

Minorités sexuelles et de genre: quels enjeux de santé ?

Par Alessandra Vitulli
pour le Poisson sans Bicyclette
Novembre 2024

Site internet: <https://lepoissonsansbicyclette.be/>



LE POISSON SANS BICYCLETTE



Introduction

Les personnes LGBTQI+¹ forment un groupe social peu étudié dans le domaine de la santé alors qu'il est pourtant particulièrement vulnérable à certains problèmes de santé. Puisque les inégalités sociales présentes dans la société engendrent inévitablement des inégalités de santé, la prise en compte de cet état de fait semble indispensable afin de soigner ce public de manière adéquate, mais les médecin·es manquent encore de connaissances à ce sujet. Il en résulte une prise en charge médicale peu adaptée à ce public par des professionnel·les de santé pensant généralement bien faire en soignant ces patient·es « comme tout le monde ». Cette analyse explorera les différentes spécificités de santé des minorités de genre et de sexualité en prêtant une attention particulière aux enjeux de santé mentale, ceux-ci ayant une importance significative chez les personnes LGBTQI+ en raison des violences et des discriminations qu'elles subissent et pouvant se répercuter sur la santé globale. Nous ferons également un détour par l'impact des discriminations au travail sur la santé et l'importance du coming out en milieu médical. Enfin, nous nous arrêterons sur quelques spécificités de santé propres à différents publics composant l'acronyme : les personnes trans et inter ainsi que les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles.

¹ L'acronyme « LGBTQI+ » fait référence aux personnes lesbiennes (L), gaies (G), bisexuelles (B), trans (T), queer (Q) et intersexes (I). Le « + » permet de faire référence à d'autres possibilités d'identification hors des normes sociales de genre et de sexualité. Le terme « queer » renvoie plutôt à la revendication politique d'une identité hors des normes sociales de genre et de sexualité et prônant leur subversion. Nous emploierons aussi beaucoup, au cours de ce texte, l'acronyme « LGBTQ+ » sans le « I » d'« intersexe » parce que la plupart des études sur la santé des minorités de genre et de sexualité sur lesquelles s'appuie cette analyse ne mentionnent pas les personnes intersexes, les recherches portant sur ces dernières étant encore trop peu nombreuses. Cela nous démontre d'ailleurs la nécessité et l'urgence pour le secteur de la recherche de s'intéresser aux vécus des personnes intersexes. Cependant, nous consacrerons tout de même une partie de l'analyse aux enjeux de santé intersexes en nous basant sur des références portant spécifiquement sur ce public. Nous n'avons par ailleurs pas pu inclure le « A » d'« asexuel·le » étant donné que ce public n'est pas inclus aux recherches concernant la santé des minorités de genre et de sexualité et les études portant sur la santé de ce public spécifique étant encore trop peu nombreuses.



Inégalités sociales de santé

Nous sommes souvent amené·es à penser que le fait d'être en bonne ou en mauvaise santé dépend de facteurs innés (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226) ou du système de soins (Aïach & Fassin, 2004, p. 2221). Or, il est essentiel de ne pas négliger l'impact de l'ensemble du système social sur l'état de santé des un·es et des autres. En effet, les inégalités sociales de santé résultent en grande partie d'inégalités structurelles (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225) et donc de politiques en matière d'emploi, de logement, d'éducation, de fiscalité, etc. (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226). Par ailleurs, les inégalités sociales face à la prévention et aux soins renforcent les inégalités face à la maladie, ce qui désavantage encore plus les groupes de population minorisés, défavorisés et opprimés (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226) dont fait partie la communauté LGBTQ+.

La connaissance de cet état de fait par les médecin·es et sa prise en compte dans la pratique des soins peut contribuer à la réduction de ces inégalités sociales de santé (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226). Il convient donc de se pencher sur le sujet de la prise en charge médicale des patient·es faisant partie de minorités sexuelles et de genre. Or, les médecin·es voient leurs compétences et connaissances en la matière restreintes par le manque d'informations concernant la santé de ce public, invisibilisé dans le domaine de la santé comme c'est également le cas dans bien d'autres sphères de la société.

Rapports de pouvoir

Lorsque l'on s'intéresse au système de soins, il semble pertinent de se pencher sur les rapports de pouvoir qui le traversent. La médecine ne s'effectue pas en vase clos, hors de tout système de domination. De ce fait, le rapport hiérarchique soignant·e-soigné·e mérite également d'être mentionné. Ce rapport inégalitaire peut d'ailleurs d'autant plus se creuser lorsque les patient·es font partie d'une minorité. Et cette affirmation est chargée d'une dimension encore plus spécifique en ce qui concerne les personnes LGBTQ+ puisque ce sont les approches pathologisant ce public qui ont forgé le point de vue médical (Nuñez & Jäger, 2011, p. 213). De plus, le personnel médical n'est pas exempt de toute forme d'hétérosexisme (qu'il soit conscient ou non) (Nuñez & Jäger, 2011, p. 216). Notons donc bien, pour la suite de notre développement, que la communication entre patient·e et médecin·e peut être impactée par ce rapport hiérarchisant (Nuñez & Jäger, 2011, p. 213).



Santé mentale des personnes LGBTQ+

Les personnes faisant partie de minorités sexuelles et de genre disposent généralement d'un moins bon état de santé mentale que le reste de la population. Elles souffrent plus fréquemment de stress, de dépression, de pensées suicidaires, de troubles anxieux ou encore de panique (Nuñez & Jäger, 2011, pp. 214-215 ; Häusermann, 2014, p. 2 ; p. 5). Il est toutefois important de noter que la cause de cette différence ne tient pas dans l'orientation sexuelle ou la transidentité en elle-même mais dans l'expérience des violences et discriminations vécues en raison de cette identité (Geoffroy & Chamberland, 2016, pp. 146-147 ; Nuñez & Jäger, 2011, p. 215 ; Bize et al., 2011, p. 1712 ; Makadon, 2011, p. 223 ; Häusermann, 2014, p. 6 ; Closon, 2014, p. 2). Face à cette stigmatisation, différents mécanismes peuvent intervenir : ruminations mentales, refoulement, recherche de soutien social, évitement de certaines situations... Ces mécanismes, et plus particulièrement l'évitement de situations sociales précises, peuvent générer une charge importante de stress et, par conséquent, impacter la santé (mentale et physique) des personnes LGBTQ+ (Nuñez & Jäger, 2011, p. 215). Par ailleurs, l'anticipation de potentielles futures discriminations tout comme le fait de cacher son appartenance à une minorité sexuelle ou de genre participent également à l'augmentation du stress (Nuñez & Jäger, 2011, p. 215 ; p. 216).

Pour rendre compte de cela, le modèle du stress minoritaire, théorisé par Meyer sous le nom de « *minority stress model* » en anglais), distingue plusieurs types de stress endurés par les minorités. Premièrement, le stress général touche tout le monde, minorité ou pas, et est causé par l'environnement et les circonstances. Deuxièmement, le stress distal repose sur les violences, les discriminations, le rejet et le harcèlement vécus en raison de l'appartenance à une minorité. Troisièmement, le stress proximal repose notamment sur l'anticipation des discriminations et la dissimulation de son identité minoritaire. Le stress distal engendre donc le stress proximal et l'addition de ces deux types de stress forme le stress minoritaire (2003, pp. 674-697). Et il va sans dire que cette combinaison impacte indéniablement la santé mentale.

Les personnes LGBTQ+ font aussi régulièrement mention de la période du *coming out* comme d'une période particulièrement stressante, souvent compliquée sur le plan de la santé mentale (Bjorkman & Malterud, 2007, p. 60 ; Nuñez & Jäger, 2011, p. 216). Par



ailleurs, il est important de noter que même s'il est souvent fait mention DU *coming out* au singulier, celui-ci peut également être envisagé comme un processus éternellement répété puisque dans chaque nouvelle situation sociale, lors de chaque nouvelle rencontre, les personnes LGBTQ+ seront généralement, par défaut, considérées comme hétérosexuelles et cisgenres et auront à réitérer un *coming out* si elles souhaitent corriger leur interlocuteur·ice (Bjorkman & Malterud, 2007, pp. 58-59).

Les médecin·es peuvent donc s'appuyer sur ces constats pour prêter une attention particulière à l'état de santé mentale de leur patient·es LGBTQ+ lors du suivi de routine ou même lors d'une quelconque autre plainte. Il n'est pas rare que des plaintes vagues et sans cause apparente aient une origine psychosomatique. Explorer les pistes de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et, par conséquent, de la santé mentale comme origine d'un mal-être physique inexpliqué peut s'avérer pertinent (Huberland, 2020, p. 461).

Enjeux de santé spécifiques aux personnes LGBTQ+

En effet, en plus de cette prévalence au sein de la population LGBTQ+ concernant les troubles de santé mentale, d'autres enjeux de santé sont surreprésentés parmi les minorités sexuelles et de genre. En effet, les facteurs que nous venons de mentionner se trouvent souvent à l'origine de problématiques de santé globale dépassant, sur le long terme, la seule santé mentale (Nuñez & Jäger, 2011, pp. 213-214 ; p. 216 ; Huberland, 2020, p. 458). Ainsi, les personnes LGBTQ+ ont un risque plus élevé concernant les pathologies cardiovasculaires, le cholestérol, le diabète, certains cancers et la consommation de substances psychotropes, par exemple (Nuñez & Jäger, 2011, p. 214-215).

Travail et santé des personnes LGBTQ+

Lorsque l'on évoque la santé des personnes LGBTQ+, il semble essentiel de questionner l'impact qu'ont différents facteurs sociaux sur celle-ci. Nous avons vu qu'en raison de leur expérience des discriminations, les personnes issues de minorités sexuelles et de genre disposent généralement d'un moins bon état de santé mentale que le reste de la population. Et ces discriminations, présentes dans toutes les sphères de la société, peuvent être particulièrement prégnantes dans la sphère professionnelle, où la majorité des personnes



LGBTQ+ ont déjà subi cette stigmatisation (Geoffroy & Chamberland, 2016, pp. 146-147 ; p. 150).

Les discriminations vécues sur le lieu de travail peuvent prendre différentes formes : indifférence, rejet, rumeurs, dénigrement, harcèlement, blagues, insultes, dégradation, violences physiques, menaces d'*outing* (divulcation non-voulue de l'orientation sexuelle par une tierce personne), chantage, licenciement, remarques hétérosexistes²... (Geoffroy & Chamberland, 2016, p. 150) Par ailleurs, les discriminations ouvertes et très explicites envers les personnes LGBTQ+ devenant de moins en moins acceptables socialement, il semble primordial de prêter une attention toute particulière aux formes plus insidieuses vers lesquelles peuvent muter ces discriminations « traditionnelles », comme les micro-agressions par exemple (Geoffroy & Chamberland, 2016, p. 161). Le lieu de travail reste un lieu où les personnes LGBTQ+ hésitent encore à faire part de leur orientation sexuelle ou de leur transidentité par crainte des discriminations ou de la possibilité de répercussions négatives sur l'évolution de la carrière (Closon, 2014, p. 4).

Selon l'enquête sur les discriminations au travail dues à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre menée par Caroline Closon, professeure à l'ULB, 42,5% des travailleur·euses LGBTQ+ interrogé·es estiment que l'organisation qui les emploie ne lutte pas ou très peu contre l'homophobie et la transphobie. 26% estiment que cet engagement est encore trop timide (2014, p. 7). Cette enquête a également démontré que plus l'organisation est perçue comme engagée dans la lutte contre les discriminations à l'égard des personnes LGBTQ+ (par exemple par des politiques de diversité qui mentionnent clairement les critères d'orientation sexuelle et d'identité de genre), moins cette partie de la population s'estime discriminée (Closon, 2014, p. 8). Et le fait de craindre ou de subir des discriminations a un impact indéniable sur le bien-être des personnes LGBTQ+ au travail (Closon, 2014, p. 7). Des campagnes de sensibilisation axées sur l'orientation sexuelle et les transidentités mises en place par les employeur·euses à destination des travailleur·euses sont nécessaires pour sensibiliser et informer le personnel et permettent à l'employeur·euse de prendre position concernant la lutte contre ces discriminations (Closon, 2014, p. 9). L'enquête évoque également le fait que la position des syndicats à ce sujet est encore trop peu connue des travailleur·euses et que ceux-ci pourraient donc investir plus explicitement ces questions (Closon, 2014, p. 9).

² L'hétérosexisme est un « système de pensée idéologique faisant de l'hétérosexualité la norme unique à suivre en matière de sexualité. L'homophobie en est une des manifestations » (Häusermann, 2014, p. 5).



Et si l'impact des discriminations sur la santé mentale des personnes LGBTQ+ peut être considérable, il est essentiel de se rappeler que ces discriminations peuvent également avoir pour conséquence une détérioration de la santé globale sur le long terme (Huberland, 2020, p. 458 ; p. 461).

Importance du *coming out* en milieu médical

Bon nombre de médecin·es avancent que le rôle des soignant·es est de prendre en charge toutes les patient·es de manière égale et pensent donc qu'il suffit de traiter les patient·es LGBTQ+ « comme tout le monde ». Il serait pourtant plus pertinent d'adapter la prise en charge médicale de ces patient·es en fonction des inégalités subies et de leurs conséquences sur la santé puisque « dans une situation sociale inégalitaire, un traitement identique se révèle discriminatoire » (Perrin, 2006, p. 124).

Nous avons vu que sur le plan de la santé, les personnes LGBTQ+ encourent des risques spécifiques. Fournir un suivi de santé adapté à cette patientèle implique donc de les connaître et d'y prêter une attention particulière. Mais pour cela, encore faut-il savoir que le·a patient·e fait partie d'une minorité sexuelle ou de genre. Et il n'y a souvent qu'un seul moyen d'avoir cette information : que le·a patient·e en fasse part lors de la consultation. Contrairement à certaines croyances, les personnes LGBTQ+ ne sont pas repérables en un simple coup d'œil. N'importe quel·le patient·e peut être concerné·e, indépendamment de ses origines, sa religion, son âge ou encore sa situation conjugale. Par ailleurs, une transition de genre peut être entamée à tout âge et des changements dans l'orientation sexuelle peuvent survenir tout au long de la vie (Bjorkman & Malterud, 2007, p. 58).

Cependant, les personnes faisant partie de minorités sexuelles et de genre sont peu enclines à faire leur *coming out* en milieu médical (Nuñez & Jäger, 2011, p. 216 ; Bize et al., 2011, p. 1713). Les raisons sont multiples : la question n'est pas posée par le·a professionnel·le de santé, l'attitude du·de la soignant·e décourage le·a patient·e (peur d'une réaction négative, peur que la qualité des soins soit altérée, méconnaissance de ce sujet par les professionnel·les de santé), le·a patient·e perçoit cette information comme non-pertinente (Nuñez & Jäger, 2011, p. 216 ; Bjorkman & Malterud, 2007, p. 58 ; p. 61 ; Huberland, 2020, p. 460 ; Bize et al., 2011, p. 1713), ...



Le comportement du·de la médecin·e est donc d'une importance décisive puisqu'il a le pouvoir d'influencer la décision de s'*outer* ou pas. En effet, un·e patient·e fera d'autant plus facilement part de cette information que l'attitude du·de la soignant·e semblera ouverte et positive. Lors d'une consultation, un·e patient·e qui n'est pas *out* sera en permanence en train de soupeser la balance risques-bénéfices et de se questionner sur les potentielles conséquences du partage de cette information. Dans ce cas de figure, l'attitude des médecin·es est donc sans cesse jaugée, évaluée, analysée dans le but de détecter les moindres signes de rejet ou d'ouverture (Bjorkman & Malterud, 2007, p. 58 ; p. 61 ; Huberland, 2020, p. 460). Cette situation est d'ailleurs aussi source de stress. De ce fait, en tant que médecin·e, adopter une attitude proactive en mettant des techniques en place afin que ce sujet puisse être abordé semble nécessaire, les patient·es n'ayant pas l'entière responsabilité du partage de cette donnée. Les questions posées doivent laisser une porte ouverte et démontrer une attitude positive à l'égard des minorités (« avez-vous un, une ou des partenaires ? », par exemple) (Huberland, 2020, p. 458 ; Makadon, 2011, p. 220). Par ailleurs, l'état des connaissances du·de la soignant·e en la matière a aussi son importance puisque les patient·es abordent plus souvent et plus facilement ce sujet lorsque le·a médecin·e semble amener des informations pertinentes à ce propos (Huberland, 2020, p. 460). Afin de tenter de s'assurer d'une attitude favorable du·de la médecin·e à l'égard de leur orientation sexuelle et/ou de leur transidentité, il n'est pas rare que les personnes LGBTQ+ se recommandent (ou se déconseillent) mutuellement des soignant·es voire s'échangent des listes de praticien·nes « safe » (ou « safer »). Pour répondre à ce besoin, des associations et projets LGBTQ+ établissent des registres de médecin·es recommandé·es par la communauté permettant de mettre en contact (futur·es) patient·es et soignant·es. C'est par exemple, en Belgique, le cas du projet « *Go to Gyneco* » (porté par les associations *Tels Quels!* et *O'YES*) (Vitulli et al., 2020, p. 488) et du projet « *TTBM :)* » (porté par l'association *Exæquo*) (Blaison, 2020, p. 482).

Les avantages du *coming out* en milieu médical sont donc considérables et nombre de spécialistes s'accordent sur la nécessité de prendre l'orientation sexuelle et l'identité de genre de ces minorités en considération dans le cadre des soins primaires³ (Nuñez & Jäger,

³ Selon l'OMS, « les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (Organisation mondiale de la Santé, 2023)



2011, p. 216 ; Huberland, 2020, pp. 457-458 ; 462 ; Makadon, 2011, p. 220). Pour certain·es patient·es, il s'agit d'une manière d'être considéré·e dans toute son intégralité et le fait qu'un·e praticien·ne s'intéresse également à cette composante de l'identité faciliterait la communication (Bjorkman & Malterud, 2007, p. 59). Malheureusement, le sujet reste encore trop peu abordé dans l'anamnèse⁴ en médecine générale (Nuñez & Jäger, 2011, p. 216 ; Bize et al., 2011, p. 1712).

Spécificités de santé des personnes trans

Bien que la prise en charge médicale des personnes LGBTQ+ soit régie par quelques principes de base valables pour toutes ces minorités sexuelles et de genre, il ne faut pas pour autant oublier que chaque lettre de l'acronyme représente aussi une communauté à part entière aux enjeux de santé propres et aux besoins spécifiques. S'attarder sur les besoins et spécificités de chacune de ces communautés nécessiterait un compte rendu beaucoup plus approfondi mais nous allons toutefois nous arrêter ici sur quelques questions de santé relatives aux personnes trans. Nous nous pencherons ensuite, dans les prochaines parties, sur des enjeux de santé propres aux personnes intersexes et aux femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles.

Les informations développées précédemment restent évidemment valables pour les personnes trans – sans oublier que les personnes trans peuvent également être lesbiennes, gays ou bisexuelles – mais celles-ci peuvent également faire face à des formes spécifiques de stigmatisation. De ce fait, pouvoir appréhender leur réalité, leurs vécus et les questions de santé les concernant représente une nécessité pour un suivi adapté et non-jugeant qui permettra aux patient·es trans de se sentir à l'aise. Et bien que les médecin·es puissent être amené·es à penser qu'il s'agit de situations « trop marginales » pour mériter que l'on s'y intéresse, la proportion de personnes trans au sein de la population est en fait plus importante que ce que l'on peut penser. Selon les associations belges de soutien aux personnes trans, les transidentités concerneraient environ 3% de la population (Dufasne & Vico, 2020, p. 464).

⁴ « L'anamnèse . . . contient non seulement l'histoire médicale du patient mais aussi les différents événements qui l'ont accompagnée . . . [Elle] consiste en la convocation du passé afin de disposer de données historiques fournies par le patient, susceptibles d'expliquer une pathologie présente. En effet, une pathologie ne peut être envisagée ex-nihilo mais interagit avec une situation personnelle et contextuelle nourrie de maints détails qui en éclairent les signes pour fournir une interprétation, de manière quasi archéologique. » (Huys, 2021)



Depuis quelques années, les transidentités deviennent plus connues du grand public. Cependant, les violences et les discriminations restent nombreuses et comportent leur lot de conséquences sur la santé, comme c'est également le cas pour les autres minorités (Dufrasne & Vico, 2020, p. 466). En milieu professionnel, par exemple, les personnes trans peuvent faire face à des obstacles spécifiques. En cas de non-concordance entre l'identité sous laquelle le·a travailleur·euse souhaite se présenter et les documents attestant de l'identité civile ou de la formation scolaire, les travailleur·euses trans sont soumis·es à une forme de *coming out* forcé et exposé·es aux risques de discrimination. Cette exposition peut leur valoir refus d'embauche, licenciements, désapprobation de la part des collègues et de multiples autres formes de violences. Il est également fréquent que les travailleur·euses trans subissent une pression de la part du milieu professionnel les poussant à se conformer aux normes de masculinité et de féminité telles que définies par le système binaire de genre (Geoffroy & Chamberland, 2016, p. 157 ; p. 159), ce qui peut être particulièrement difficile à vivre pour les personnes dont l'expression de genre ne correspond pas à ces normes, les personnes non-binaires, les personnes trans en début de transition et celles ne disposant pas d'un *passing*⁵ suffisant pour répondre à ces attentes. Il ne s'agit là que de quelques exemples, mais les différentes formes que peuvent prendre ces discriminations sont nombreuses. Notons également que certaines personnes trans se trouvent au croisement de plusieurs types de discrimination. C'est par exemple le cas pour les femmes transgenres faisant face à un type de discrimination spécifique appelé transmisogynie et dans lequel la transphobie se voit intensifiée par la misogynie dont celles-ci sont victimes et inversement (Serano, s.d.).

Ces violences, notamment dans le cadre professionnel mais également présentes dans les autres sphères de la société, peuvent engendrer des conséquences sur la santé mentale et physique des personnes trans. Celles-ci peuvent donc être amenées à côtoyer le milieu médical pour cette raison mais les raisons d'intégrer un parcours de soins peuvent également varier, du parcours de transition en lui-même à une consultation pour une simple grippe. Et même si les études montrent que nous avançons vers une amélioration de l'accès aux soins transspécifiques pour les personnes concernées, nous remarquons aussi qu'une bonne partie des personnes trans évite de consulter, notamment par crainte des préjugés. Par ailleurs, nous constatons encore des lacunes importantes concernant la prise en charge des transitions de genre dans le cadre des soins primaires (Dufrasne & Vico, 2020, p. 466).

⁵ « Initialement employé à propos des Noirs étatsuniens clairs de peau qui pouvaient “passer pour” blancs dans un contexte de ségrégation raciale, le *passing* désigne chez les trans¹ le fait de “passer pour” un homme ou une femme cis^{1*} (selon le sexe de destination). » (Beaubatie, 2024, p. 225)



Il est également important de rappeler qu'en dépit des représentations médiatiques le plus souvent véhiculées, toutes les personnes trans ne souhaitent pas nécessairement avoir recours à un traitement hormonal ou à la chirurgie. Les transitions médicales sont une réalité mais celles-ci ont pour unique but d'aider les personnes trans à atteindre leur point de confort⁶ et ne devraient pas représenter une validation de leur identité aux yeux des autres (Dufasne & Vico, 2020, pp. 467-468). Il n'est donc pas pertinent de pousser les personnes trans qui ne le désirent pas à effectuer une transition médicale ni d'utiliser des expressions telles que « né·e dans le mauvais corps » qui sous-entendent que le corps des personnes trans nécessite d'être « rectifié » (Bize et al., 2011, p. 1714). *A contrario*, lorsqu'une personne trans exprime le désir d'avoir recours à un traitement hormonal et/ou à des interventions chirurgicales, des entraves à sa liberté de disposer de son propre corps peuvent également provenir du personnel soignant. En effet, les personnes souhaitant transitionner médicalement se retrouvent dans l'obligation de se soumettre au bon vouloir des médecin·es qui disposent du pouvoir d'accéder ou non à leurs demandes (Beaubatie, 2024, pp. 65-73 ; Clochec, 2023, pp. 64-82 ; pp. 128-131). Ces quelques exemples d'attitudes que peuvent avoir les soignant·es face aux patient·es trans illustrent les raisons pour lesquelles certain·es de ces patient·es évitent le milieu médical, ne s'y sentant pas compris·es ni à l'aise.

Spécificités de santé des personnes intersexes

Nous n'avons jusque-là pas abordé les enjeux de santé propres aux personnes intersexes. En effet, les études sur lesquelles nous nous sommes appuyé·es jusque-là n'évoquent pas réellement cette partie de la communauté LGBTQIA+. Cette invisibilisation des personnes intersexes est commune dans les études portant sur les personnes LGBT(QIA+) et il est généralement nécessaire de se pencher sur des recherches portant spécifiquement sur les personnes inter pour obtenir plus d'informations concernant les enjeux auxquels celles-ci sont confrontées.

Et lorsqu'il est question de la santé des personnes intersexes, on ne peut passer à côté du sujet du contrôle des corps et de la volonté de les « normaliser », faisant de l'existence des

⁶ Le point de confort peut être défini comme un « ensemble des caractéristiques mentales, comportementales, vestimentaires ou corporelles qui favorisent le sentiment de bien-être par rapport à son identité de genre » (Dufasne et al., 2024, p.19).



personnes inter un enjeu de santé publique. En effet, les intersexuations, plutôt que d'être perçues comme de simples variations, sont considérées par le monde médical comme un problème à résoudre, une pathologie à soigner. Les corps des personnes intersexes entravent la bicatégorisation de sexe⁷ et doivent, à ce titre, être corrigés, disciplinés. Pour ce faire, les médecin·es leur assignent un diagnostic, pathologisant des corps sains et leur imposant des interventions médicales non nécessaires à leur santé voire ayant des répercussions dangereuses (séquelles suite aux opérations d'assignation, douleurs, traumatismes...) (Raz, 2016, p. 90 ; Fausto-Sterling, 2013, pp. 60-61).

L'assignation de genre des bébés dont on constate l'intersexuation à la naissance s'effectue par une commission de « spécialistes » généralement composée de chirurgien·ennes, plasticien·ennes, d'urologues, d'endocrinologues, de psychologues et de travailleur·euses sociaux·ales qui, en l'espace de 48 heures et en se fondant uniquement sur les organes génitaux, décident de la « nécessité et des modalités de l'intervention chirurgicale et des traitements hormonaux d'après le genre auquel s'apparentent de façon la plus crédible les organes génitaux de l'enfant » (Dorlin, 2008, pp. 45-46). Cette crédibilité s'appuie sur peu de critères, ceux-ci s'affranchissant largement d'une potentielle nécessité médicale pour se déplacer vers une conformation sociale des rôles de genre. Il s'agit par exemple de la taille du pénis ou du clitoris, de la capacité de pénétrer ou d'être pénétré·e, de la capacité de porter des enfants ou encore de la possibilité d'uriner en position debout ou assise (notons ici d'ailleurs la démesure de l'importance que prennent de tels codes sociaux) (Dorlin, 2008, p. 46 ; Bereni et al., 2012, Chauvin, Jaunait et Revillard, 2012, p. 35). En effet, ces critères, incontestablement liés à des rôles sociaux de genre, sont nettement privilégiés à une nécessité de confort et de bien-être sexuel (Dorlin, 2008, p. 46).

Des opérations de chirurgie supprimant toute possibilité orgasmique à des individus sains et/ou menant à d'autres complications durant le reste de la vie sont donc pratiquées au nom d'une normativité sociale en matière d'identité sexuelle (de genre et de sexualité) (Dorlin, 2008, p. 47 ; Chaperon, 2016, p. 435). Aujourd'hui, des organisations intersexes, des juristes, des auteur·rices et même des médecin·es s'opposent à ces mutilations génitales, aux traitements hormonaux non-consentis et, de manière plus générale, à la médicalisation des personnes intersexes pourtant saines, les considérant comme des traitements inhumains (Picquart, 2009, pp. 210-211 ; Bereni et al., 2012, Chauvin, Jaunait et Revillard,

⁷ Michal Raz définit la bicatégorisation par sexe comme le processus par lequel sont créés deux groupes distincts et hiérarchisés, pensés comme des groupes naturels, universels et anhistoriques, cette séparation prétendant refléter une réalité biologique (2016, p. 87).



2012, p. 37 ; Genres Pluriels, 2017, p. 10). Ceux-ci réclament également une pleine information (et non une limitation à de l'information pathologisante) des personnes intersexes et de leur entourage ou encore la formation du personnel médical, social et juridique en contact avec des personnes intersexes (Fausto- Sterling, 2013, p. 83 ; pp. 90-91 ; Genres Pluriels, 2017, p. 10).

Spécificités de santé des femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles

Nous l'avons vu, l'état de santé des personnes LGBTQ+ reste très peu étudié (Nuñez & Jäger, 2011, p. 213) mais il est essentiel de noter que les femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles sont encore moins prises en considération dans la mesure où la majorité des recherches portant sur la santé des minorités sexuelles traitent du VIH et s'intéressent donc aux hommes cisgenres ayant des relations sexuelles avec des hommes cisgenres (Nuñez & Jäger, 2011, p. 214). Par ailleurs, elles forment elles aussi un groupe peu étudié et invisibilisé dans bien des domaines. Le secteur de la santé n'échappe donc pas à la règle, ce qui engendre une absence de prise en compte de leurs spécificités de santé et, conséquemment, une prise en charge médicale souvent peu adaptée.

Les femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles⁸ ont moins recours aux soins de santé que le reste de la population (Genon et al., 2009, p. 5 ; Perrin, 2006, pp. 124-125), ce qui devrait déjà retenir notre attention étant donné l'impact que le non-recours aux soins peut avoir sur la santé, mais il est également important de noter qu'elles ont moins souvent recours aux consultations gynécologiques (que ce soit chez des gynécologues, médecin·es généralistes, sages-femmes...)⁹ et aux frottis de dépistage que les autres femmes (Bize et al., 2011, p. 1713 ; Curzi, 2011 ; Chetcuti et al., 2013, p. 594 ; Genon et al., 2009, p. 10). En effet, étant donné que la contraception constitue souvent le point d'accroche marquant le début du suivi gynécologique, il n'est pas rare que des femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles passent à côté de cette porte d'entrée, la consultation pour une contraception ne s'avérant pas automatiquement pertinente pour elles (Berrut, 2016, pp. 72-73). Par

⁸ Malheureusement, les études auxquelles il sera fait référence ici ne concernent que les femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles cisgenres. Encore trop peu d'études incluent les femmes trans dans la recherche sur les enjeux de santé propres à ce public.

⁹ A ce sujet, il est important de noter que l'accès aux soins gynécologiques est également compliqué pour les patient·es trans, qui ne bénéficient le plus souvent pas d'un suivi adapté malgré les risques qu'iels présentent sur le plan gynécologique. Comme pour les femmes lesbiennes, bissexuelles et pansexuelles, les études pointent « un manque de suivi des personnes transgenres, avec une réticence à consulter un gynécologue, associée au manque de connaissances et d'expérience des professionnels de santé. » (Biret et al., 2022)



ailleurs, au-delà de l'association de la gynécologie à la contraception, l'association de cette spécialisation à la sexualité hétéro – et, par extension, la non-reconnaissance de la sexualité entre femmes comme une véritable sexualité – contribue indéniablement à laisser bon nombre de femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles penser qu'elles n'ont pas besoin de suivi gynécologique, certain·es gynécologues allant même jusqu'à l'affirmer elleux-mêmes (Rouanet, 2018, p. 43). Les professionnel·les de santé ne semblent pas aider à débloquer cette situation : lorsqu'elles consultent pour des questions gynécologiques, les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles se sentent souvent moins concernées, dans la mesure où les questions qui leur sont posées ne sont généralement pas applicables à leur situation, ces questions étant le plus souvent hétéronormées et relatives à la contraception ou à la grossesse (Rouanet, 2018, pp. 42-43 ; Berrut, 2016, p. 32, Devillard, 2011, p. 72). Il en résulte une vision de la gynécologie plus curative que préventive dans le chef de ce public qui attendra donc généralement de présenter des symptômes pour consulter (Berrut, 2016, p. 81).

Étant donné que les professionnel·les de santé pensent généralement que les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles qui n'entretiennent pas de sexualité avec des hommes cisgenres ne sont pas à risque de contracter des IST, celles-ci sont perçues comme un groupe ne possédant pas de problématiques de santé gynécologique (Fish et Bewley, 2010, p. 356). Il arrive même que des médecin·es affirment elleux-mêmes aux patientes qu'elles n'ont pas besoin de suivi gynécologique ou refusent de pratiquer des frottis de dépistage d'IST sur celles-ci (Rouanet, 2018, p. 43 ; Fish et Bewley, 2010, p. 358).

En effet, les professionnel·les pratiquant la gynécologie sont souvent peu informé·es quant aux risques d'IST concernant les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes et délivrent même parfois des informations erronées aux patientes (Berrut, 2016, p. 40 ; Curzi, 2011 ; Devillard, 2011, p. 84 ; Genon et al., 2009, p. 5). Celles-ci, mal informées, manquent de connaissances des risques et se sentent généralement à l'abri des IST (Rouanet, 2018, pp. 44-46 ; Berrut, 2016, p. 24 ; p. 39 ; Fish et Bewley, 2010, p. 359 ; Curzi, 2011 ; Devillard, 2011, p. 71 ; pp. 80-81). Il en découle une absence presque totale d'utilisation de moyens de protection ainsi qu'un faible recours aux tests de dépistage (Rouanet, 2018, pp. 45-46 ; Devillard, 2011, p. 71 ; Berrut, 2015, p. 6).

Pourtant, le risque de contracter d'autres IST est bien présent (Bize et al., 2011, p. 1713 ; Curzi, 2011 ; Genon et al., 2009, pp. 10-14 ; Berrut, 2015, p. 7). En effet, les femmes ayant



des relations sexuelles avec les femmes sont quatre fois plus nombreuses à déclarer avoir contracté une IST durant les cinq dernières années en comparaison aux autres femmes (Genon et al., 2009, p. 12). Cette situation résulte, au moins partiellement, du manque d'inclusion de ce public dans le matériel d'information et de prévention (Fish et Bewley, 2010, p. 359 ; Devillard, 2011, pp. 82-83). C'est pourquoi il existe une réelle nécessité d'inclure les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles dans les campagnes d'information et de sensibilisation, voire de concevoir des campagnes leur étant entièrement destinées tant au sujet des IST que de la consultation gynécologique.

Au delà des enjeux de santé sexuelle, les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles ont des parcours de vie au cours desquels les expériences de violences, en raison de leur orientation sexuelle ou pas, sont plus courantes que pour les autres femmes (Genon et al., 2009, p. 4 ; Hequembourg et al., 2013, p. 635). Et, comme nous l'avons vu concernant l'ensemble des minorités sexuelles et de genre, les violences engendrent des conséquences non seulement sur la santé mentale des personnes qui en sont victimes mais également sur leur santé physique. Concernant les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles, le terme « lesbophobie » peut être employé pour rendre compte de leur expérience particulière des discriminations, au croisement de l'homophobie et du sexisme. Les violences lesbophobes agissent généralement comme une sorte de contrôle social qui s'exerce sur les femmes parce qu'elles dérogent à la règle de l'hétérosexualité (Genon et al., 2009, p. 4). Il est important de noter que ces croisements entre plusieurs types d'oppressions ayant un impact sur la santé globale, ceux-ci mériteraient d'être pris en compte par la pratique médicale. Nous pouvons également mentionner la biphobie subie par les femmes bisexuelles et pansexuelles, passant notamment par la culpabilisation et la stigmatisation de leur comportement sexuel, imaginé ou réel, ou encore par le rejet ou la méfiance au sein des espaces lesbiens, les femmes bi et pan pouvant être dépréciées en raison de leur (potentiel) rapport aux hommes (Zeilinger, 2023, p. 17).

Il est également primordial de prendre en considération le fait que la violence entre partenaires existe aussi en dehors du contexte des relations hétérosexuelles et que les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles peuvent donc aussi faire face à de la violence conjugale dans le cadre de relations entre femmes (Genon et al., 2009, p. 14). Les femmes étant socialement perçues comme non-violentes, cette réalité est encore largement ignorée, laissant penser que les couples de femmes représentent des modèles de relations égalitaires alors qu'il peut aussi exister des rapports de domination au sein de ces couples et



donc des situations de violence (Genon et al., 2009, p. 14). De ce fait, les médecin·es ne prennent généralement pas en compte le fait que les femmes en relation conjugale avec une autre femme puissent être victimes de violences entre partenaires. Il y a donc souvent un manque de connaissance de la part des professionnel·le·s de santé. Par ailleurs, les femmes lesbiennes, bisexuelles et pansexuelles sont plus vulnérables à ces violences parce que les perspectives d'aide et d'écoute ne sont pas adaptées à ce public, ce qui limite leur recours et leur accès à des soins de qualité (Genon et al., 2009, 5).

Enfin, notons que différentes études démontrent que les femmes bisexuelles sont encore plus exposées aux violences conjugales et sexuelles que les hommes gays et les femmes lesbiennes (Ouafik, 2022, p. 22) notamment en raison de l'hypersexualisation dont elles font l'objet à cause de stéréotypes biphobes (Ouafik, 2022, p. 25). Selon l'enquête *Violences et rapports de genre* publiée en 2020, elles sont plus nombreuses que les lesbiennes à déclarer avoir subi des violences physiques et psychologiques dans le cadre familial (les lesbiennes, elles, subissent plus de violences sexuelles dans ce même contexte), plus nombreuses que les femmes lesbiennes et hétérosexuelles à déclarer avoir subi des violences (de tous types) dans l'espace public et plus nombreuses que les femmes hétérosexuelles et lesbiennes mais aussi que les hommes gays et bisexuels à déclarer des violences physiques dans l'espace public. L'étude fait également remarquer que, concernant les violences dans l'espace public, « la bisexualité semble constituer un facteur spécifique de vulnérabilité pour les femmes comme pour les hommes » (Trachman & Lejbowicz, 2020). Les études montrent aussi que les femmes bisexuelles sont plus nombreuses à déclarer des expériences de violences entre partenaires que les femmes lesbiennes et hétérosexuelles (Brown & Herman, 2015, p. 2-3)

Conclusion

Alors que les personnes LGBTQ+ présentent des spécificités de santé pouvant les exposer à un certain nombre de risques, celles-ci consultent souvent peu le milieu médical (Bize et al., 2011, p. 1716) notamment par peur d'être stigmatisées en raison de leur orientation sexuelle ou de leur transidentité. Par ailleurs, les minorités sexuelles et de genre se déclarent moins satisfaites des soins reçus que le reste de la population (Bize et al., 2011, p. 1716), ce qui peut les mener à quitter les parcours de soins. Il s'agit là d'un réel problème d'accès aux soins de santé. Les soignant·es ont le pouvoir de faire évoluer cette situation en s'informant, en se formant et en adoptant une attitude proactive afin de faire bouger les lignes pour



procurer un suivi adapté aux personnes LGBTQ+.

Cependant, cette responsabilité n'incombe pas uniquement aux médecin·es. Elle revient aussi aux pouvoirs publics puisqu'une augmentation des financements en matière de santé pourrait profiter à ce public. Favoriser l'information et la prévention, intégrer cette thématique à la formation initiale du personnel soignant, permettre la formation continue des professionnel·les de santé ou encore financer plus d'études afin de faire entendre la voix des minorités sexuelles et de genre sont autant de perspectives de changement qui pourraient avoir un impact considérable sur la santé des personnes LGBTQ+ et leur accès aux soins.

Nous nous sommes ici concentré·es sur la situation des minorités sexuelles et de genre en tant que victimes d'une oppression systémique ayant des répercussions sur la santé. Toutefois, bien d'autres minorités et d'autres groupes sociaux opprimés sont amenés à vivre des situations similaires. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les personnes LGBTQ+ peuvent également faire partie d'un de ces autres groupes et vivre d'autres oppressions, les plaçant dans une situation particulière au carrefour de plusieurs types de discriminations.



Bibliographie

- Aiach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54(20), 2221-2227.
- Beaubatie, E. (2024). *Transfuges de sexe : Passer les frontières du genre* (Nouvelle éd., revue et augmentée). la Découverte.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A. & Revillard, A. (2012). *Introduction aux études sur le genre*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Berrut, S. (2015). *La santé des femmes qui aiment les femmes*. LOS - Santé PluriELLE.
https://los-archiv.ch/images/stories/downloads/Publikationen/gesundheitsbrochureNeuauflage_fr_online.pdf
- Berrut, S. (2016). *Les lesbiennes en consultation gynécologique : Enquête qualitative en Suisse romande* [Université de Genève].
https://www.researchgate.net/publication/318261761_Les_lesbiennes_en_consultation_gynecologique_enquete_qualitative_en_Suisse_romande
- Briet, M., Barkatz, J., Frontczak, S., Ramanah, R., Buffet, N. C., & Cristofari, S. (2022). Modalités du suivi gynécologique chez les patients transgenres — Revue de littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(12), 788-796. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.09.003>
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P., & Makadon, H. J. (2011). Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. *Revue Médicale Suisse*, 7, 1712-1717.
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being lesbian – does the doctor need to know? : A qualitative study about the significance of disclosure in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 58-62.
<https://doi.org/10.1080/02813430601086178>
- Blaison, V. (2020). Patientèle HSH en médecine générale, quelles vulnérabilités ? . *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 477-483.



- Brown, T. N. T., & Herman, J. L. (2015). *Intimate partner violence and sexual abuse among lgbt people : A review of existing research*. The Williams Institute at UCLA School of Law.
- Chaperon, S. (2016). Organes sexuels. Dans J. Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 428-438). Paris : La Découverte.
- Chetcuti, N., Beltzer, N., Methy, N., Laborde, C., Velter, A., Bajos, N., & CSF Group. (2013). Preventive Care's Forgotten Women : Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. *Journal of Sex Research*, 50(6), 587-597.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2012.657264>
- Clohec, P. (2023). *Après l'identité : Transitude & féminisme*. Hystériques & associées.
- Closon, C. (2014). *Rapport sur l'enquête sur les discriminations au travail dues à l'orientation sexuelle et les identités de genre*.
https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/ulb_enquete_sur_les_discriminations_a_u_travail_lgbt_synthese_resultats.pdf
- Curzi, P. (2011). *Santé des lesbiennes : Mythes et réalités* (Ilga, Éd.).
https://federation-lgbt.org/fichierUploader/ILGA_Lesbians_Health_Myths_Realities_FR.pdf
- Devillard, S. (2011). *Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST* [Université de Toulouse Le Mirail].
http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=4db59b3c780a3f3d065725076c3613aa
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dufrasne, A., Luchthiste, L., Nisol, M., Werler, A., Huvelle, R. (2024).
Transgenres/Identités pluriel.le.s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi...
Tous.tes bien informé.e.s. Genres Pluriels ASBL.
https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochure_7emeed_web.pdf
- Dufrasne, A., & Vico, P. (2020). Les patient.e.s transgenres : une actualité et une réalité méconnues. *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 464-469.



- Fausto-Sterling, A. (2013 [1993 et 2000]). *Les cinq sexes. Pourquoi mâle et femelle ne sont pas suffisants*. Paris : Payot et Rivages.
- Fish, J., & Bewley, S. (2010). Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 355-362. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00902.x>
- Genon, C., Chartrain, C., & Delebarre, C. (2009). Pour une promotion de la santé lesbienne : État des lieux des recherches, enjeux et propositions. *Genre, sexualité et société*, 1. <https://doi.org/10.4000/gss.951>
- Genres Pluriels. (2017). *Visibilité intersexue. Informations de base*. Récupéré le 06 janvier 2019 de <https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochureintersexegps-rev6.pdf>
- Geoffroy, M., & Chamberland, L. (2016). Discrimination des minorités sexuelles et de genre au travail : Quelles implications pour la santé mentale ? *Santé mentale au Québec*, 40(3), 145-172. <https://doi.org/10.7202/1034916ar>
- Häusermann, M. (2014). *L'impact de l'hétérosexisme et de l'homophobie sur la santé et la qualité de vie des jeunes gays, lesbiennes et bisexuel-les en Suisse* (Institut international des droits de l'enfant & Institut universitaire Kurt Bösch (Sion), Éd.s.; p. 92-106). <https://www.dialogai.org/wp-content/uploads/2016/09/Dialogai-l%e2%80%99i-mpact-de-l%e2%80%99h%c3%a9t%c3%a9rosexisme-et-de-l%e2%80%99homophobie.pdf>
- Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., & Parks, K. A. (2013). Sexual victimization and associated risks among lesbian and bisexual women. *Violence against women*, 19(5), 634–657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>
- Huberland, V. (2020). Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : Revue qualitative rapide de la littérature. *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 457-463.
- HUYS, V. (2021). Le rôle de l'anamnèse dans la co-construction du diagnostic. *Espaces Linguistiques*, (2). <https://doi.org/10.25965/espaces-linguistiques.344>
- Makadon, H. J. (2011). Ending LGBT invisibility in health care : The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(4), 220-224. <https://doi.org/10.3949/ccjm.78gr.10006>



- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Nuñez, D., & Jäger, M. (2011). Comment aborder la question du sexe dans l’anamnèse des personnes homo ou bisexuelles? *Forum Médical Suisse – Swiss Medical Forum*, 11(12). <https://doi.org/10.4414/fms.2011.07465>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). Soins de santé primaires. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=Les%20soins%20de%20santé%20primaires%20garantissent%20que%20les%20personnes%20reçoivent,possible%20de%20leur%20environnement%20quotidien>
- Ouafik, M. (2022). L’approche syndémique appliquée à la santé des minorités sexuelles et de genre : étude de la portée. *Santé Publique*, Vol. 34(HS2), 21-30. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0021>.
- Perrin, C. (2006). Isabelle Mimeault : Pour le dire. Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 123. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0123>
- Picquart, J. (2009). *Ni homme ni femme. Enquête sur l'intersexuation*. Paris : La Musardine.
- Raz, M. (2016). Bicatégorisation. Dans J. Rennes (dir.), *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 87-95). Paris : La Découverte.
- Rouanet, M. (2018). *Suivi gynécologique chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes—Etude qualitative explorant le vécu de la consultation gynécologique* [Faculté de médecine et de maïeutique Lyon-Sud Charles Merieux]. http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/c272071e-57e6-433d-85d3-615ba236cc31/blobholder:0/THm_2018_ROUANET_Melanie.pdf
- Serano, J. (s. d.). Trans-misogyny primer. *Julia Serano - writer, performer, speaker, activist*. <https://www.juliaserano.com/av/TransmisogynyPrimer-Serano.pdf>
- Trachman, M., & Lejbowicz, T. (2020). Chapitre 10 ■ Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT) : une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In E.



- Brown, A. Debauche, C. Hamel, & M. Mazuy (éds.), *Violences et rapports de genre* (1-). Ined Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.ined.14944>
- Vitulli, A., Billet, A., De Tillesse, M., & Peloux, S. (2020). Spécificités de santé des lesbiennes, bies & co' : le projet communautaire Go To Gyneco !. *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 484-490.
- Zeilinger, I. (2023). *LA BIPHOBIE*.
https://www.garance.be/wp-content/uploads/2023/07/2023_Biphobie_Etude-Garance.pdf