



HAL
open science

Consultation de gynécologie à destination des personnes lesbiennes ou trans : retour d'expérience

Céline Puill, Axelle Romby, Laurent Gaucher

► To cite this version:

Céline Puill, Axelle Romby, Laurent Gaucher. Consultation de gynécologie à destination des personnes lesbiennes ou trans : retour d'expérience. *Santé Publique*, inPress, 34 (Hors-Série), pp.S1-8. 10.3917/spub.hs2.0223 . hal-04090814

HAL Id: hal-04090814

<https://univ-lyon1.hal.science/hal-04090814>

Submitted on 6 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Consultation de gynécologie à destination des personnes lesbiennes ou trans : retour d'expérience

Gynecology consultation for lesbian or trans people: feedback

Céline Puill¹, Axelle Romby², Laurent Gaucher^{3,4,5}

1. Fontenay-sous-Bois – France.
2. Centre de santé sexuelle – Hôpital Hôtel-Dieu – Paris – France.
3. Pôle de santé publique – Hospices civils de Lyon – Bron – France.
4. U1290 Research on Healthcare Performance (RESHAPE) – Inserm – Université Claude-Bernard-Lyon-1 – Lyon – France.
5. Haute école de santé Genève – Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) – Genève – Suisse.

Correspondance : C. Puill celine.puill@gmail.com

Publish in: Santé publique

Volume 34 / Hors-Série - 2022

Réception : 31/10/2021 – Acceptation : 21/11/2022

Résumé

Contexte : L'accès aux soins gynécologiques pour les lesbiennes et les personnes trans est un enjeu de santé publique. Le Checkpoint, antenne communautaire du centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), a créé une consultation dédiée à ce public dans une approche communautaire.

Méthodes : Retour d'expérience de la sage-femme responsable de cette consultation par l'analyse des données issues des dossiers médicaux et des rapports administratifs.

Résultats : Cent consultations ont été conduites pendant les 30 mois de l'expérimentation. Ces consultations étaient au bénéfice de femmes lesbiennes (76 cas) et d'hommes trans (17 cas). Elles offraient un moment d'écoute, d'anamnèse, d'examen clinique, d'examen de dépistage, de traitement préventif et d'orientation. Leur durée variait de 50 minutes à 1 heure 30. Les motifs de consultation étaient souvent multiples et les personnes reçues étaient 38 % à déclarer avoir été victime de violences.

Conclusion : L'adaptation du déroulement des consultations serait susceptible de favoriser l'accès aux soins gynécologiques des lesbiennes et des hommes trans. Un temps institutionnel de formation, de réflexion et de travail en réseau avec les professionnels et les communautés concernées semble indispensable à la réussite de ce type d'offre de soins.

Mots-clés : Centres de santé communautaires ; Minorités sexuelles et de genre ; Disparités en matière de soins de santé ; Gynécologie ; Sage-femme.

Abstract

Introduction: Access to gynaecological care for lesbians and trans people is a public health issue. A free consultation has been experimented for this population in a community approach.

Methods: Feedback from the midwife responsible for this consultation through analysis of data from medical records and administrative reports.

Results: 100 consultations were conducted over the 30 months of the experiment. These consultations were for the benefit of lesbian cisgender women in 76 cases and trans men in 17 cases. These consultations offered a time for attentive listening, anamnesis, clinical examination, screening tests, preventive treatment and orientation. Their duration varied from 50 minutes to

1.5 hours. The reasons for consulting are often multiple and thirty-eight percent of the people received said they had been victims of violence.

Conclusions: Adjusting the consultation process could facilitate access to gynaecological care for lesbians and trans men. An institutional period of training, reflection and networking with the professionals and communities concerned seems essential to the success of this type of care.

Keywords: Community health centers; Sexual and gender minorities; Healthcare disparities; Gynecology; Midwifery.

Introduction

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent des personnes ayant un utérus dans le monde, avec environ 604 000 nouveaux cas et 342 000 décès en 2020 [1]. La France n'est pas épargnée avec sa faible couverture vaccinale et plus de 1 000 décès annuels [2, 3]. Le programme national de dépistage organisé depuis 2018 reste donc primordial [4]. Une population particulièrement à risque est celles des femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes et celles des hommes trans (transgenres ou transsexuels, personnes assignées comme femme à la naissance mais s'identifiant au genre masculin) [5-7]. Ce sur-risque serait lié d'une part à des comportements plus à risque (début de la vie sexuelle plus précoce, nombre de partenaires plus élevé, rapports plus fréquents que les personnes cisgenres hétérosexuel·le·s) pour certaines minorités sexuelles ou de genre (LGBTQI+ : lesbienne, gay, bisexuel·le·s, trans, queer, intersexe, et tous les autres) et d'autre part à un moindre recours aux soins du dépistage [6, 8].

Le moindre accès aux soins de ces minorités sexuelles ou de genre pourrait trouver sa source dans l'insatisfaction quant aux soins reçus, jugés trop aveugles au genre ou à la sexualité ou, pire, source de violences médicales [9, 10]. Lors d'une enquête européenne menée en 2014, 19 % des personnes trans avaient déclaré s'être senties discriminées par le personnel médical dans l'année précédant l'enquête [11].

Les besoins spécifiques de ces personnes ont été identifiés [12-15], des recommandations sur leur suivi existent [16], ainsi que quelques formations spécifiques [17, 18]. Cependant, peu de professionnel·le·s de santé sont formé·e·s à ces suivis spécifiques et identifiés comme tel [19, 20].

C'est dans ce contexte qu'en juin 2017 le Checkpoint Paris, antenne communautaire du centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, a initié le projet pilote de ces consultations gynécologiques pour faciliter l'accès aux soins gynécologiques des personnes lesbiennes ou trans¹. Nous proposons de décrire ici l'émergence de ce projet, les suivis réalisés et l'évolution du projet.

Matériels et méthodes

Cet article est un retour d'expérience de la sage-femme responsable des consultations durant les trois années de l'expérimentation du Checkpoint de 2017 à 2019. Il s'agit d'une étude sur données existantes avec changement de finalité (autrement dit les données initialement collectées dans un but clinique ont évolué vers une finalité de recherche clinique) n'entrant pas dans le champ de la recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi Jardé. Les données collectées ne sont ni directement ni indirectement identifiantes, elles ne sont donc pas soumises au règlement général de protection des données (RGPD). Cette étude a été réalisée sans soutien financier.

¹ En grammaire, le terme « ou » est inclusif et « personnes lesbiennes ou trans » signifie « personnes lesbiennes ou trans ou les deux ».

Les données présentées sont issues des archives administratives du Checkpoint, des dossiers médicaux, des observations notées à la suite des consultations et d'entretiens informels. Les archives administratives étaient celles des protocoles et des rapports d'activité annuels du Checkpoint. Le dossier médical était structuré en trois parties : les caractéristiques des personnes (par exemple âge, genre, orientation sexuelle, date du dernier suivi), les informations médicales (par exemple dépistages effectués, vaccinations) les concernant et des notes de suivi. Ces notes comprenaient de façon systématique les antécédents de violences subies et les éléments spécifiques (par exemple auto-visualisation du col grâce à un miroir, auto-insertion du spéculum...). Enfin, des entretiens informels, sans prise de rendez-vous préalable, ont été menés auprès des intervenant-e-s présent-e-s au moment de la création de cette consultation.

Résultats

Historique de la création d'une consultation à l'intention des femmes lesbiennes et des hommes trans

En 1992, l'association Le Kiosque Infos sida et toxico- manie est créée dans le cadre de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par des hommes cisgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres. Ses activités étaient initialement centrées sur la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Au cours du temps, l'offre de prévention s'est progressivement élargie aux autres publics vulnérables au VIH tel que les usager-e-s de drogue, les travailleuse-ur-s du sexe, et les minorités sexuelles ou de genre. Ainsi, en 2004, l'association coorganise les premiers états généraux Femmes et Sida et réalise la brochure

« Femmes et VIH ». S'en suit en 2009 la création d'une autre brochure s'adressant spécifiquement aux femmes, « Femmes et IST ». Enfin, en 2011, Le Kiosque édite avec Sida info service la brochure « Tomber la culotte » qui s'adresse spécifiquement aux femmes lesbiennes et bisexuelles.

En 2010, Le Kiosque crée le Checkpoint pour élargir ses missions initiales d'information et de prévention par une nouvelle offre de dépistage rapide du VIH. En 2014, l'offre de dépistage rapide s'élargit avec le démarrage de l'étude ANRS² Cube ; le Checkpoint propose alors, en plus du VIH, le dépistage rapide des virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et un rattrapage vaccinal pour le VHB. Pendant cette période, plus de 3 500 consultations annuelles sont réalisées, dont 93 % au bénéfice d'hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [21].

En 2016, le Checkpoint devient une antenne du Cegidd des hôpitaux universitaires Saint-Louis, Lariboisière et Fernand-Widal. Ce nouveau statut d'antenne Cegidd permet la création de consultations spécialisées. Alors que le Checkpoint était historiquement identifié comme un lieu à destination des gays et des HSH, certain-e-s membres du Checkpoint se saisissent de cette occasion pour proposer une offre de santé à destination des personnes de minorités sexuelles ou de genre autre

² Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales.

que gay. Situé dans le quartier du Marais à Paris, il accueille un public encore très majoritairement constitué d'HSB cisgenres au démarrage de la consultation gynécologique en 2017. La création de la consultation gynécologique constitue un levier en même temps qu'un moyen pour l'ouverture aux autres minorités sexuelles ou de genre.

L'équipe décide alors d'expérimenter des consultations gynécologiques à destination des femmes lesbiennes et des hommes trans.

Activité de la consultation gynécologique

La consultation gynécologique du Checkpoint Paris a été expérimentée de juin 2017 à décembre 2020. Les budgets alloués à l'expérimentation ont permis l'ouverture de quatre créneaux de consultation, un soir toutes les trois semaines (un mardi sur trois) de 17 h à 21 h. Ces consultations gratuites étaient assurées par une sage-femme. Pendant cette période, 100 consultations ont été réalisées. Elles duraient entre cinquante minutes et une heure trente. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous était de trois mois. Sur ces 100 consultations, 76 ont été réalisées auprès de femmes cisgenres hétérosexuelles, lesbiennes ou bisexuelles, 17 auprès d'hommes trans, 4 auprès de femmes trans, et 3 auprès de personnes ne se reconnaissant dans aucune de ces identités de genre (tableau I). Ces personnes avaient presque toutes une couverture sociale, à l'exception de deux femmes cisgenre hétérosexuelles qui sont venues principalement en raison d'une absence de couverture maladie. L'âge moyen des personnes consultantes était de 28,6 ans (min-max : 17-57 ans). En 2019, au moins 16 % n'avaient pas de suivi régulier en gynécologie depuis plus de trois ans, et 34 % n'avaient jamais consulté pour un simple suivi gynécologique de prévention (tableau II).

Les motifs de consultation étaient généralement multiples. La quasi-totalité des personnes consultaient pour plusieurs raisons telles que des demandes d'informations, de suivi gynécologique, de dépistage des IST, de contraception, mais aussi pour des symptômes gynécologiques tel que des dyspareunies, des dysménorrhées, des métrorragies, ou un prurit vulvaire. Enfin, certaines personnes venaient consulter avec une demande de certificat médical suite à des violences subies du fait de leur appartenance à une minorité sexuelle, ou pour attester de violences motivant une demande d'asile. Les personnes consultantes étaient 38 % à déclarer avoir déjà subi des violences. Six personnes sont venues consulter dans les semaines suivant un viol pour ce motif. Les actes réalisés pendant la consultation sont mentionnés dans le tableau III.

Description des consultations

Les consultations se déroulaient classiquement en cinq temps, non systématiques : l'écoute des demandes, un interrogatoire médical, un examen clinique, des actes de dépistage ou de prévention, et enfin l'orientation. Un exemple d'entretien type est disponible en encadré 1.

Le premier temps d'écoute permettait de recueillir les multiples motifs de consultation ainsi que les expériences antérieures des personnes. Certaines d'entre elles avaient subi des expériences jugées difficiles avec le corps médical, notamment des gynécologues, et n'avaient pas ou peu consulté depuis.

Par exemple, une patiente souffrant de vaginisme déclarait : « Un gynéco m’a dit que jamais aucun frottis ne serait faisable. En plus il m’a dit : “vous êtes vierge”, alors que non » (femme, lesbienne, 30 ans).

Le deuxième temps d’interrogatoire permettait de questionner systématiquement les personnes sur leur situation

sociale, leurs antécédents médico-chirurgicaux, l’anamnèse, leur consommation de produits psychoactifs, les antécédents de violences et leurs pratiques sexuelles. Aucune n’a refusé de nous parler de ses pratiques sexuelles. Beaucoup de personnes ont dit apprécier de pouvoir en parler librement. Ces informations permettaient d’adapter les messages de prévention des IST et d’amener les personnes à entamer ou poursuivre une démarche réflexive au sujet de ces préventions (préservatifs internes, externes, lubrifiant, gant, posture concernant le consentement lors des relations sexuelles, dépistages...).

Le troisième temps était celui de l’examen clinique. Celui-ci n’était jamais systématique et était toujours précédé d’explications sur son objectif et sur sa réalisation à l’aide d’un schéma d’anatomie et d’une présentation du matériel (spéculums, brochettes à frottis...). Les explications et le recueil du consentement étaient répétés pendant l’examen. Lors de celui-ci, les personnes se voyaient systématiquement proposer, sans insistance, de poser le spéculum elles-mêmes. Nous proposons aux personnes de visualiser leur col avec un miroir dans une optique de réappropriation de leur corps. La majorité des personnes cisgenres étaient désireuses de voir une fois leur col utérin, pour les hommes trans cela dépendait de l’intérêt qu’ils portaient à la zone.

Le quatrième temps était celui du dépistage. En fonction des éléments de l’anamnèse et de l’examen clinique, les personnes se voyaient proposer une offre complète et gratuite de dépistages au moyen de sérologies, et de tests rapides d’orientation diagnostique pour le VIH et le VHC. Elles pouvaient aussi récupérer des autotests pour le VIH. Les dépistages de chlamydias et gonocoques étaient proposés et analysés sur place. Enfin, des échographies utérines ou mammaires et des colposcopies étaient parfois prescrites.

Le cinquième temps était celui de l’orientation. Les personnes étaient orientées soit vers un-e médecin ou un-e sage-femme pour la reprise d’un suivi gynécologique régulier, soit, en fonction d’un facteur de risque identifié, vers une colposcopie, un dépistage de l’endométriose, une rééducation périnéale... Au sein du Checkpoint, les vaccinations contre les hépatites A et B et les papillomavirus étaient disponibles. L’offre de soins du Checkpoint comprenait également des consultations spécialisées de sexologie et d’addictologie, un accompagnement communautaire, ainsi que la possibilité d’une initiation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Enfin, les personnes étaient orientées vers des médecins spécialistes, des associations communautaires, le planning familial, des médecins gynécologues, des médecins généralistes, des sages-femmes libérales, des associations de lutte contre les violences et un chirurgien spécialiste des métaïdoïplasties.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des personnes vues à la consultation de gynécologie dédiée aux lesbiennes et personnes trans de 2017 à 2019

Population		Année			Total (n = 100)
		2017 (n = 28)	2018 (n = 36)	2019 (n = 36)	
Femmes cisgenres	Hétérosexuelles	2	3	1	6
	Bi ou pan sexuelles	19	9	13	70
	Homosexuelles (lesbiennes)		14	15	
	Non défini	0	0	3	3
Hommes transgenres	Hétérosexuels	4	0	0	4
	Bi ou pan sexuels	2	3	1	6
	Homosexuels	0	6	1	7
Femmes transgenres	Hétérosexuelles	1	1	2	4
	Bi ou pan sexuelles	0	0	0	0
	Homosexuelles	0	0	0	0
Sécurité sociale française		28	35	35	98
Âge moyen des consultant·e·s (ans)		30	28	28	28,6

Tableau II : Antécédents de violences et historique du suivi gynécologique des lesbiennes et personnes trans, année 2019

	Consultant·e·s (n = 32)	Pourcentage (%)
Antécédent de violence	12	38
Jamais eu de suivi gynécologique	11	34
Pas de suivi gynécologique depuis trois ans	5	16
Suivi non renseigné	7	22
Suivi depuis moins d'un an	3	9
Suivi entre un et trois ans	6	19

Note : il s'agit ici du nombre de consultant·e·s car quatre sont venu·e·s deux fois à la consultation

Tableau III : Répartition annuelle du nombre d'actes

Acte	Année		
	2017	2018	2019
Frottis (HPV)	8	7	11
Autres IST*	14	14	16
Pose de DIU	1	3	0
Retrait DIU	2	0	0
Pose d'implants contraceptifs	0	2	1
Test de grossesse	1	0	1

* Chlamydiae, gonocoque, virus de l'immunodéficience humaine, hépatites.

HPV : papillomavirus humain ; IST : infection sexuellement transmissible ; DIU : dispositif intra-utérin.

Encadré 1 : Entretien et examen type, ou comment prendre le temps est une étape du processus thérapeutique

En début d'entretien est demandé le pronom utilisé par la personne pour parler d'elle-même.

Nous ne détaillons pas ici les questions purement gynécologiques mais la manière dont nous avons adapté l'entretien sur les pratiques sexuelles au fil des consultations et de l'autoformation.

« Est ce que je peux vous poser des questions sur votre vie sexuelle et intime ? Vous définissez-vous plutôt comme une personne cis, trans ? Est-ce que je peux vous poser des questions sur vos pratiques sexuelles pour savoir quoi vous proposer au niveau médical ?

Avez-vous des rapports avec des hommes, des femmes ? Les deux ? Ou avez-vous des rapports avec des personnes qui ont un vagin, un pénis ? Les deux ? Pratiquez-vous la pénétration vaginale ? La pénétration anale ? Avec des objets, doigts, sexe ? Utilisez-vous des protections (gants, digues, préservatifs internes, externes, lavage des mains et sextoys, lubrifiants...) ? Avez-vous besoin d'informations sur les infections sexuellement transmissibles ou les différents moyens de protection ?

Quelle est votre satisfaction en lien avec votre vie sexuelle actuelle ? »

Avant l'examen gynécologique, des explications sont données sur l'acte médical, son objectif et sa réalisation, à l'aide d'un schéma d'anatomie et de démonstrations. Explications et recueil de consentement sont répétés pendant l'examen : « Je vous préviens de ce que je vais faire avant de le faire et s'il y a besoin on fait une pause où j'arrête l'examen. »

La question ensuite est : « Souhaitez-vous faire cet examen ? »

Après avoir expliqué l'intérêt du frottis, les modalités pratiques, montré le matériel, recueilli l'accord, vient le moment de l'examen. Voici un exemple d'examen avec Mme A (lesbienne, 30 ans) :

Sage-femme (SF) : Vous pouvez vous déshabiller ici, voici un drap d'examen à mettre ensuite sur vous. Est-ce que ça va ?

Madame A : Oui, mais c'est un peu gênant de me déshabiller devant vous... Je suis désolée !

SF : Ah OK, je me disais qu'il y avait quelque chose... Si je mets le chariot d'examen devant vous, c'est mieux ?

La sage-femme se lave les mains, elle est dos à la patiente et n'assiste pas au déshabillage. SF : Je peux me retourner ?

Madame A : Oui.

La patiente est assise sur la table le plus loin possible du bas de la table.

SF : Je vous propose de vous allonger, je mets des coussins sous votre tête, pouvez-vous amener les fesses vers le bas de table ?

Elle s'assoit ensuite sur le tabouret au bout de la table.

SF : Pouvez-vous venir au bord de la table ? Pour l'examen j'ai besoin de voir la taille du spéculum par rapport à l'entrée de votre vagin. Je vais écarter les lèvres comme ceci (geste pour montrer entre pouce et index à l'horizontal pour montrer l'écartement), sinon c'est vous qui faites.

Madame A : Non c'est vous.

SF : Pouvez-vous laisser tomber les genoux sur les côtés ? OK pour vous ?

On va prendre le petit. Est-ce que vous voulez mettre le spéculum vous-même ? On le prend comme ça, là, puis on l'enfonce délicatement en suivant l'axe du vagin.

Madame A : Non, je préfère que cela soit vous.

SF : OK. Est-ce que vous pouvez poser les fesses sur la table, s'il vous plaît, cela va être plus simple pour l'examen. Bien (silence). Madame, je vais écarter les lèvres comme ceci, puis mettre le spéculum de telle façon (en montrant en l'air). Dites-moi quand vous êtes prête (silence pour attendre vraiment une réponse).

Pouvez-vous poser les fesses ? Je vais mettre un coussin plié en deux, comme cela le bassin va basculer et l'examen sera plus facile.

Madame A : Je suis trop chiante, non ?

SF : Non. S'il y a quoi que ce soit vous me dites, j'arrête. On a le temps. Est-ce que vous êtes prête ?

Madame A : Oui.

SF : Alors pouvez-vous poser les fesses, oui c'est super. OK, est-ce que je peux ouvrir le speculum, là je vois le col je vais faire comme ceci avec la brosette du frottis (montre le geste en l'air) et c'est fini, OK ? Oui bon c'est fait, vous avez été super, super courageuse. Ça y est, premier frottis ! »

Discussion

Le Checkpoint a permis à de nombreuses personnes issues des minorités sexuelle ou de genre d'accéder à des soins. Au fil du temps de l'expérimentation, la consultation s'est adaptée à son public avec un temps de consultation important et un renforcement de la formation de la praticienne. Le succès de cette consultation semble essentiellement dû à l'ancrage communautaire du projet et à la construction d'un réseau de professionnels de santé adapté. L'un des premiers enseignements de cette expérimentation est l'étendue des besoins en santé. En effet, d'une part, le nombre de demandes de rendez-vous a dès l'ouverture très largement dépassé l'offre de créneaux disponible, ce qui a généré des délais de plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous. D'autre part, dès le démarrage de l'expérimentation, les personnes consultaient systématiquement pour plusieurs motifs. Ce n'est donc pas le type des demandes qui était spécifique mais le fait qu'il y en ait à chaque fois plusieurs. Cela était probablement lié au fait qu'une part importante des personnes soignées n'avait pas de suivi régulier en gynécologie depuis plusieurs années. Ce défaut de suivi peut notamment s'expliquer par les expériences négatives vécues par les personnes des minorités sexuelles ou de genre en matière de soins de santé, qui contribuent au report et à l'évitement des services de soins [22-25]. Cette difficulté d'accès aux soins est aussi présente dans d'autres pays et est souvent associée à une moindre qualité des soins due à la méconnaissance des problématiques spécifiques de santé des minorités sexuelles ou de genre [26]. Un autre enseignement concerne les spécificités des consultations auprès de ce public. Les personnes consultantes étaient nombreuses à déclarer avoir subi des violences. Cette spécificité de la santé des minorités sexuelles ou de genre est établie depuis 2006 en France, où 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes témoignaient de violences sexuelles subies au cours de leur vie [8]. Les personnes homosexuelles et bisexuelles sont plus à risque d'avoir subi des violences que les

personnes hétérosexuelles [27]. Plus spécifiquement, il faut distinguer les hétérosexuelles strictes (les femmes se définissant comme hétérosexuelle et n'ayant eu des rapports sexuels qu'avec des hommes) et les homosexuelles strictes (les femmes qui se définissent comme homosexuelle et n'ayant eu des rapports sexuels qu'avec des femmes) des femmes se définissant comme bisexuelle ou hétérosexuelle ayant déjà eu des rapports avec des femmes. En effet, ces dernières sont plus exposées aux violences [28]. Ces antécédents particuliers ont rendu nécessaire l'adaptation du temps de consultation à la mise en confiance ou au rétablissement de cette confiance entre soignant et soigné. Dans le cadre de notre expérimentation, cette mise en confiance était probablement favorisée par la proximité de la sage-femme praticienne avec des associations communautaires militantes, et par le fait qu'elle était déjà sensibilisée aux questions de genre et de sexualité par un complément de sa formation par un master en sociologie sur ces thématiques.

La principale force de ce retour d'expérience est qu'à notre connaissance cette consultation est l'une des premières à avoir été mise en place en France spécifiquement à destination des minorités sexuelle ou de genre. Tous les dossiers ont été complétés par la même soignante, ce qui garantit une homogénéité du recueil et de la transcription des informations présentées. Cependant, notre étude souffre de certaines limites ; la principale concerne le recueil rétrospectif de données médicales existantes à partir des comptes rendus de consultation. En 2017, la première trame de compte rendu de consultation ne permettait pas, par exemple, de distinguer les lesbiennes des bisexuelles. De même, ce n'est qu'à partir de l'année 2019 que les antécédents de violences ont été rapportés de manière systématique. Enfin, il aurait été intéressant de noter certains critères comme l'orientation suite à la consultation ou le nombre de motifs de consultation mais cela n'a pas été fait car nous n'avions pas le recul nécessaire. Certaines données récoltées en 2019 comme les antécédents de suivi sont exprimées en nombre de consultant·e·s alors que les autres caractéristiques sociodémographiques sont exprimées en nombre de consultations ; il aurait fallu harmoniser le recueil. Enfin, l'item « antécédent de suivi » présentait 22 % de données manquantes. Plus globalement, le contexte de la région parisienne est spécifique. Il est établi que les lesbiennes sont proportionnellement surreprésentées dans les métropoles [8].

Du fait de contraintes matérielles (temps, budget alloué à la formation, accessibilité des connaissances...), la consultation s'est concentrée sur les problématiques des femmes cisgenres lesbiennes et des hommes trans. Cependant, les problématiques spécifiques des femmes trans mériteraient d'être développées.

Conclusion

Suite à cette expérimentation, une nouvelle offre a été lancée début mai 2021 avec une médecin généraliste formée à la santé gynécologique et plus spécifiquement au suivi des femmes trans. Par ailleurs, d'autres financements ont permis une augmentation de la vacation d'un jour toutes les trois semaines à un jour toutes les deux semaines pour répondre aux demandes des personnes trans ou lesbiennes. Le Checkpoint a permis d'élargir une offre de soins initialement centrée sur les HSH vers les femmes cisgenres lesbiennes et les hommes trans. Cependant, un temps institutionnel de formation, de réflexion, de travail en réseau avec les professionnel·le·s et les communautés concernées semble indispensable à la réussite de ce type d'offre de soins.

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Remerciements

Merci aux relecteur·rice·s : Alexandre Chouippe, Cécile Colladant, Nicolas Derche, Océane Gageot, Nedjma Labbas, Maï Le Du, Hannane Mouhim, Florianne Obrecht Stauffer, Hélène Puill, Axelle Toullec. Merci aux commentateur·rice·s du collectif de jeunes chercheuse·eur·s d'Orgasssm (Organe de réflexion sur les questions de grossesse, accouchement, sexualité, santé sexuelle et maternité). Plus particulièrement merci à Elsa Boulet, Aden Gaide, Elsa Massei, Margaux Nève, Lucile Quéré, Laurine Thizy.

Merci aux personnes soignées pour nos échanges et à l'équipe du Checkpoint pour sa motivation à lutter contre les inégalités. Merci à Nelly Reydellet de m'avoir proposé de participer à cette consultation. Merci au collectif de professionnel·le·s en gynécologie Formagyn et particulièrement à Thelma Linet pour les partages bibliographiques et outils à destination des patient·e·s. Merci également à Maurane Coudert pour l'aide bibliographique.

Références

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-49.
2. Hamers FF, Woronoff AS, Réseau français des registres de cancers Francim. Cancer du col de l'utérus en France : tendances de l'incidence et de la mortalité jusqu'en 2018. *BEH.* 2019;22-23:410-6.
3. Dalon F, Majed L, Belhassen M, Jacoud F, Bérard M, Lévy- Bachelot L, et al. Human papillomavirus (HPV) vaccine coverage rates (VCRs) in France: a French claims data study. *Vaccine.* 2021;39(36):5129-37.
4. Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/ Ki67. Saint-Denis : HAS ; 2019.
5. Silverberg MJ, Nash R, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, Getahun D, Hunkeler E, et al. Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Ann Epidemiol.* 2017;27(8):499-501.
6. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(5):384-400.
7. Beaubatie E. Transfuges de sexe. Genre, santé et sexualité dans les parcours d'hommes et de femmes trans en France [Internet]. [Thèse de doctorat]. Paris : Ehess ; 2017. [Visité le 24/05/2022]. En ligne : <http://www.theses.fr/2017EHES0049>.
8. Bajos N, Bozon M (dir.). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris, La Découverte, 2008. 612 p.
9. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. *Br J Gen Pract.* 2000;50(455):481-2.
10. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Womens Health Issues.* 2013;23(6):e341-6.
11. European Union Agency for Fundamental Rights. Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne : les résultats en bref. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2014.
12. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG.* 2017;124(3):381-92.
13. Gibson AW, Radix AE, Maingi S, Patel S. Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations. *Future Oncol.* 2017;13(15):1333-44.
14. Flentje A, Heck NC, Brennan JM, Meyer IH. The relationship between minority stress and biological outcomes: a systematic review. *J Behav Med.* 2020;43(5):673-94.

15. Miranda-Mendizábal A, Castellví P, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;211(2):77-87.
16. McCune KC, Imborek KL. clinical care of lesbian and bisexual women for the obstetrician gynecologist. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(4):663-73.
17. Furness BW, Goldhammer H, Montalvo W, Gagnon K, Bifulco L, Lentine D, et al. Transforming primary care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people: a collaborative quality improvement initiative. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):292-302.
18. Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21624.
19. Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: an integrative review. *Nurse Educ Today*. 2017;53:67-77.
20. Mehta PK, Easter SR, Potter J, Castleberry N, Schulkin J, Robinson JN. lesbian, gay, bisexual, and transgender health: obstetrician-gynecologists' training, attitudes, knowledge, and practice. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018;27(12):1459-65.
21. Massari V, Chauvin P, Reydellet N, Jauffret-Roustide M, Rouzioux C, Pialoux G. Premiers résultats de l'étude ANRS-CUBE : triple dépistage VIH-VHB-VHC par tests rapides à Paris. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2016;64(S4):S197.
22. Yen CF, Pan SM, Hou SY, Liu HC, Wu SJ, Yang WC, et al. Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public Health*. 2007;121(1):73-9.
23. Eliason MJ, Hughes T. Treatment counselor's attitudes about lesbian, gay, bisexual, and transgendered clients: urban vs. rural settings. *Subst Use Misuse*. 2004; 39(4):625-44.
24. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PloS One*. 2016;11(1):e0146139.
25. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int J Health Serv*. 2020;50(1):44-61.
26. Müller A. Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC Int Health Hum Rights*. 2017;17(1):16.
27. Bajos N, Beltzer N, Prudhomme A. Les sexualités homo-bi- sexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabil- ités sociales et préventives [Internet]. In : Bajos N, Bozon M (éd.). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte; 2008. p. 243-271. [Visité le 24/05/2022]. En ligne : <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-243.htm>.
28. Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. *Nouv Quest Fem*. 2013;32(1):46-63.