que je n'avais pas envisagées à l'avance. Effectivement, de nouvelles thématiques ont émergé même s'il y eu aussi quelques digressions sur des questions féministes notamment.

Concernant les résultats¹¹, globalement les participantes sont très conscientes des risques d'IST/VIH, mais elles ne se protègent pas toutes tout le temps, elles font plutôt de la réduction des risques. Selon différentes situations, le rapport à la prévention ne sera pas le même.

Nous retrouvons dans ce focus-group mes trois hypothèses : d'une part le fait que le VIH soit plus situé du côté masculin, du sperme, du phallus ensuite que la sexualité lesbienne soit invisibilisée dans le cadre d'une société hétérosexiste, et enfin qu'au-delà de la prévention traditionnelle, les FSF utilisent des protections symboliques.

D'autre part, le sentiment amoureux est représenté dans cette séance comme une immunité face au risque tandis que les visites chez le gynécologue sont limitées par leur a priori d'hétérosexualité chez leurs patientes.

¹¹Je vais exposer les résultats de manière succincte pour y revenir plus loin.

2-1-2 Bilan du focus group numéro deux :

Ce focus-group s'est aussi déroulé dans les locaux de l'association, il a duré 1h20. Il a réuni seulement 3 participantes :

-Caroline, 22 ans, 1^{er} cycle universitaire

-Léa, 27 ans, 2e cycle universitaire

-Julie, 24 ans, 2e cycle universitaire

La séance est restée globalement très sérieuse, mais le nombre restreint n'a pas empêché l'apparition d'une dynamique de conversation. Elle a été l'occasion pour elles d'échanger des connaissances sur les IST, et les moyens de s'en prémunir. Pour l'une d'entre elles, cet échange était ce qui l'a motivé à venir.

Contrairement au groupe précédent, les trois participantes disaient ne pas se protéger, même si j'ai pu déceler des pratiques de réduction des risques non conscientisées.

Dans ce focus-group, j'ai été plus directive qu'avec le premier. Comme beaucoup de thématiques ont émergé dans le premier groupe, et observant qu'elles étaient abordées par mes interlocutrices, j'ai fait le choix de centrer mes interventions sur celles-ci.

À propos des résultats, je n'ai pas observé de grandes différences de représentations et d'expériences entre le premier et le deuxième groupe sauf au niveau de la connaissance des IST. Le peu d'information relatif aux IST, et les moyens de protections de la part des participantes est revenue comme un *leitmotiv*.

Les pratiques de réduction des risques, la protection imaginaire et symbolique, la représentation masculine du VIH et des IST, l'érotisation des moyens de protection, les freins à la prévention, l'invisibilisation des lesbiennes, les problèmes d'accès aux soins, ainsi que l'absence de modèle de prévention au sein de la culture lesbienne sont des thèmes qui sont venus ponctuer ce focus-group.

2-2- Rapport au risque IST/VIH des participantes

2-2-1- Connaissance des risques d'IST

J'ai pu constater grâce à la mise en place d'un *brainstorming*¹² sur les IST et le VIH que les participantes du premier focus-group avaient une bonne connaissance des différentes IST et de la question de la prévention. Pour l'une d'entre elles, cela s'explique par son implication

¹²En début de séance, j'ai organisé un *brainstorming*, il fallait que les participantes disent avec des mots ce que les termes IST, VIH et risques leur évoquaient, j'écrivais ensuite les mots au tableau.

professionnelle dans le milieu médical et de son engagement dans une association de lutte contre le sida. Les autres sont allées chercher des informations sur internet tandis que certaines sont « tombées » par hasard dessus grâce à des stands associatifs. Pour d'autres encore, il s'agit de savoirs tirés de leurs expériences personnelles autour des maladies sexuellement transmissibles. Le *brainstorming* a été l'occasion pour elles d'échanger des connaissances sur les différentes IST et leurs risques sur la santé ainsi que des « bons plans » pour trouver des moyens de protection ; par exemple, nous avons appris que nous pouvions aller dans des salons de tatouages pour nous procurer des gants en latex, ou que l'Association de Lutte contre le Sida de Lyon distribuait des digues dentaires.

Cela étant, il persiste un doute quand à l'exactitude des informations, elles disent ne pas être certaines des risques. Elles ne sont pas sûres de leurs savoirs sur la santé sexuelle. L'information véhiculée par les associations ne vient pas les rassurer sur leurs savoirs :

¹³
14 -Charlotte- *Je pense pour le cunni si t'utilises pas de digue dentaire... J'arrive pas à évaluer le degré de risque, sur quel type d'IST, j'en sais rien on va me le dire en quoi, en pourcentage, et vu que j'en utilise pas, je me dis que y'a forcément un risque. Alors, qu'est-ce qui est à risque qu'est-ce qui l'ai pas, c'est tout flou, faire des recherches toutes seules sur internet et ben c'est pas si clair, y'a pas grand-chose.*

Concernant le deuxième focus-group, le manque d'information revient comme un *leitmotiv*. Il s'agit du manque d'information sur les pratiques lesbiennes, mais aussi de leur manque de connaissance concernant le risque.

8b-Sophie-Ok et euh, ça rejoint un peu l'autre question, est-ce que vous pensez avoir un risque de contracter une IST et pourquoi ?

[...]

Léa-Ben y'a toujours un risque. Pourquoi ? Parce que je connais pas tous les moyens de protection de protection et je connais très peu de maladies sexuellement transmissibles et leurs moyens de transmission et je me suis modérément informé là-dessus et j'ai très modérément une conduite de prévention aussi quoi.

Caroline-Pareil un peu d'accord, enfin je pense qu'on peut facilement contracter des IST après, y'a plein d'IST, rien que dans le questionnaire, j'étais là je connais pas, ou j'ai entendu parler, mais je sais pas à quoi ça sert comme maladie et en plus le mode de contamination je sais pas donc y'a sûrement pas mal d'IST qui peuvent passer.

Julie-Je rejoins les deux opinions, oui je pense qu'on peut tous attraper des IST parce que moi personnellement je sais pas du tout comment ça se transmet, je sais pas le nombre que y'en a et je me protège pas donc à partir de là oui vraisemblablement je peux attraper une IST.

¹³Tous les extraits de focus-groupes utilisés ont été annotés selon l'ordre de passage pendant les entretiens collectifs. Les annotations sont des chiffres pour le premier focus-groupe, et ce sont des chiffres suivis de la lettre b pour bis pour le deuxième. Tous les prénoms utilisés sont fictifs.

Ce manque d'information à disposition a pour conséquence une reconstitution des savoirs sur les risques, elles « bricolent » à partir de source d'information sans doute multiple, une compilation des savoirs sur les risques.

13-Florence- Alors IST c'est juste infection sexuellement transmissible sans que se soit forcément le sida ? (Dit-elle en me regardant)

Sophie-Ben ça peu comprendre le sida, mais si tu veux tu peux le mettre à part.

Florence- Oui parce que pour moi en tant que lesbienne c'est lié à des pratiques bien spécifique, du style échanger son gode, euh

Sophie- De quoi qui se rapporte à ça ?

Florence-Pour le sida.

38b-Léa-Ben j'sais pas parce que si t'as pas de plaies, ça peut pas passer non ?

Julie-Mais à quel point tu vois une plaie ? Y'a des gens qui se rongent les ongles et y'a plein de plaies.

Léa-Mais justement ça, c'est du phantasme, le sida, ça passe pas parce que tu t'es un peu rongé les doigts, je me suis renseignée je peux te dire.

Julie-Ah ouais ça passe pas ?

Léa-Non faut vraiment une plaie ouverte...

Caroline-Ouais faut que y'ai du sang qui coule presque.

Julie-Ben il faut que y'ai une plaie, vraiment une ouverture, tu te ronges les ongles, tu saignes pas forcément, mais tu peux saigner.

Léa-Ben c'est pas au niveau de se ronger les ongles quoi, c'est ce qu'on m'a clairement dit.

2-2-2- Les pratiques de prévention des participantes

2-2-2-1 Démarche de prévention : la réduction des risques

La présence de FSF qui se protégeait dans le premier focus-group m'a permis de constater que plusieurs participantes (même celles qui disaient ne pas se protéger) adoptaient une démarche de réduction des risques. La réduction des risques sexuels désigne l'ensemble des stratégies qui visent à limiter les risques liés à la sexualité (grossesse, IST) [Lert, 2010].

Tandis que pour l'une d'entre elles, le risque va être écarté à tout pris grâce à l'utilisation de gants en latex, de digues dentaires, de préservatifs sur les objets sexuels et de dépistage d'IST et de VIH à chaque fin et début de relation longue ; pour les autres, le risque ne sera pas complètement mis à l'écart, ce qui les amènera à moduler leurs pratiques de prévention selon les situations. Les stratégies varieront selon la partenaire et les pratiques sexuelles. Ainsi la majorité d'entre elles utilisent systématiquement un préservatif sur les objets sexuels pour des raisons hygiénistes disent-elles, « un gode c'est sale », et vont utiliser des gants pour une pénétration anale avec les doigts « ça glisse mieux ». Par contre, elles vont se passer souvent de digues dentaires, car elles n'aiment pas la sensation « ça donne soif ». Et avec les partenaires occasionnels ou les « plans-culs » comme elles disent, certaines vont limiter les

pratiques en évitant le cunnilingus ou d'avoir des rapports pendant les règles par exemple, tandis que d'autres vont simplement se masturber mutuellement. Avec les partenaires régulières, certaines vont abandonner tous les moyens de prévention sauf le préservatif sur les objets sexuels tandis que d'autres font un dépistage d'IST et de VIH avant d'abandonner tout autre moyen de prévention. Ceux-ci sont quelques exemples de variation des pratiques de prévention qui vont être illustrées par quelques extraits d'entretiens. Nous constaterons que les pratiques de prévention varient et la représentation du risque aussi.

17-Zoé-Moi je dirais le truc de pas avoir des informations claires c'est le truc qui me conduirait à pas trop aller voir ailleurs et à limiter mes pratiques, genre dans un cas de plan cul à que se soit pas un vrai plan cul en fait, que y'est pas forcément pénétration ou alors avec les doigts.

18-Florence-Moi je sais que pour mes plans culs j'ai toujours utilisé des capotes, j'ai toujours fait attention à ça.

20-Morgane-Oui sur les partenaires occasionnelles [toutes les pratiques sont protégées]¹⁴ et sinon c'est des tests réguliers, à la fin de chaque relation, au début de la suivante. Sur les relations longues durées ouais, je ne passe pas mon temps à enchaîner les meufs. Je suis plutôt quelqu'un qui a eu des relations très longues dans ma vie, y compris avec des partenaires de longue durée, juste sur tout ce qui est objet effectivement c'est capote. Mais je pense que t'as pas que le risque d'IST, c'est dans l'hygiène effectivement, une cystite ou des conneries comme ça, et ça se communique vite donc euh. Après de là à utiliser une digue dentaire avec une fille avec qui je suis depuis trois ans non, faut peut-être pas abuser quand même. Je suis pas fan de la digue dentaire à ce point là en plus ça donne soif.

22-Florence-Non, mais j'ai eu à faire à des cas, du coup je fais attention par contre les plans cul, ce ne sont que des plans culs du coup j'vais pas leur sortir le grand jeu, y'a pas de cunni, on peut jouer avec les godes, mais c'est forcément avec une capote, y'a pas de réels échanges en fait ça reste de la masturbation donc du coup y'a pas de réelle prise de risque.

14b-Léa-Ben moi ça va être le fait de savoir que y'a très peu de risque de contamination, que je peux en parler, après c'est une conduite à risque et c'est chacun qui mesure de quelle manière elle se sent de prendre tel ou tel risque en fait.

2-2-2-2 Protection imaginaire et symbolique

En plus de la démarche de réduction des risques, les participantes vont utiliser ce que Mendès-Leité va appeler des « protections imaginaires ». Il s'agit de « l'ensemble des représentations derrière lesquelles les personnes se réfugient pour justifier de leurs comportements à l'égard du sida et précisément de la « non-dangerosité » pour elles de leurs prises de risques. » [Mendès-Leité et Deschamps, 1997]. Au sein de la démarche de réduction

¹⁴ J'ai rajouté des annotations entre guillemets ou crochets pour améliorer la compréhension, ou pour donner des éléments de contexte.

des risques d'autres stratégies de protection que celle de la prévention traditionnelle¹⁵ entre en jeu. Ainsi, la communication, la fidélité, la confiance, et la sélection des partenaires peuvent être vues comme des façons de prévenir les risques.

57-Zoé-*Et moi je rajouterais quand même d'être dans un rapport de discussion avec son partenaire, pouvoir parler de ce qu'on vit, tu vois tout à l'heure tu disais que souvent on l'apprend tard quand la personne elle va ailleurs, ben se dire juste que ces pratiques-là elles sont pas anodine quoi.*

58-Charlotte-*La communication et la confiance c'est quand même quelque chose d'important dans la prévention.*

30b- Sophie-Du coup, une démarche de prévention ou une démarche de safer-sex, de sexe sans risque ce serait quoi pour vous ?

[...]

Léa-Ben les gants et la digue dentaire c'est ça que je vois et la capote sur les objets sexuels et connaître et en discuter avec sa partenaire et connaître et avoir la confiance pour échanger sur les potentielles maladies qu'elle a quoi ou que j'ai.

31b-Caroline-*Je partirais pas mal sur s'informer de tout ce qui existe et puis j'essayerais de trouver des moyens de se protéger que ce soit gants... et puis de toute façon j'ai assez l'habitude de demander pas dès le premier soir : « c'est quoi les maladies que t'as eu », mais bon je pense c'est important de connaître un peu l'antécédent de la personne en face de nous.*

Ici la communication est vectrice de prévention, car elle permet de cerner s'il y a prise de risques. C'est une protection en amont. Elle est à mettre en relation avec la notion de confiance : pouvoir être sûr que l'autre dit la vérité concernant son statut sérologique ou face à la maladie sexuellement transmissible. Le sentiment de confiance est ici constitutif d'une relation régulière.

Une autre stratégie de protection va être la fidélité :

16-Sophie-*Tu veux dire comme moyen de protection : le fait de pas aller voir ailleurs.*

Charlotte-Le fait de pas aller voir ailleurs, si t'es avec quelqu'un depuis un an et que a-priori t'es pas allé voir ailleurs, je me dis quand même que pour choper une IST, 'fin après les mycoses y'a pas besoin, ça peut s'attraper sans coucher, c'est pas forcément sexuellement transmissible, mais je pense au Sida ou au Papillomas virus, l'herpès a priori si moi je suis pas allée voir ailleurs et elle non plus bon y'a quand même un peu moins de risque, mais bon c'est quand même une donnée un peu aléatoire, c'est pas un mode de protection concrètement donc euh.

10b-Julie-*si on a toujours la même partenaire et que au bout d'un certain temps on n'a pas eu de symptômes d'IST j'aurais tendance à dire non j'ai pas d'IST. Mais j'en sais rien, mais je serais partie pour dire ben non j'ai pas de symptômes parce que pour moi les IST c'est moins grave que le sida, et c'est sûrement faux d'ailleurs, mais en tout cas ça gratte, ça démange, y'a des brûlures, en tout cas y'a des symptômes visibles quoi.*

¹⁵Ici la prévention traditionnelle va recouvrir les discours qui prescrivent l'utilisation de tous les moyens matériels de prévention (protection barrière comme les préservatifs) avec pour optique zéro risque.

Certaines des participantes vont sélectionner soigneusement leurs partenaires sexuelles en écartant sensiblement les femmes en situation de multipartenariat. Celles-ci étant perçues comme vectrices du risque.

12b-Julie-Et puis c'est sûrement horrible ce que je vais dire, mais pour moi les IST et tout ça, c'est les gens qui vont tous les soirs en soirée choper quoi. J'imagine ça comme ça, que du coup je me sens pas franchement concernée de par les relations que j'ai eues et tout ça donc euh. Ouais j'ai plutôt cette tendance à croire ça que c'est un peu avant, enfin je sais pas. On va dire pour gays, les homosexuels y'a un peu ces histoires de backrooms, je sais que c'est pas du tout le cas chez les lesbiennes, mais je me dis ben je sors pas en boîte, j'ai pas l'impression d'être avec beaucoup de filles qui sont à la recherche de compagnes d'un soir donc je vais peut-être pas attraper une IST parce que je suis avec des compagnes fixes voilà.

Sophie-Et que toi tu cherches pas des compagnes d'un soir quoi ?

Caroline-Et qu'elles n'ont plus.

Julie-Et qu'elles n'ont plus. Enfin je crois.

21-Florence-Moi je sais que j'ai deux comportements, avec les filles avec lesquelles je sais que je vais rester, je vais pas comme ça coucher du jour au lendemain, y'a tout un temps où je dirais que je vais me renseigner sur le pédigrée de la personne.

59-Sophie-Et quand tu te renseignes sur le pédigrée tu demandes quoi ?

Florence- C'est pas une question que je demande, c'est que toujours un moment donné on va parler de notre vie, c'est-à-dire le nombre de partenaires, pas forcément en terme de nombre, mais les partenaires qu'on a pu avoir comment ça c'est passé, si ça été coup sur coup, forcément. Moi la dernière avec qui je suis allée discuter, j'avais l'impression que y'avait un feeling qui passait bien, j'ai appris qu'elle avait jamais été célibataire, ça m'a fait tiquer tu vois ça déjà pour moi, tu vois ça, ça veut dire que y'a pas c'te différence entre on construit quelque chose et c'est juste pour une nuit. Ça veut dire qu'elle se laisse vraiment entraîner.

2-2-2-3 Érotisation des moyens de protection

Certaines des participantes de mes focus-groups déplacent l'utilisation des moyens de protection de leur registre sanitaire vers un registre érotique. Ainsi pour Julie il faut introduire le gant en latex par un jeu :

23b-Julie-Oui avec un mec, je voulais pas, je lui ai dit moi non non je veux un préservatif, il m'a pas semblé que, il ouvre le tiroir et voilà c'est fait quoi. Alors que si je dis du jour au lendemain aller on veut se protéger, on s'achète toutes les deux des gants, et y'aurait de nouveau un jeu à faire, à quel moment tu sors les gants, à quel moment tu interromps les préliminaires. Ça me semble super lourd à mettre en place en fait.

Sophie-Tu parles de jeu vraiment.

Julie-Ouais un jeu pour que se soit glamour que se soit pas arrêté avec le gant, parce que pour le touché les caresses tu vas pas le faire avec ton gant, je sais pas un moment donné t'es bien obligé de le sortir et d'une manière assez délicate, voilà je pense à tout ça et je me dis faut quand même beaucoup discuter avec ma partenaire. Ça coïncerait un peu les premières fois et après ça passerait c'est pas anodin.

Selon Morgane et Charlotte, le gant noir est érotisé en soi, il fait partie du jeu.

35-Morgane- *Sinon quand je suis avec ma nana, on a fait des tests et tout ça, ben la digue dentaire déjà c'est le premier truc qui va à la poubelle, les gants ça va être occasionnel pour du jeu ou certaines pratiques. Ça aide pour avoir de la prise pour glisser. Donc voilà par contre au bout d'un moment non, mais par contre la (capote, je pense), ça a toujours été systématique systématique systématique.*

38-Morgane- *D'une manière générale ça va, mais faire un fist avec un gant bleu, j'aurai l'impression d'être ridicule.*

Charlotte-Ah ouais

Morgane-t'imagines !

Charlotte-Avec un gant noir tout de suite tu fais hum, ouais.

Pour Charlotte, c'est le préservatif qui fait partie du jeu puisqu'il est associé à des objets sexuels, autrement appelés *sex-toys* :

34-Sophie- *Tu parles des capotes sur les godes.*

Charlotte-Oui, mais les gants, si parce que cet hiver, c'était un peu la loose il suffit d'avoir beaucoup de coupure, mais après quand t'es dans le feu de l'action je me vois pas faire : « attends, j'vais chercher les gants », mais le « attends je vais chercher les capotes [pour les jouets sexuels]» ça marche bien.

2-3- Les freins à la protection

2-3-1- Les freins liés aux représentations

2-3-1-1-VIH/IST du côté masculin

Plusieurs passages de mes focus-groups viennent conforter mon hypothèse à propos du lien entre le sida et le masculin, le sperme. Dans l'extrait qui suit le message est clair, le VIH est associé au phallus :

3-[Lors du brainstorming à propos du VIH] *Florence-Moi le premier truc qui me vient à l'esprit c'est bite.*

Charlotte-Ah ouais ?

Florence - Et ben ouais, j'ai beau me dire, si si en tant que lesbienne on peut très bien-être infectée, je n'arrive pas à me le mettre dans la tête. J'me sens pas concernée c'est terrible hein, mais ça n'empêche que dans certaines pratiques j'utilise des capotes, voilà, mais pour moi c'est un truc ou d'hétéro ou de bi, mais pas de lesbienne.

Le deuxième *brainstorming* à propos du sida va aussi confirmer ce lien :

2b-Sophie-Alors maintenant sida VIH, à quoi ça vous fait penser ?

Léa-Gay.

[...]

Léa-Préservatif.

[...]

Léa-Campagne d'information...Dramaturgie...Sperme.

Morgane et Caroline associent le sida aux pratiques hétérosexuelles que peuvent avoir les lesbiennes :

59- Sophie-C'est bon ? Du coup je vais vous citer une phrase et vous allez me dire si vous êtes d'accord ou pas d'accord et vous allez justifier un peu pourquoi vous êtes d'accord ou pas d'accord. La phrase est : « le sida n'est pas une affaire de lesbienne ».

Morgane-Pas d'accord parce environ 78% des lesbiennes à l'heure actuelle ont eu un moment ou un autre une sexualité hétérosexuelle à un moment donné de leur vie aussi...

3b-Caroline-Pas trop d'accord, déjà parce que c'est quelque chose de très important, même si on pense qu'en étant lesbienne on peut pas l'avoir, dire c'est pas son affaire c'est comme si dire qu'on en avait rien à faire que les autres pouvaient l'avoir ça nous posait pas de problème, ça m'embête de dire ça. En plus, je suis pas assez calée sur tout ce qui est IST c'est pour ça que je viens ici, mais je pense que y'a des moyens de le faire passer dans des rapports avec des femmes, et en plus il y a pas mal de lesbiennes qui peuvent avoir le sida avec les hommes.

Florence et Caroline elles, placent le risque du côté de l'utilisation d'objets sexuels :

13-Florence- Alors IST c'est juste infection sexuellement transmissible sans que se soit forcément le sida ? (Dit-elle en me regardant)

Sophie-Ben ça peu comprendre le sida, mais si tu veux tu peux le mettre à part.

Florence- Oui parce que pour moi en tant que lesbienne c'est lié à des pratiques bien spécifiques, du style échanger son gode, euh

Sophie- De quoi qui se rapporte à ça ?

Florence-Pour le sida.

19b-Caroline-C'est plutôt ça et peut-être que dans mon imaginaire peut-être que y'a telle ou telle pratique c'est plus risqué, mais c'est pas des pratiques que je fais du coup...

Sophie-C'est lesquelles par exemple ?

Caroline-C'est tout ce qui est violence et compagnie ou tout ce qui est échange d'objets...

Sophie-D'objets sexuels ouais ?

Caroline pense que les hommes sont plus vecteurs de risque que les femmes :

30b-Caroline-Un peu des deux, je pense que le risque est quand même plus grand avec un homme qu'avec une fille.

32b-Caroline-Ca je demanderais plus si elle a eu un mec avant, et si elle a eu un mec si elle s'est toujours protégée ou pas, ça c'est les principales questions, et si elle a déjà fait un test, voilà.

D'un autre côté, la sexualité lesbienne est vue comme dépourvue de risque. Tandis que Florence ne se sent pas concernée par le risque de transmission, Laura (comme Caroline et Julie) ne se protège qu'avec les hommes et selon elle la catégorie femme procure une quasi-immunité :

4-Florence-Ca à force que le message soit rabâché, moi je m'en souviens c'était en 87, non en 90, je sais pas si c'était les mêmes années, mais ma prof nous a demandé si on se sentait concerné, moi j'ai dit non.

40-Laura-J'en flippe depuis tout à l'heure parce que je me suis jamais protégée avec les filles et du coup que avec des mecs, avant.

41-Morgane-Parce que tu trouves que y'a une grosse différence dans tes pratiques.

Laura-Ben c'est pas forcément pratique ou c'est pas technique, c'est dans l'esprit, j'sais pas, avec une fille y'avait pas un souci d'IST et tout ça.

2-3-1-2 L'amour et le plaisir comme freins

Plusieurs études ont montré que dès lors qu'il y avait des sentiments amoureux la prise de risque se trouvait démultipliée. Ici, nous assistons au même phénomène. Issus du sentiment de « protection symbolique » que représentent l'amour, et la confiance, les moyens de protection sont abandonnés, voir la prise de risque n'est pas pensée.

37-Florence- Moi y'a que quand je suis amoureuse que je prends aucune précaution. Non parce que vraiment, j'y pense pas. Si tu veux là on est en train d'en discuter donc je percuté, mais quand je suis amoureuse, mais je suis à des milles lieux de ça, mais vraiment.

Le registre émotionnel passe avant le risque :

24-Florence- Déjà quand je discute c'est pas non plus là-dessus, je pense que à ça, moi ce que je veux savoir dans le pédigrée c'est déjà si émotionnellement j'avais pouvoir m'investir après le reste ça vient, mais progressivement, si on est intéressé l'une par l'autre, dans la mesure où je ne couche pas directement le premier soir, je pense que la maladie elle a largement le temps de se développer tu vois ce que je veux dire , donc elle a largement le temps d'aller voir quelqu'un se faire soigner.

8-Florence-Moi ça me refait penser à la passion parce que forcément, quand elle est trop jolie et que tu craques, on pense pas trop...

La recherche du plaisir est aussi un frein à la prévention :

22b-Sophie-Du coup est-ce que vous faites des choses pour vous prémunir du risque ?

Léa-Ben du coup moi non (elle ne se protège pas) et pourquoi ? Ben pour le plaisir, et parce que y'a peu d'information et pour le plaisir. Utiliser une digue dentaire pour faire un cunni, je me vois pas quoi en gros.

26b-Léa-Et puis moi mettre des gants ça m'apparait pas comme quelque chose de compliquer qui romprait l'harmonie qui se passe un moment donné. Et niveau sensation, ça me gêne vachement plus d'utiliser une digue dentaire enfin un truc qui s'interpose entre moi et le contact d'avec ma partenaire pour le cunnilingus que mettre des gants pour la pénétration en fait. Parce qu'au niveau de la sensation, enfin que la sensation du plaisir elle se joue pas tant dans le contact du doigt donc ça me gênerait moins.

2-3-1-3 L'absence de modèle de prévention dans la culture lesbienne

Dans les deux focus-groups, est revenue l'idée de l'absence de prévention dans la culture lesbienne. Cela au niveau de la culture télévisée dans des séries comme L Word, (série très populaire dans le milieu lesbien), ainsi que dans la pornographie.

42-Zoé-*Y'a le rôle du porno aussi parce que y'en a quand même plein qui sont pas safe, qui n'utilisent pas de latex du tout, moi c'est vraiment un truc qui m'énerve. Le nombre de pornos que je vois passer. Sophie-Du coup y'a pas de représentation du safe qui peut faire partie de la culture euh...*

Zoé-Du coup ça va pas avec l'excitation, tu vois. Non seulement il en est pas question au niveau de la prévention classique, on parle que des rapports hétéro ou homo, gay, et s'il en est pas question au niveau du porno, ben c'est fini.

25b-Sophie-*Mais pourquoi se serait difficile en fait de sortir... ?*

Julie-Un gant ?

Sophie-Oui

Julie-Je sais pas j'ai jamais vu ça dans par exemple « The L word ».

Sophie-T'as pas de modèle en fait ?

Julie-Oui voilà, j'ai jamais vu ou entendu ou vu des personnes qui utilisaient un gant, et puis ouais j'ai jamais eu ça, enfin je dis « L word » mais comme modèle, comme dans un film t'as déjà vu des préservatifs t'as déjà vu ça, entendu parler de ça, ouais voilà, j'ai pas un modèle je sais pas comment sera le touché j'ai l'impression que quand même y'aura un blocage par rapport à l'utilisation, mais je parle que du gant encore c'est le plus facile.

Et enfin, l'utilisation des moyens de prévention se heurte aux mœurs de la société qui rend inhabituel le recours aux moyens de protection. Leur utilisation serait une transgression à la norme.

23b-Julie-*Ca s'achète, et je sais pas trop comment me procurer ça et puis je sais pas si ma partenaire elle serait d'accord pour l'utilisation, je vois pour les mecs je trouve que si une fille elle dit en tout cas moi je disais : « gars tu mets un préservatif », il disait pas, ben non bidule, c'est déjà rentré dans les mœurs.*

27b-Caroline-*Avec les hommes j'essaie plus de me protéger qu'avec les filles, ça marche pas à tous les coups, mais... en tout cas avec les filles je me disais pas attention faut que je me protège tandis qu'avec un mec au moins au départ je me disais je vais essayer de me protéger bon après ça marchait pas à tous les coups, mais j'ai l'impression c'est plus habituel, plus logique de se dire je vais me protéger avec un mec tandis qu'avec une fille, on n'y pense pas.*

2-3-2 Les freins institutionnels

2-3-2-1 Invisibilité de la sexualité lesbienne

Beaucoup des participantes ont invoqué l'invisibilité des lesbiennes et l'impensé de la sexualité lesbienne par les pouvoirs publics et la société en général pour argumenter l'absence de campagne de prévention à destination de ce public. Je reviendrais plus tard sur ce sujet.

45-Charlotte-*C'est vrai que quand on discute avec des filles qui commencent à peine, des filles qui commencent à peine leur vie sexuelle, ouais si tu leur parles de prévention et tout j'ai quand même l'impression ouais que de toute façon c'est bite, sperme, une contamination par un mec quoi, après c'est peut-être pas général, mais...*

*Morgane-*Parce que c'est ce qu'on apprend aussi, c'est comme ça aussi que ça nous a édicté si curieusement on nous parle juste de rapport homme-homme ou homme-femme, femme-femme c'est...

46-Charlotte-*On voyait un autre truc sur la culture sida, le matraquage médiatique qui soit parfois utile ou qu'il nous semble parfois rébarbatif, c'est toujours la même chose homme-homme, femme-homme, mais par contre peut-être qu'inconsciemment tu vois un matraquage médiatique sur une maladie mortelle qui à l'air super grave, mais tu te rends compte que ta situation personnelle ben a priori elle est ni dans la pub en question, ni dans le truc en question.*

6b-Léa-*(s'adressant à Julie) Et par rapport à ce que tu disais si y'a peu d'information de risque de transmission entre lesbiennes ben c'est sûrement notamment parce que y'a peu de risque de contamination, mais aussi parce que ça intéresse pas les politiques, les médecins, etc, et du coup que y'a peu de recherche dans ce domaine là, mais c'est un peu difficile de savoir quand on a aucune information, qu'est-ce qui fait la part qu'on a aucune information et si c'est juste de la lesbophobie dans le sens de l'invisibilité et la non-reconnaissance de cette sexualité là .*

La sexualité lesbienne est considérée :

48-Charlotte-*Moi je pense que c'est encore une fois de relier à la vision que l'ensemble de la société a de la sexualité lesbienne. Donc de toute façon cette sexualité-là reste une sous-sexualité, donc on est dans un sous risque.*

51-Morgane-*De toute façon quand tu parles d'homosexualité les gens vont visualiser des couples hommes-hommes.*

7b-Léa-*Ben en fait c'est tellement des réelles transmissions par le sperme en fait et du coup les campagnes de prévention elles viennent du risque que le sperme peut transmettre que se soit entre hétéros ou homos, donc depuis les hommes. Et ce que je dis sur les lesbiennes c'est que ben je parle de lesbophobie dans le sens de l'invisibilisation de la sexualité lesbienne, comme on va voir de manière générale que les lesbiennes c'est des filles qui se touchent les cheveux, qu'on met pas en avant qu'on peut avoir une sexualité entre elles, et du coup y'a pas de sperme et du coup y'a pas de danger, on va pas se renseigner, on va pas chercher plus loin quoi ... Alors que y'a de réelles pratiques y'a un liquide séminal.*

Certaines disent que l'information est hétérocentrée :

5-Charlotte-*Je trouvais que y'avait une surinformation aussi quand j'étais au lycée et moi la première question que je me suis posée c'est, ouais on nous parlait tout le temps des risques du sida, mais version hétéro du coup un moment tu te dis en fait le truc c'est quand je couche avec une fille, ça marche comment ?*

*Morgane-*Non mais l'information elle est hétérocentrée, ou homo mais côté garçon uniquement, nous c'est bien connu qu'on s'embrasse la main et qu'on se fait des petits bisous avant de s'en dormir.

12-Florence-*Pas sûr que ce soit orchestré parce que de toute façon on est dans une société patriarcale et les hommes partent du principe que la femme n'a pas de sexualité propre, que la sexualité de la femme vient de l'homme, je vis quelque part sur leur acquis.*

3-2-2 Problèmes d'accès aux soins

Les médecins sont accusés de ne pas connaître les risques de transmission d'IST entre lesbiennes. Cela peut constituer un frein au suivi médical.

6-Zoé-*Moi j'ai jamais rencontré de gynéco qui sachent ce que c'était une digue dentaire, après j'en ai fait quatre c'est pas non plus énorme.*

39b-Julie-*Et les médecins qu'ils soient un peu plus, ouais ouvert, quoi, moi j'en ai parlé à mon médecin généraliste et puis je lui disais que je voulais faire plein de tests sanguins, et puis je finis par mentionner le VIH et là elle me regarde et elle me dit : « ben vous vous protégez ? », je lui ai dit : « ben non » et elle m'a dit : « ah ben non », elle commençait à faire une tête tu vois de déterré, je lui ai dit : « oui, mais c'est parce que je suis avec une fille » et elle m'a dit : « ah » mais même elle elle m'a pas dit : « je suis votre médecin, je vais vous dire où vous pouvez aller ». Je veux, dire ça l'a rassuré que je sois avec une fille donc que j'aurai pas de maladie.*

*Léa-*Ben non deux filles entres elles c'est pas dangereux.

*Julie-*Mais pour un médecin c'est grave.

*Léa-*Oui, mais c'est ça, moi quand j'ai voulu donner mon sang aussi, du coup j'ai dit que j'étais lesbienne, il m'a demandé je sais plus comment il m'a demandé ça, si j'avais une ou plusieurs partenaires, alors je lui dis plusieurs, parce qu'il devait se dire que j'avais eu qu'une partenaire que c'était pas dangereux, alors plusieurs ça l'embêtait un petit peu quand même et il m'a dit : « ah oui j'ai vu un de vos collègues eux ils ont des pratiques à risque, mais bon vous c'est pas pareil ». Genre les gars...

*Caroline-*Eux aussi je pense qu'ils sont pas bien informé, je pense que les médecins sont pas informés.

2-4-Commentaires

De nouvelles thématiques ont émergé de ces focus-groupes la réduction des risques, l'érotisation des outils de prévention, le problème d'accès aux soins, ainsi que l'absence de modèle de prévention dans la culture populaire lesbienne.

Face à l'absence ou la rareté des discours de prévention à destination des pratiques lesbiennes, la démarche de réduction des risques, la protection imaginaire et symbolique et l'érotisation des moyens de prévention constituent une appropriation individuelle d'une démarche de prévention.

Cette démarche de prévention s'apparente à ce que Beltzer qualifie « d'exposition raisonnée » [Beltzer, 2000]. Il s'agit d'une stratégie de réduction des risques plutôt que d'une volonté

d'arriver à une situation de risque nul. Loin d'un évitement de la question du risque et de la prévention, il s'agit d'une rationalisation des comportements et des pratiques sexuelles vis-à-vis de leur connaissance des risques en matière de sexualité.

Par exemple, l'une des enquêtées disait se renseigner sur le « pédigrée » de la personne avant d'entreprendre des relations plus intimes avec. Pour reprendre la typologie de Rommel Mendès-Leité, les mécanismes de sélection dont parle cette enquêtée s'apparentent à ce qu'il appelle « le mécanisme de repérage » au sein des modes de protection imaginaire et symbolique. Ce repérage tient au style de vie de la personne, et plus particulièrement, elle est attentive aux pratiques de multipartenariat. Il y a ici élaboration de stratégies personnelles de maîtrise du risque par la sélection des partenaires sexuelles

6^{ème} partie : discussion

Dans cette partie je vais répondre à ma problématique en comparant mes résultats à mes hypothèses.

I- Les mécanismes sociaux qui prévalent dans la protection des FSF

Ma première hypothèse faisait un lien entre le manque de protection des FSF et l'association courante du VIH et par extension des IST au sexe masculin et au sperme. Cette association étant issue des discours de prévention qui ciblent exclusivement les rapports sexuels entre hommes, et les rapports hommes-femmes. Les focus-groups ont été une bonne illustration de ce lien¹⁶. Dans les résultats des questionnaires on s'aperçoit que si les FSF ont rapports sexuels avec des hommes, elles se protègent systématiquement. Le message de prévention qui cible les rapports hétérosexuels semble être bien admis. Par ailleurs, toujours dans les questionnaires, le fait d'être lesbienne est une explication au fait de ne pas considérer ses pratiques sexuelles comme à risque concernant le VIH.

Du côté de la mise en pratique de protection, j'avais émis l'hypothèse que toute personne mettait en place des mécanismes de protection imaginaire au sens de Mendès-Leité et que le fait de se dire lesbienne pouvait être l'une d'entre elles. Grâce à mes focus-groups, j'ai bien constaté l'existence de mécanisme de protection imaginaire comme la communication, la fidélité et la sélection des partenaires. Le fait de se dire lesbienne comme barrière symbolique est plus apparu dans mes questionnaires comme explication au fait de ne pas considérer ses pratiques comme à risques vis-à-vis du VIH.

Cependant, j'ai découvert qu'en plus de cela, certaines mettaient en place des stratégies de réduction des risques telles que la limitation des rapports sexuels selon le contexte par exemple. Cela entre en contradiction avec les résultats des questionnaires. Tandis que les enquêtées de mes questionnaires disent qu'elles ne se protègent pas et qu'elles se sentent peu préoccupées par les IST, les participantes aux focus-groups pratiquent la réduction des risques. Cela m'amène à remettre en question la construction du questionnaire. En effet, celui-

¹⁶ Cf. la partie 2-3-1-1, VIH/IST du côté masculin.

ci n'était pas suffisamment flexible pour faire apparaître l'existence de pratique de réduction des risques. A la création de mon questionnaire, je me suis située dans une perspective de prévention traditionnelle oubliant les possibilités de mise en place de stratégies individuelles autres que les méthodes dites barrières (préservatifs, digues dentaires, gants en latex).

Enfin, une autre thématique est venue soutenir mes analyses : le problème d'accès au soin.

Ainsi dans mes focus-groups, plusieurs des participantes ont raconté leurs mésaventures avec le corps médical. Et notamment, le fait que les médecins ne considèrent pas le risque d'IST au sein des rapports entre femmes. Les questionnaires sont venus appuyer ce fait en montrant la défection des lesbiennes vis-à-vis des gynécologues. Respectivement 82,8% et 62,5% des enquêtées qui disent ne pas avoir de gynéco habituel et qui disent n'avoir jamais eu de dépistage IST au cours de leur vie se définissent comme lesbienne ou homosexuelle. Cependant, elles sont en majorité à avoir fait le test du VIH plusieurs fois au cours de leur vie. Est-ce parce qu'il y a la possibilité de le faire anonymement dans des CIDAG ?

Mais ce qui sous-tend la problématique du rapport au risque des FSF vis-à-vis des IST et du VIH c'est la façon dont l'information a été (ou pas) diffusée.

2- Les pouvoirs publics face à la prévention des risques d'IST chez les FSF

2-1- Biais hétérosexiste, un déni de reconnaissance par les pouvoirs publics d'une sexualité lesbienne

Les lesbiennes ont été invisibilisées de la question du VIH et des IST durant toute l'histoire du sida.

Concernant les femmes hétérosexuelles déjà, depuis 1997 seulement, et le 1^{er} colloque femmes et VIH, nous avons commencé à parler de la féminisation du sida et de la prévalence des femmes hétérosexuelles. Les femmes hétérosexuelles ont été après quelques années d'oubli, convoquées sur la scène du sida par la problématique de la transmission materno-fœtale. Il faudra attendre l'an 2000 pour voir apparaître une campagne de sensibilisation à leur égard. [Paicheler, Sitbon, 2008] Dans ce cas, nous pourrions faire le même constat que

Monique Membrado à propos des femmes dans le champ de la santé, leur expérience est celle de l'oubli à celle de la particularisation [2006].

Essayons de comprendre le mécanisme d'invisibilisation. D'abord comme le rapporte Epstein [2001], à ses débuts, la question du sida s'est focalisée sur les homosexuels masculins, même si déjà on recensait quelques cas de femmes touchées par le VIH. Les lesbiennes apparaissent seulement comme accompagnantes dans les combats des hommes homosexuelles, elles se sont notamment beaucoup engagées socialement et politiquement au côté des activistes gays. Cela tend à assoir le rôle compassionnel des femmes, leur devoir de venir en aide et leur statut secondaire.

Si l'on regarde du côté de la littérature, on s'aperçoit qu'il y a une abondance d'ouvrage de la santé des homosexuels masculins, et une quasi-inexistence de ces ouvrages concernant les lesbiennes. Un examen des recherches sur l'homosexualité prouve que le générique est masculin : les études portent en général sur les hommes. Les lesbiennes sont invisibilisées dans la catégorie des homosexualités par le général masculin. « L'homosexuel devient la figure universelle de l'homosexualité, les lesbiennes en sont des expressions particulières, marginales. » [Guillemaut 1994]

D'autre part, la sexualité lesbienne est un impensé social. « Il n'y a pas de sexualité là où il n'y a pas de pénétration masculine » nous dit Daniel Welzer-Lang [1994]. Spencer aussi nous démontre en 1993 que le rapport sexuel signifie qu'il y ait pénétration suivie d'un orgasme et cet acte concerne deux personnes de sexe opposé selon les conceptions collectives.

Au milieu des années 80 les lesbiennes ont été exclues des discours à travers la notion de « pratique à risque ». Les pratiques sexuelles lesbiennes n'étant pas reconnues comme des pratiques sexuelles, on dénie l'existence d'une sexualité des femmes qui soit autonome. Les sexualités lesbiennes vont à l'encontre des représentations « anciennes » de la nécessaire relation entre sexualité et reproduction. Rappelons-nous que la sexualité lesbienne est une forme inaboutie de sexualité selon Freud.

Les manuels ou supports généraux de prévention [Janier 2009, Montagnier 1996] se focalisent sur le sexe masculin, les préservatifs, le coït et la fellation. Y sont absents les mentions

d'éjaculat féminin ou l'évocation de la digue dentaire¹⁷ comme moyen de prévention face aux IST par exemple. On notera que certaines pratiques pouvant faire partie de la sexualité lesbienne et impliquant des substances (potentiellement transmettrices) sont des pratiques comprises également dans la sexualité hétérosexuelle (pénétration digitale, *fisting*¹⁸, cunnilingus par exemple). Elles ne sont pourtant généralement pas prises en compte par les campagnes de prévention publiques. A nouveau, cette absence du sexe lesbien dans les manuels généraux en dit moins sur le risque «réel» épidémiologiquement que sur la manière dont fonctionnent les représentations de ce qu'est le « vrai » rapport sexuel. [Martin, 2009: 49]

Il s'agit de cette invisibilisation qui est la base de la lesbophobie (double discrimination liée à l'orientation sexuelle et au genre). « L'homophobie est la discrimination envers les personnes qui montrent, ou à qui l'on prête, certaines qualités (ou défauts) attribuées à l'autre genre. [...] C'est aussi la stigmatisation ou la négation des rapports entre femmes qui ne correspondent pas à une définition traditionnelle de la féminité. » [Welzer-Lang, 1994] L'homophobie se construit sur une pensée sexiste essentialiste qui tant à considérer chaque genre selon des attributions que l'on croit naturelle et hiérarchisées.

Ici l'invisibilisation est une manifestation d'une pensée que nous pouvons appeler hétérosexiste.

2-2 Système hétérosexiste

Le mot n'apparaît pas dans des dictionnaires de la langue française, mais le concept à déjà un long passif, il représente ce qu'est « la pensée straight » pour Monique Wittig ou « la contrainte à l'hétérosexualité » pour Adrienne Rich.

¹⁷ Dernière campagne de prévention dédiée aux IST financée par l'INPES : <http://www.info-ist.fr/index.php>. Si nous observons ce site, nous y voyons que les préservatifs féminins et masculins sont les seuls moyens pour se protéger des IST et que la fellation et la pénétration sont présentées comme les seules pratiques vectrices de transmissions des IST. D'autre part, les personnages qui illustrent les pages du site sont soit des couples d'homosexuels hommes, soit des couples hétérosexuels, une femme seule qui réfléchit, et une femme infirmière. De la même façon, dans la dernière campagne de prévention de AIDES, ils ne parlent que de préservatifs masculins et ne représentent que des phallus et des pénétrations : <http://www.aides.org/presse/sexe-condom-et-bande-dessinee-quand-la-capote-penetre-le-monde-du-comics-960>

¹⁸ Pénétration digitale.

Il s'agit d'un système de pensée faisant de l'hétérosexualité la norme unique et légitime à suivre en matière de pratique sexuelle. L'hétérosexisme est à la base de l'homophobie et du sexisme.

« L'hétérosexisme peut-être défini comme un principe de vision et de division du monde social, qui articule la promotion exclusive de l'hétérosexualité à l'exclusion quasi promue de l'homosexualité. Il repose sur l'illusion téléologique selon laquelle l'homme serait fait pour la femme, et surtout, la femme pour l'homme, intime conviction qui se voudrait le modèle nécessaire et l'horizon ultime de toute société humaine. » [Tin 2003 : 208]

L'invisibilisation des lesbiennes est l'une de ses conséquences :

« La grande question du féminisme est-elle seulement celle de « l'inégalité des sexes », de la colonisation de la culture par les hommes, des « tabous sur l'homosexualité » ou bien n'est-ce pas aussi celle de la contrainte à l'hétérosexualité pour les femmes, comme moyen d'assurer un droit masculin de jouissance physique, économique et affective sur les femmes ? L'un des moyens de contrainte utilisés est, bien sûr, l'occultation de la possibilité lesbienne, continent enfoui, dont quelques pointes émergent à la surface de temps à autre pour retomber dans l'oubli. » [Rich, 1981 : 31]

Ce système réduit le champ de la sexualité à l'hétérosexualité et à la reproduction.

« L'hétérosexualité est une construction culturelle qui justifie le système entier de la domination sociale fondée sur la reproduction obligatoire pour les femmes et sur l'appropriation de cette reproduction. »

Historiquement l'une des manifestations de l'hétérosexisme est le classement de l'homosexualité du côté de la maladie mentale, de la déviance. L'homosexualité a été supprimée de la liste des maladies mentales de l'Organisation mondiale de la santé en 1991.

2-3 Désinvestissement des pouvoirs publics

Jusque 2010, seuls des groupements épars se mobilisent pour créer des brochures de prévention sexuelle en direction des lesbiennes, mais qui ne sont pas soutenus par les pouvoirs publics d'État: brochure de l'ALS, d'ARIS, Gouixx autofinancé... En 2010, c'est la première fois que les pouvoirs publics prennent en charge des questions de santé sexuelles relatives aux FSF. Tout d'abord, le plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 comporte

des recommandations relatives aux femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes. Ensuite en 2010, l'INPES a financé une campagne de prévention à destination des FSF intitulée : « Comment ça va les filles ? ». Enfin, le CRIPS Ile de France a créé un site internet L.

7^{ème} partie : recommandations et conclusion

I- Recommandations

Considérant qu'elles étaient le plus à même de répondre, j'ai demandé à mes enquêtées grâce aux questionnaires, ce qu'il fallait faire pour améliorer l'information sur les IST et le VIH à l'égard des lesbiennes et bisexuelles. J'ai eu de nombreuses propositions dont je vais vous faire part (propositions regroupées en thèmes et classées par ordre de popularité : du plus populaire au moins populaire) :

- Animer des séances de prévention dans les collèges, lycées et universités.
- Distribuer des tracts ou des affiches dans différents lieux : associations communautaires, lieux festifs LGBT¹⁹, festivals LGBT, Plannings familiaux, cabinets médicaux, pharmacies...
- Produire des campagnes de prévention multimédia (radio, internet, télévision).
- Améliorer l'accueil des FSF chez les gynécologues par l'amélioration de la formation de ces derniers sur les questions lesbiennes.
- Faire des études plus approfondies sur les risques de transmissions IST/VIH entre femmes.
- Lutter contre l'homophobie.
- Favoriser la démarche de réduction des risques sexuels chez les FSF.
- Favoriser la représentation des FSF (par des photos ou dessins par exemple) dans les brochures généralistes.

Enfin les enquêtées restent partagées entre l'idée de produire des campagnes de prévention à destination des lesbiennes et bisexuelles et celle de se concentrer sur les pratiques sexuelles

¹⁹LGBT : Lesbiennes, Gay, Bi, Trans.

plutôt que sur les identités.

2- Conclusion

Au cours de ce stage, j'ai eu l'opportunité de mener une recherche autour de la question de la prévention des FSF. Cette recherche était l'occasion pour le CRIPS d'étoffer son offre documentaire sur un sujet peu étudié.

Au terme de cette expérience, je tiens à exprimer le plaisir que j'ai éprouvé à travailler au CRIPS Rhône-Alpes pendant ces quelques mois. Tout d'abord, car j'ai eu l'opportunité de mener une recherche sur une question qui me motivait particulièrement. Ensuite, car j'ai pu très vite avoir une place à part entière au sein de ma structure d'accueil.

Cette mission m'a permis d'acquérir des compétences dans la recherche, elle m'a poussée à travailler ma capacité d'analyse ainsi que mon expression écrite. Plus largement, mener cette recherche m'a appris à adopter un comportement professionnel. J'ai pu ainsi développer mon aptitude à travailler en autonomie tout en sachant recourir au soutien de mes collègues et de mon maître de stage, en cas de besoin. Ce stage m'a permis également de développer ma maîtrise des outils méthodologiques nécessaires à la recherche en sciences sociales. J'ai pu ainsi expérimenter l'animation de *focus-groups*. Cette dernière expérience était très enrichissante, car j'ai pu découvrir un outil méthodologique qui implique directement les enquêté-e-s à la recherche en les mettant en situation de participant-e-s.

De plus, j'ai acquis des connaissances théoriques sur la question de la prévention IST/VIH chez la population lesbienne. Savoirs qui me serviront pour la suite, car je compte continuer à évoluer dans le milieu de la santé et de la prévention VIH/IST.

Pour les mois à venir, j'envisage de devenir volontaire à la délégation d'AIDES à Lyon en participant à la formation des volontaires d'AIDES afin de m'engager dans des actions de réduction des risques liées à la sexualité ou à l'usage de drogues.

Enfin, dans le futur, j'aimerais beaucoup faire de la recherche-action pour des associations de prévention ou de réduction des risques et ainsi développer une approche participative de la recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- Actes du colloque femmes et VIH, 1997-2007, où en sommes-nous dix ans après ?, 2008.
- BAJOS N., BELTZER N., « Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives », in Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.
- BELTZER N. et GREMY I., « Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque de VIH ? », *KABP* 1998, Publication de l'ORS-Ile de France et de l'ANRS, 2000.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), « HIV/aids among women who have sex with women », 2006
- COLLET M., « Des besoins de santé ignorés », *Journal du sida*, 204, 2008.
- DAVISTER C., « Fiche méthodologique : les groupes focalisés », *APES*, Université de Liège, 2004.
- DELAUNAY K., « Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur la pandémie », *Autrepart* (12), 1999.
- DESCHAMPS C., *Le miroir bisexuel*, Balland, 2002.
- EPSTEIN S., *Le virus est-il bien la cause du sida ? Histoire du sida*, volume 1, Le seuil, 2001.
- GENON C., CHARTRAIN C. et DELEBARRE C., « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions », *Genre, sexualité & société* n°1, 2009. <http://gss.revues.org/index951.html>
- GUILLEMAUT F., « Images invisibles : les lesbiennes », in Welzer-Lang D., Dutey P, Dorais M., *La peur de l'autre en soi, du sexisme à l'homophobie*, Vlb éditeur, 1994.
- JANIER M., *Les maladies sexuellement transmissibles*, Elsevier-Masson, 2009.
- LE GARREC S., « Risque-s : l'ambiguïté d'un concept », in Actes du colloque Acteur, risque et prise de risque à l'épreuve des sciences sociales, 2006 : http://www.univ-lille1.fr/clerse/site_clerse/PDF/pdfnews/colloque2004/rapport_risque_final.pdf
- LERT F., « Confirmation de la très grande rareté de la transmission sexuelle du VIH entre femmes », *Transcriptases*, 9, 1992.
- LERT F., PIALOUX G., Rapport mission réduction des risques sexuels, prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, 2010.
- LHOMOND B., « Lesbiennes : un risque moins sexuel que social », *Le journal du sida*, 43-44, 1992.
- LHOMOND B., « Les risques de transmission du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes », *Transcriptases*, 46, 1996.

- LHOMOND B., « Lesbiennes et VIH : une mise au point », *Triangul'ère*, 3, ½, 2002.
- LHOMOND B. SAUREL-CUBIZOLLES M-J. « Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé » in Broqua C., Lert F., Souteyrand Y., *Homosexualités au temps du sida, tensions sociales et identitaires*, ANRS/CRIPS, 2003.
- MARTIN N., « « Wer lutscht schon gern ein Dental Dam? » Regards sur la prévention contre le sida dans la sexualité entre femmes à Berlin », Licence en ethnologie, Université de Neuchâtel, 2009.
- MEMBRADO M., « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles questions féministes*, vol.25, numéro 2, 2006.
- MENDES-LEITE R., « La culture des sexualités à l'époque du sida : représentations, comportements et pratiques (homo) sexuelles » in Pollak M., Mendes-Leite R. et Van Dem Borghe J., *Homosexualités et sida*, Cahiers Gai-kitsch-camp, 1991.
- MENDES-LEITE R., *Bisexualité le dernier tabou*, Calmann-Lévy, 1996.
- MENDES-LEITE R., « Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida », *Gradhiva*, 1996.
- MENDES-LEITE R. et DESCHAMPS C., « Des mots, des pratiques et des risques : la gestion différenciée de la parole et de la prévention du VIH chez des hommes à comportements bisexuels en France », *Sociologie et sociétés*, volume 29, numéro 1, 1997.
- MENDES-LEITE R., *Le sens de l'altérité, penser les (homo)sexualités*, L'harmattan, 2000.
- Mission RDR, prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, 2010.
- MONTAGNIER L., *MST, maladies sexuellement transmissibles : connaître et prévenir*, MED éditions, 1996.
- MOREAU A., « S'appropriier la méthode du focus group », *La revue du praticien*, tome 18 numéro 645, 2004.
- PAICHELER G., SITBON A., « Les femmes dans les campagnes publiques de prévention du VIH/sida (1987-1999) : une cible en trompe-l'œil ? », *Les femmes et le sida en France, enjeux sociaux et de santé publique. Médecine/sciences*, volume 24, hors série 2, 2008.
- Plan national de lutte contre le sida 2010-2014.
- POLLAK M., SCHILTZ M-A., « Identité sociale et gestion du risque de santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, 1987.
- POLLAK M., *Les homosexuels et le sida, sociologie d'une épidémie*, A.M. Métailié, 1988.
- SPENCER B., « Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention » *Population*, 5, 1993.

SELZ M., MAILLOCHON F., *Le raisonnement statistique en sociologie*, PUF, 2009.

SOUTEYRAND Y. et THIAUDIERE C., « L'intégration de l'homosexualité dans le champ du social ou l'opposition entre sociabilité et social » in Pollak M., Mendes-Leite R. et Van Dem Borghe J., *Homosexualités et sida*, Cahiers Gai-kitsch-camp, 1991.

THIAUDIERE C., *Sociologie du sida*, La Découverte, 2002.

TIN L-G., « Hétérosexisme » in L.-G. Tin, *Dictionnaire de l'homophobie* PUF, 2003.

WOMEN'S INSTITUTE AT GAY MEN'S HEALTH CRISIS, « HIV risk for lesbians, bisexuals & other women who have sex with women », 2009.

WITTIG M., *La pensée straight*, Editions Amsterdam, 2007.

SYNTHESE

Ma problématique consiste à découvrir quels mécanismes sociaux sont à l'œuvre dans la prévention des FSF. Pour ce faire, je me suis appuyée sur des outils quantitatifs (questionnaires) et qualitatifs (focus-groups). L'analyse des questionnaires m'a essentiellement permis de démontrer que les FSF ne protégeaient pas ou peu leurs rapports sexuels avec d'autres femmes. Les *focus-groups* m'ont éclairée quant aux pratiques et représentations qui entourent la démarche de prévention des participantes. En effet, ils m'ont permis de constater que plusieurs démarches de prévention coexistaient : la réduction des risques, la mise en place de protections imaginaires et symboliques, et que les moyens de protection pouvaient faire l'objet d'une réappropriation par leur érotisation. Cependant, plusieurs freins à la protection ont été pointés, ils sont liés d'une part aux représentations : le VIH, les IST sont considérés comme appartenant au domaine exclusif des hommes, l'amour est une barrière symbolique et enfin l'absence de modèle de représentation de la prévention dans la culture lesbienne sont vus comme des obstacles à l'adoption d'une démarche de prévention. D'autre part, les freins sont institutionnels, ils sont liés au système hétérosexiste qui invisibilise les lesbiennes, et au problème d'accès au soin, notamment de la part des gynécologues.

ANNEXES

GUIDE DES FOCUS-GROUPS

Modalités de départ :

Tout d'abord merci d'être présente et de participer à ma recherche.

L'objectif de ce focus-groupe est de recueillir **vos expériences et vos opinions en matière de risque IST/VIH**. Il s'agit de se centrer sur cette question. Du coup ça c'est le thème autour duquel j'aimerais que vous parliez : **votre perception du risque IST/VIH** et après je vais vous poser des questions. Mon rôle ici est de vous faire parler et de faire circuler la parole.

Je rappelle que la durée de ce focus-groupe est de 1h30 à 2h.

Il y a quelques petites règles à respecter:

-la parole de toutes doit être respectée, du coup aucun jugement (vous pouvez quand même dire si vous n'êtes pas d'accord avec ce qui est dit, mais il ne s'agit pas de savoir qui a raison ou tort),

-on s'écoute parler, on ne se coupe pas la parole

Est-ce que ça vous dérange si j'enregistre la séance ? C'est pour ma recherche, ce sera totalement anonyme.

Questions et relances :

→ **quelle est votre vision des IST/VIH ?**

-A quoi est ce que vous pensez quand vous entendez les mots IST (Infections Sexuellement Transmissibles) ? et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?

-Qu'est ce que cela vous évoque ?

→ **Quelles sont vos visions du risque et de la prévention ?**

-Qu'est ce que vous entendez par le mot risque ?

-La prévention c'est quoi pour vous ?

→ **Est-ce que vous pensez avoir un risque de contracter une IST ? Pourquoi ?**

-Est-ce que c'est proche de vos préoccupations ?

-Estimez-vous être assez bien informé sur les IST ?

→ Que faites-vous pour vous prémunir du risque de contracter une IST ?

- Comment vous protégez vous ? Quelles sont vos stratégies pour vous protéger ?
- Comment avez-vous découvert ces moyens de prévention ?
- Dans quel cas vous protégez-vous ? Pourquoi ?
- Avec quels types de partenaires ? (hommes-femmes-partenaires occasionnels-partenaires réguliers) Pourquoi ?

→ Qui a déjà développé avec une partenaire une démarche de *safer-sex* ?

- Quels sont les avantages ?
- Quels sont les inconvénients ?

→ Selon vous, qu'est ce qu'il faudrait faire pour améliorer l'information sur les IST ?

- Cibler sur le public lesbien/bisexuel/FSF
- Quel support serait-le plus approprié ? (internet, brochures,...)

→ Qu'est ce que vous avez pensé de la séance ?

→ Comment vous avez-eu accès au questionnaire ?

Fin de séance :

Je vous remercie d'avoir participé à cette séance qui me sera très utile à mon étude. Je vous rappelle que vous pourrez retrouver mon étude sur le site du CRIPS à partir du mois de juillet normalement.

QUESTIONNAIRE

Pratiques sexuelles FSF et IST

Je suis stagiaire au Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida Rhône-Alpes et étudiante en master 2 de sociologie. Je mène actuellement une recherche sur les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et leurs rapports aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Ce thème ayant été peu étudié, mon but est de fournir de nouvelles informations sur le sujet, afin d'améliorer la prévention en direction des lesbiennes et des bisexuelles.

Vous avez ou vous avez eu des rapports sexuels avec d'autres femmes, je vous propose de participer à la réalisation de cette enquête en répondant à quelques questions.

La passation de ce questionnaire dure environ 5 à 10 minutes.

Vos réponses feront l'objet d'un traitement informatique qui les rendra anonymes.

Les résultats de l'enquête seront disponibles sur le site du CRIPS (<http://education-sante-ra.org>).

1- Avez-vous eu des rapports sexuels avec une femme ?

- 1-Au cours des 12 derniers mois
- 2-Oui mais il y a plus d'un an
- 3-Non jamais

Si vous avez répondu non à la question précédente, le questionnaire ne s'adresse pas à vous, merci de votre participation. Auto-définition 2- Vous vous définissez comme

- 1-Lesbienne/homosexuelle
- 2-Bisexuelle
- 3-Hétérosexuelle
- 4-Vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité
- 5-Autre

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

Fréquences des consultations gynécologiques et dépistages 3- Avez-vous un gynécologue habituel?

- 1-Oui
- 2-Non

4- A quelle fréquence allez-vous chez le gynécologue?

- 1-Une fois par an
- 2-Une fois tous les deux ans
- 3-Une fois tous les cinq ans
- 4-Une fois tous les dix ans
- 5-Jamais
- 6-Autre

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

5- Avez-vous déjà eu un frottis vaginal?

- 1-Oui
- 2-Non
- 3-Vous ne savez pas

6- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage du VIH?

- 1-Oui une fois
- 2-Oui plusieurs fois

- 3-Non

Si vous avez répondu non à la question précédente, passez directement à la question 11.

7- Quelle est la date de votre dernier test de dépistage du VIH ? (Donnez l'année et le mois si possible)

8- Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre dernier test de dépistage du VIH ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-A la suite d'un problème de santé | <input type="checkbox"/> 6-A la suite d'un changement de partenaire |
| <input type="checkbox"/> 2-A la suite d'un incident ou d'une rupture du préservatif | <input type="checkbox"/> 7-Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable |
| <input type="checkbox"/> 3-A l'annonce de la séropositivité d'un partenaire sexuel | <input type="checkbox"/> 8-A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation |
| <input type="checkbox"/> 4-A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous avez pris des risques | <input type="checkbox"/> 9-Un médecin vous l'a proposé dans le cadre d'un bilan |
| <input type="checkbox"/> 5-Parce que vous vérifiez régulièrement votre sérologie | |

9- Connaissez-vous le résultat de ce test ?

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> 1-Positif | <input type="radio"/> 3-Vous ne savez pas |
| <input type="radio"/> 2-Négatif | <input type="radio"/> 4-Vous le connaissez, mais vous ne souhaitez pas nous faire part du résultat |

10- A quelle fréquence allez-vous faire un test de dépistage du VIH ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1-Plus d'une fois par an | <input type="radio"/> 3-Une fois tous les deux ans ou moins |
| <input type="radio"/> 2-Une fois par an | <input type="radio"/> 4-Autre |

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

11- Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait un test de dépistage d'infections sexuellement transmissibles ?

- 1-Oui une fois
 2-Oui plusieurs fois
 3-Non

Si vous avez répondu non à la question précédente, passez directement à la question 14.

12- Pour quelles raisons principales avez-vous fait votre dernier test de dépistage d'infections sexuellement transmissibles ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-A la suite d'un problème de santé | <input type="checkbox"/> 6-A la suite d'un changement de partenaire |
| <input type="checkbox"/> 2-A la suite d'un incident ou d'une rupture du préservatif | <input type="checkbox"/> 7-Afin d'avoir des rapports non protégés avec votre partenaire stable |
| <input type="checkbox"/> 3-A l'annonce de la contamination d'un partenaire sexuel | <input type="checkbox"/> 8-A la suite d'une campagne d'information et de sensibilisation |
| <input type="checkbox"/> 4-A la suite de relations sexuelles lors desquelles vous avez pris des risques | <input type="checkbox"/> 9-Un médecin vous l'a proposé dans le cadre d'un bilan |
| <input type="checkbox"/> 5-Parce que vous vérifiez régulièrement votre état de santé face aux IST | |

13- A quelle fréquence allez-vous faire un test de dépistage d'infections sexuellement transmissibles ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1-Plus d'une fois par an | <input type="radio"/> 3-Une fois tous les deux ans ou moins |
|--|---|

- 2-Une fois par an 4-Autre

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

Sexualité et pratiques de prévention 14- Au cours de votre vie, quelles ont été vos pratiques sexuelles avec vos partenaires féminines ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Caresse du sexe | <input type="checkbox"/> 6-Pénétration vaginale par des objets sexuels |
| <input type="checkbox"/> 2-Cunnilingus (bouche-sexe) | <input type="checkbox"/> 7-Pénétration anale avec les doigts |
| <input type="checkbox"/> 3-Anulingus (bouche-anus) | <input type="checkbox"/> 8-Pénétration anale avec le poing |
| <input type="checkbox"/> 4-Pénétration vaginale par les doigts | <input type="checkbox"/> 9-Pénétration anale avec des objets sexuels |
| <input type="checkbox"/> 5-Pénétration vaginale par le poing | <input type="checkbox"/> Pratiques SM |

15- Utilisez-vous une protection contre les infections sexuellement transmissibles avec vos partenaires femmes?

- 1-Non jamais
 2-Oui systématiquement
 3-Oui mais pas systématiquement

Si vous avez répondu non à la question précédente, passez directement à la question 19.

16- Avec quels types de partenaire, vous vous protégez le plus? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Occasionnels (tous les partenaires que vous ne considérez pas comme stables) | <input type="checkbox"/> 2-Stables (relations qui durent depuis plus de 6 mois) |
|---|---|

17- Quelles protections utilisez-vous ? (Plusieurs réponses sont possibles)

18- Où avez-vous entendu parler de ces moyens de protection? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Auprès d'ami-e-s | <input type="checkbox"/> 4-Par internet |
| <input type="checkbox"/> 2-Auprès de vos partenaires | <input type="checkbox"/> 5-Auprès d'un médecin ou d'un gynécologue |
| <input type="checkbox"/> 3-Par des brochures d'informations | <input type="checkbox"/> 6-Autre |

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

19- Pour quelle-s pratique-s jugez-vous qu'il y a un risque de contracter une IST? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Caresse du sexe | <input type="checkbox"/> 6-Pénétration vaginale par des objets sexuels |
| <input type="checkbox"/> 2-Cunnilingus (bouche-sexe) | <input type="checkbox"/> 7-Pénétration anale avec les doigts |
| <input type="checkbox"/> 3-Anulingus (bouche-anus) | <input type="checkbox"/> 8-Pénétration anale avec le poing |
| <input type="checkbox"/> 4-Pénétration vaginale par les doigts | <input type="checkbox"/> 9-Pénétration anale avec des objets sexuels |
| <input type="checkbox"/> 5-Pénétration vaginale par le poing | <input type="checkbox"/> Pratiques SM |

20- Pour quelle-s pratique-s jugez-vous qu'il y a un risque de contracter le VIH? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Caresse du sexe | <input type="checkbox"/> 6-Pénétration vaginale par des objets |
|--|--|

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2-Cunnilingus (bouche-sexe) | sexuels |
| <input type="checkbox"/> 3-Anulingus (bouche-anus) | <input type="checkbox"/> 7-Pénétration anale avec les doigts |
| <input type="checkbox"/> 4-Pénétration vaginale par les doigts | <input type="checkbox"/> 8-Pénétration anale avec le poing |
| <input type="checkbox"/> 5-Pénétration vaginale par le poing | <input type="checkbox"/> 9-Pénétration anale avec des objets sexuels |
| | <input type="checkbox"/> Pratiques SM |

21- Vous arrive t-il d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires hommes?

- 1-Oui au cours des 12 derniers mois
- 2-Oui mais il y a plus d'un an
- 3-Non jamais

Si vous avez répondu non à la question précédente, passez directement à la question 24.

22- Utilisez-vous une protection ?

- 1-Non jamais
- 2-Oui systématiquement
- 3-Oui mais pas systématiquement

23- Si vous avez répondu oui à la question précédente, quelles protections utilisez-vous? (Plusieurs réponses sont possibles)

24- Dans quelles conditions vous seriez plus à même de vous protéger? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Vous vous protégez tout le temps | <input type="checkbox"/> 5-Avec des partenaires occasionnels hommes |
| <input type="checkbox"/> 2-Premier rapport avec une nouvelle partenaire femme | <input type="checkbox"/> 6-Avec des partenaires stables femmes |
| <input type="checkbox"/> 3-Premier rapport avec un nouveau partenaire homme | <input type="checkbox"/> 7-Avec des partenaires stables hommes |
| <input type="checkbox"/> 4-Avec des partenaires occasionnels femmes | |

25- Parlez-vous avec vos partenaires sur la question des risques vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles ?

- 1-Oui
- 2-Non

26- Si vous avez répondu oui à la question précédente, avec quels types de partenaire en parlez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- 1-Occasionnels
- 2-Stables

27- Si vous avez répondu non à la question, pourquoi?

Rapport au risque IST/VIH 28- Quelles sont les 3 infections sexuellement transmissibles que vous craignez le plus? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Gonococcie uro-génitale | <input type="checkbox"/> 6-Chlamydia |
| <input type="checkbox"/> 2-Syphilis | <input type="checkbox"/> 7-Trichomonas |
| <input type="checkbox"/> 3-Hépatite B | <input type="checkbox"/> 8-Gardnerella-vaginits |
| <input type="checkbox"/> 4-Herpès génital | <input type="checkbox"/> 9-VIH-sida |
| <input type="checkbox"/> 5-Papillomavirus-condylomes | |

29-

Pourquoi?

30- Pensez vous que vos pratiques vous exposent au risque VIH/sida ?

- 1-Oui
- 2-Non
- 3-Vous ne savez pas

31-

Pourquoi?

32- Avez-vous déjà contracté une IST ?

- 1-Oui
- 2-Non

33- Si oui, laquelle/lesquelles?

34- Etes-vous préoccupée par le fait de contracter éventuellement une infection sexuellement transmissible ?

- 1-Pas du tout préoccupée
- 2-Un peu préoccupée
- 3-Très préoccupée

Connaissances des IST 35- Quelles sont les IST sur lesquelles vous estimez avoir le plus d'informations? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Gonococcie uro-génitale | <input type="checkbox"/> 6-Chlamydia |
| <input type="checkbox"/> 2-Syphilis | <input type="checkbox"/> 7-Trichomonas |
| <input type="checkbox"/> 3-Hépatite B | <input type="checkbox"/> 8-Gardnerella-vaginites |
| <input type="checkbox"/> 4-Herpès génital | <input type="checkbox"/> 9-VIH-sida |
| <input type="checkbox"/> 5-Papillomavirus-condylomes | |

36- Quelles sont les IST sur lesquelles vous estimez avoir le moins d'informations? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1-Gonococcie uro-génitale | <input type="checkbox"/> 6-Chlamydia |
| <input type="checkbox"/> 2-Syphilis | <input type="checkbox"/> 7-Trichomonas |
| <input type="checkbox"/> 3-Hépatite B | <input type="checkbox"/> 8-Gardnerella-vaginites |
| <input type="checkbox"/> 4-Herpès génital | <input type="checkbox"/> 9-VIH-sida |
| <input type="checkbox"/> 5-Papillomavirus-condylomes | |

37- Quand vous cherchez des informations sur les infections sexuellement transmissibles, où est ce que vous les cherchez? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Auprès d'ami-e-s | <input type="checkbox"/> 4-Sur internet |
| <input type="checkbox"/> 2-Chez un médecin ou un gynécologue | <input type="checkbox"/> 5-Au planning familial |
| <input type="checkbox"/> 3-Dans des associations communautaires | <input type="checkbox"/> 6-Autre |

Si vous avez répondu autre, merci de préciser.

38- Selon vous, qu'est ce qu'il faudrait faire pour améliorer l'information sur les IST?

Mode de vie 39- Actuellement, avez-vous un ou une partenaire stable ?

- 1-Oui avec une femme
- 2-Oui avec un homme
- 3-Non

40- Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des partenaires occasionnels ?

- 1-Oui
- 2-Non

41- Si oui, ces partenaires étaient-ils?

- 1-Uniquement des femmes
- 2-Uniquement des hommes
- 3-Des femmes et des hommes

Données sociales 42- Quelle est votre année de naissance ?

43- Quel est votre niveau d'études ?

- 1-Etudes primaires Collège (6ème-3ème)
- 2-Lycée (2nde-T) ou CAP ou BEP
- 3-Baccalauréat
- 4-1er cycle universitaire - IUT - BTS - classes prépa ou équivalent
- 5-2ème cycle universitaire ou équivalent
- 6-3ème cycle universitaire ou grandes écoles

44- Quel est votre département de résidence ? 45- Avez-vous des remarques à faire sur le questionnaire ou sur le sujet ?

Si vous habitez sur Lyon et ses alentours et que vous êtes intéressée par le sujet sur lequel je travaille, j'aurais besoin de personnes volontaires pour la réalisation de focus-groups. Il s'agit d'un entretien de groupe, composé de 5-6 personnes, sous la forme d'une discussion sur vos opinions et vos expériences en matière de risque IST/VIH. Si cela vous intéresse, vous pouvez me laisser votre e-mail ou numéro de téléphone (usage strictement confidentiel) avec un pseudonyme afin que je vous recontacte :