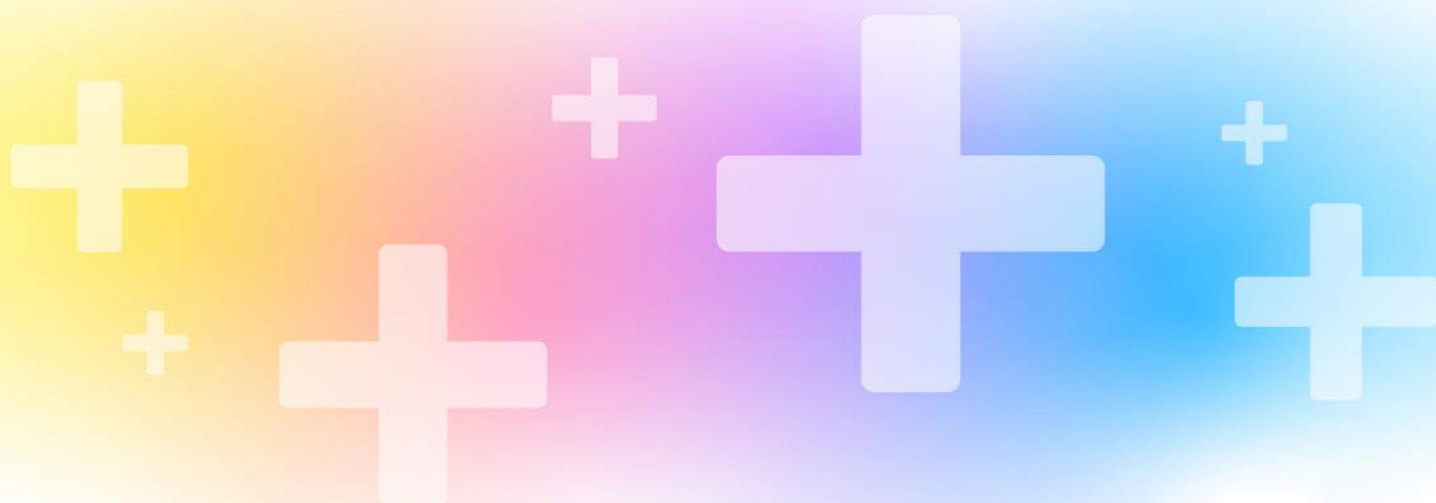




Accès juste et unifié aux soins  
transaffirmatifs en Estrie et en région



# **Violences médicales vécues par les personnes trans et non binaires**

Rapport de recherche communautaire par TransEstrie, 2026



## Co-chargé-es de projet

- + Sei Laroche-Tanguay, M.A.
- + Anne Cockerton

## Auxiliaires de recherche

- + Amélia Ravatel-Legault
- + Ju Crête

## Graphisme

- + Théo-Rose Fréchette

## Statistiques et exploration de données

- + Jessica Lévesque, P.h.D.

## En collaboration avec

- + Le laboratoire de recherche inclusif de l'Université de Sherbrooke
- + La Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres (DSPG)
- + La Chaire de Recherche du Canada sur la recherche partenariale et l'empowerment des jeunes vulnérabilisés (CRC-ReParE)
- + Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche en Éducation et science sociales de l'Université de Sherbrooke.



## Remerciements

- + Le comité de consultation de la CRC ReParE.
- + Notre comité aviseur et scientifique.
- + Ange Villeneuve, pour du travail de traduction.
- + Sam Vaillancourt

## Financement

- + Ce projet est financé par  Femmes et Égalité des genres Canada Women and Gender Equality Canada



Accès juste et unifié aux soins  
transaffirmatifs en Estrie et en région

# Table des matières

---

<b>Sommaire.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Portrait de la littérature sur les violences médicales subies par les personnes trans et non binaires ..</b>	<b>11</b>
<b>3. Objectifs de recherche .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Cadre conceptuel .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Démarche méthodologique en quatre méthodes .....</b>	<b>17</b>
5.1. Comité d'encadrement.....	19
5.2. Volet quantitatif : <i>Questionnaire en ligne</i> .....	19
5.2.1. Population visée.....	20
5.2.2. Procédure de recrutement et de collecte de données .....	21
5.2.3. Composition du questionnaire .....	22
5.3. Volet qualitatif : <i>Entrevues individuelles avec des professionnel-les donnant accès à des SAG</i> .....	22
5.3.1. Critères d'inclusion.....	23
5.3.2. Procédure de recrutement et collecte des données.....	25
5.3.3. Canevas d'entrevue.....	26
5.4. Volet qualitatif : <i>Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG</i> .....	27
5.4.1. Critères d'inclusion.....	28
5.4.2. Procédure de recrutement et collecte des données.....	28
5.4.3. Canevas d'entrevue.....	30
5.5. Volet qualitatif : <i>Entrevues semi-dirigées en groupes selon le soin d'affirmation de genre obtenu commun...</i>	30
5.5.1. Critères d'inclusion.....	32
5.5.2. Procédure de recrutement et collecte des données.....	33
5.5.3. Canevas d'entrevue.....	34
5.6. Considérations éthiques.....	35

<b>6.</b>	<b>Résultats de la recherche .....</b>	<b>37</b>
<b>6.1.</b>	<b>Résultats du volet quantitatif : questionnaire en ligne .....</b>	<b>38</b>
6.1.1.	Portrait sociodémographique.....	38
6.1.1.1.	Région de résidence .....	38
6.1.1.2.	Âge.....	39
6.1.1.3.	Origine-s ethnoraciales.....	40
6.1.1.4.	Première-s langue-s apprise-s .....	40
6.1.1.5.	Conditions.....	41
6.1.1.5.1.	Diagnostic .....	41
6.1.1.6.	Identité-s de genre-s.....	43
6.1.1.7.	Âge d'auto-identification non-cis .....	44
6.1.2.	Soins d'affirmation de genre-s reçus.....	44
6.1.2.1.	Lettres de recommandation .....	45
6.1.2.2.	Diagnostic de dysphorie de genre .....	46
6.1.2.3.	Sortir de sa région pour recevoir le soin.....	47
6.1.2.4.	Connaissance de l'offre d'un établissement .....	48
6.1.2.5.	Frais associés .....	48
6.1.2.6.	Modification d'expression de genre.....	49
6.1.2.7.	Influence d'accès par la première langue apprise .....	50
6.1.2.8.	Expérience avec personnel donnant accès au SAG.....	51
6.1.2.8.1.	Pronoms et terminologie .....	52
6.1.2.8.2.	Résultats du SAG.....	53
6.1.2.8.3.	Information pour une décision éclairée.....	55
6.1.2.8.4.	Révisions du SAG.....	56
6.1.3.	Soins d'affirmation de genre-s désirés (non-reçus).....	56
6.1.3.1.	Par région .....	58
6.1.3.2.	Raisons pour le non-accès au SAG .....	60
6.1.3.2.1.	« Le processus semble long et compliqué » .....	60
6.1.3.2.2.	« Je ne sais pas quoi faire pour y accéder » .....	61
6.1.3.2.3.	« Je n'ai pas les moyens financiers » .....	61
6.1.3.2.4.	« La RAMQ / l'assurance publique ne couvre pas le SAG » .....	61

6.1.3.2.5. « Je suis sur la liste d'attente » .....	61
6.1.4. Évaluation générale de l'accès aux soins d'affirmation de genre-s.....	62
6.1.4.1. Selon la/les première-s langue-s apprise-s .....	62
6.1.4.2. Selon la/les condition-s des répondant-es .....	63
6.1.4.3. Selon la région de résidence.....	71
<b>6.2. Résultats du volet qualitatif : Entrevues individuelles avec des professionnel-les donnant accès à des SAG..</b>	<b>72</b>
6.2.1. Portrait sociodémographique.....	72
6.2.2. Détection de violences médicales genrées, de tentative (ou «thérapie») de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin de la WPATH dans le cadre de l'accès à des SAG au Québec .....	75
6.2.3. Éléments facilitant l'accès aux SAG.....	76
6.2.3.1. Soutien entre collègues .....	77
6.2.3.2. Offrir plus de services en région.....	77
6.2.3.3. Soutien familial ou parental.....	78
6.2.3.4. Références et moyens d'information utilisés.....	78
6.2.4. Barrière d'accès aux SAG .....	87
6.2.4.4.1. Fonctionnements administratifs inadaptés .....	92
6.2.5. SAG ayant un besoin urgent d'accès .....	103
6.2.6. Contexte politique et médiatique entourant les SAG.....	103
6.2.7. Perception de la légalité quant à la prestation des SAG.....	106
6.2.8. Pistes de solutions pour améliorer l'accès aux SAG en région .....	109
6.2.9. Cibles de formations.....	109
<b>6.3. Résultats du volet qualitatif : Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG .....</b>	<b>116</b>
6.3.1. Portrait sociodémographique.....	116
6.3.2.1. Détection de tentative (ou «thérapie») de conversion .....	122
6.3.2.2. Détection de violation des droits de la personne .....	123
6.3.2.3. Détection de non-respect des standards de soins de la WPATH.....	123
6.3.2.3.1. Résilience à la suite d'une expérience en SAG identifiée comme déplaisante, inconfortable ou violente .....	124
6.3.3. Qualité des services en SAG .....	126
6.3.3.1. Selon les types de prestataires .....	127
6.3.3.1.1. Chirurgien-nes .....	127
6.3.3.1.2. Médecins de famille ou généralistes .....	127

6.3.3.13.	Endocrinologues.....	128
6.3.3.14.	Pédiatres .....	128
6.3.3.15.	Esthéticien·nes.....	128
6.3.3.16.	Infirmier·ères.....	128
6.3.3.17.	Travailleur·euses social·e.....	129
6.3.3.18.	Personnel administratif connexe à des professionnel·les en SAG.....	129
6.3.3.19.	Pharmacien·nes.....	130
6.3.3.2.	Concept de chance .....	130
<b>6.3.4.</b>	<b>Éléments facilitant l'accès aux SAG.....</b>	<b>131</b>
6.3.4.1.	S'informer par soi-même sur les SAG.....	131
6.3.4.2.	Non-nécessité d'une lettre de recommandation .....	133
6.3.4.3.	Support familial .....	133
6.3.4.4.	Support non-familial.....	134
6.3.4.5.	SAG dans la ville de Montréal et Québec .....	135
<b>6.3.5.</b>	<b>Barrières d'accès aux SAG.....</b>	<b>136</b>
6.3.5.1.	Barrières financières.....	136
6.3.5.2.	Barrières physiologiques.....	138
6.3.5.3.	Vivre en milieux éloignés.....	139
6.3.5.4.	Membre de famille réticent·e à l'obtention de SAG.....	140
6.3.5.5.	SAG non-accessible selon l'âge.....	141
6.3.5.6.	Barrières temporelles.....	142
6.3.5.6.1.	Résilience face au temps d'attente.....	143
6.3.5.6.2.	Processus administratifs en SAG .....	144
6.3.5.7.	Fonctionnement administratifs inadaptés .....	145
6.3.5.8.	Corridors d'accès peu clairs.....	145
6.3.5.9.	Refus de services en contexte de SAG.....	146
6.3.5.10.	Manque de professionnel·les offrant des SAG.....	147
6.3.5.10.1.	Une seule clinique au Québec offrant certains SAG chirurgicaux .....	147
6.3.5.10.2.	Médecins de famille.....	147
6.3.5.11.	Mauvaises expériences dans le milieu médical .....	148
6.3.5.11.1.	Priorisation des soins.....	149
6.3.5.12.	Identité de genre sortant de la binarité.....	150

6.3.5.13.	Obstacles systématiques.....	151
6.3.5.14.	Obstacles systémiques.....	152
6.3.6.	SAG ayant un besoin urgent d'un meilleur accès .....	156
6.3.7.	Impact des SAG désirés sur la santé mentale des personnes TNBQ .....	156
6.3.7.1.1.	Sentiment d'urgence d'agir.....	157
6.3.7.1.2.	Charge mentale .....	157
6.3.7.1.3.	Impact positif sur le bien-être.....	158
6.3.7.1.4.	Contexte politique et médiatique entourant les SAG .....	158
6.3.8.	Cibles de formation.....	159
<b>6.4.</b>	<b>Résultats du volet qualitatif : Entrevues semi-dirigées en groupes selon le soin d'affirmation de genre obtenu commun.....</b>	<b>160</b>
6.4.1.	Portrait sociodémographique.....	160
6.4.2.	Constats des <i>focus groups</i> à la suite des analyses croisées.....	170
6.4.2.1.	Obstacles et/ou barrières à l'accès .....	171
6.4.2.1.1.	Temps d'attente.....	171
6.4.2.1.2.	SAG en région.....	171
6.4.2.2.	Coûts des SAG .....	172
6.4.2.2.1.	Couverture et non-couverture financière par les assurances publiques des SAG .....	173
6.4.2.2.2.	Nécessité de lettre-s de recommandation pour l'obtention d'un SAG .....	173
6.4.2.3.	Prestataires de soins.....	174
6.4.2.3.1.	Incompréhension des médecins de famille .....	174
6.4.2.3.2.	Formation du personnel en SAG .....	175
6.4.2.3.3.	Perception de l'attitude des prestataires de soins mitigée.....	176
6.4.2.4.	Information sur le SAG.....	177
6.4.2.4.1.	Consentement éclairé .....	177
6.4.2.4.2.	Satisfaction des SAG.....	178
6.4.2.4.3.	Transitionner.info .....	179
6.4.2.5.	Soutien durant le processus des SAG par des non-prestataires.....	180
6.4.2.6.	Détection de violences médicales genrées, de « thérapies » de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec.	
	181	
6.4.2.6.1.	Tentative de conversion.....	181

6.4.2.6.2.	Inconforts vécus.....	182
<b>7.</b>	<b>Retombées.....</b>	<b>183</b>
<b>7.1.</b>	<b>Liste de SAG qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de voies d'accès de services .....</b>	<b>183</b>
7.1.1.	Questionnaire en ligne.....	183
7.1.2.	Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG .....	184
7.1.3.	Entrevues avec des professionnel·les offrant des SAG .....	185
7.1.4.	Liste en ordre de priorité croisé des SAG nécessitant d'un meilleur corridor d'accès .....	185
<b>7.2.</b>	<b>Liste d'obstacles systémiques durant l'obtention d'un SAG .....</b>	<b>186</b>
<b>7.3.</b>	<b>Cibles de formation spécifique pour améliorer la qualité des SAG .....</b>	<b>187</b>
<b>8.</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>188</b>

# Sommaire

Le projet AJUSTER : *Accès juste et unifié aux soins transaffirmatifs en Estrie et en région*, a pour objectif de faire émerger des connaissances sur l'accès à des soins d'affirmation de genre (SAG) au Québec, mais aussi de mettre en relief les problématiques existantes quant à la qualité de ces soins. Il est financé par Femmes et Égalité des genres Canada dans le cadre de la demande de financement du projet intitulé « Violences médicales vécues par les personnes trans et non binaires ». Ce projet a été conçu et dirigé par l'organisme TransEstrie, un organisme communautaire fondé en 2019 dont la mission est de soutenir, accompagner et représenter les personnes trans, non binaires et en questionnement (TNBQ) de l'Estrie. L'organisme offre du support direct aux personnes TNBQ, mais aussi à leur entourage. De plus, TransEstrie œuvre à sensibiliser les populations, les milieux et les institutions de l'Estrie et du Québec entier sur les réalités, les droits et les enjeux trans.

Ce projet est mené en collaboration avec le *Laboratoire inclusif de recherche et de développement* (LIRD) mené par la professeure Julie-Christine Cotton de l'Université de Sherbrooke, un comité aviseur rémunéré composé de quatre personnes de la diversité de genres, un comité scientifique rémunéré composé de quatre personnes professionnel·les en santé trans au Québec, ainsi que le comité consultatif permanent de l'Équipe de recherche sur les jeunes trans et leurs familles, maintenant sous la tutelle de la *Chaire de Recherche du Canada sur la recherche partenariale et l'empowerment des jeunes vulnérabilisés* (CrC-ReParE) menés par la professeure Annie Pullen-Sansfaçon à l'Université de Montréal, et finalement La Chaire de recherche sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres (CDSPG) menée par le professeur Martin Blais de l'Université du Québec à Montréal.

Cette recherche en devis mixte se compose en quatre méthodes. La première est un questionnaire quantitatif en ligne pour les personnes de la diversité de genre désirant ou ayant eu accès à des SAG au Québec. La deuxième méthode est des entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé prodiguant des SAG en région. La troisième méthode est

des entrevues semi-dirigées avec les personnes de la diversité de genre ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou la tentative d'accès à des SAG en région. La quatrième méthode est des groupes de discussion (*focus group*) regroupés selon un SAG obtenu commun entre les participant-es de la diversité de genre au Québec.

Ceux-ci permettent d'aller répondre à différents sous-objectifs du projet :

- + Comprendre les voies d'accès qui existent;
- + Détecter les procédures qui sont peu ou encore pas du tout accessibles à la majorité des personnes TNBQ;
- + Documenter les instances où les personnes TNBQ, en raison de caractéristiques qui leur sont propres, se heurtent systématiquement à des obstacles les empêchant d'avoir accès à des procédures dont elles ont besoin;
- + Détection de violences médicales genrées, de tentatives (ou «*thérapies*») de conversion, de violations des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès ou la tentative d'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec;
- + Étudier les réalités de professionnel·les en soins et en santé en région dans le contexte de SAG.

D'abord, un total de 196 personnes ont répondu au questionnaire en ligne, permettant ainsi de brosser un portrait chiffré de personnes de la diversité de genre désirant ou ayant eu accès à des SAG au Québec. Nous avons aussi mené des entrevues individuelles auprès de différents groupes pour différentes raisons. D'abord, des professionnel·les en soins et en santé dans le contexte de SAG en région dans le but d'étudier leur réalité et de cibler leurs besoins spécifiques en formation. Ensuite, avec des personnes de la diversité de genre ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG en région dans le but de mettre en lumière la complexité et la diversité des parcours de SAG, ainsi que la pluralité des violences basées sur le genre dans

le cadre des démarches de transition médicale. Puis, des groupes de discussion (*focus group*) regroupés selon un SAG obtenu commun entre les participant-es de la diversité de genre au Québec, dans le but de faire émerger les ressemblances et les différences dans la prestation d'un même type de SAG, les différentes approches de prestataires de soins et les différents types de violences vécus en fonction du SAG. C'est un total 36 personnes qui ont été interviewées, soit 8 professionnel-les, 9 personnes de la diversité de genre en individuel, et 18 personnes de la diversité de genre en 4 sous-groupes de soins communs (mastectomie et réduction mammaire, hormonothérapie et bloqueurs d'hormones, soins non couverts par l'assurance publique<sup>1</sup>, et chirurgies génitales et du système reproducteur).

Le cadre conceptuel du projet AJUSTER s'appuie sur plusieurs concepts pour être en mesure d'étudier la complexité des enjeux entourant l'accès à des SAG en Estrie, en région et au Québec.

- + Les soins d'affirmation de genre (SAG) comme étant d'associer le-a prestataire de soin avec les personnes de la diversité de genre dans le but de répondre à leurs besoins de manière holistique (santé sociale, mentale et médicale et de bien-être)(WPATH, 2022), le tout en affirmant avec respect leur-s identité-s de genre (Coleman et al., 2022).
- + Les SAG incluent des interventions telles que : l'hormonothérapie, des chirurgies d'affirmation de genre, et autres soins identifiés comme affirmant le-s genre-s d'une personne.
- + L'affirmation de genre : l'acte de reconnaître et d'affirmer l'identité de genre d'une personne, dans les dimensions sociales, psychologiques, médicales et légales (Coleman et al., 2022).
- + L'approche transaffirmative : une approche globale et systémique (*Pullen Sansfaçon, et al., 2021*) où la transition médicale n'est pas centrale à une transition ni nécessaire. Une

---

<sup>1</sup> Communément discutée comme étant la RAMQ, mais la plupart des SAG sont couverts par une enveloppe spécifique du MSSS.

transition peut se présenter sous des formes sociales ou légales (ou personnelle et intime!). Cette approche considère que toutes les différentes formes de transition désirées par une personne de la diversité de genre peuvent lui permettre de vivre plus conformément et aisément possible avec son genre affirmé (*Pullen Sansfaçon, et. al, 2021*).

- + Les standards de soins de la *WPATH(2022)* : des conseils cliniques aux professionnel·les pour les soutenir dans leur travail auprès des personnes de la diversité de genre, des voies d'accès à sécuritaires et efficaces dans le but qu'elles atteignent un niveau de confort personnel durable dans le temps, et que la santé physiologique, le bien-être psychologique et le sentiment d'auto-accomplissement des patient·es s'améliorer et se maximiser (*Coleman et al., 2022*).
- + La compréhension des violences médicales par *Brisson (2023)* : la violence médicale est taboue, ambiguë, omniprésence, invisibilisée, ignorée, non-reconnue, violente, infantilissante, paternaliste, peu empathique, et elle accentue la position d'autorité et le manque de respect des professionnel·les envers leur clientèle.
- + L'intersectionnalité : chaque personne occupe simultanément de multiples positions sociales où ces positions ne s'annulent pas, elles interagissent de manières complexes (*Sensoy et al., 2017*). Ces positions sociales peuvent inclure : « la race, la classe sociale, le sexe, la sexualité, la nationalité, l'origine ethnique, la capacité, l'âge et les marqueurs de pouvoir similaires sont interdépendants et se construisent mutuellement » (*Collins, 2020*).
- + Le sentiment de compétence professionnel de *Gallagher (2012)* : c'est la perception qu'ont les gens de leur capacité à exécuter les actions nécessaires pour atteindre un objectif souhaité, et une évaluation personnelle pour savoir si l'on peut effectuer les actions nécessaires. Cinq mécanismes d'auto-efficacité sont identifiés : expériences de maîtrise, expériences de modélisation/par procuration, expériences imaginées, persuasion sociale et signaux somatiques/émotionnels (*Gallagher, 2012*).

# 1. Introduction

L'organisme TransEstrie, en action depuis 2019, dont la mission est de soutenir, accompagner et représenter les personnes trans, non binaires et en questionnement de l'Estrie, observe depuis des faits sociaux de sa population cible. En tandem avec la littérature, l'organisme s'inquiète du manque l'accès aux soins d'affirmation du genre (SAG) en Estrie et dans la province du Québec (*UETMISSS, 2023; UETMISSS, 2021; Cotton et al, 2022; Pullen Sansfaçon et al, 2020; SAVIE-LGBTQ, 2022*). De plus, TransEstrie est troublé de voir une montée mondiale de l'extrême droite qui augmente les rhétoriques transphobes au Canada (*Justice Trans, 2022*), impactant directement ses usager-ères dans plusieurs sphères de leur vie. Voulant mieux comprendre l'accès aux SAG au Québec et l'expérience de violences que vivent ses usager-ères, TransEstrie a mis sur pied, en 2023, le projet AJUSTER : *Accès juste et unifié aux soins transaffirmatifs en Estrie et en région*, financé par Femmes et Égalité des genres Canada dans le cadre de la demande de financement du projet intitulé « Violences médicales vécues par les personnes trans et non binaires ».

## 2. Portrait de la littérature sur les violences médicales subies par les personnes trans et non binaires

Chez les personnes trans et non binaires (TNB), de récentes études démontrent un taux inquiétant de détresse psychologique. L'enquête *TransPulse Canada (2019)*, rapporte que 56% de ses 2873 répondant-e-s évaluent que leur santé mentale est passable ou mauvaise. 31% ont envisagé le suicide au cours de la dernière année. Il est reconnu que l'accès aux démarches de

transition souhaitées constitue un facteur important de protection (*Amiot et al, 2024; Pullen Sansfaçon et Medico, 2021*). Une étude québécoise a démontré que ses participant-e-s TNB les moins affectés par des symptômes dépressifs et exprimant une plus grande satisfaction de vie étaient ceux qui considéraient avoir terminé leurs démarches de transition (*Cotton et al., 2021*). L'accès aux SAG demeure difficile au Canada (*Weisdorf et al, 2023; Comeau et al, 2023*). Seulement 26% des participant-es de *TransPulse 2019* estiment avoir reçu tous les SAG nécessaires à leur transition. Au Québec, la majorité des SAG ne bénéficient pas d'un corridor d'accès clair et précis (*Amiot et al, 2024; Cotton et al, 2022; Pullen Sansfaçon et al, 2020; SAVIE-LGBTQ, 2022*). On remarque que des médecins généralistes refusent souvent de référer à des médecins spécialistes sous prétexte que le-a patient-e pourrait changer d'idée (*Justice Trans, 2022; Weisdorf et al, 2023*). Plusieurs enjeux spécifiques liés à des intersectionnalités d'identités sont relevés: les jeunes TNBQ font face à l'absence d'un consensus autour de l'âge minimum requis pour l'accès à des SAG au Québec, les femmes trans sont plus susceptibles d'avoir à payer pour obtenir des SAG car ils sont moins couverts par l'assurance publique, les personnes non binaires ont moins tendance à voir leur prénom et pronoms être utilisés par leur prestataire de soin, sans oublier le racisme, la grossophobie, le capacitisme, le classisme, le paternalisme qui rendent l'accès à des SAG difficile et parfois impossible (*Justice Trans, 2022; Brisson, 2023*). Le consentement réellement complet tout au long du processus durant la prestation d'un SAG a également été présenté comme crucial pour la qualité du soin par des personnes TNBQ selon plusieurs auteurices (*Ashley, 2020; Puckett et al., 2022; Mayer et al., 2023; MacKinnon et al., 2021; Gerritse et al., 2023*).

Chez les prestataires de soins de santé au Québec, une analyse de revues scientifiques de *Brisson (2023)* souligne que le manque de ressources des personnes soignantes au Québec serait en lien avec l'augmentation de la détresse émotionnelle de celle-ci. Cette détresse émotionnelle serait un des facteurs augmentant les événements de violences envers leur patientèle (*Brisson, 2023; Côté, 2023; Lapointe, 2022*). *Brisson* souligne aussi que la généralisation des valeurs de bienveillance à l'ensemble des prestataires de soins au Québec

serait nuisible à la reconnaissance et à la dénonciation de discriminations commises par celles-ci (2023). Ces expériences discriminatoires et transphobes sont particulièrement observées dans les régions ou milieux ruraux où l'accès à un médecin de famille transaffirmatif est encore plus difficile, forçant nombreuses personnes TNBQ à se déplacer pour avoir accès à des soins de santé appropriés, même pour des besoins de bases pas nécessairement reliés à leur transidentité (*Justice Trans, 2022; Weisdorf et al, 2023*).

Dans une étude empirique de *Justice Trans en 2022*, les personnes participantes TNBQ ont considéré les processus juridiques comme trop difficiles à aborder et qu'ils sont potentiellement traumatisants. Les personnes participantes ont nommé des sentiments d'impuissance et d'incapacité face à l'accès à la justice pour des enjeux de discrimination et de harcèlement vécus (*Justice Trans, 2022*). De leur échantillon, 43% ont indiqué avoir été confronté-es à un problème lié à un traitement médical. A été nommé : manque de soins adaptés, manque général d'expertise et de connaissances en santé trans, être repoussé-e par des médecins généralistes ne se disant pas spécialisés alors que certains SAG sont des soins primaires, transphobie par les prestataires et personnel, être morinommé-e (utilisation du mauvais prénom) et être mégenré-e (utilisation des mauvais pronoms) parfois de façon ciblée, intentionnelle et malveillante ou parfois causé par des défaillances systémiques, le refus de prescription d'hormonothérapie si une lettre en santé mentale n'était pas fournie ce qui n'est pas une obligation pour ce SAG (*Justice Trans, 2022*). Il est important de comprendre les enjeux intersectionnels de personnes TNBQ telles que les personnes noires et autochtones spécifiant avoir vu leur accès à des SAG refusé en raison de leur identité (*Justice Trans, 2022*). Il reste difficile pour des personnes ayant des identités marginalisées intersectionnelles d'identifier avec assurance à travers quel-s vecteur-s d'oppression iels ont été discriminés (*Justice Trans, 2022*). Il est important de souligner que les personnes TNBQ ayant eu accès à des milieux de soins respectueux avaient plus tendance à aller chercher des soins de santé par la suite (*Justice Trans, 2022*).

### 3. Objectifs de recherche

L'objectif principal du projet *AJUSTER : Accès juste et unifié aux soins transaffirmatifs en Estrie et en région* a pour objectif de faire émerger des connaissances sur l'accès à des soins d'affirmation du genre (SAG) au Québec, mais aussi de mettre en relief les problématiques existantes quant à la qualité de ces soins, tel que souligné précédemment. Pour être en mesure de répondre à l'objectif principal, des sous-objectifs ont été identifiés, servant à sélectionner des méthodes de recherche répondant mieux à leur requête :

- + Comprendre les voies d'accès qui existent;
- + Détecter les procédures qui sont peu ou encore pas du tout accessibles à la majorité des personnes TNBQ;
- + Documenter les instances où les personnes TNBQ, en raison de caractéristiques qui leur sont propres, se heurtent systématiquement à des obstacles les empêchant d'avoir accès à des procédures dont iels ont besoin;
- + Détection de violences médicales genrées, de tentatives (ou «*thérapies*») de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec;
- + Étudier les réalités de professionnel·les en soins et en santé en Estrie et en région dans le contexte de soins transaffirmatifs.

## 4. Cadre conceptuel

Dans le cadre de ce projet, nous avons l'intention d'utiliser plus d'un concept pour être en mesure d'étudier la complexité des enjeux entourant l'accès à des SAG en Estrie, en région et au Québec.

D'abord, nous comprenons, dans le cadre de ce rapport, les soins d'affirmation de genre (SAG) tel que la World Professional Association in Trans Health (WPATH) comme étant d'associer le·a prestataire de soin avec les personnes de la diversité de genre dans le but de répondre à leurs besoins de manière holistique (santé sociale, mentale et médicale et de bien-être), le tout en affirmant avec respect leur·s identité·s de genre·s (Coleman et al., 2022). Les SAG inclut des interventions telles que : l'hormonothérapie, des chirurgies d'affirmation de genre·s, et autres soins de santé identifiés comme affirmant le·s genre·s. Quant à l'affirmation de genre, elle fait référence à l'acte de reconnaître et d'affirmer l'identité de genre d'une personne, dans les dimensions sociales, psychologiques, médicales et légales (Coleman et al., 2022). Cette compréhension des SAG nous permettra de bien définir quel type de soin que nous voulons étudier lorsque l'on parle d'accès à des SAG.

Ensuite, nous comprenons l'approche transaffirmative comme étant une approche globale et systémique (Pullen Sansfaçon, et. al, 2021). Il est important de souligner que la transition médicale n'est pas centrale à une transition ni nécessaire et qu'une transition peut se présenter sous des formes sociales ou légales (ou personnelle et intime!). L'approche transaffirmative considère que les différentes formes de transition désirée par une personne de la diversité de genres lui permettent de vivre plus conformément et aisément possible avec son/ses genre·s affirmé (Pullen Sansfaçon, et. al, 2021). Ce concept nous permettra de bien décerner la qualité des SAG prodigués aux personnes de la diversité de genre et de documenter la présence ou l'absence d'approche transaffirmative au Québec.

Le troisième concept que nous voulons utiliser est celui des standards de soins de la WPATH. Ces standards ont comme objectif de fournir des conseils cliniques aux professionnel·les pour les soutenir dans leur travail auprès des personnes de la diversité de genre (2022). La WPATH veut aider ces professionnel·les à donner accès aux personnes TNBQ des voies d'accès à sécuritaires et efficaces dans le but qu'elles atteignent un niveau de confort personnel durable dans le temps (2022). La WPATH vise à ce que ces populations voient leur santé physique, leur bien-être psychologique et leur sentiment d'auto-accomplissement s'améliorer et se maximiser (Coleman et al., 2022). Il est important pour nous de bien cadrer la compréhension des standards de soin pour nous aider à évaluer la qualité des SAG relevés, mais aussi de bien cerner où il y aurait besoin d'avoir des améliorations.

Dans le cadre du projet, nous sommes appelés à accueillir des expériences d'inconforts et de violences médicales des personnes TNBQ. Nous nous sommes donc intéressé·es à la compréhension des violences médicales par Brisson en 2023 dans le cadre de son projet de maîtrise sur la conceptualisation du phénomène des violences médicales. Dans sa revue critique interprétative de la littérature, elle souligne que la violence médicale est taboue et ambiguë, ce qui la rend difficile à identifier malgré son omniprésence. Par ce phénomène d'invisibilisation, elle tend à être ignorée ou non reconnue, ce qui en soit la rend violente. Une autre forme de sa violence se trouve dans la tendance à infantiliser ou d'avoir des attitudes paternalistes envers les personnes qui la dénoncent, ce qui accentue la position d'autorité des professionnel·les. La violence médicale est aussi associée à une perception de manque d'empathie et de manque de respect de la part des professionnel·les. Cette compréhension des violences médicales nous permettra de mieux analyser les inconforts vécus par les personnes de la diversité de genre dans le cadre de SAG.

De plus, nous incluons le concept de l'intersectionnalité où chaque personne occupe simultanément de multiples positions sociales où ces positions ne s'annulent pas, elles interagissent plutôt de manières complexes (Sensoy et al., 2017). Ces positions sociales peuvent inclure « la race, la classe sociale, le sexe, la sexualité, la nationalité, l'origine ethnique, la capacité, l'âge et les marqueurs de pouvoir similaires sont interdépendants et se construisent

mutuellement » (*Collins, 2020*). Dans le cadre du projet, il sera important pour nous d'avoir une compréhension intersectionnelle de l'accès aux SAG puisque chaque individu devrait pouvoir accéder à des soins de qualité, peu importe les positions sociales simultanées occupées. Chaque position sociale apporte des enjeux particuliers, et il est important d'être humble et de comprendre qu'il est impossible de comprendre toute position sociale et tous les impacts qu'elles ont sur les personnes qui les détiennent. Cela dit, il y a notamment des intersections qui vivent plus de marginalisation que d'autres, d'où l'importance d'amplifier leurs vécus.

Enfin, nous nous intéressons au sentiment de compétence professionnel de *Gallagher(2012)* qui est définie comme étant la perception qu'ont les gens de leur capacité à exécuter les actions nécessaires pour atteindre un objectif souhaité. C'est une évaluation personnelle pour savoir si l'on peut effectuer les actions nécessaires. Cinq mécanismes d'auto-efficacité sont identifiés : expériences de maîtrise, expériences de modélisation/par procuration, expériences imaginées, persuasion sociale et signaux somatiques/émotionnels (*Gallagher, 2012*). Il a été observé que des individus ayant un niveau d'efficacité personnelle plus élevée vont percevoir des nouveaux défis comme des opportunités d'apprentissage plutôt que des situations à éviter (*Gallagher, 2012*). Ce sentiment est clé lorsqu'on parle d'une patientèle plutôt méconnue ou mal comprise, ainsi que les SAG, qui ne sont pas enseignés dans la base de formation des médecins, par exemple. Le concept de sentiment de compétence professionnel nous permettra d'évaluer sa présence chez les professionnel·les en contexte de SAG.

## **5. Démarche méthodologique en quatre méthodes**

Le cadre conceptuel clarifiant notre compréhension de notre problématique et de l'angle de travail de nos questions de recherche, il est ensuite important de définir la question de

recherche principale. Reflétant l'objectif principal du projet, la question de recherche principale est : **Quel est l'état des soins d'affirmation de genre au Québec?**

Pour y répondre de façon précise et détaillée, d'autres sous-questions recherche ont été identifiées pour apporter du soutien aux directions de recherche du projet :

- + Quelles sont les voies d'accès qui existent?
- + Quelles sont les procédures sans corridors d'accès définis?
- + Quelles sont les procédures qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de corridors de services?
- + Quels sont les obstacles systémiques qui doivent être adressés pour que l'accès devienne possible?
- + Quels sont les cibles de formation spécifiques pour améliorer la qualité des SAG prodigués aux personnes trans (particulièrement aux personnes trans mineures, psychiatisées, judiciairisées, non binaires, racisées, immigrantes).

Étant donné le nombre important de sous-objectifs de recherche et de questions de recherche, le projet est appelé à utiliser un devis mixte. Cette démarche scientifique a pour but de souligner la singularité et l'utilité de chacune des méthodes, tout en permettant de faire des observations en comparant ou combinant différentes méthodes, rendant leur usage distinct complémentaire. Ce devis mixte, quantitatif et qualitatif, est composé de quatre méthodes de recherche.

- + Un questionnaire quantitatif en ligne pour les personnes de la diversité de genre désirant ou ayant eu accès à des SAG au Québec.
- + Des entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé dans le contexte de SAG en région.

- + Des entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genre ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG en région.
- + Des entrevues semi-dirigées en groupes regroupés selon un type de SAG obtenu commun entre les participant·es de la diversité de genre au Québec.

## 5.1. Comité d'encadrement

---

Dans le cadre du projet, il a été important pour l'équipe de mettre en place deux comités d'expert·es. Le premier, un comité aviseur rémunéré composé de quatre personnes de la diversité de genre. Le second, un comité scientifique rémunéré composé de quatre personnes professionnel·les en recherche sur la santé trans au Québec. Ceux-ci ont comme rôle de réviser et commenter les différents outils de recherche, méthodes de recherche, angles d'analyse pour produire des résultats, et nos rapports finaux. Les deux comités ont été rigoureusement sélectionnés par leur diversité de vécus, d'expérience et de connaissances.

## 5.2. Volet quantitatif : *Questionnaire en ligne*

---

La première méthode est le questionnaire quantitatif en ligne pour les personnes de la diversité de genre désirant ou ayant eu accès à des SAG au Québec. Le questionnaire en ligne répond à l'objectif principal de la recherche et, plus précisément, à trois des sous-objectifs :

- + Comprendre les voies d'accès qui existent;
- + Détecter les procédures qui sont peu ou encore pas du tout accessibles à la majorité des personnes TNBQ;

- + Documenter les instances où les personnes TNBQ, en raison de caractéristiques qui leur sont propres, se heurtent systématiquement à des obstacles les empêchant d'avoir accès à des procédures dont ils ont besoin.

De ce même ordre, le questionnaire en ligne a pour but de répondre aux différentes questions de recherche suivantes :

- + Quelles sont les voies d'accès qui existent?
- + Quelles sont les procédures sans corridors d'accès défini?
- + Quelles sont les procédures qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de corridors de services?
- + Quels sont les obstacles systémiques qui doivent être adressés pour que l'accès devienne possible?

Le questionnaire en ligne a comme vocation de répondre à ces objectifs et besoins. Cette méthode quantitative semble pour le projet être un moyen efficace de les atteindre avec précision, puisqu'elle pourrait permettre de documenter différentes intersections de la population cible auprès d'un plus grand nombre de personnes (*Reisner et al., 2014*). Des analyses exploratoires avec une statisticienne externe détenant un doctorat en mathématiques ayant une expertise en statistiques et exploration de données permet un type de résultats unique.

### **5.2.1. Population visée**

Pour le questionnaire en ligne, la population à l'étude est les personnes de la diversité de genre désirant ou ayant eu accès à des SAG, comprenant le français ou l'anglais, de 14 ans et plus et vivant dans la province du Québec. Les personnes participantes pouvaient participer en français ou en anglais. À la suite de la consultation d'autres projets de recherche quantitative utilisant un questionnaire en ligne d'Annie Pullen-Sansfaçon et de Julie-Christine Cotton, l'objectif à atteindre avait été estimé de 100 et 200 personnes.

## **5.2.2. Procédure de recrutement et de collecte de données**

Pour le questionnaire, des affiches et annonces de recrutement ont été publiées sur les réseaux sociaux de TransEstrie (Instagram, Facebook et LinkedIn). Des groupes Facebook de TransEstrie ont été utilisés pour partager ses mêmes imageries (Discussion parents Trans Estrie et Discussion trans et non binaires Estrie). D'autres groupes Facebook indépendants de TransEstrie ont été contactés pour y partager les imageries de recrutement. Avec l'approbation d'administratrices, 9 de ses groupes Facebook ont accepté à plus qu'une occasion que les imageries y soient publiées. Plus de 125 organismes, regroupements, associations étudiantes de la diversité, Chaires, CIUSSS, CISSS, Influenceur.ses LGBTQIA+, comités, services pour les personnes TNB, groupes 2SLGBTQIA+, et collaboratrices de TransEstrie ayant des réseaux sociaux sur Facebook, Instagram ou LinkedIn ont été contactés pour partager nos affiches de recrutement sur leurs réseaux.

Lors d'activités de représentation, des conférences de TransEstrie ou des kiosques de TransEstrie, des affiches ont été installées sur les lieux et projetées sur des écrans au grand public. Un code QR actif était présent sur l'affiche de participation au questionnaire en ligne pour permettre un accès instantané aux personnes ayant un téléphone cellulaire. Des petits codes QR de la taille d'une carte d'affaires ont aussi été distribués lors de ces différents événements. Le bouche-à-oreille de la méthode boule de neige a aussi été employé, comme se comprend comme méthode de recrutement où à la suite de leur participation, les personnes participantes ont été invitées à solliciter leur entourage concerné par les critères de sélection du questionnaire.

Dans le cas où une personne participante n'était pas en mesure de participer au questionnaire en ligne pour de raison d'accessibilité, l'équipe de recherche était disponible pour trouver un moyen de complétion qui concorde aux besoins de la personne participante (ex. : par téléphone ou en présentiel). La rémunération qui a été offerte est un tirage anonyme de 5 cartes cadeaux de 40\$. Ce tirage a eu lieu en septembre 2025 et les 5 personnes gagnantes ont reçu par courriel l'option de recevoir la carte cadeau par la poste, une récupération en personne au bureau de

TransEstrie ou une copie PDF de la numérisation de la carte cadeau. Les 5 cartes cadeaux ont toutes été distribuées.

### **5.2.3. Composition du questionnaire**

Le questionnaire en ligne se divise en trois sections : questions sociodémographiques, questions concernant l'accès et l'expérience aux SAG reçus et, enfin, des questions concernant les raisons du non-accès aux SAG désirés, mais non reçus. Le comité aviseur et scientifique, et aussi des membres de l'organisme TransEstrie, ont révisé et commenté ce questionnaire. Le contenu du questionnaire développé en format texte a été ensuite implanté et harmonisé sur le logiciel sécurisé Qualtrics. Cela a été possible grâce à la collaboration avec le professeur Martin Blais, titulaire de la Chaire DSPG, ayant accès à cette ressource informatique par ses activités de recherches à l'Université du Québec à Montréal. À la suite de l'élaboration complète du questionnaire sur le logiciel Qualtrics, le questionnaire en ligne a été prétesté auprès de 10 personnes de la diversité de genres pour assurer son bon fonctionnement, sa pertinence et sa bonne compréhension. À la suite de ce prétest et la réception des commentaires constructifs des 10 personnes, les modifications nécessaires à l'amélioration du questionnaire ont été appliquées. Ces données prétest recueilli ont été par la suite détruites et n'ont pas été traitées dans le cadre des analyses. À la suite de cette étape, la durée de complétion du questionnaire a été évaluée entre 20 à 30 minutes, tout dépendant du nombre de SAG entrés ainsi que du nombre de filtres s'appliquant à la personne participante.

## **5.3. Volet qualitatif : *Entrevues individuelles avec des professionnel·les donnant accès à des SAG***

---

La deuxième méthode à présenter est les entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé en région donnant accès à SAG. Les entrevues semi-dirigées avec ces professionnel·les répondent à l'objectif principal de la recherche et, plus précisément, à 2 des sous-objectifs :

- + Détection de violences médicales genrées, de thérapies de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec.
- + Étudier les réalités de professionnel·les en soins et en santé en Estrie dans le contexte de soins d'affirmation de genre.

De ce même ordre, les entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé en région donnant accès à SAG ont pour but de répondre aux différentes questions de recherche suivantes :

- + Quelles sont les voies d'accès qui existent?
- + Quelles sont les procédures sans corridors d'accès défini?
- + Quelles sont les procédures qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de corridors de services?
- + Quels sont les obstacles systémiques qui doivent être adressés pour que l'accès devienne possible?
- + Quelles sont les cibles de formation spécifique pour améliorer la qualité des soins de transition prodigués aux personnes trans (particulièrement aux personnes TNBQ mineures, psychiatisées, judiciairisées, non binaires, racisées, immigrantes).

Les entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé en région donnant accès à SAG ont comme vocation de répondre à ses objectifs et besoins. Cette méthode qualitative semble pour le projet être un moyen efficace de les atteindre avec précision, puisqu'elle pourrait permettre de mieux comprendre la réalité de ces professionnel·les ainsi que leurs observations sur le terrain, ayant une position particulière du fait qu'ils travaillent et opèrent en régions.

### **5.3.1. Critères d'inclusion**

Pour les entrevues semi-dirigées avec professionnel·les, la population à l'étude est les professionnel·les en soins et en santé en région offrant des SAG tels que des pédiatres, endocrinologues, médecins de famille, médecins spécialisés, chirurgien·nes, infirmier·ères, infirmier·ères praticien·nes spécialisé·es, orthophonistes, esthéticien·nes, physiothérapeutes, et tout autre professionnel·les offrant des SAG en région. Le projet s'intéressant spécifiquement à l'accès aux SAG et non pas aux différent·es acteurices participants aux étapes menant à la personne donnant accès à un SAG, le personnel à l'administration, les professionnel·les en santé mentale ou des professionnel·les en accompagnement, bien que pouvant être très important pour des parcours de personnes en transition de genre(s), n'ont pas été inclu·es dans les critères de sélection. De plus, cette décision a été prise pour diminuer l'hétérogénéisation de l'échantillon. Il a été conclu que se concentrer sur les professionnel·les qui sont la dernière personne à consulter pour atteindre un SAG sont les professionnel·les qui ont été sélectionné·es pour les critères de sélection.

Pour ce qui est de la langue lors de l'entrevue, les personnes participantes pouvaient parler en français ou en anglais. Le «N» visé était de 6 à 15 personnes, étant donné qu'il est connu de l'organisme du manque de professionnel·les en SAG en région et que ceux-ci sont souvent très occupés. De plus, puisque la recherche est menée par un organisme par et pour les personnes TNBQ, l'équipe de recherche a appréhendé que certain·e professionnel·les pourraient ne pas se sentir à l'aise de participer à des entrevues. Toutefois, même si une personne intervieweuse cisgenre avait été embauchée pour ces entrevues, tout le processus de recherche se déroule tout de même sous la tutelle de TransEstrrie. Donc, l'équipe de recherche a choisi par souci d'efficacité et de transparence auprès de ses participant·es professionnel·les de ne pas embaucher une personne cisgenre pour faire leurs entrevues.

Initialement, il avait été prévu que les professionnel·les en soins et en santé donnant accès à SAG se situent seulement en Estrie. Malgré les efforts mis en recrutement sur plus de 6 mois pour atteindre un «N» au-dessus de 6 personnes, il a fallu ouvrir ce critère de sélection pour toutes les régions du Québec. Cette solution avait déjà été prévue comme alternative dans

notre approbation éthique. Il a été ensuite possible d'atteindre un «N» de 8 professionnel·les en SAG de différentes régions dans l'est de la province du Québec.

### **5.3.2. Procédure de recrutement et collecte des données**

Pour les entrevues semi-dirigées avec des professionnel·les en soins et en santé en région donnant accès à SAG, des affiches et annonces de recrutement ont été publiées sur les réseaux sociaux de TransEstrie (Instagram, Facebook et LinkedIn). Des groupes Facebook indépendants de TransEstrie ont été contactés pour y partager les imageries de recrutement. Avec l'approbation d'administrateurices, 2 de ses groupes Facebook ont accepté à plus qu'une occasion que les imageries y soient publiées. Une vingtaine de regroupements, de CIUSSS, CISSS, de comités, de services pour les personnes TNBQ, et collaborateurices de TransEstrie ayant des réseaux sociaux sur Facebook, Instagram ou LinkedIn ont été contactés pour partager nos affiches de recrutement sur leurs réseaux.

Lors d'activités de représentation, des conférences de TransEstrie ou des kiosques de TransEstrie, des affiches ont été installées sur les lieux et projetées sur des écrans au grand public. Un code QR actif était présent sur l'affiche de participation aux entrevues pour les professionnel·les concerné·es pour permettre un accès instantané à un questionnaire de contact pour les personnes ayant un téléphone cellulaire. Des petits codes QR de la taille d'une carte d'affaires ont aussi été distribués lors de ces différents événements. Le bouche-à-oreille de la méthode boule de neige a aussi été employé, où, à la suite de leur entrevue, les personnes participantes ont été invitées à solliciter leur entourage ou collègues concerné·es par les critères de sélection.

Les personnes intervieweuses ont été formées à l'interne, l'aide de formation en ligne ainsi qu'à une consultation auprès de Lyanna Desprès, professionnelle de recherche experte en entrevue de recherche, pour assurer des interviews de qualité. Une des personnes membres de l'équipe de recherche AJUSTER détient une formation en relation d'aide dans le cadre d'un baccalauréat en sexologie ainsi qu'une maîtrise en recherche et intervention en sexologie.

Pour des raisons d'accessibilité, nous rendons possible d'exécuter l'entrevue en personne, en visioconférence ou par téléphone. La durée des entrevues, initialement estimée entre 1h à 1h30, rejoint la durée réelle des 8 entrevues : minimum de 20 minutes, maximum de 1h40 minutes, pour une moyenne d'environ 1h05 minutes pour réaliser l'entrevue enregistrée. En début d'entrevue est complété ensemble ou seul-e un formulaire sociodémographique. Ensuite se déroule l'entrevue en format semi-dirigé. Après que l'enregistrement est pris fin, tel qu'annoncée dans le formulaire de consentement et d'information, une rémunération est offerte, soit un ensemble de ressources transaffirmatives rigoureusement sélectionnées d'une valeur de 20\$, en format papier ou numérisé. Puis, un rappel de la liste de ressources est fait en fin d'entrevue.

Lors de la transcription des entrevues, les responsables du projet de recherche ont modifié ou retiré les informations permettant d'identifier les personnes participantes. L'enregistrement des entrevues a par ailleurs effacé de façon sécuritaire à la suite de leurs transcriptions. Aucune publication ou communication sur la recherche ne contient et contiendra de renseignements permettant d'identifier les personnes participantes.

### **5.3.3. Canevas d'entrevue**

Le canevas d'entrevue se divise en quatre thèmes : pratique professionnelle, expériences et situations vécues dans le cadre de SAG, voie d'accès dans le contexte de soins transaffirmatifs et les réflexions finales. Le comité aviseur et scientifique, et aussi des membres de l'organisme TransEstrée ont révisé et commenté ce canevas d'entrevues pour le bonifier et le peaufiner.

## 5.4. Volet qualitatif : *Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG*

---

La troisième méthode à présenter est les entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genres ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG en région. Les entrevues semi-dirigées avec cette population répondent à l'objectif principal de la recherche, et plus précisément, à 1 des sous-objectifs :

- + Détection de violences médicales genrées, de thérapies de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec.

De ce même ordre, les entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genres des régions, ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG, ont pour but de répondre aux différentes questions de recherche suivantes :

- + Quelles sont les voies d'accès qui existent?
- + Quelles sont les procédures sans corridors d'accès défini?
- + Quelles sont les procédures qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de corridors de services?
- + Quels sont les obstacles systémiques qui doivent être adressés pour que l'accès devienne possible?
- + Quelles sont les cibles de formation spécifique pour améliorer la qualité des soins de transition prodigués aux personnes trans\* (mineures, psychiatisées, judiciairisées, non binaires, racisées ou immigrantes, et autres).

Les entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genres des régions, ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG, ont comme vocation de répondre à ses objectifs et besoins. Cette méthode qualitative semble pour le projet être un moyen efficace de les atteindre avec précision, puisqu'elle pourrait permettre de mieux comprendre et de détecter la présence de violences médicales genrées, de thérapies de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des SAG au Québec à l'aide des vécus des personnes participantes. Nous avons l'intention d'utiliser l'analyse thématique réflexive de *Braun et Clarke (2019; 2006)*.

#### **5.4.1. Critères d'inclusion**

Pour les entrevues semi-dirigées avec les personnes de la diversité de genres, la population à l'étude se spécifie comme étant des personnes vivant en région, ayant vécu des formes d'événements déplaisants durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG, et ayant 14 ans et plus. Le n visée était de 6 à 15 personnes. Puisqu'il n'était pas possible d'atteindre le «N» minimum malgré les efforts mis en recrutement sur plus de 6 mois pour atteindre un n au-dessus de 6 personnes, il a fallu ouvrir ce critère de sélection pour toutes les régions du Québec. Cette solution avait déjà été prévue comme alternative dans notre approbation éthique. Il a été ensuite possible d'atteindre un «N» de 9 personnes de la diversité de genres des régions, ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG, de différentes régions, où plus que la moitié se situe en Estrie.

#### **5.4.2. Procédure de recrutement et collecte des données**

Pour les entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genres des régions, ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tenté d'accéder à des SAG, des affiches et annonces de recrutement ont été publiées sur les réseaux sociaux de TransEstrie (Instagram, Facebook et LinkedIn). Des groupes Facebook de TransEstrie ont été utilisés pour partager ses mêmes imageries (Discussion parents Trans Estrie et Discussion trans et non binaires Estrie).

D'autres groupes Facebook indépendants de TransEstrie ont été contactés pour y partager les imageries de recrutement. Avec l'approbation d'administratrices, 9 de ses groupes Facebook ont accepté à plus qu'une occasion que les imageries y soient publiées. Plus de 125 organismes, regroupements, associations étudiantes de la diversité, Chaires, CIUSSS, CISSS, Influenceur.ses LGBTQIA+, comités, services pour les personnes TNBQ, groupes 2SLGBTQIA+, et collaboratrices de TransEstrie ayant des réseaux sociaux sur Facebook, Instagram ou LinkedIn ont été contactés pour partager nos affiches de recrutement sur leurs réseaux.

Lors d'activités de représentations, des conférences de TransEstrie ou des kiosques de TransEstrie, des affiches ont été installées sur les lieux et projetées sur des écrans au grand public. Un code QR actif était présent sur l'affiche de participation aux entrevues pour les personnes de la diversité de genres vivant régions concerné-es puissent avoir accès instantané à un questionnaire de contact pour les personnes ayant un téléphone cellulaire. Des petits code QR de la taille d'une carte d'affaire ont aussi été distribués lors de ces différents événements. Le bouche-à-oreille de la méthode boule de neige a aussi été employé, où à la suite de leur entrevue, les personnes participantes ont été invitées à solliciter leur entourage concerné par les critères de sélection.

Les personnes intervieweuses ont été formé à l'interne, l'aide de formation en ligne ainsi qu'à une consultation auprès de Lyanna Desprès, professionnelle de recherche experte en entrevue de recherche, pour assurer des interviews de qualité. Une des personnes membres de l'équipe de recherche AJUSTER détient une formation en relation d'aide dans le cadre d'un baccalauréat en sexologie ainsi qu'une maîtrise en recherche et intervention en sexologie.

Pour des raisons d'accessibilité, nous rendons possible d'exécuter l'entrevue en personne, en visioconférence ou par téléphone. La durée des entrevues, initialement estimée entre 1h à 1h30, a sous-estimé légèrement la durée réelle des 9 entrevues : minimum de 54 minutes, maximum de 2h40 minutes, pour une moyenne d'environ 1h35 minutes pour réaliser l'entrevue enregistrée. En début d'entrevue est complété ensemble ou seul-e un formulaire sociodémographique. Ensuite se déroule l'entrevue en format semi-dirigé. Après que l'enregistrement ait pris fin, comme annoncé dans le formulaire de consentement et

d'information, une carte cadeau de 25\$ est offerte à titre de rémunération. Puis, un rappel de la liste de ressources est fait en fin d'entrevue. Après l'entrevue, une personne responsable de la recherche a communiqué par courriel auprès des personnes participantes pour leur transmettre leur carte cadeau au choix de trois méthodes : recevoir la carte cadeau par la poste, une récupération en personne au bureau de TransEstrée ou une copie PDF de la numérisation de la carte cadeau. De plus, une travailleuse sociale travaillant avec l'organisme TransEstrée sera disponible en consultation à la suite de l'entrevue au besoin.

Lors de la transcription des entrevues, les responsables du projet de recherche ont modifié ou retiré les informations permettant d'identifier les personnes participantes. L'enregistrement des entrevues a par ailleurs effacé de façon sécuritaire à la suite de leurs transcriptions. Aucune publication ou communication sur la recherche ne contient et contiendra de renseignements permettant d'identifier les personnes participantes.

### **5.4.3. Canevas d'entrevue**

Le canevas d'entrevue se divise en quatre thèmes : introduction du parcours de la personne, soins d'affirmation de genres, standards de soins et réflexions finales. Le comité aviseur et scientifique, et aussi des membres de l'organisme TransEstrée ont révisé et commenté ce canevas d'entrevue pour le bonifier et le peaufiner.

## **5.5. Volet qualitatif : *Entrevues semi-dirigées en groupes selon le soin d'affirmation de genre obtenu commun***

---

Contenu. La deuxième méthode à présenter est les entrevues semi-dirigées en groupe avec des personnes de la diversité de genres du Québec regroupés selon un SAG obtenu commun. Les entrevues semi-dirigées avec ces personnes de la diversité de genres répondent à l'objectif principal de la recherche et, plus précisément, à 3 des sous-objectifs :

- + Comprendre les voies d'accès qui existent

- + Documenter les instances où les personnes TNBQ, en raison de caractéristiques qui leur sont propres, se heurtent systématiquement à des obstacles les empêchant d'avoir accès à des procédures dont elles ont besoin.
- + Détection de violences médicales genrées, de tentatives «ou thérapies» de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec.

De ce même ordre, les entrevues semi-dirigées avec des personnes de la diversité de genre du Québec regroupés selon un SAG obtenu commun ont pour but de répondre aux différentes questions de recherche suivantes :

- + Quelles sont les voies d'accès qui existent?
- + Quelles sont les procédures sans corridors d'accès défini?
- + Quelles sont les procédures qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de corridors de services?
- + Quels sont les obstacles systémiques qui doivent être adressés pour que l'accès devienne possible?
- + Quelles sont les cibles de formation spécifique pour améliorer la qualité des soins de transition prodigués aux personnes trans (particulièrement aux personnes TNBQ mineures, psychiatisées, judiciairisées, non binaires, racisées, immigrantes)

Les entrevues semi-dirigées en groupe avec des personnes de la diversité de genre du Québec regroupés selon un SAG obtenu commun ont comme vocation de répondre à ses objectifs et besoins. Cette méthode qualitative semble pour le projet être un moyen efficace de les atteindre avec précision, puisqu'elle pourrait permettre de mieux comprendre et comparer les différentes expériences des personnes participantes à l'aide de profils de personnes participantes, mais aussi de faire des comparaisons entre les différents SAG. Nous avons l'intention d'utiliser l'analyse thématique réflexive de *Braun et Clarke (2019; 2006)*.

### **5.5.1. Critères d'inclusion**

Pour les entrevues de groupe, la population à l'étude est les personnes de la diversité de genre du Québec ayant eu accès à un SAG. Initialement, l'objectif était de former 6 groupes de 6 personnes participantes ayant un de ces soins en commun : phalloplastie et métaïdoïplastie (18 ans et plus), bloqueurs d'hormones et hormonothérapie chez des mineur-es (14 à 17 ans), vaginoplastie (18 ans et plus), mastectomie et réduction mammaire (18 ans et plus), hormonothérapie de remplacement chez les adultes (18 ans et plus) et soins non couverts par les assurances publiques (épilation laser, féminisation ou masculinisation faciale, et autres) (18 ans et plus). De plus, seulement des personnes vivant en Estrie étaient ciblées. Le «N» total visé était de 36 personnes. Puisqu'il n'était pas possible d'atteindre un nombre de personnes minimum satisfaisant malgré les efforts mis en recrutement sur plus de 4 mois, deux modifications ont eu lieu.

D'abord, le critère de sélection de vivre en Estrie fut changé pour toutes les régions non-métropolitaines du Québec. Cette solution première avait déjà été prévue comme alternative dans notre approbation éthique. Voyant le manque de participation à certains soins pour être en mesure de former des groupes de plus que 3 personnes, le critère de sélection de vivre dans une région non-métropolitaine du Québec pour vivre dans la province du Québec, pour inclure la ville de Québec et Montréal. Cette deuxième solution n'avait pas été prévue dans notre approbation éthique, mais puisque notre questionnaire en ligne avait ce même critère de sélection, nous avons jugé qu'il semblait d'utiliser le même. Ce changement a permis à l'équipe de recherche de former 4 groupes de discussion avec un nombre de participations satisfaisant : un groupe de 3 personnes pour les soins non couverts par les assurances publiques, deux groupes de 5 personnes pour bloqueurs d'hormones et hormonothérapie (14 ans et plus) ainsi que chirurgies génitales et de systèmes reproducteurs, et un groupe de 6 personnes pour mastectomie et réduction mammaire. Cela s'additionne à un total de 19 personnes passées en entrevue de groupe de la diversité de genres vivant au Québec ayant eu accès à un SAG.

Nous avons l'intention d'utiliser l'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke (2019; 2006) et la méthode d'analyse des données des entretiens de groupe de Baribeau (2009).

### **5.5.2. Procédure de recrutement et collecte des données**

Pour les entrevues semi-dirigées, en groupe, avec des personnes de la diversité de genres du Québec regroupés selon un SAG obtenu commun, des affiches et annonces de recrutement ont été publiées sur les réseaux sociaux de TransEstrie (Instagram, Facebook et LinkedIn). Des groupes Facebook de TransEstrie ont été utilisés pour partager ses mêmes imageries (Discussion parents Trans Estrie et Discussion trans et non binaires Estrie). D'autres groupes Facebook indépendants de TransEstrie ont été contactés pour y partager les imageries de recrutement. Avec l'approbation d'administratrices, 9 de ses groupes Facebook ont accepté à plus qu'une occasion que les imageries y soient publiées. Plus de 125 organismes, regroupements, associations étudiantes de la diversité, Chaires, CIUSSS, CISSS, Influenceur.ses LGBTQIA+, comités, services pour les personnes TNBQ, groupes 2SLGBTQIA+, et collaboratrices de TransEstrie ayant des réseaux sociaux sur Facebook, Instagram ou LinkedIn ont été contactés pour partager nos affiches de recrutement sur leurs réseaux.

Lors d'activités de représentations, des conférences de TransEstrie ou des kiosques de TransEstrie, des affiches ont été installées sur les lieux et projetées sur des écrans au grand public. Un code QR actif était présent sur l'affiche de participation aux entrevues pour les personnes de la diversité de genres du Québec concerné-es puissent avoir accès instantané à un questionnaire de contact pour les personnes ayant un téléphone cellulaire. Des petits codes QR de la taille d'une carte d'affaires ont aussi été distribués lors de ces différents événements. Le bouche-à-oreille de la méthode boule de neige a aussi été employé, où, à la suite de leur entrevue, les personnes participantes ont été invitées à solliciter leur entourage concerné par les critères de sélection.

Les personnes intervieweuses ont été formé à l'interne, l'aide de formation en ligne ainsi qu'à une consultation auprès de Lyanna Desprès, professionnelle de recherche experte en entrevue de recherche, pour assurer des interviews de qualité. Une des personnes membres de l'équipe

de recherche AJUSTER détient une formation en relation d'aide dans le cadre d'un baccalauréat en sexologie ainsi qu'une maîtrise en recherche et intervention en sexologie.

Pour des raisons d'accessibilité, nous rendons possible d'exécuter l'entrevue en personne ou en visioconférence. La durée des entrevues, initialement estimée à environ 2h, à surestimer légèrement la durée réelle des 4 entrevues : minimum de 1h29 minutes, maximum de 1h50 minutes, pour une moyenne d'environ 1h38 minutes pour réaliser l'entrevue enregistrée. En début d'entrevue est complété, avec une des deux personnes responsables présentes ou seule, un formulaire sociodémographique. Ensuite se déroule l'entrevue en format semi-dirigé. Après que l'enregistrement ait pris fin, comme annoncé dans le formulaire de consentement et d'information, une carte cadeau de 25\$ est offerte à titre de rémunération. Puis, un rappel de la liste de ressources est fait en fin d'entrevue. Après l'entrevue, une personne responsable de la recherche a communiqué par courriel auprès des personnes participantes pour leur transmettre leur carte cadeau au choix de trois méthodes : recevoir la carte cadeau par la poste, une récupération en personne au bureau de TransEstrrie ou une copie PDF de la numérisation de la carte cadeau. De plus, une travailleuse sociale travaillant avec l'organisme TransEstrrie était disponible en consultation à la suite de l'entrevue au besoin.

Lors de la transcription des entrevues, les responsables du projet de recherche ont modifié ou retiré les informations permettant d'identifier les personnes participantes. L'enregistrement des entrevues a par ailleurs été effacé de façon sécuritaire à la suite de leurs transcriptions. Aucune publication ou communication sur la recherche ne contient et contiendra de renseignements permettant d'identifier les personnes participantes.

### **5.5.3. Canevas d'entrevue**

Le canevas d'entrevue se divise en 13 questions fermées avec des relances au besoin : brise-glace, moment du SAG, facilité ou difficulté d'accès, obstacles à l'accès, service-s dans le but d'accepter le genre assigné à la naissance, consentement éclairé, formation du personnel, incompréhension des professionnel-les, expérience-s d'inconfort, argent déboursé pour le SAG, déplacement pour le SAG, niveau de satisfaction des résultats du SAG et connaissance sur site

web *transitionner.info*. Le comité aviseur et scientifique, et aussi des membres de l'organisme TransEstrie ont révisé et commenté ce canevas d'entrevue pour le bonifier et le peaufiner.

## 5.6. Considérations éthiques

---

Dans le cadre de ce projet, nous avons obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche en Éducation et science sociales de l'Université de Sherbrooke. Cela a été rendu possible grâce à la collaboration avec la professeure Julie-Christine Cotton, titulaire du Laboratoire inclusif de recherche et de développement (LIRD), ayant accès à cette ressource informatique par ses activités de recherches à l'Université de Sherbrooke. Les deux personnes responsables du projet AJUSTER ont toutes deux leur certification EPTC 2 : FER-2022, une formation en éthique de la recherche.

Les entrevues en format visioconférence ont eu lieu sur la plateforme Zoom, qui est sécurisée et encryptée selon les plus hauts standards de l'industrie. Avant l'entrevue, une personne chercheuse a communiqué (par courriel ou téléphone) un mot de passe individualisé qui permettait d'accéder à la plateforme Zoom pour l'entrevue. Les personnes participantes étaient invitées à choisir un endroit privé où elles se sentaient confortables et à l'aise de discuter librement et confidentiellement pour le bon déroulement de la rencontre. Tous les renseignements qui ont été recueillis sont confidentiels. Seuls les responsables du projet de recherche AJUSTER y ont accès. Toutes les transcriptions ont par la suite été anonymisées. Dans le cadre des entrevues de groupe, les personnes participantes connaîtront l'identité des personnes participantes et des renseignements et opinions partagés lors de la discussion. Il a été stipulé à l'oral, mais aussi dans leur formulaire de consentement signé, que l'équipe de recherche compte sur leur collaboration afin de préserver la confidentialité des informations partagées.

Les données de recherche anonymisées, ainsi que les formulaires de consentement, seront conservées séparément pour une durée de 7 ans et supprimées au terme de celle-ci, soit en mars 2033. Julie-Christine Cotton et Martin Blais, partenaires de recherche, ont signé une

entente qui stipule qu'ils peuvent faire une demande à TransEstrie, à l'aide d'un formulaire, pour réutiliser des données traitées dans le cadre de recherches subséquentes. C'est seulement à la suite de l'approbation de TransEstrie que ceux-ci peuvent y avoir accès. Dans le cas où certaines personnes étudiantes sous leur supervision voudraient avoir accès à certaines données traitées anonymes dans le cadre de leur essai, de leur mémoire ou de leur thèse de doctorat, il sera possible pour celles-ci d'en faire la demande à TransEstrie à l'aide d'un formulaire pour que l'organisme étudie et approuve leur demande.

Plusieurs questions abordent des expériences personnelles des personnes participantes. Il était possible que celles-ci ont ravivé des souvenirs ou des émotions désagréables. En tout temps, les personnes participantes étaient libres de ne pas répondre à toute question. Elles pouvaient également demander de suspendre l'entrevue momentanément. Elles pouvaient aussi se retirer de l'entrevue à tout moment sans aucune conséquence. Des ressources d'aide appropriées leur étaient proposées au besoin afin d'obtenir du soutien. De plus, une travailleuse sociale travaillant avec TransEstrie était disponible pour une courte discussion suite à l'entrevue. Ses coordonnées se trouvaient dans les ressources du formulaire de consentement et d'informations.

Les responsables de la recherche ont utilisé des moyens raisonnables en vue de protéger la sécurité et la confidentialité des informations envoyées et reçues au moyen des modalités de communication. Cependant, les responsables de la recherche ne peuvent garantir hors de tout risque la sécurité et la confidentialité des communications électroniques. Par exemple, les communications électroniques peuvent introduire un logiciel malveillant dans le système informatique risquant ainsi d'endommager l'ordinateur, le réseau informatique ou les systèmes de sécurité, ou d'en perturber le fonctionnement. Les communications électroniques peuvent être réacheminées, interceptées, diffusées, mises en mémoire ou même modifiées sans que les responsables de la recherche ou les personnes participantes ne le sachent ou ne l'aient autorisé. Même si la personne expéditrice et la personne destinataire ont supprimé les messages électroniques, il peut y avoir des copies de sauvegarde sur un système informatique.

En nous retournant le formulaire de consentement et d'informations signé, les personnes participantes ont indiqué qu'elles comprenaient et acceptaient les termes, et ont autorisé la personne chercheuse à réaliser l'entrevue selon ces termes. Il a été rappelé que, même si ce document était signé, que la personne participante pouvait en tout temps cesser de participer à l'entrevue, sans toutefois que cela modifie les termes du présent formulaire. Toutes les participations au projet AJUSTER sont volontaires. Cela signifie que toutes les personnes participantes ont accepté de participer au projet en entrevue sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également pour les entrevues qu'elles étaient libres de mettre fin à sa participation en tout temps au cours du projet de recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à se justifier. Dans ce cas de figure, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de la part d'une personne participante, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits. D'autre part, une personne responsable de la recherche d'AJUSTER pouvait mettre fin à la participation d'une personne, sans votre consentement, si elle estime que le bien-être de la personne était compromis.

En acceptant de participer à une entrevue pour le projet AJUSTER, une personne participante ne renonce à aucun de vos droits ni ne libère pas les responsables de la recherche d'AJUSTER, ni l'organisme TransEstrie, ni les personnes co-chercheuses, soit Julie-Christine Cotton et Martin Blais, ou l'institution impliquée, soit l'Université de Sherbrooke ou l'Université de Québec à Montréal, de leurs obligations civiles et professionnelles.

## **6. Résultats de la recherche**

La section ci-dessous présente des résultats des quatre méthodes présentées précédemment.

## 6.1. Résultats du volet quantitatif : questionnaire en ligne

---

Ces résultats ont été atteints grâce à 263 personnes partout au Québec qui ont ouvert notre questionnaire, et 196 personnes TNB qui l'ont rempli. Le questionnaire a une structure très peu conventionnelle, afin de pouvoir cueillir des données précises des expériences très hétérogènes que la communauté TNB vit face aux soins d'affirmation de genre-s, surtout étant donné la variété médicale des soins, allant de prise d'hormones orales jusqu'à des chirurgies internes très complexes. Les résultats présentés ne sont qu'une portion minime de la masse de données que nous avons recueillies.

### 6.1.1. Portrait sociodémographique

Le portrait sociodémographique est essentiel pour avoir un aperçu de certaines caractéristiques des personnes qui ont rempli le questionnaire. Les tableaux dans la prochaine section sont inclus pour fins de visualisation pour présenter le plus de résultats possibles. « N » indique le nombre de répondant·es.

#### 6.1.1.1. Région de résidence

La question allait comme suit: (à réponse unique)

*« Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement? »*

Montréal était la région la plus habitée avec 67 répondant·es parmi les 196 répondant·es, suivie par l'Estrie avec 43 répondant·es. Toutes les autres régions ont moins de 23 répondant·es. Une personne a coché l'option « Je nomme où je réside d'une autre façon » pour mentionner un changement de région de résidence saisonnier.

Question 2 		
« Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement? » 		
	Nb de réponses 	% de réponses 
<i>(sur 196 réponses)</i>		
Montréal (06)	67	34%
Estrie (05)	43	22%
Montérégie (16)	22	11%
Capitale-Nationale (03)	15	8%
Laurentides (15)	13	7%
Chaudière-Appalaches (12)	8	4%
Mauricie (04)	5	3%
Outaouais (07)	5	3%
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	4	2%
Lanaudière (14)	4	2%
Bas-Saint-Laurent (01)	3	2%
Laval (13)	2	1%
Centre-du-Québec (17)	2	1%
Abitibi-Témiscamingue (08)	1	1%
Nord-du-Québec (10)	1	1%
Je nomme où je réside d'une autre façon	1	1%

### 6.1.1.2. Âge

La question allait comme suit: (à réponse unique)

« Quel âge avez-vous? »

Les répondant·es ont entre 14 ans et 87 ans (étendue de 73 ans). La moyenne de l'âge des répondant·es est de 29 ans. En moyenne, les répondant·es ont 10 ans de différence à la moyenne (29 ans).

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
@3	195	14	87	29,06	10,469
N valide (liste)	195				

#### 6.1.1.3. Origine-s ethnoraciales

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur les origines ethnoraciales des répondant-es (réponses multiples possibles). Cette liste d'origines ethnoraciales ne se voulait ni exhaustive ni définitive. Sur les 196 répondant-es, 140 répondant-es s'identifient comme étant québécois-es et 126 répondant-es s'identifient comme étant blanc-hes.

<b>Lesquels de ces mots appliquez-vous à vos origines ethnoraciales?</b>	
<i>choix multiples / N=196</i>	
Africaine subsaharienne (ex : Ghana, Kenya, Madagascar)	1
Américaine du Nord (ex: Canada, États-Unis)	83
Asiatique de l'Est (ex : Chine, Japon, Corée, Taiwan)	5
Autochtone (ex : Cree, Māori, Tibétaine, Métis)	4
Blanche	126
Caraïbéenne (ex : Jamaïque, Haïti, Puerto Rico)	1
Européenne (ex : Irlande, Portugal, Russie)	21
Juive	3
Latina (ex : Mexique, Pérou, Cuba)	5
Noire	2
Océanienne (ex : Australie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée)	0
Québécoise	140
SOANA (Sud-ouest de l'Asie et nord de l'Afrique - ex : Égypte, Iran, Maroc)	3
Sud-Asiatique (ex : Inde, Pakistan, Vietnam)	2

#### 6.1.1.4. Première-s langue-s apprises

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur les premières langues apprises (réponses multiples possibles). On peut voir que sur 196 répondant-es, 86% (170) des répondant-es ont appris-es le français comme première langue, et 21% (42) des répondant-es ont appris-es l'anglais comme première langue.

<b>Quelle est votre première langue apprise ? / / Quelles sont vos premières langues apprises ?</b>	
<i>choix multiples / N=196</i>	
Français	170
Anglais	42
Autre-s langue-s	11


#### 6.1.1.5. Conditions

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur les conditions présentes chez les répondant-es (réponses multiples possibles). Les réponses proposées ne se veulent ni définitives ni exhaustives. Les conditions les plus présentes chez les répondant-es sont les troubles d'anxiété avec 51% (101) des répondant-es, la neurodivergence avec 45% (90), les troubles de l'humeur avec 36% (72), l'autisme avec 33% (65) et les troubles de stress post traumatique avec 22% (45) des répondants. Toutes les autres conditions sont présentes chez 16% (31) ou moins des répondant-es.


<b>Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?</b>	
<i>choix multiples / N=196</i>	
Trouble de l'humeur (ex.:dépression, trouble bipolaire, dysthymie)	72
Trouble d'anxiété (ex.:anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique)	101
Trouble de stress post-traumatique (ex.:TSPT complexe, ST secondaire, TSPT dissociatif)	45
Trouble psychotique (ex.:schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant)	3
Trouble de personnalité (ex.:trouble personnalité limite, trouble de personnalité obsessionnel-compulsif, et autres)	22
Trouble alimentaire (ex.:anorexie, boulimie, hyperphagie)	31
Neurodivergence - excluant autisme (ex.: TDAH, SGT, dyspraxie, dyscalculie, dyslexie)	90
Autisme (TSA)	65
Surdité ou malentendance	8
Cécité ou malvoyance	1
Déficience intellectuelle et/ou développementale	3
Paraplégie, hémiparésie, parésie ou autre condition motrice	1
Maladie ou condition médicale chronique	29
Condition affectant le système immunitaire (ex.: VIH, cancer, receveur-euse d'une greffe d'organe)	1
Je n'ai aucune des conditions listées	29
Autres conditions listées:	
Trouble dissociatif d'identité (2), Daltonisme (1), Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (1), Migraines (1), Amnésie dissociative (1), Haut potentiel intellectuel (1), Endométriose (1), Douleurs articulaires chroniques (1)	

#### 6.1.1.5.1. Diagnostic


Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur la présence d'un diagnostic pour les conditions mentionnées à la question précédente (à réponse unique). Sur 467 conditions présentes chez les répondant-es, 67% (315) de ces conditions ont été diagnostiquées, et 25% de ces conditions ne l'ont pas été.

Q7.X 	
<b>Avez-vous reçu un diagnostic pour cette condition ?</b>	
<i>(sur 467 réponses, toutes conditions confondues)</i>	
	<b>Nb de réponses</b>
Oui	315
Non	117
Je préfère ne pas répondre	7
Je ne suis pas certain-e	28

Parmi les répondant-es, ceux qui ont répondu «Oui» à la question sur la présence d'un diagnostic pour les conditions ont été présentés avec la question sur l'influence d'un diagnostic sur l'accès à un/des soins d'affirmation de genre (à réponse unique). Sur 315 réponses positives à la dernière question, 71% (225) de ces diagnostics n'ont pas influencé l'accès aux soins d'affirmations de genres, 4% (15) de ces diagnostics ont rendu cet accès plus facile et 11% (36) de ces diagnostics l'ont rendu plus difficile. Pour 12% (37) des diagnostics, l'influence sur l'accès aux soins d'affirmation de genres est incertaine.

Q7.X1 	
<b>Est-ce que ce diagnostic a influencé votre accès à un/des soin-s d'affirmation de genre?</b>	
<i>(sur 313 réponses, tous diagnostics confondus)</i>	
	<b>Nb de réponses</b>
Mon diagnostic m'a aidé à accéder à un/des soin-s d'affirmation de genre	15
Mon diagnostic n'a pas influencé l'accès à un/des soin-s d'affirmation de genre	225
Mon diagnostic a été un obstacle dans l'accès à un/des soin-s d'affirmation de genre	36
Je préfère ne pas répondre	1
Je ne suis pas certain-e	37

Parmi les répondant-es, ceux qui ont répondu «Non» à la question sur la présence d'un diagnostic pour les conditions ont été présentés avec la question sur l'influence de l'absence d'un diagnostic sur l'accès à un/des soins d'affirmation de genre (à réponse unique). Sur 115 conditions sans diagnostic, 57% (66) de celles-ci n'ont pas eu d'influence sur l'accès au soins d'affirmation de genre, 4% (5) ont rendus l'accès plus facile et aucune n'ont rendu l'accès plus difficile, et 37% (43) de ces conditions sans diagnostics on eut un effet incertain sur l'accès aux soins d'affirmations de genre.

Q7.X2 	
<b>Est-ce que l'absence de diagnostic a influencé votre accès à un/des soin-s d'affirmation de genre?</b> <i>(sur 115 réponses, tous diagnostics confondus)</i>	Nb de réponses
L'absence de diagnostic m'a aidé-e à accéder à un/des soin-s d'affirmation de genre	5
L'absence de diagnostic n'a pas influencé l'accès à un/des soin-s d'affirmation de genre	66
L'absence de diagnostic a été un obstacle dans l'accès à un/des soin-s d'affirmation de genre	0
Je préfère ne pas répondre	1
Je ne suis pas certain-e	43

#### 6.1.1.6. Identité-s de genre-s

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la sur les termes se rapprochant le plus de l'identité de genre des répondant-es (réponses multiples possibles). Les réponses proposées ne se veulent ni exhaustives, ni définitives. Sur 196 des répondant-es, 44% (88) des répondant-es s'identifient comme personne non-binaire, genderqueer, genderfluid bigenre et/ou demigenre, 36% (72) s'identifie comme personnes transmaculines et 23% s'identifie comme personnes transféminines, ce qui est un nombre de répondant-es plus élevés que pour les catégories femme et homme respectivement. 1% (3) répondant-es s'identifient à une identité de genre culturellement spécifique et le même nombre se disent en questionnement. Parmi les autres identités de genre listées, une personne s'identifie comme femme butch transmasculine, une

personne comme transneutral, une personne comme queer, une personne comme homme trans et deux personnes comme une personne trans/ transgenre.

<b>Quel-s terme-s se rapproche-nt le plus de votre/vos identité-s de genre?</b>	
<i>choix multiples / N=196</i>	
Homme	42
Femme	37
Personne transmasculine	72
Personne transféminine	47
Personne non binaire, genderqueer, genderfluid, bigenre et/ou demigenre	88
Agenre	16
Identité de genre culturellement spécifique (ex.: bispiritualité / Two-Spirit)	3
Intersexe	1
Identité transsexuelle	17
En questionnement	3
Autre-s identité-s de genre-s	7
Autres identités de genre listées:	
Femme butch transmasculine (1), Homme trans(1), Personne trans / transgenre (2), Queer (1), Transneutral (1)	

#### 6.1.1.7. Âge d'auto-identification non-cis

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur l'âge à laquelle les répondant-es ont arrêté de s'identifier à leur sexe assigné à la naissance (à réponse unique). Sur 182 répondant-es, la moyenne de l'âge de découverte de la transitude des répondant-es est autour de 18 ans. L'âge varie entre 3 ans et 60 ans (étendue de 58 ans).

<b>Vers environ quel âge avez-vous commencé à ne pas vous identifier à votre sexe assigné à la naissance?</b>				
N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
182	3 ans	60 ans	18,49	9,559

### 6.1.2. Soins d'affirmation de genre-s reçus

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur les soins d'affirmations de genre reçus (réponses multiples possibles). Sur 139 répondant-es, 93% (129) ont reçu ou reçoivent de

l'hormonothérapie, 41% (57) ont reçu une mastectomie, et 23% (32) ont reçu ou reçoivent de l'épilation définitive. 19% (26) des répondant-es ont pris des bloqueurs d'hormones et 14% (20) ont reçu une ovario-hystérectomie. 10% (14) des répondant-es ont reçu une vaginoplastie (chirurgie des organes génitaux- création d'une vulve et/ou d'un vagin). Les soins les moins reçus sont le tatouage médical et la réduction mammaire avec 1%(2) des répondant-es chacun, et le remodelage du corps, la physiothérapie, la greffe de cheveux et l'augmentation mammaire avec 1% (1) des répondant-es chacun. Aucun des répondant-es n'a reçu de chirurgies faciales. Parmi les autres soins listés, 2 répondant-es ont reçu des soins en massothérapie pour des cicatrices de mastectomie, 2 répondant-es ont reçu une réduction de la pomme d'Adam et une personne a reçu un contraceptif hormonal.

#### 6.1.2.1. Lettres de recommandation

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la question sur la nécessité d'une lettre de référencement pour accéder aux soins mentionnés à la dernière question.(à réponse unique). Sur 254 soins d'affirmations de genres reçus, 55%(142) ont requis un lettre de recommandation, et 41% (106) n'en n'ont pas requis.

Question 15.X04	
Vous a-t-on exigé une/des lettre-s de recommandation pour accéder à ce soin? (sur 254 réponses, tous soins confondus)	
	Nb de réponses
Oui	142
Non	106
Je ne suis pas certain·e	6

Les tableaux suivants présentent les résultats pour les soins individuels de la question sur la nécessité d'une lettre de référencement pour accéder aux soins d'affirmation de genres qui n'ont pas des proportions similaires au tableau de tous les soins confondus (soit [45-55]% « Oui », [40-50]% « Non »). Pour l'hormonothérapie, sur 119 soins, 57% (69) n'ont pas requis de lettre

et 39% (47) en ont requis. Pour les bloqueurs d’hormones, sur 10 soins, 50% (5) n’ont pas requis de lettre et 30% (3) en ont requis une. Pour l’ovario-hystérectomie, sur 14 soins, 42% (6) n’ont pas requis de soins, et 57% (8) en ont requis une.


<i>Hormonothérapie</i>		
	15.0104	Fréquence
	Je ne suis pas certain·e	3
	Non	47
	Oui	69

<i>Bloqueur d’hormones</i>		
	15.0204	Fréquence
	Je ne suis pas certain·e	2
	Non	5
	Oui	3

<i>Chirurgie des organes reproducteurs : Ovario-hystérectomie (retrait de l’utérus ou autres structures connexes)</i>		
	15.0904	Fréquence
	Je ne suis pas certain·e	0
	Non	6
	Oui	8


#### 6.1.2.2. Diagnostic de dysphorie de genre

Les tableaux suivants présentent les résultats pour la question sur l’influence d’un diagnostic de dysphorie de genre sur l’accès à un soin d’affirmation de genre. Cette question avait seulement été présentée aux répondant·es qui avaient répondu qu’iels avaient un diagnostic de dysphorie de genre avant de recevoir le soin d’affirmation de genre (à réponse unique). Sur 145 répondant·es ayant reçu un diagnostic de dysphorie de genre, 70% (102) des répondant·es ont dit que leur diagnostic a rendu leur accès plus facile ou beaucoup plus facile, 1% (2) ont dit que leur diagnostic a rendu l’accès plus difficile et personne n’a dit que leur diagnostic a rendu leur accès beaucoup plus difficile. 4% des répondant·es ont dit ne pas être certain·es de l’influence de leur diagnostic sur l’accès au soins d’affirmations de genre.

Q15.X052 	
<b>Au moment de la réception de ce soin, pensez-vous que votre diagnostic de dysphorie de genre a influencé votre accès au soin?</b>	
<i>(sur 145 réponses, tous soins confondus)</i>	
	Nb de réponses
Mon diagnostic a rendu mon accès beaucoup plus facile	53
Mon diagnostic a rendu mon accès plus facile	49
Mon diagnostic n'a pas influencé mon accès	34
Mon diagnostic a rendu mon accès plus difficile	2
Mon diagnostic a rendu mon accès beaucoup plus difficile	0
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	7


### 6.1.2.3. Sortir de sa région pour recevoir le soin

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur le déplacement à l'extérieur de la région pour la réception d'un soin. (à réponse unique). Sur 251 soins, 34% (86) de ce soins ont été reçus hors de la région de résidence, et 65% de ceux-ci ont été reçus dans la région de résidence.

Q15.X06 	
<b>Avez-vous voyagé à l'extérieur de la région où vous résidiez pour recevoir ce soin?</b>	
<i>(sur 251 réponses, tous soins confondus)</i>	
	Nb de réponses
Oui	86
Non	164
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	1

#### 6.1.2.4. Connaissance de l'offre d'un établissement


Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question concernant la connaissance de l'offre de SAG d'un établissement.. Cette question suivait la question: « Dans quel-s type-s d'établissement-s avez-vous reçu ce soin? » (réponses multiples possibles). Sur 245 soins, 36% (90) avait appris que l'établissement offrait le SAG par un-e professionnel-le en santé, 26% (65) par un membre de la communauté de la diversité de genre-s, 20% (49) par des réseaux sociaux ou des forums, 19% (47) par un site web sur les SAG et 11% (28) par un organisme communautaire.

Q15.X071 	
<b>Comment avez-vous appris que cet établissement offrait ce soin d'affirmation de genre-s? // Comment avez-vous appris que ces établissements offraient ce soin d'affirmation de genre-s? (sur 245 réponses, tous soins confondus)</b>	
	<b>Nb de réponses</b>
Professionnel-le en santé m'en a informé	90
Organisme communautaire	28
Pamphlet informant sur les soins d'affirmation de genre-s	4
Site web informant sur les soins d'affirmation de genre-s	47
Réseaux sociaux / Forums	49
Membre de ma famille	12
Membre de la communauté de la diversité de genre-s	65
Une autre source d'information	43
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	10

#### 6.1.2.5. Frais associés

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question concernant la couverture des frais associés aux soins d'affirmations de genres (réponses multiples possibles). Sur 245 soins, 66% (162) ont été couverts par la RAMQ/assurances publiques, 37% (91) ont été aux frais des répondant-es, 20% (49) ont été couverts par des assurances collectives ou privés, 6% (15) ont

été payé par les parents des répondant-es, et un soin a été couvert par un organisme communautaire.

Q15.X08 	
<b>Qui a couvert les frais associés à ce soin d'affirmation de genre-s?</b>	
<i>(Tous soins confondus, 245 réponses)</i>	
	Nb de réponses
Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) / Assurances publiques	162
Assurances collectives qui peuvent couvrir des soins d'affirmation de genre-s	24
Assurances privées qui peuvent couvrir des soins d'affirmation de genre-s	25
À vos frais	91
Figure parentale	23
Entourage excluant votre/vos figure-s parentale-s	0
Levée de fonds	0
Organisme communautaire	1
Une autre source	5
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	5

#### 6.1.2.6. *Modification d'expression de genre*

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur la modification de l'expression de genre dans le cadre de l'accès à un soin (à réponse unique). Sur 245 soins, les répondant-es ont modifié leur expression de genre-s pour accéder à 19% (47) de ces soins, et n'ont pas modifié leur expression de genre-s pour 73% de ceux-ci.

Q15.X09	
Avez-vous modifié votre expression de genre·s pour accéder à ce soin? (sur 245 réponses, tous soins confondus)	
	Nb de réponses
Oui	47
Non	180
Je préfère ne pas répondre	1
Je ne suis pas certain·e	17

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur la modification binaire de l'expression de genre·s, qui se présentaient aux personnes qui ont répondu « Oui » à la question précédente. Sur 47 modifications de l'expression de genre·s, 82% (39) de celles-ci était plus stéréotypiquement binaire, 8%(4) ne l'était pas, et 6% l'était d'une autre façon.

Q15.X091	
Est-ce que cette modification à votre expression de genre·s était plus stéréotypiquement binaire (masculine / féminine)? (sur 47 réponses, tous soins confondus)	
	Nb de réponses
Oui	39
Non	4
D'une autre façon	3
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain·e	1

#### 6.1.2.7. Influence d'accès par la première langue apprise

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur l'influence de la langue apprise sur l'accès aux soins d'affirmation de genre. (à réponse unique). Sur 245 soins, 37% (93) de ces soins ont été plus facile ou beaucoup plus facile d'accès dû à la première langue apprise des répondant·es, 3% (9) ont été plus difficile ou beaucoup plus difficile d'accès dû à la première langue apprise des répondant·es, et 44% des soins n'ont pas eu leur accès influencé par la première langue apprise.

Q15.X12	
<b>Au moment de la réception de ce soin, pensez-vous que votre première langue a influencé l'accès au soin? //</b> <b>Au moment de la réception de ce soin, pensez-vous que vos premières langues ont influencé l'accès au soin?</b>	
<i>(sur 245 réponses, tous soins confondus)</i>	
	Nb de réponses
Ma langue a rendu mon accès beaucoup plus facile // Mes langues ont rendu mon accès beaucoup plus facile	29
Ma langue a rendu mon accès plus facile // Mes langues ont rendu mon accès plus facile	64
Ma langue n'a pas influencé mon accès // Mes langues n'ont pas influencé mon accès	110
Ma langue a rendu mon accès plus difficile // Mes langues ont rendu mon accès plus difficile	8
Ma langue a rendu mon accès beaucoup plus difficile // Mes langues ont rendu mon accès beaucoup plus difficile	1
Je préfère ne pas répondre	2
Je ne suis pas certain-e	31

#### 6.1.2.8. *Expérience avec personnel donnant accès au SAG*

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur la façon dont les répondant-es se sont sentie traité-e par le personnel donnant accès au SAG (à réponse unique). Sur 244 soins, 79% (193) des répondant-es se sont senti-es traité-es avec respect et dignité par le personnel durant ce soin, 15% (37) ont dit que seulement une partie du personnel les ont traités avec respect et 4% des répondant-es ne sont pas toujours fait traité-es avec respect et dignité, et aucun des répondant-es ont indiqué qu'ils ne se sont jamais fait traité avec respect et dignité.


Q15.X17	
<b>Pensez-vous que le personnel (dans son ensemble) qui vous a donné ce soin vous a traité-e avec dignité et respect?</b>	
<i>(sur 244 réponses, tous soins confondus)</i>	
	Nb de réponses
Le personnel m'a traité-e avec dignité et respect	193
Seulement une partie du personnel m'a traité-e avec dignité et respect	37
Le personnel ne m'a pas toujours traité-e avec dignité et respect	12
Le personnel ne m'a jamais traité-e avec dignité et respect	0
Je préfère ne pas répondre	1
Je ne suis pas certain-e	1

Le tableau ci-dessous détaille les résultats de la question sur la façon dont les répondant-es se sont sentie traité-e par le personnel donnant accès à une ovario-hystérectomie spécifiquement , (retrait de l'utérus ou autres structures connexes), qui avait une distribution de proportion des réponses qui était très différente de celle qui comprends tous les SAG. Sur 14 répondant-es ayant reçu ce soin, seulement 29% (4) ce sont senti-es traité-es avec respect et dignité, et 71% se sont senti-es traité-es avec respect et dignité par seulement une partie du personnel.

Chirurgie des organes reproducteurs : Ovario-hystérectomie (retrait de l'utérus ou autres structures connexes)	
	15.0917
Le personnel m'a traité-e avec dignité et respect	4
Seulement une partie du personnel m'a traité-e avec dignité et respect	10
Le personnel ne m'a pas toujours traité-e avec dignité et respect	0
Le personnel ne m'a jamais traité-e avec dignité et respect	0
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	0

#### 6.1.2.8.1. Pronoms et terminologie

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question concernant le respect des pronoms , noms et terminologies désirés par les répondant-es par le personnel donnant des soins (à réponse unique). Sur 224 soins reçus, dans 76% (187) de ceux-ci, les personnes recevant ses soins ont eu leur pronoms, noms et terminologies respectées, et pour 20% (50) des soins, ils ont été partiellement respectés. Cependant dans le cadre de 2% (4) des soins, les pronoms, noms et terminologies désiré par les répondant-es n'ont pas du tout été respectés.


Q15.X18 	
Le personnel qui vous a offert ce soin a-t-il respecté vos nom, appellation, pronoms et terminologie désirés? (sur 244 réponses, tous soins confondus)	
	Nb de réponses
Oui	187
Partiellement	50
Non	4
Ne s'applique pas	2
Je préfère ne pas répondre	0
Je ne suis pas certain-e	1

Le tableau ci-dessous détaille les résultats de la question concernant le respect des pronoms, noms et terminologies désirés par les répondant-es dans le cadre d'une ovario-hystérectomie, qui avait une distribution de proportion des réponses qui était significativement différente de celle qui comprends tous les SAG. Sur 14 soins, la proportion de répondant-es dont les pronoms, noms et terminologies ont été respecté et où ceux-ci ont seulement été partiellement respecté sont égales avec 7 répondant-es pour chaque réponse.

Chirurgie des organes reproducteurs : Ovario-hystérectomie (retrait de l'utérus ou autres structures connexes)		15.0918	
	Oui		7
	Partiellement		7
	Non		0
	Ne s'applique pas		0
	Je préfère ne pas répondre		0
	Je ne suis pas certain-e		0

#### 6.1.2.8.2. Résultats du SAG

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question concernant le respect des désirs et besoins des répondant-es quant aux résultats de leurs SAG (à réponse unique). Sur 244 soins, 77% (190) étaient conformes aux désirs et besoins de la personne l'ayant reçu, et dans 13% des cas, ces désirs et besoins n'ont été que partiellement respectés par le personnel ayant donné le soin. Dans 2% (7) des soins, les résultats n'étaient pas conformes aux désirs et besoins de la personne l'ayant reçu, et pour 5% (13) des soins, cette question ne s'applique pas.

Q15.X19 		
<b>Est-ce que le personnel qui vous a donné ce soin a respecté vos désirs et besoins quant au-x résultat-s de ce soin d'affirmation de genre-s? (sur 244 réponses, tous soins confondus)</b>		<b>Nb de réponses</b>
Oui		190
Partiellement		32
Non		7
Ne s'applique pas		13
Je préfère ne pas répondre		1
Je ne suis pas certain-e		1

Les tableaux suivants présentent les résultats pour les soins individuels de la question précédente qui n'ont pas des proportions similaires au tableau de tous les soins confondus (soit [75-85]% « Oui », [10-20]% « Partiellement », [0-10]% « Non ») . Pour la mastectomie, la proportion de répondant-es ayant eu leurs désirs et besoins quant aux résultats du soins seulement partiellement respecté est de 8% (4) soit en dessous de la proportion de la même réponse dans le tableau pour tous les soins. Pour la création d'un pénis et/ou des testicules, sur 3 soins, un tiers des répondant-es ont leurs désirs quant au résultat du soins respecté et le deux tiers de ces répondant-es n'ont eux ces désirs et besoins que partiellement respectés. Pour la création d'une vulve et d'un vagin, l'ensemble des 7 répondant-es ont eu leurs désirs et besoins quant aux résultats du soin respecté. Finalement, pour l'épilation définitive, sur 24 soins, 87% (21) des répondant-es ont eu leurs désirs et besoins quant aux résultats du soin respectés, et 13% (3) ont répondu que cette question ne s'appliquait pas pour ce soin.

<i>Chirurgie du torse/Top Surgery : mastectomie</i>		15.0319	
	Oui		40
	Partiellement		4
	Non		1
	Ne s'applique pas		1
	Je préfère ne pas répondre		1
	Je ne suis pas certain-e		0


<i>Bottom surgery/Chirurgie génitale : création d'un pénis et/ou testicules (métoïdioplastie, phalloplastie, vaginectomie, scrotoplastie, implants)</i>		15.0619	
	Oui		1
	Partiellement		2
	Non		0
	Ne s'applique pas		0
	Je préfère ne pas répondre		0
	Je ne suis pas certain-e		0

<i>Bottom surgery/Chirurgie génitale : création d'une vulve et d'un vagin (vaginoplastie)</i>		15.0719	
	Oui		7
	Partiellement		0
	Non		0
	Ne s'applique pas		0
	Je préfère ne pas répondre		0
	Je ne suis pas certain-e		0

Épilation définitive		15.1219
Oui		21
Partiellement		0
Non		0
Ne s'applique pas		3
Je préfère ne pas répondre		0
Je ne suis pas certain-e		0

### 6.1.2.8.3. Information pour une décision éclairée

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur la qualité et quantité adéquate d'informations données par le personnel afin de prendre une décision éclairée face au SAG (à réponse unique). Sur 243 soins, 91% (222) des soins ont eu assez d'information communiquée par rapport à ceux-ci aux répondant-es pour l'obtention du soin, et il y a eu un manque d'information par rapport au soin dans seulement 7% (16) des cas. 1% des répondant-es disent ne pas être certain-e d'avoir reçu assez d'information par rapport à leurs soins.


Q15.X20 		Nb de réponses
<b>Considérez-vous que vous avez eu assez d'information de la part du personnel donnant le soin pour être en mesure de prendre une décision éclairée pour l'obtention de ce soin? (sur 243 réponses, tous soins confondus)</b>		
Oui, je considère que j'ai eu assez d'information sur ce soin		222
Non, je considère que je n'ai pas eu assez d'information sur ce soin		16
Je préfère ne pas répondre		2
Je ne suis pas certain-e		3

Le tableau suivant présente les résultats pour les soins individuels de la question précédente qui n'ont pas des proportions similaires au tableau de tous les soins confondus (soit [85-95]% « Oui », [0-10]% « Non »). Pour la mastéctomie, sur 47 répondant-es, 12% (6) des répondant-es disent ne pas avoir eu assez d'information sur le soin, ce qui est une proportion plus haute que dans le tableau englobant l'ensemble des soins.

Chirurgie du torse/Top Surgery : mastectomie		15.032
Oui, je considère que j'ai eu assez d'information sur ce soin		40
Non, je considère que je n'ai pas eu assez d'information sur ce soin		6
Je préfère ne pas répondre		0
Je ne suis pas certain-e		1



#### 6.1.2.8.4. Révisions du SAG

Contenu Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur le désir de révision du SAG (à réponse unique). Sur 243 soins, 55% (136) des répondant-es ont répondu ne pas vouloir de révisions de leurs soins d'affirmation de genres et 17% (43) ont signifié vouloir une révision pour au moins un de leurs soins. 6% (16) des répondant-es disent ne pas être certain-e de vouloir une révision, et pour 19% (47) des soins reçus cette question ne s'applique pas.

Q15.X21 	
Désirez-vous une révision ou un ajustement de votre soin d'affirmation de genre-s? (sur 243 réponses, tous soins confondus)	Nb de réponses
Oui	43
Non	136
Ne s'applique pas	47
Je préfère ne pas répondre	1
Je ne suis pas certain-e	16

### 6.1.3. Soins d'affirmation de genre-s désirés (non-reçus)

Le tableau ci-dessous présente les résultats pour la question sur le désir d'obtenir d'autres SAG. Sur les 160 répondant-es, seul 19% (30) ont reçu-es tous les soins qu'ils désirent, alors que 81% (130) désirent d'autres SAG.

Question 16  		
« Avez-vous reçu tous les soins d'affirmation de genre-s dont vous avez besoin / que vous désirez ? » (sur 160 réponses)		
	Nb de réponses	% de réponses
Oui	30	19%
Non	130	81%

Le tableau ci-dessous présente le détail des soins désirés/non-reçus des 127 répondant-es. Le soins le plus désiré est la mastectomie avec 32% (41) des répondant-es voulant l'obtenir, celui-ci est suivi par l'ovario-hystérectomie avec 23% (29) des répondant-es, l'hormonothérapie avec 22% (28) des répondant-es désirants y accéder, la création d'un pénis et/ou des testicules avec 20%(26) des répondant-es, les chirurgies faciales et la création d'une vulve et d'un vagin avec 14% (18) des répondant-es chacun, puis l'orthophonie avec 13% (17) des répondant-es et finalement l'épilation définitive avec 10% (13) des répondant-es la désirant. Les autres soins ont tous une proportion de répondant-es les désirant en dessous de 10%, soit 12 répondant-es ou moins. 2% (2) des répondant-es ont répondu vouloir d'autres soins d'affirmations de genre à la question précédente mais ne sont pas certain-es des soins spécifiques désirés.

Question 17		
Quel soin d'affirmation de genre-s désirez-vous accéder auquel vous n'avez jusqu'à présent pas eu accès ? //		
Quels soins d'affirmation de genre-s désirez-vous accéder auxquels vous n'avez jusqu'à présent pas eu accès ?	% répondant-es	Nb de répondant-es
<i>(sur 127 répondant-es)</i>		
Chirurgie du torse/Top Surgery : mastectomie	32%	41
Chirurgie des organes reproducteurs : Ovario-hystérectomie (retrait de l'utérus ou autres structures connexes)	23%	29
Hormonothérapie	22%	28
Bottom surgery/Chirurgie génitale : création d'un pénis et/ou testicules (métoidioplastie, phalloplastie, vaginectomie, scrotoplastie ou insertion d'implants)	20%	26
Chirurgies faciales	14%	18
Bottom surgery/Chirurgie génitale : création d'une vulve et d'un vagin (vaginoplastie)	14%	18
Orthophonie	13%	17
Épilation définitive	10%	13
Bloqueur d'hormones	9%	12
Chirurgie du torse/Top Surgery : augmentation mammaire	7%	9
Remodelage du corps (Body contouring ou body sculpting)	6%	7
Grefte de cheveux	6%	7
Préservation de votre fertilité ou de vos gamètes	6%	7
Chirurgie du torse/Top Surgery : réduction mammaire	6%	7
Autre soin/procédure	5%	6
Chirurgie des organes reproducteurs : retrait des testicules ou autres structures connexes (orchidectomie)	5%	6
Tatouage médical	3%	4
Je ne suis pas certain-e	2%	2
Je préfère ne pas répondre	1%	1
Physiothérapie	1%	1

Les SAG qui ont été ajoutés pour donner suite à des entrées de texte personnalisées sont les suivants:

- + Glottoplastie (chirurgie de modification de la voix)
- + Changement du type ou de la dose d'hormonothérapie

#### 6.1.3.1. Par région

Le tableau à la prochaine page illustre les réponses de la question: « Avez-vous reçu tous les soins d'affirmations de genre-s dont vous avez besoin / que vous désirez?», selon leur région indiquée à la question : «Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement?».

**@16\_binaire Avez-vous reçu tous les soins d'affirmation de genre s dont vous avez besoin / que vous désirez ?**

@2 Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement?		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	
(01) Bas-Saint-Laurent	Valide	,00 Non	2	66,7	66,7	
		1,00 Oui	1	33,3	100,0	
		Total	3	100,0	100,0	
(02) Saguenay-Lac-Saint-Jean	Valide	,00 Non	2	50,0	50,0	
		1,00 Oui	2	50,0	100,0	
		Total	4	100,0	100,0	
(03) Capitale-Nationale	Valide	,00 Non	13	86,7	100,0	
		Manquant	Système	2	13,3	
		Total	15	100,0		
(04) Mauricie	Valide	,00 Non	1	20,0	25,0	
		1,00 Oui	3	60,0	75,0	
		Total	4	80,0	100,0	
	Manquant	Système	1	20,0		
Total	5	100,0				
(05) Estrie	Valide	,00 Non	28	65,1	82,4	
		1,00 Oui	6	14,0	17,6	
		Total	34	79,1	100,0	
	Manquant	Système	9	20,9		
Total	43	100,0				
(06) Montréal	Valide	,00 Non	43	64,2	78,2	
		1,00 Oui	12	17,9	21,8	
		Total	55	82,1	100,0	
	Manquant	Système	12	17,9		
Total	67	100,0				
(07) Outaouais	Valide	,00 Non	4	80,0	100,0	
		Manquant	Système	1	20,0	
		Total	5	100,0		
(08) Abitibi-Témiscamingue	Valide	,00 Non	1	100,0	100,0	
(10) Nord-du-Québec	Valide	,00 Non	1	100,0	100,0	
(12) Chaudière-Appalaches	Valide	,00 Non	6	75,0	75,0	
		1,00 Oui	2	25,0	100,0	
		Total	8	100,0	100,0	
(13) Laval	Valide	,00 Non	1	50,0	50,0	
		1,00 Oui	1	50,0	100,0	
		Total	2	100,0	100,0	
(14) Lanaudière	Valide	,00 Non	4	100,0	100,0	
(15) Laurentides	Valide	,00 Non	8	61,5	88,9	
		1,00 Oui	1	7,7	11,1	
		Total	9	69,2	100,0	
Manquant	Système	4	30,8			
Total	13	100,0				
(16) Montérégie	Valide	,00 Non	13	59,1	86,7	
		1,00 Oui	2	9,1	13,3	
		Total	15	68,2	100,0	
	Manquant	Système	7	31,8		
Total	22	100,0				
(17) Centre-du-Québec	Valide	,00 Non	2	100,0	100,0	
Je nomme où je réside d'une autre façon	Valide	,00 Non	1	100,0	100,0	

Ce tableau montre la proportion des répondant-es désirant ou non d'autres soins d'affirmation de genre selon leurs régions administratives de résidence. Les régions administratives ayant

les plus hautes proportions de répondant-es désirant d'autres soins d'affirmation de genre, excluant celle ayant moins de 5 répondants, sont la Capitale-Nationale avec 86%(13) des répondant-es, l'Outaouais avec 80%(4) des répondant-es, et Chaudières-Appalaches avec 75%(6) des répondant-es. La Mauricie est la seule région administrative avec 5 répondant et plus où, avec 60%(3) de réponses positives la proportion de répondant-es ne désirant pas d'autre soins d'affirmation de genre est supérieure celles de ceux qui désirent d'autre soins qui est de 20%(1).

### 6.1.3.2. Raisons pour le nonaccès au SAG

Ce tableau présente les résultats des sous-questions de la Q17: «Pour quelle-s raison-s ce SAG-s n'est-il pas accessible pour vous?».

Pour quelle-s raison-s ce soin d'affirmation de genre-s n'est-il pas accessible pour vous? (N=196 / choix multiples)	Hormonothérapie	Bloqueurs d'hormones	mastectomie	augmentation mammaire	réduction mammaire	création pénis/testicules	création vulve/vagin	préserv. fertilité et/ou gamètes	ovario-hystérectomie	Orchiectomie	tatouage médical	Épilation définitive	Physiothérapie	Orthophonie	Chirurgies faciales	Grefe de cheveux	Remodelage du corps	Autre soin/procédure
Il n'y a pas de disponibilité	8	4	1	1	2	2	-	-	1	1	-	2	-	1	1	2	-	1
Je suis sur une liste d'attente	17	4	13	-	-	6	6	1	8	-	-	1	-	1	1	2	-	2
Il est seulement accessible dans d'autres régions québécoises que la mienne	1	1	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Il est seulement accessible dans d'autres provinces canadiennes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Il est seulement accessible à l'extérieur du Canada	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Il n'est pas possible pour moi de me déplacer pour obtenir ce soin	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	1
Je ne sais pas quoi faire pour accéder à ce soin	5	4	12	4	4	3	4	3	13	2	-	3	1	9	4	-	3	2
Le processus semble long / compliqué	8	3	17	3	5	5	8	3	8	-	-	2	-	7	5	2	3	1
La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)/Assurance publique, ne couvre pas ce soin	3	1	2	2	5	2	2	3	1	1	1	8	1	9	11	4	4	2
Je n'ai pas les moyens de payer les frais initiaux et associés à ce soin	1	1	9	5	4	3	4	2	5	1	1	8	1	7	12	3	2	3
Je n'ai pas confiance en les professionnel·les offrant ce soin	5	2	4	2	-	1	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
Je n'ai pas de domicile fixe / situation d'itinérance	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Présence de transphobie pour accéder à ce soin	4	3	5	1	3	-	1	1	3	1	-	2	-	2	1	1	-	-
De la grossophobie empêche d'accéder à ce soin ou «l'indice de masse corporelle» empêche d'accéder à ce soin	1	-	3	2	1	4	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Mon âge actuel m'empêche d'accéder à ce soin	2	-	3	1	-	3	1	-	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Présence de racisme pour accéder à ce soin	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je crains de ne pas être capable de parler adéquatement dans la même langue que les personnes donnant accès à ce soin	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	-	-
Je crains que mon statut de citoyenneté m'empêche d'accéder à ce soin	2	-	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je crains que mon/mes identité-s de genre-s actuelle-s m'empêche-nt d'accéder à ce soin	2	-	3	1	2	1	-	1	4	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Je crains que mon parcours de discontinuité dans le genre m'empêche d'accéder à ce soin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je crains que mon sexe assigné à la naissance m'empêche d'accéder à ce soin	1	-	1	2	1	-	-	-	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Je crains que mon intersexuation m'empêche d'accéder à ce soin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je crains la réaction de mon entourage en voulant accéder à ce soin	5	1	11	2	2	5	3	-	3	-	-	-	-	1	4	-	1	-
J'ai des craintes en lien avec mon emploi	5	1	4	-	1	2	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Je crains que des suppositions en lien avec ma santé mentale m'empêchent d'accéder à ce soin	3	1	8	-	1	2	3	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je crains que des suppositions en lien avec ma santé physique m'empêchent d'accéder à ce soin	1	1	2	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je suis incarcéré-e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Je suis interné-e	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autre-s raison-s	3	3	9	1	-	9	6	2	3	2	2	1	-	1	-	1	1	1

#### 6.1.3.2.1. « Le processus semble long et compliqué »

Parmi la liste présentée plus haut, la raison «*Le processus semble long et compliqué*» a été cochée la plus souvent, soit 80 fois (tous soins confondus) concernant la raison du non-accès aux SAG. Le soin ayant été le plus coché pour cette raison de non-accès est la mastectomie avec 21% (17) des réponses.

6.1.3.2.2. « Je ne sais pas quoi faire pour y accéder »

Parmi la liste présentée plus haut, la raison «*Je ne sais pas quoi faire pour accéder à ce soin*» était la 2<sup>e</sup> raison la plus cochée, soit 76 fois (tous soins confondus) concernant la raison du non-accès aux SAG. Le soin ayant été le plus coché pour cette raison de non-accès est l'ovario-hystérectomie avec 17% (13) des réponses.

6.1.3.2.3. « Je n'ai pas les moyens financiers »

Parmi la liste présentée plus haut, la raison «*Je n'ai pas les moyens de payer les frais initiaux et associés à ce soin* » était la 3<sup>e</sup> raison la plus cochée, soit 72 fois (tous soins confondus) concernant la raison du non-accès aux SAG. Le soin ayant été le plus coché pour cette raison de non-accès est les chirurgies faciales avec 16% (12) des réponses.

6.1.3.2.4. « La RAMQ / l'assurance publique ne couvre pas le SAG »

Parmi la liste présentée plus haut, la raison «*La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) / assurance publique ne couvre pas ce soin*» était la 4<sup>e</sup> raison la plus cochée, soit 62 fois (tous soins confondus) concernant la raison du non-accès aux SAG. Le soin ayant été le plus coché pour cette raison de non-accès est encore les chirurgies faciales avec 18% (11) des réponses.

6.1.3.2.5. « Je suis sur la liste d'attente »

Parmi la liste présentée plus haut, la raison «*Je suis sur une liste d'attente* » était la 5<sup>e</sup> raison la plus cochée, soit 59 fois (tous soins confondus) concernant la raison du non-accès aux SAG. Le soin ayant été le plus coché pour cette raison de non-accès est l'hormonothérapie avec 28% (17) des réponses.

## 6.1.4. Évaluation générale de l'accès aux soins d'affirmation de genre-s

155 personnes ont répondu à la question sur l'évaluation de l'accès général aux SAG. Les réponses des répondant·es se situent entre 0 et 10, avec une évaluation moyenne de 5.47.

### Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	155	0	10	5,47	2,228
N valide (liste)	155				

#### 6.1.4.1. Selon la/les première-s langue-s apprise-s

La question : « *Quelle est votre première langue apprise ? // Quelles sont vos premières langues apprises?* » a eu 196 répondant·es. 11 répondant·es ont indiqué qu'une autre langue que le français ou l'anglais était une de leurs premières langues apprises (voir tableau dans la section 6.1.1.4)

Sur ces 11 répondant·es, 10 ont répondu à la question: «*Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?*». Leur moyenne du score évalué est de 3,60, qui est d'une différence majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total. C'est à noter que le nombre de répondant·es est restreint.

#### 6.1.4.2. Selon la/les condition-s des répondant-es

Sur les 101 répondant-es qui ont indiqué avoir un **trouble d'anxiété** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 81 ont répondu à la question «Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué est de **4,60**, qui est d'une différence majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_2 Trouble d'anxiété (ex.:anxiété généralisée, trouble obsessionnel- compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique)	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		74	77,9%	21	22,1%	95	100,0%
	Trouble	81	80,2%	20	19,8%	101	100,0%

#### Descriptives

	@7_2 Trouble d'anxiété (ex.:anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique)	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		Moyenne		5,89
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	5,38
			Borne supérieure	6,40
		Moyenne tronquée à 5 %		5,94
		Médiane		6,00
		Variance		4,837
		Ecart type		2,199
		Minimum		0
		Maximum		10
		Plage		10
		Plage interquartile		2
		Asymétrie		-,446
		Kurtosis		-,052
	Trouble		Moyenne	
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	4,60
			Borne supérieure	5,57
		Moyenne tronquée à 5 %		5,05
		Médiane		5,00
		Variance		4,830
		Ecart type		2,198
		Minimum		0
		Maximum		10
		Plage		10
		Plage interquartile		2
		Asymétrie		,155
		Kurtosis		-,121

Sur les 45 répondant-es qui ont indiqué avoir un **trouble de stress post-traumatique** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 38 ont répondu à la «Sur une

échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué est de **6,03**, qui est d'une différence mineure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_3 Trouble de stress post-traumatique (ex.: TSPT complexe, ST secondaire, TSPT dissociatif)	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		117	77,5%	34	22,5%	151	100,0%
	Trouble	38	84,4%	7	15,6%	45	100,0%

#### Descriptives

	@7_3 Trouble de stress post-traumatique (ex.:TSPT complexe, ST secondaire, TSPT dissociatif)	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	Moyenne		5,29	,195
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	4,90	
		Borne supérieure	5,68	
	Moyenne tronquée à 5 %		5,33	
	Médiane		5,00	
	Variance		4,449	
	Ecart type		2,109	
	Minimum		0	
	Maximum		10	
	Plage		10	
	Plage interquartile		3	
	Asymétrie		-,352	,224
	Kurtosis		-,276	,444
	Trouble	Moyenne		6,03
Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Borne inférieure	5,20	
		Borne supérieure	6,85	
Moyenne tronquée à 5 %			6,03	
Médiane			6,00	
Variance			6,297	
Ecart type			2,509	
Minimum			2	
Maximum			10	
Plage			8	
Plage interquartile			4	
Asymétrie			,099	,383
Kurtosis			-,904	,750

Sur les 3 répondant-es qui ont indiqué avoir un **trouble psychotique** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 3 ont répondu à la question «Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué est de **4,67**, qui est d'une différence

majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total. C'est à noter que le nombre de répondant-es pour ce croisement est restreint.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_4 Trouble psychotique (ex.:schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble déliquant)	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		152	78,8%	41	21,2%	193	100,0%
	Trouble	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%

#### Descriptives

	@7_4 Trouble psychotique (ex.:schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble déliquant)	Statistiques	Erreur standard		
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		Moyenne	5,49	,177	
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	5,14	
			Borne supérieure	5,84	
		Moyenne tronquée à 5 %		5,50	
		Médiane		6,00	
		Variance		4,768	
		Ecart type		2,184	
		Minimum		0	
		Maximum		10	
		Plage		10	
		Plage interquartile		3	
		Asymétrie		-,162	,197
		Kurtosis		-,246	,391
	Trouble		Moyenne	4,67	2,667
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	-6,81	
			Borne supérieure	16,14	
		Moyenne tronquée à 5 %		.	
		Médiane		2,00	
		Variance		21,333	
		Ecart type		4,619	
		Minimum		2	
		Maximum		10	
		Plage		8	
		Plage interquartile		.	
		Asymétrie		1,732	1,225
		Kurtosis		.	.

Sur les 22 répondant-es qui ont indiqué avoir un **trouble de personnalité** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 21 ont répondu à la question «*Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?*». Leur moyenne du score évalué est de 5,86, qui est d'une différence mineure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total. C'est à noter

que le nombre de répondant-es pour ce croisement est restreint, donc il n'est pas possible d'en tirer des conclusions directes.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_5 Trouble de personnalité (ex.:trouble personnalité limite, trouble de personnalité obsessionnel-compulsif, et autres)	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		134	77,0%	40	23,0%	174	100,0%
	Trouble	21	95,5%	1	4,5%	22	100,0%

#### Descriptives

	@7_5 Trouble de personnalité (ex.:trouble personnalité limite, trouble de personnalité obsessionnel-compulsif, et autres)	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		Moyenne	5,41	,188
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	5,04
			Borne supérieure	5,78
		Moyenne tronquée à 5 %		5,43
		Médiane		6,00
		Variance		4,755
		Ecart type		2,181
		Minimum		0
		Maximum		10
		Plage		10
		Plage interquartile		3
		Asymétrie		-,191
		Kurtosis		-,224
Trouble		Moyenne	5,86	,553
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	4,70
			Borne supérieure	7,01
		Moyenne tronquée à 5 %		5,84
		Médiane		6,00
		Variance		6,429
		Ecart type		2,535
		Minimum		2
		Maximum		10
		Plage		8
		Plage interquartile		4
		Asymétrie		,055
		Kurtosis		-,916

Sur les 8 répondant-es qui ont indiqué vivre avec **une surdité ou une malentendance** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?» , 5 ont répondu à la question «Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué est de **8,40**, qui

est d'une différence majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total. C'est à noter que le nombre de répondant-es pour ce croisement est restreint.

#### Récapitulatif de traitement des observations

@7_9 Surdité ou malentendance	Observations					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	150	79,8%	38	20,2%	188	100,0%
Surdité	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%

#### Descriptives

@7_9 Surdité ou malentendance	Statistiques		Erreur standard	
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	Moyenne	5,37	,176	
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	5,03	
		Borne supérieure	5,72	
	Moyenne tronquée à 5 %	5,39		
	Médiane	6,00		
	Variance	4,652		
	Ecart type	2,157		
	Minimum	0		
	Maximum	10		
	Plage	10		
	Plage interquartile	3		
	Asymétrie	-,201	,198	
	Kurtosis	-,311	,394	
	Surdité	Moyenne	8,40	1,166
Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Borne inférieure	5,16	
		Borne supérieure	11,64	
Moyenne tronquée à 5 %		8,56		
Médiane		10,00		
Variance		6,800		
Ecart type		2,608		
Minimum		4		
Maximum		10		
Plage		6		
Plage interquartile		4		
Asymétrie		-1,714	,913	
Kurtosis		2,664	2,000	

Sur les 3 répondant-es qui ont indiqué avoir **une déficience intellectuelle et/ou développementale**   la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 3 ont répondu à la question «Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué

est de **7,33**, qui est d'une différence majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total. C'est à noter que le nombre de répondant-es pour ce croisement est restreint.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_11 Déficience intellectuelle et/ou développementale	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		152	78,8%	41	21,2%	193	100,0%
	Déficie	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%

#### Descriptives

@7_11 Déficience intellectuelle et/ou développementale	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	Moyenne	5,43	,180
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure Borne supérieure	5,08 5,79
	Moyenne tronquée à 5 %	5,44	
	Médiane	6,00	
	Variance	4,910	
	Ecart type	2,216	
	Minimum	0	
	Maximum	10	
	Plage	10	
	Plage interquartile	3	
	Asymétrie	-,137	,197
	Kurtosis	-,340	,391
Déficie	Moyenne	7,33	1,453
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure Borne supérieure	1,08 13,58
	Moyenne tronquée à 5 %	.	
	Médiane	7,00	
	Variance	6,333	
	Ecart type	2,517	
	Minimum	5	
	Maximum	10	
	Plage	5	
	Plage interquartile	.	
	Asymétrie	,586	1,225
	Kurtosis	.	

Sur les 29 répondant-es qui ont indiqué avoir **une maladie ou condition médicale chronique** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 24 ont répondu à la question «Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué

est de **5,21**, qui est d'une différence mineure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_13 Maladie ou condition médicale chronique	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		131	78,4%	36	21,6%	167	100,0%
	Maladie	24	82,8%	5	17,2%	29	100,0%

#### Descriptives

@7_13 Maladie ou condition médicale chronique	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?	Moyenne	5,52	,192
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure 5,14 Borne supérieure 5,90	
	Moyenne tronquée à 5 %	5,54	
	Médiane	6,00	
	Variance	4,821	
	Ecart type	2,196	
	Minimum	0	
	Maximum	10	
	Plage	10	
	Plage interquartile	3	
	Asymétrie	-,227	,212
	Kurtosis	-,266	,420
Maladie	Moyenne	5,21	,496
	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure 4,18 Borne supérieure 6,23	
	Moyenne tronquée à 5 %	5,17	
	Médiane	5,00	
	Variance	5,911	
	Ecart type	2,431	
	Minimum	1	
	Maximum	10	
	Plage	9	
	Plage interquartile	3	
	Asymétrie	,389	,472
	Kurtosis	-,191	,918

Sur les 29 répondant-es qui ont indiqué avoir **aucune des conditions listées** à la question «Avez-vous une ou plusieurs des conditions suivantes?», 25 ont répondu à la question «*Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou*

désirés dans son ensemble?». Leur moyenne du score évalué est de **6,40**, qui est d'une différence majeure quand on compare avec le score moyen de l'échantillon total.

#### Récapitulatif de traitement des observations

	@7_18 Je n'ai aucune des conditions listées	Observations					
		Valide		Manquant		Total	
		N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		130	77,8%	37	22,2%	167	100,0%
	Je n'ai	25	86,2%	4	13,8%	29	100,0%

#### Descriptives

	@7_18 Je n'ai aucune des conditions listées	Statistiques		Erreur standard
@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre s reçus et/ou désirés dans son ensemble?		Moyenne	5,29	,195
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure 4,91	
			Borne supérieure 5,68	
		Moyenne tronquée à 5 %	5,27	
		Médiane	5,00	
		Variance	4,968	
		Ecart type	2,229	
		Minimum	0	
		Maximum	10	
		Plage	10	
		Plage interquartile	3	
		Asymétrie	,030	,212
		Kurtosis	-,419	,422
	Je n'ai	Moyenne	6,40	,404
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure 5,57	
			Borne supérieure 7,23	
		Moyenne tronquée à 5 %	6,52	
		Médiane	6,00	
		Variance	4,083	
		Ecart type	2,021	
		Minimum	0	
		Maximum	10	
		Plage	10	
		Plage interquartile	3	
		Asymétrie	-1,093	,464
		Kurtosis	3,140	,902

### 6.1.4.3. Selon la région de résidence

Le tableau ci-dessous illustre le score moyen répondu à la question «*Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?*» des répondant·es, selon leur région de résidence indiquée à la «*Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement?*» (dans la colonne «Moyenne»). En prenant en compte seulement les régions ayant eu plus de 5 répondant·es, les Laurentides avec 9 répondant·es obtiennent la plus haute moyenne de 6.33 avec un maximum de 9 et un minimum de 3. La seconde plus haute moyenne, 6.13, se trouve dans la région de Chaudières-Appalaches avec 8 répondant·es, un maximum de 8 et un minimum de 5. Les deux régions ayant les plus basses moyennes sont la Capitale-Nationale avec une moyenne de 5.00, un maximum de 10 et un minimum de 2 pour 13 répondant·es, et la Montérégie, ayant une moyenne de 5.07, un maximum de 9 et un minimum de 0 avec 14 répondant·es. Les deux régions ayant eu le plus de réponses sont Montréal avec 54 répondant·es et l'Estrie avec 32 répondant·es. La moyenne pour Montréal est de 5.50 avec un minimum de 0 et un maximum de 10, et pour l'Estrie, la moyenne est de 5.16 avec un minimum de 1 et un maximum de 10.

#### Statistiques descriptives

@2 Dans quelle région administrative du Québec demeurez-vous présentement?	@18 Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous l'accessibilité à vos soins d'affirmation de genre-s reçus et/ou désirés dans son ensemble?					N valide (liste)	
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N	
(01) Bas-Saint-Laurent	3	4	7	5,67	1,528	3	
(02) Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	4	8	6,50	1,732	4	
(03) Capitale-Nationale	13	2	10	5,00	2,380	13	
(04) Mauricie	4	5	9	6,75	1,708	4	
(05) Estrie	32	1	10	5,16	2,230	32	
(06) Montréal	54	0	10	5,50	2,478	54	
(07) Outaouais	3	2	6	4,00	2,000	3	
(08) Abitibi-Témiscamingue	1	4	4	4,00	.	1	
(10) Nord-du-Québec	1	5	5	5,00	.	1	
(12) Chaudière-Appalaches	8	5	8	6,13	,991	8	
(13) Laval	2	6	6	6,00	,000	2	
(14) Lanaudière	4	3	7	5,25	1,708	4	
(15) Laurentides	9	3	9	6,33	1,732	9	
(16) Montérégie	14	0	9	5,07	2,645	14	
(17) Centre-du-Québec	2	4	9	6,50	3,536	2	
Je nomme où je réside d'une autre façon	1	7	7	7,00	.	1	

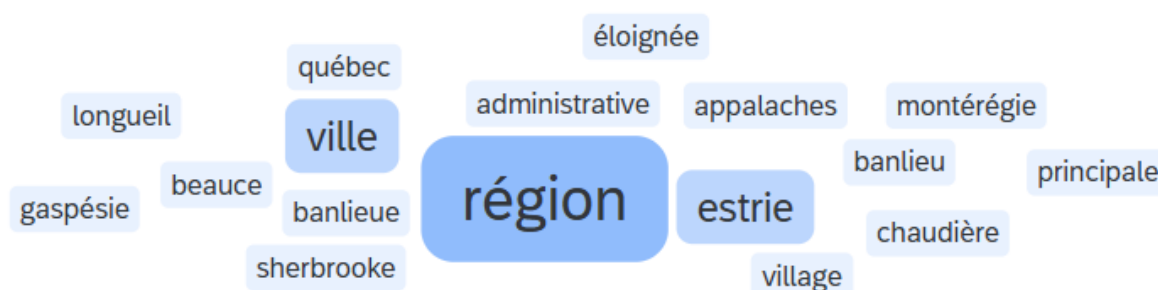
## 6.2. Résultats du volet qualitatif : *Entrevues individuelles avec des professionnel·les donnant accès à des SAG*

La présente section présente des résultats des entrevues individuelles avec des professionnel·les de régions donnant accès à des SAG.

### 6.2.1. **Portrait sociodémographique**

La présente section présente les résultats sociodémographiques professionnel·les de régions donnant accès à des SAG ayant participé à une entrevue individuelle. Les 8 professionnel·les ont toutes complété·es leurs formulaires sociodémographiques.

Le lieu de résidence des 8 personnes participantes varie dans différentes régions du Québec et en type de lieu. Le nuage de mots ci-dessous visualise les différentes réponses.



L'âge moyen des professionnel·les participant·es est de 37 ans. L'âge le plus jeune est de 30 ans, et le plus vieux de 42 ans.

Chez les 8 professionnel·les participant·es, chacun·e a pu cocher plusieurs options concernant leur·s origine·s ethnoraciales. Ci-dessous se trouve un tableau détaillant les options qui ont été sélectionnées. On peut remarquer que plus de la moitié de l'échantillon (6 personnes) s'identifie

comme québécoise. De façon moins importante, 3 personnes s'identifient comme américaines du nord, et 3 personnes s'identifient comme blanches à l'aide de la case autre. Pour faire suite à la description de l'origine ethnoraciale de l'échantillon, aucun-e des répondant-es ne s'est identifié-e comme une personne racisée.

Q3: Origines ethnoraciales 8 ⓘ

Q3 - Origines ethnoraciales - Selected Choice	Nombre	Nombre
Américaine du Nord (ex. : Canada, États-Unis)	38 %	3
Québécoise	75 %	6
Autre (case à remplir)	38 %	3

Concernant la première langue apprise à la maison, 7 professionnel·les indiquent que c'est le français, à l'exception d'une personne pour qui l'anglais est la première langue apprise à la maison.

Q5 - Première langue apprise à la maison - Selected Choice	Nombre	Nombre
Français	88 %	7
Anglais	13 %	1

Les professionnel·les se sont toutes identifiées comme cisgenres et aucun-e comme trans. Le tableau ci-dessous présente l'identité de genre sélectionnée par ceux-ci. Une majorité de l'échantillon s'identifie comme femme, et une personne s'identifie comme homme. Une des personnes s'identifiant comme femme a pris le temps de spécifier qu'elle s'identifie comme femme cisgenre et ne s'être jamais posé la question si elle est cisgenre ou trans.

Q8 - Identité(s) de genre - Selected Choice	Nombre	Nombre
Homme	13 %	1
Femme	88 %	7
Autre	13 %	1

Le formulaire s'est intéressé à l'orientation sexuelle et romantique des professionnel·les. Plus de la moitié de l'échantillon ne s'identifie pas comme étant issue de ces identités, alors que 3 d'entre eux s'y identifient. Ces dernières n'ont pas spécifié ces identités.

Q9 - S'identifie comme issue de la diversité sexuelle ou romantique - Selected Choice	Nombre	Nombre
Oui	38 %	3
Non	63 %	5

Le formulaire s'est intéressé si les professionnel·les s'identifient comme neurodivergentes, tel qu'ayant un TDAH ou étant sur le spectre de l'autisme. Plus de la moitié de l'échantillon ne s'identifie pas comme tel, alors que 2 d'entre eux s'y identifient. 1 personne ne sais pas.

Q10 - S'identifie comme neurodivergente (ex.: TDAH et spectre de l'autisme) - Selected Choice	Nombre	Nombre
Oui	25 %	2
Non	63 %	5
Je ne sais pas	13 %	1

Les professionnel·les ont spécifié quel type de professionnel·le en SAG iels sont. Dans l'échantillon, on retrouve 4 médecins pédiatres, 2 médecins de famille, 1 infirmier·e praticien·ne spécialisé·e (IPS) et 1 esthéticien·ne.

## Q11 - Type de professionnel·le

Type de professionnel·le

Esthéticienne

Médecin spécialiste ; pédiatre.

Médecin pédiatre

Médecin pédiatre

Médecin, pédiatre.

Médecin de famille

Médecin de famille

Infirmière Praticienne Spécialisée (IPS)

Le questionnaire s'est intéressé au milieu de travail des professionnel·les. Parmi les différentes réponses où iels pouvaient mentionner plus qu'un milieu, 3 professionnel·les travaillent en

groupe de médecine familiale, 2 en centre hospitalier universitaire, 2 en milieu hospitalier, 1 en salon d'esthétique, 1 en clinique privée et 1 en centre de pédiatrie sociale.

Enfin, il a été demandé aux professionnel·les, en question ouverte quel·s SAG offre-t-iel aux personnes issues de la diversité de genre. Pour la grande majorité de l'échantillon, iels donnent accès à de l'hormonothérapie. Plus de la moitié (6 professionnel·les) font de l'accompagnement général auprès de jeunes TNBQ de moins de 18 ans, et 5 professionnel·les font la prescription de bloqueurs d'hormones. Moins de la moitié de l'échantillon (3 professionnel·les) écrivent des lettres pour les chirurgies de SAG, 3 professionnel·les font de l'évaluation psychosociale pour des patient·es TNBQ, 3 professionnel·les font de l'accompagnement non médical pour des patient·es TNBQ, 2 professionnel·les font de l'accompagnement général auprès d'adultes TNBQ, et 2 professionnel·les font de l'enseignement, du transfert d'information et de l'accompagnement auprès des membres de la famille de jeunes TNBQ. De façon plus unitaire, 1 professionnel·le a nommé faire de l'évaluation de diagnostic de dysphorie de genre, 1 professionnel·le faire de l'épilation à la lumière pulsée et électrolyse, et 1 professionnel·le a mentionné désirer faire des suivis longitudinaux pour sa clientèle TNBQ.

### **6.2.2. Détection de violences médicales genrées, de tentative (ou «thérapie») de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin de la WPATH dans le cadre de l'accès à des SAG au Québec**

Dans le cadre des entrevues auprès des professionnel·les de régions, iels ont eu l'opportunité de partager des observations, expériences ou échos de situations où se retrouvent des formes de violences genrées, de tentatives (ou «thérapies») de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin de la WPATH dans le cadre de l'accès à des SAG au Québec. Dans presque toutes les entrevues (7) on retrouve des descriptions de violences genrées, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin de la WPATH. Dans certains cas, une personne interviewée va identifier un événement de la sorte

comme problématique, alors que pour d'autres, une personne ne l'identifie pas comme problématique ou ne détecte pas dans son récit une forme de violence par soi ou par une tierce personne.

Lorsque questionné-es directement sur la détection de tentatives de conversion dans leurs pratiques professionnelles, 6 des participant-es n'ont pas détecté leur présence, ni que leur patientèle leur en ont parlé ou en avoir entendu parlé chez d'autres professionnel·les de régions en SAG au Québec. Toutefois, 2 professionnel·les de régions ont détecté des tentatives de conversion par d'autres intervenant-es travaillant auprès de patientèle TNBQ ou dans l'historique de sa patientèle TBNQ.



Puis ça prend de l'accompagnement, pas des gens qui disent : « Bien, non, c'est juste dans ta tête » ou « Bien, non. Tu sais, ton vrai problème, c'est parce que tu n'es pas satisfaite de ta famille, puis que ta famille t'ait dit qu'elle aurait voulu un gars. Ça fait que c'est pour ça que tu veux... » Tu sais, ce genre de choses-là, qu'on entend tout le temps... Beaucoup trop souvent. Même avec des gens qu'on croirait qui ne penseraient pas ça.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

C'est cohérent avec ce qu'elle vit, ce qu'elle décrit comme pattern (patrons) de personnalités aussi : une personnalité coquille pour naviguer le monde sans crainte de préjudice, et une personnalité beaucoup plus authentique, qui est un peu révoltée d'avoir été réprimée tout ce temps-là. Je trouve que cette histoire-là, c'est un bel exemple d'à quel point les approches en thérapie de conversion risquent d'être nocives pour les gens, pourraient contribuer à des enjeux de santé mentale, de la souffrance, plutôt que quand les gens sont soutenus.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

### **6.2.3. Éléments facilitant l'accès aux SAG**

Les professionnel·les de régions en SAG ont nommé plusieurs éléments pouvant, selon elleux, faciliter l'accès aux SAG pour la patientèle TNBQ, avec certaines observations s'adressant spécifiquement aux enjeux touchant l'accès en région.

#### 6.2.3.1. *Soutien entre collègues*

Pour la majorité de ceux-ci (7), donner ou recevoir du support ou de l'aide entre collègues offrant des SAG serait un moyen efficace pour répondre à différents besoins des professionnel·les. En ce sens, 6 des professionnel·les spécifient aussi l'intérêt de communiquer activement et de travailler en équipe avec les intervenant·es en santé mentale entourant leur patient·es TNBQ, particulièrement où ceux-ci ont besoin d'une lettre de recommandation pour être en mesure d'accéder à un SAG.



Du moment où est-ce que tu as quelqu'un devant toi qui te dit qu'il se questionne sur son genre, premier rendez-vous, fait une collecte d'informations, essaie de préciser le besoin, et ensuite, entoure-toi. On est plein. Tous les médecins qui font des soins d'affirmation de genre, on est prêts à soutenir du monde qui veulent en faire, ou qui veulent s'essayer, ou qui veulent devenir meilleurs. Entoure-toi des communautés de pratique, pose-nous tes questions et on va te soutenir. Il y a plein de monde qui vont être prêts à voir ton patient une fois pour faire une évaluation et faire un paquet de recommandations, ou à te coacher pour que tu partes toi-même tes hormones et que tu sois bon ou bonne.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

#### 6.2.3.2. *Offrir plus de services en région*

Selon 6 professionnel·les, iels soutiennent que de donner accès à des SAG hors de la ville de Montréal ou de Québec serait un moyen concret de désengorger les services de ces deux villes en plus d'ouvrir des services, développant donc aussi un accès plus local dans les régions du Québec.

### 6.2.3.3. *Soutien familial ou parental*

Pour plus de la moitié de l'échantillon (5), le soutien familial ou parental soutenant serait aidant pour faciliter l'accès à un SAG, encore plus pour les jeunes TNBQ mineur-es.

### 6.2.3.4. *Références et moyens d'information utilisés*

Deux sources d'informations concernant les personnes TNBQ et les SAG sont ressorti de façon majeure au sein des entrevues des professionnel·les de régions. D'abord, les organismes communautaires et leurs différent·es actrices (intervenant·e sociale ou en santé mentale, accompagnatrice ou du personnel pouvant offrir des conseils) ont été nommés par presque toutes (7) comme un moyen d'information en SAG pour les professionnel·les ou la clientèle TNBQ. 3 professionnel·les ont souligné des outils de l'organisme TransEstrée tel que le site web *transitionner.info* ou les guides *Prendre des décisions éclairées sur l'hormonothérapie* (Beauchesne Lévesque et al., 2023). La seconde source d'information majeure est les communautés de pratique où les professionnel·les expliquent pouvoir poser ou répondre à des questions sur des cas cliniques en SAG. Iels recommandent aux autres professionnel·les de se diriger vers ce type de ressources, mais notent qu'il en faudrait plus ou qu'elles soient plus facile d'utilisation pour encourager et faciliter l'accès. Un troisième référent en SAG nommé par 6 des professionnel·les est les standards de soins de la WPATH (2022). Un dernier moyen d'information mentionné par 4 professionnel·les est la consultation de publications scientifiques abordant les SAG où iels travaillent à rester à jour.



C'est un document qui explique chaque changement qui peut arriver avec les hormones, puis il y a toute l'information dessus. En bas, ce qu'ils peuvent faire. Est-ce que c'est un changement qu'ils veulent? Est-ce qu'ils ne veulent pas? Ils ont-tu peur? Ça fait qu'ils marquent leurs commentaires. Ils suivent un peu ça, puis ça aide un peu à réfléchir. « Bon, ça, ça me fait peur. Je ne veux pas ça. » Quand ils arrivent dans mon bureau, on le révise ensemble puis ça me permet un petit peu de voir ce qu'il veut, ce qu'il ne veut pas et qu'est-ce qu'on fait avec tout ça.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Les communautés de pratique sont très aidantes pour sortir des données probantes de la WPATH, parce que nos patients... Tu sais, ça nous donne une excellente idée là, mais y font plein de choses qui sont hors des lignes directrices. Comment qu'on navigue avec ça? Encore là, ça c'est des données probantes, peut-être un peu moins robustes qu'autre chose, mais des avis d'experts, des séries de cas informels, ça reste quelque chose de plus tangible que du gros n'importe quoi.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

6.2.3.5. *Motivation et intérêt à travailler auprès de la clientèle TNBQ en démarche de SAG*

Lorsque questionné-es concernant leur intérêt ou motivation à travailler auprès de personnes TNBQ en SAG, une forte majorité (7) des professionnel·les de régions en SAG ont signifié qu'avant tout, la clientèle TNBQ est une clientèle comme une autre. Quant aux SAG, iels les ont simplement identifiés comme d'un besoin de soin de la personne où iels sont appelé-es à intervenir dans le cadre de leur profession en soins. À la suite de ce constat, certain-es professionnel·les ont aussi nommé certaines motivations et intérêts plus précis. 6 professionnel·les disent que d'avoir remarqué que l'obtention d'un ou de SAG auprès de leur clientèle TNBQ peut apporter du bien-être à celle-ci est un facteur de motivation et d'intérêt d'offrir des SAG. Pour 5 autres professionnel·les, leur motivation ou intérêt se trouve au sein d'expérience à la suite de leur parcours personnel, tel que le fait d'être une personne

2SLGBTQIA+ ou d'avoir quelqu'un dans son entourage, à la suite d'une expérience en SAG à l'intérieur d'une formation professionnelle ou continue, que la patientèle en SAG se retrouve dans sa patientèle jeunesse ou vulnérable, ou par le biais d'expériences en recherche académique en SAG.



Bien, pour moi, c'est pareil. Pour moi, ça ne change rien. [...] Oui, j'ai posé des questions. Sinon à part ça, moi, elles viennent au salon puis c'est la même affaire que tout le monde, là. Pour moi, il n'y a pas de différence.

**Licorne, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Moi, j'ai développé cet intérêt-là parce que j'ai une expérience personnelle avec une personne trans et je fais partie de la communauté.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Pour lui, ça a tellement été un changement positif je trouve de lui prescrire la testo (testostérone) parce que les seuls éléments anxio (anxieux) ou dépressifs qu'il avait c'était vraiment par rapport à la dysphorie et par rapport à son identité de genre. De faire ce changement positif là, ça a vraiment été positif dans sa vie. Ça a vraiment aidé au niveau de la dysphorie et au niveau de l'humeur quand le reste était vraiment stable et il était bien soutenu. Je me dis mon Dieu, quand tu vois ce genre de patient-là, ça vaut tellement la peine, et de se battre pour continuer d'avoir des soins et de poursuivre dans cette direction-là. Je trouve que c'est un exemple positif de dire que c'est vraiment des soins qui sont nécessaires.

**Marguerite, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

6.2.3.6. *Affichage d'être un-e professionnel-le allié-e aux personnes TNBQ ou donnant accès à des SAG*

La majorité de l'échantillon (6) ont dit afficher publiquement, que ce soit dans leur milieu de travail ou sur des plateformes en ligne, qu'ils offrent des SAG. À l'inverse, les 2 autres professionnel-les participant ont signifié ne pas afficher publiquement leur offre de service en SAG par crainte de représailles considérant des enjeux sociaux transphobes tel que la

désinformation de parents de jeunes TNBQ et le recul des droits des personnes TNBQ au Canada et aux États-Unis. Toutefois, un·e des deux professionnel·les mentionne que de ne pas s'afficher publiquement pourrait aussi être avantageux dans certains cas. Rester discret·e pourrait permettre à des jeunes d'arriver à consulter un·e professionnel·le pouvant offrir des SAG évitant que des parents réticents aux SAG ou la transidentité refuse d'aller faire la consultation, et donc pouvant mener à la mise en place d'un espace de dialogue et d'accompagnement.



J'ai peu à peu eu de plus en plus de patients, parce que le message se passait comme quoi j'ouvrais la porte [rires] puis je me permettait d'en voir puis de les suivre. Je trouve que ma pratique est plus ancrée.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Bien, le fait d'être une équipe, tu sais, très reconnue comme d'affirmation de genres, ça a nuit tu sais. [rit] Ça a nuit dans le sens que les parents arrivent en se disant « Bien vous, on le sait bien, tout ce que vous voulez faire, c'est rendre tous nos jeunes trans. » [rires] Des espèces de trucs de même. Je trouve que le fait qu'ici on est un peu incognito puis qu'on est dans la clinique juste complètement régulière, des fois, je trouve que ça peut être positif.

**Lys, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je trouve ça vraiment difficile sincèrement [comme professionnelle de devoir se battre pour l'accès aux SAG]. Je trouve ça difficile le contexte politique. Je trouve ça difficile l'opinion de l'extérieur. Sincèrement, souvent je n'en parle pas tant que ça, ou tu sais, je ne m'affiche pas sur des gros projets ou les trucs, parce que je sais que c'est quand même controversé, et je n'ai pas envie d'avoir l'opinion des autres par rapport à ce que je fais comme travail. Et ça je trouve que c'est un aspect difficile. Je trouve que ça difficile de voir qu'autour, il y a des provinces qui enlèvent ces droits-là et qu'ils remettent en question.

**Marguerite, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Le collègue qui avait critiqué mes macarons, après, quand je suis retournée le voir puis que j'ai dit : « Heille, je voulais juste te dire qu'il y a un jeune que ça a vraiment fait une grosse différence que je l'aie dans le cou. » Je trouve que ça, c'est des interventions qui sont quand même payantes, dans le sens de dire : « Arrête de minimiser là. » [...] Mais je l'ai mis [mon pronom] dans ma signature puis là, je me suis fait niaiser encore. Parce que, là, c'est comme : « Tu sens vraiment le besoin. » Puis moi, ce n'est pas tant que je sens le besoin. Tu sais, c'est vraiment un... l'm reaching out (je prends contact). [rit] Peut-être que moi, je ne l'ai pas le besoin, mais ça légitimise le besoin de quelqu'un d'autre de le mettre puis ça fait en sorte que c'est correct qu'on l'ait tous, puis que ça enlève cette question-là.

**Lys, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

### 6.2.3.7. Perception de compétence en SAG

De façon unanime, les professionnel·les de régions en SAG de l'étude ont signifié se sentir compétent·es dans les SAG qu'ils offrent, mais pas dans tous les cas. Pour 4 des professionnel·les, ils ont indiqué que dans certains cas cliniques ou à la suite de médias ou des collègues qui viennent douter de leurs compétences en SAG, il peut y avoir une remise en question de leurs compétences. Plusieurs des professionnel·les participant·es (6) ont parlé de la perception du compétence de leur collègues pouvant offrir des SAG. 5 professionnel·les ont nommé le fait que leurs collègues diraient ne pas se sentir compétent·es par soi-même pour donner accès à des SAG ou de continuer un suivi en SAG antérieurement pris en charge par un·e autre professionnel·le (particulièrement pour les jeunes TNBQ). D'autres arguments rapportés sont le fait d'avoir peur de faire du mal à un·e patient·e en lui donnant accès à un SAG ou une perception de manque de clarté sur les étapes à faire selon sa profession en fonction du type de SAG. Cela a mené certain·es professionnel·les (4) à discuter de l'enjeu de la surspécialisation de ceux offrant des SAG où leurs collègues peuvent noter qu'un·e professionnel·le se spécialiserait trop en SAG plutôt que d'autres types de soins, ou bien à l'inverse, les collègues ne les trouvent pas assez spécialisés en SAG pour offrir ce type de soin. Enfin, 4 professionnel·les rapportent que certain·es collègues vont aller jusqu'à dire que les SAG ne seraient pas des soins nécessaires dans tous les cas et qu'ils refusent de comprendre en quoi un SAG peut être un soin requis.



On dirait qu'ils ne savent pas où référer. Ils verbalisent qu'ils n'ont pas de formation, qu'ils ne savent pas, côté légal, ce qu'ils peuvent faire avec les jeunes, c'est quoi la procédure pour les jeunes. C'est toutes des choses que mes collègues me verbalisent beaucoup de ce côté-là. Moi, j'essaie de les guider, mais eux autres, s'ils ne se sentent pas à l'aise nécessairement, je leur dis « Référez-moi-les parce que, moi, je me sens à l'aise là-dedans. »

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Souvent, nos dirigeants vont nous dire « Bien, ça [les SAG], c'est vraiment de la santé de centre tertiaire », mais comme on sait bien, en centre tertiaire, ils sont rendus à un an ou deux ans d'attente. C'est trop long pour une jeune personne d'attendre deux ans pour avoir de l'accompagnement de ce côté-là.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Bien, l'hormonothérapie est moins accessible parce que, justement, il y a moins de monde qui se sentent à l'aise d'en prescrire, puis de faire le suivi, et même de reprendre le suivi. Tu sais, j'ai jaser avec [un-e autre médecin], entre autres, qui disait qu'il se fait refuser, des fois, des retours par des médecins de famille. Ils sont comme pognés. À 18 ans, le suivi arrête. Le médecin est comme « Mais moi, je ne suis pas à l'aise de faire le suivi ». Oui, mais tout est stable : « Voici la recette. Voici ce que tu dois faire. » Puis il y en a qui sont : « Non, mais je ne suis quand même pas à l'aise. »

**Sybil, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Les [professionnel-les] peuvent nommer que ça peut être de la fabulation, que c'est trop compliqué... Les gens peuvent avoir des propos qui sont un peu comme sur le thème qu'ils trouvent ça un peu révoltant, mais je pense que c'est rooted (enraciné) dans le fait que le monde se sent dépassé. Le monde ne se sent pas si compétent que ça, et ils ne comprennent pas. Que « ce n'est pas de la vraie médecine. » [...] C'est des réactions qu'on voit quand même assez souvent avec un paquet de patients qui nous font sentir de l'impuissance. [...] En général, quand nos compétences augmentent, ce type de sentiment-là s'atténue.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

### 6.2.3.8. *Parcours en SAG de leur clientèle TBNQ*

À travers presque toutes (7) les entrevues avec les professionnel·les de régions en SAG, iels ont indiqué que les parcours en SAG sont multiples et personnels à chaque personne. Les parcours de détransition ou de discontinuation a été décrits comme rares sans être anormaux, nommé dans le cadre de leur consultation en SAG, et qu’iels accueillent ces parcours dans le respect par 4 des professionnel·les.



Ça fait que lui, il m’a aidée à vraiment l’appliquer selon la personne qui est devant moi, parce que c’est pas écrit. Tu sais, si on lit les lignes directrices, mettons, pour une femme trans, automatiquement, elles ont des bloqueurs et elles ont l’œstrogène. Mais, tu sais, ce n’est pas ça dans la réalité, là. Ce n’est pas ça pour tout le monde. Donc, il m’a vraiment aidée à plus appliquer les recettes et à vraiment mettre la théorie en pratique.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je nomme aussi toujours aux jeunes que leur parcours, c’est leur parcours, puis que peu importe si c’est demain ou dans six mois ou dans trois ans, ils veulent détransitionner, que je vais les accompagner là-dedans aussi. [...] De faire comprendre les familles, puis d’essayer de me faire comprendre aussi que dans le fond, on suit un parcours puis on va faire les étapes selon laquelle on pense qui est la meilleure au moment où on est. Puis, après ça, bien, on avisera.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

### 6.2.3.9. *Aménagement du lieu de travail pour le rendre transinclusif*

La moitié de l’échantillon (4) a mentionné certains éléments utiles dans leurs lieux de travail pour qu’ils soient plus transinclusifs. Voici une liste, sans ordre spécifique, de ceux-ci :

- + La tortue du genre dans le bureau de consultation;
- + Infographie au sujet de la diversité des genres;
- + Livre au sujet de la déconstruction des stéréotypes de genre;

- + Affiche transaffirmative sur l'utilisation de prénoms et pronoms;
- + Accessoires vestimentaires accroché à l'uniforme de travail identifiant la personne comme étant alliée aux personnes TNBQ;
- + Pamphlets d'organismes communautaires TNBQ dans la salle d'attente;
- + Télévision affichant un carrousel des organismes communautaires TNBQ dans la salle d'attente;
- + Drapeau 2SLGBTQIA+;
- + Salles de bain mixtes;
- + Dossier médical identifié au bon prénom.

**RÉSUMÉ DES ÉLÉMENTS FACILITANT L'ACCÈS AUX SAG  
SELON LES PROFESSIONNEL·LES DE RÉGIONS EN SAG**

- + Recevoir du support ou de l'aide entre collègues offrant des SAG;
- + Communiquer activement et de travailler en équipe avec les intervenant-es en santé mentale des patient-es TNBQ;
- + Accès à des SAG hors de la ville de Montréal ou de Québec;
- + Soutien familial ou parental;
- + S'informer et s'outiller auprès d'organismes communautaires;
- + S'informer et s'outiller auprès de communautés de pratique;
- + Se référer aux standards de soins de la WPATH;
- + Consulter régulièrement des publications scientifiques au sujet des SAG;
- + Considérer la clientèle TNBQ comme toutes autre patientèles;
- + Considérer les SAG des soins recevables comme un autre;
- + Remarquer que l'obtention de SAG peut apporter du bien-être à la patientèle;
- + Parcours de vie d'un-e personne peut l'amener à s'intéresser à offrir des SAG;
- + S'afficher ou ne pas s'afficher comme pouvant donner accès à des SAG;
- + S'afficher comme une personne alliée aux personnes TNBQ;
- + Sentiment d'être compétent·e en SAG;
- + Reconnaître que les parcours en SAG sont multiples et uniques;
- + Reconnaître les parcours de détransition ou de discontinuation en contexte de SAG;
- + Avoir un aménagement transinclusif de son milieu de travail.

## 6.2.4. Barrière d'accès aux SAG

Les professionnel·les de régions en SAG ont nommés plusieurs éléments qui sont, selon elleux, des barrières d'accès aux SAG pour la patientèle TNBQ dans le contexte régional de l'accès à ces soins.

### 6.2.4.1. Financières

À travers leurs entrevues, 5 professionnel·les de régions en SAG ont nommé différentes problématiques financières pouvant rendre l'accès au SAG plus difficile. Voici une liste, sans ordre spécifique, de celles-ci :

- + Frais de déplacement pour obtenir un soin en personne;
  - + Enjeu particulièrement important pour des jeunes TNBQ;
  - + Mention de déplacement hors de la région domiciliée pour obtenir plus de services.
- + Manque de ressources dans les milieux médicaux publiques, entre-autres dû à la gestion budgétaire des enveloppes gouvernementales qui diffèreraient selon le type de professionnel·le et de poste;
  - + Certaines spécialisations seraient moins bien financées que d'autres, tel que la pédiatrie;
  - + Des directions prendraient des décisions budgétaires empêchant le développement de projets tel des cliniques en SAG.
- + Les services en santé au privé permettraient un accès au SAG plus rapide qu'au public, mais beaucoup plus dispendieux;
- + Les organismes communautaires sont identifiés comme des sources de soutien important pour les personnes TNBQ voulant accéder à un SAG, mais ils ne seraient pas assez financés.

#### 6.2.4.2. Enjeux en santé mentale

Selon 6 des professionnel·les de régions en SAG interviewé·es, lorsqu'un·e personne TNBQ voulant accéder à un SAG présente un ou des enjeux de santé mentale durant leur consultation, cela pourrait être un élément ralentissant l'accès à un SAG. Iels ont nommé que selon elleux, il faut évaluer la santé mentale de la personne avant de lui donner accès à un SAG. Pour certain·es, le processus de priorisation des soins pourrait amener un·e professionnel·le à prendre en charge d'abord la santé mentale de la personne, et ensuite la prise en charge d'un SAG. Les cas «plus complexes» au niveau de la santé mentale pourraient rendre la procédure du consentement éclairé plus difficile. D'autres disent avoir observé que certains professionnel·les, pour certains cas, vont préférer se référer à des spécialistes en santé mentale.



Maintenant, les médecins de famille vont t'envoyer chez le pédiatre. Le pédiatre, c'est beaucoup moins [hésitations] non seulement menaçant, mais stigmatisant, parce que la majorité de ces jeunes-là, ils n'ont pas besoin de psychiatre. [...] Les patients que je réfère d'emblée à la pédopsychiatrie, c'est les enfants en psychose, les maladies affectives bipolaire, les anxieux sévères avec qui j'ai déjà essayé deux, trois pilules, certains cas complexes où j'ai besoin d'une évaluation diagnostic multidisciplinaire que je ne peux pas avoir au niveau [hésitations] plus local. En fait, la façon dont les services sont organisés dans ma région, la pédopsychiatrie de deuxième ligne/deuxième ligne et demie, c'est la pédiatrie. Puis nous, on réfère juste la troisième ligne. Mais, pour moi, des jeunes... puis, tu sais, il n'y a aucun guidelines (lignes directrices) qui dit qu'ils ont besoin d'avoir une évaluation pédopsychiatrique tertiaire.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.3. Habiter en région ou en ruralité

La majorité des participant·es(7) ont mentionné que le faire de vivre en région ou dans un milieu rural serait une barrière d'accès au SAG. Voici une liste, sans ordre spécifique, de celles-ci :

+ Moins de services et d'accès;

- + Peu ou pas de services en SAG structurés ou organisés.
- + Moins de professionnel·les offrant des SAG;
  - + Ayant donc moins de pairs offrant des SAG, certain·es disent se sentir seul·es comme professionnel·les en SAG en région.
- + Peu ou pas d'équipes spécialisées en SAG;
- + Peu ou pas de professionnel·les formé·es en SAG;
  - + Manquerait de ressources régionales pour faire de la formation en SAG.
- + Perception qu'il y aurait plus de personnes moins ouvertes d'esprit aux diversités en région;
- + Moins de personnes bilingues (français/anglais) en région entraînerait une plus grande difficulté à accéder, utiliser ou partager des ressources en SAG;
- + D'une région à une autre, il pourrait y avoir des variations importantes dans la qualité des services en SAG, rendant l'accès aux SAG au Québec inégales;
- + Puisque les régions ont moins de moyens concernant les SAG, l'offre de services serait donc d'autant plus fragilisée.

#### 6.2.4.4. *Barrières structurelles*

En faisant état de l'accès aux SAG ainsi que leur pratique professionnelle en SAG, les professionnel·les de régions en SAG interviewé·es ont soulevé certaines barrières structurelles ayant un impact sur la capacité d'offrir des SAG. D'abord, pour la grande majorité de l'échantillon (7), ceux-ci mentionnent le besoin d'une équipe multidisciplinaire pour améliorer leur capacité d'offrir plus efficacement des SAG. Pour 6 de ces professionnel·les, iels nomment d'autant plus que des professionnel·les en santé mentale soient disponibles dans le cadre de l'offre de services en SAG. Par exemple, pour avoir quelqu'un dans son milieu de travail ayant une approche transaffirmative, de confiance et disponible pour produire une lettre de recommandation pour un SAG désiré par un·e patient·e.

Ensuite, 5 des professionnel·les interviewé·es ont parlé d'enjeux d'autonomie dans leur pratique professionnelle en SAG. 3 de ceux-ci ont soulevé que le référencement fait par des professionnel·les de la santé de 1<sup>er</sup> ligne vers des spécialistes de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne démontrerait un manque d'autonomie en SAG.

Une autre barrière structurelle pour 3 autres professionnel·les de régions en SAG interviewé·es se situe plutôt au niveau de la direction de milieu de travail. Iels rapportent que certaines directions rendraient impossible des initiatives en offre de SAG. Différentes potentielles raisons ont été soulevées tel que le désaccord de directions avec le développement de ce type de service dans leur milieu ou que la direction ne permettent pas à ce que des employé·es communiquent directement entre elleux pour développer ce type de service.

Toutefois, 5 des professionnel·les interviewé ont souligné se sentir autonome dans leur offre de service en SAG dans leur milieu de travail.



Mais c'est sûr que comme, quand je suis allée à Sainte-Justine avec leur nouvelle clinique, qu'il y a une psychologue et une TS, des endos, des pédos, et qu'ils se réunissent à chaque semaine pour parler de leur cas, je me dis : « Mon dieu, on n'est pas là encore. » On n'a pas ces ressources-là. On n'a pas cette structure-là. Je trouve que pour eux c'est quand même... De pouvoir discuter des cas, de dire « Hey, oui, moi aussi je pense que c'est la bonne chose d'aller dans cette direction-là », je trouve que ça aiderait vraiment à avoir plus confiance dans les soins qu'on fait et à se sentir moins seul. Mais [dans ma ville où je travaille], on n'a pas cette structure-là et on n'a pas ces ressources là non plus.

**Marguerite, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je trouve que de pouvoir créer une relation de confiance avec un intervenant ou une intervenante psychosociale, que dans le fond, si elle dit « Non, écoute, tu sais, j'ai évalué toutes. Puis, vraiment, je pense que ce qui est dans le meilleur intérêt de ce jeune-là, c'est qu'on fasse ensemble X, Y, puis qu'on walk the walk (marche la marche) ensemble. » Moi, ça m'aiderait énormément.

**Lys, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Le message-clé, c'est que tout passe par les médecins de famille, par les praticiens de première ligne. Je trouve que c'est ça qui est le plus important. Il faut intégrer les soins d'affirmation de genre en première ligne le plus possible, comme des soins de base.

**Sybil, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je pense à ma collègue qui est toute seule à [une ville en région]. Je ne sais pas... Je suis certaine que l'accès n'est pas bon parce que l'initiative qu'on voulait faire dans le réseau qui a foiré, ça aurait été une première du genre au Québec, parce qu'en général, les directions n'étaient pas pour ça.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je pense qu'il y a des enjeux aussi de comment les médecins voient la pratique IPS, ce qui est aussi à développer. Puis, chez certaines et certains médecins, bien eux autres, ils voient ça comme si on était leur bras droit puis qu'on n'était pas bien chargé-es. Tandis que la pratique IPS, ce n'est pas ça. On est une pratique 100 % autonome.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.4.1. Fonctionnements administratifs inadaptés

En s'intéressant aux barrières structurelles, il est apparu au sein des entrevues des enjeux spécifiques concernant des fonctionnements administratifs impactant l'accès aux SAG. La majorité de l'échantillon (7) ont identifié et jugé des fonctionnements administratifs comme inadaptés. Celui le plus souligné par 6 de ceux-ci serait la mauvaise gestion de l'organisation gouvernementale des soins et services en nommant des actrices tel que des membres de la direction ou des gestionnaires. Différents exemples pour illustrer ce constat ont été utilisés : le refus d'affichage transinclusif dans le milieu de travail, le fait que tous les 3 ou 4 ans, le milieu public est appelé à changer avec les directives du gouvernement, que d'attendre de mettre en place des services en SAG fini par coûter plus cher au final en soins de santé, que d'investir en services en santé mentale libèrerait plus de temps pour les professionnel·les en SAG à offrir des soins, ou bien que le système de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne ne seraient pas efficace pour l'accès aux SAG. Concernant le manque de temps des professionnel·les en SAG à offrir ses soins, 2 des participant·es ont exprimé que ce manque de temps peut entraîner des services moins humanisants envers la patientèle et plus centrés sur le rendement. Finalement, 4 des professionnel·les ont indiqué que dans certains milieux de santé il était impossible de changer la mention sexe ou le prénom de leurs patient·es TNBQ dans leur dossier médical si cela n'a pas été changé auprès de la RAMQ, sachant que la transition légale n'est pas un processus linéaire et aisé pour toutes.



Si tu veux parler en termes financiers gouvernementaux, ça va coûter beaucoup plus cher en bout de ligne. Des fois, d'aider la bonne personne au bon moment va être beaucoup plus rentable... Premièrement, pour le patient lui-même, mais même pour le système. Ça fait que oui, c'est un sentiment d'injustice, puis de la colère, puis des fois de la frustration.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Ce qui est difficile, c'est le temps que ça prend pour faire bouger les choses dans un gros système comme le système de santé et une institution comme le CISSS. Tu sais, c'est ministériel. Souvent, on se fait répondre comme « Bien, on attend un plan du ministère qui veut travailler là-dessus. Ça s'en vient. ». Puis finalement, 4 ans plus tard, rien n'a bougé, puis nous, on n'a pas pu faire bouger les choses.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Moi, c'est des rencontres souvent qui me prennent 1h30 ou 2h, alors que le gouvernement voudrait qu'on voit des patients aux 20 minutes. C'est des familles avec qui je vais faire un bout de chemin.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Parce que nous autres, on a pu, à notre clinique, adapter notre dossier médical électronique. Mais, à l'hôpital, là, c'est ce qui est écrit sur la RAMQ puis les gens ne font pas trop attention.

**Sybil, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.5. *Réticences de figures parentales aux SAG*

Au sein de la pratique de 7 des professionnel·les de régions en SAG interviewé·es, iels ont indiqué en entrevue qu'il y a des parents réticents à l'obtention de SAG pour leur enfant, mais que ce n'est pas la majorité des parents qu'iels reçoivent dans leurs bureaux. Concernant leur travail auprès de famille où un jeune exprime le besoin de transitionner et qu'un parent est réticent aux SAG, 5 des professionnel·les ont signifié que d'avoir de l'aide d'un·e intervenant·e social·e dans ce contexte serait utile pour elleux. Pour 5 autres professionnel·les, iels ont indiqué qu'il est important pour elleux dans leurs pratiques en SAG auprès de mineur·es

d'obtenir du soutien parental. Un argument qui est souvent présenté pour appuyer ce besoin est que les jeunes sont dépendant-es, pour la plupart, de leur parents pour accéder à un SAG. Ils ont nommé des aspects affectés par le manque d'autonomie des jeunes TNBQ désirant des SAG comme des enjeux de légalité, monétaires, de déplacements, de sécurité et de santé mentale.



Ça me fait du bien d'avoir des parents qui sont capables d'accompagner. Puis, je trouve qu'avec la médiatisation, la couverture, la critique et tout ça, que ça ne doit vraiment pas être simple d'être parent d'enfant s'identifiant à la diversité de genres ou sexuelle. En tout cas, j'ai beaucoup d'admiration et de respect pour eux puis, vraiment, pour la majorité évidemment. Il y a des parents qui, au contraire, là... Tu as le goût de leur dire que leur jeune a besoin d'eux.

**Lys, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Ce qui a vraiment beaucoup aidé, c'est l'intervenante en santé mentale jeunesse. D'avoir un accès assez facile aux services psychosociaux, ça, ça aide vraiment les médecins de famille, parce que, tu sais, c'est souvent le manque de temps aussi.

**Sybil, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Dans le fond, les parents ont des assurances, mais la mère refuse de payer des bloqueurs.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Une autre barrière que je remarque beaucoup c'est que quand tu es un patient pédiatrique, les infos dans [le système informatique], c'est les infos des parents. Donc, quand on veut donner un rendez-vous, c'est les parents qui reçoivent le rendez-vous, et après ça c'est comme plus le parent qui juge s'il va aller au rendez-vous ou pas. Il y a un patient que j'ai en tête qui manque plein de rendez-vous, mais je le sais qu'il veut des hormones. Pour lui, c'est clair, mais la mère est comme pas tout à fait on board (d'accord), donc il manque plein plein de rendez-vous. [...] Et c'est sûr que pour avoir une prescription d'hormones, la WPATH recommande quand même qu'on ait des parents qui sont à bord. Fait qu'en général, ça fait quand même une barrière de plus pour des gens qui sont en bas de 18 ans.

**Marguerite, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.6. *Corridors d'accès flous et inégaux*

La moitié de l'échantillon (4) sont d'accord que les corridors d'accès aux SAG sont peu ou pas clairs pour les personnes TNBQ désirant un SAG. En ce sens, 4 autres professionnel·les soulignent que l'accès serait souvent inégal entre chaque personne.



Au Québec, j'ai l'impression qu'il y a des clusters (groupements), des petits îlots de services dispersés. En région urbaine, il y a des choses qui sont plus organisées, plus structurées, plus annoncées, mais sinon, au-delà de Montréal, Sherbrooke et Québec, je suis même pas sûr, même chose pour Chicoutimi. Dans ces endroits-là, il y a des affaires organisées. En dehors de ça, il y a des individus qui sont compétents, qui essaient de se tenir à jour, qui essaient d'offrir des services, qui sont formés sur le tas, comme tout le monde, qui offrent ce service-là au même titre qu'un paquet d'autres affaires, qui prennent des références, mais c'est plus ou moins organisé, plus ou moins structuré, notamment parce qu'on n'a pas le temps d'afficher ça, et de toute façon, les consultations se rendent pareil. Je pense que pour les personnes trans qui cherchent à accéder aux soins, ça ne doit pas être évident. Je m'imaginerais moi, être pas médecin, pas connaître le réseau, de chercher sur Google, je ne sais pas trop où ça me mènerait... Ça m'amènerait peut-être à Ste-Justine, bien là, ça ne marche pas. Méraki, OK bien la clinique est pleine, la liste d'attente est pleine, y prennent pu de patients. Tu sais, je m'attendrais à être confronté à ça. Je ne suis même pas sûr que j'aurais eu le réflexe d'aller voir mon médecin de famille pour ça. Je pense qu'il y en a, des jeunes, qui vont voir leur médecin de famille pour ça, mais... D'après moi, les jeunes ne doivent pas tous se sentir à l'aise avec leur médecin de famille.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

J'en vois passer, des fois, des références qui se rendent à [une ville], qui se font évaluer, puis qui se font renvoyer à moi parce qu'ils ont vu, finalement, quelqu'un à l'urgence. Ils ne savaient pas qu'ils avaient une voie en région puis, qu'ils ont envoyé à une clinique à [une ville], puis la jeune personne a attendu un an et demi en ne sachant pas que c'était là. [...] Il y a un manque de compréhension, on va dire, de « corridors de services », parce que je ne suis pas un gros corridor de services.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.7. *Obstacles systématiques*

À travers l'analyse des entrevues professionnelles de régions en SAG, certains obstacles dans le cadre de leur travail ont été retenus comme étant plus systématiques. D'abord, selon 4

participant-es, les professionnel·les qui pourraient être appelé à offrir ou participer à l'accès aux SAG ne seraient pas formé-es en amont. Cela a alors comme conséquence que ceux-ci ne sont donc pas à l'aise à pratiquer des SAG, les menant à automatiquement référencer cette patientèle ailleurs.

Ensuite, pour 3 participant-es, l'existence de cliniques spécialisées en SAG et de professionnel·les identifié-es comme spécialisé-es en SAG entraîneraient un effet pervers où les SAG sont alors considérés comme un champ d'expertise spécialisé et non un soin de base pouvant être offert pas seulement par des cliniques ou professionnel·les expert·es, surtout lorsqu'il est question d'hormonothérapie. Dès lors, il y aurait donc moins de professionnel·les disponibles et formé-es pour offrir des SAG et les listes d'attentes de ces cliniques et professionnel·les spécialisé-es en SAG s'allongent, ne rendant pas les SAG plus accessibles.

Sur le thème du référencement, 3 professionnel·les nomment que l'impossibilité de recevoir directement la patientèle désirant des SAG, mais plutôt qu'elle doit passer par un-e professionnel·le de 1<sup>ère</sup> ligne qui doit accepter de la référencer à le-a professionnel·le en question serait un obstacle systématique à l'accès au SAG. Cet obstacle affecte autant le parcours de la patientèle que le travail des professionnel·les.



C'est qu'il y a pas beaucoup de monde qui veut se spécialiser nécessairement dans de la santé trans, notamment par les problèmes, le manque de formation et/ou le manque un peu d'exposition à cette clientèle vulnérable. [...] D'un autre côté, je pense que la problématique, c'est aussi qu'il ne faut pas que ce soit une spécialisation. Là, en ce moment, on n'a pas le choix que ça soit une spécialisation parce qu'on n'est pas assez exposé, puis on n'a pas la formation pour. Mais, je pense que, dans la vision, dans ce que ça devrait être, ça serait que peu importe la personne qui arrive dans ton bureau, tu fais peu importe ce qu'elle a. Tu sais, si elle vient te voir pour des douleurs cardiaques ou pour débiter des hormones, c'est la même affaire. Mais c'est que, en ce moment, c'est encore, dans la tête des professionnel-le-s, je crois que ça commence à se défaire, mais c'est comme si c'est encore une spécialité, puis c'est de la deuxième ligne pour eux. Mais ce n'est pas de la deuxième ligne. Pour une femme en ménopause, tu vas lui prescrire des hormones; même principe pour une personne trans. Mais on dirait qu'ils ont peur.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

#### 6.2.4.8. *Obstacles systémiques*

Les entrevues ont aussi permis d'identifier des obstacles systémiques à l'accès aux SAG dans les récits des professionnel·les de régions en SAG. Voici une liste de ces obstacles avec identifiés :

- + Transphobie;
- + Homophobie;
- + Cishétéronormativité;
- + Cisnormativité;
- + Racisme;
- + Misogynie;
- + Sexisme;
- + Classisme;
- + Agisme;

- + Défavorisation socioculturelle;
- + Trauma à l'enfance;
- + Trauma sexuel.

#### 6.2.4.9. *Obstacles temporels*

Les professionnel·les de régions en SAG ont énoncé ce qui pourraient ralentir dans le temps l'accès aux SAG. Les deux éléments les plus nommés pour 6 professionnel·les sont d'une part, les listes d'attentes, puis le manque de temps dans la pratique des professionnel·les pouvant donner accès à des SAG ou bien se former en SAG. Pour la moitié de l'échantillon (4), deux autres éléments furent soulevés, soit le processus administratif, et ensuite la priorisation d'autres soins avant l'obtention d'un SAG.



« On est content de vous voir. Ça fait des années qu'on attend sur la liste de [établissement hospitalier], puis mon Dieu, miracle! Puis, en plus, un suivi dans [sa zone géographique]. On est dont content! »

**Lys, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Dans ma tête à moi là, l'obstacle principal, c'est le manque de temps pour nos professionnels dédiés. Dans le sens où ma pratique est déjà ultra pleine.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

Bien, c'est un peu ça avec la diversité de genre ou d'autres affaires, parce que tu sais, c'est comme... tu te retrouves avec des patients qui sont suivis par huit spécialistes. Comme, c'est-tu ça qu'on veut? C'est-tu ça la meilleure...? Je serais curieuse de voir. Mes patients, eux, ils pensent que la meilleure organisation de soins, c'est quoi?

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

[Les gens de 1ère ligne] ont peur d'aller trop vite des fois. « De un, je peux-tu le faire? Après combien de temps je peux dire que oui c'est correct l'évaluation du consentement...? Par quoi je commence? Si j'ai un jeune qui est déprimé, c'est quoi les choses les plus urgentes à adresser? C'est-tu l'identité ou c'est la dépression? » Ça fait que ça, comme la priorité des choses à adresser, c'est quelque chose qui va mélanger les gens aussi.

**Sybil, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

6.2.4.10. *Manque de professionnel·les prodiguant des SAG*

Enfin, la dernière barrière d'accès aux SAG nommée par toutes les professionnel·les de régions en SAG interviewé·es est le manque de professionnel·les offrant des SAG, spécialement en région.



Il y a beaucoup de manque de personnel médical, point, pour peu importe la problématique. Ça fait que, si tu rajoutes les soins d'affirmation de genre, ils sont obligés d'aller à Montréal.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Il n'y a pas assez de professionnel-les qui veulent se lancer là-dedans [SAG chez les mineurs].

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Mais je le sais qu'il y en a qui sont comme arrêtées. Moi, j'ai eu une collègue. Elle ne faisait pas d'hommes du tout, pas de parties génitales du tout. Mais j'étais comme « Je comprends, mais la journée où il va avoir une personne trans qui va venir te voir, qui va vouloir avoir une intégrale pour avoir la vaginoplastie, il va falloir quand même que tu le fasses. »

**Licorne, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

## **RÉSUMÉ DES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SAG SELON LES PROFESSIONNEL·LES DE RÉGIONS EN SAG**

- + Financières :
  - + Frais de déplacements, manque de ressources dans les milieux médicaux publiques, milieux médicaux privés dispendieux et le manque de financement des organismes communautaires.
- + Présenter un ou des enjeux de santé mentale pourrait être un élément ralentissant l'accès à un SAG;
- + Vivre en région ou dans un milieu rural :
  - + Moins de services ou d'accès, de professionnel·les en SAG ou formé·es, d'équipes spécialisés en SAG, de personnes ouvertes d'esprit aux diversités, de ressources en SAG accessibles en français, variation importante dans la qualité des SAG et une offre de service fragile.
- + Barrières structurelles :
  - + Besoin d'avoir une équipe multidisciplinaire, de professionnel·les en santé mentale, d'avoir plus d'autonomie en prestation de SAG, des directions rendraient presque impossible des initiatives en SAG.
- + Fonctionnements administratifs inadaptés :
  - + Mauvaise gestion de l'organisation gouvernementale des soins et services, manque de temps pour offrir des SAG et systèmes informatiques rendant impossible de changer la mention de sexe ou le prénom si cela n'a pas été changé auprès de la RAMQ.
- + Réticence de figures parentales aux SAG;
- + Corridors d'accès aux SAG sont peu ou pas clairs;
- + Obstacles systématiques :
  - + Absence de formation aux SAG en amont entraînant au réflexe du référencement;
  - + Effet de surspécialisation de cliniques ou de professionnel·les entraînent le rallongement de leurs listes d'attentes où la pratique des SAG n'est pas considérée par d'autres comme un soin de base.
  - + Impossibilité de recevoir directement la patientèle désirant des SAG, puisqu'elle doit passer par un·e professionnel·le de 1<sup>ère</sup> ligne.
- + Obstacle systémique :
  - + Transphobie, homophobie, cishétéronormativité, cisnormativité; racisme; misogynie; sexisme; classisme; âgisme; défavorisation socioculturelle; trauma à l'enfance; trauma sexuel.
- + (...)

**(suite) RÉSUMÉ DES BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SAG  
SELON LES PROFESSIONNEL·LES DE RÉGIONS EN SAG**

- + Obstacles temporels :
  - + Listes d'attentes, le manque de temps pour faire la prestation de SAG ou se former, le processus administratif et la priorisation d'autres soins avant l'obtention d'un SAG.
- + Manque de professionnel·les en SAG, spécialement en région.

### **6.2.5. SAG ayant un besoin urgent d'accès**

Chacun·es des professionnel·les se sont fait demander en entrevue la question suivante : Quels SAGs identifiez-vous comme devant bénéficier de façon urgente d'un meilleur accès? En ordre décroissant, voici les réponses obtenues :

- + Toutes chirurgies en SAGs selon 3 professionnel·les;
- + L'hormonothérapie, incluant les bloqueurs d'hormones, selon 3 professionnel·les, où il serait particulièrement plus difficile de trouver un·e professionnel·le de la santé qui fait la prestation de ces SAG;
- + Tous les SAGs selon 2 professionnel·les;
- + Suivi sexologique lorsque nécessaire dans le cadre de l'accès à un SAG selon 1 professionnel·le;
- + 1 professionnel·le a signifié ne pas savoir quels SAG devraient bénéficier de façon urgente d'un meilleur accès.

### **6.2.6. Contexte politique et médiatique entourant les SAG**

Les professionnel·les ont aussi eu la possibilité de s'exprimer sur le contexte politique et médiatique entourant les SAG dans le cadre de leur entrevue. La majorité (7) de ceux-ci ont pris le temps de nommer certaines observations, constats ou opinions. De prime abord, 7

professionnel·les constatent que le contexte social, de façon générale au Québec, est présentement plus transphobe, sexiste et homophobe qu'avant. Un deuxième constat majoritaire (7) est que des parents de jeunes TNBQ et des professionnel·les de la santé seraient plus désinformé·es au sujet des SAG par les médias traditionnels ou les réseaux sociaux. Plus de la moitié (5) de l'échantillon exprime une certaine frustration concernant la polarisation des discours entourant les personnes TNBQ. Il a été nommé que plutôt que de se concentrer sur des problématiques importantes pour les personnes TNBQ, tel que l'accès aux SAG au Québec, les milieux politiques ou médiatiques auraient une fixation sur certains sujets comme les toilettes mixtes.

Sur le sujet du contexte médiatique entourant les SAG, des professionnel·les (5) ont souhaité parler du reportage intitulé *Transexpress* de l'émission *Enquête* de Radio-Canada, mis en onde le 29 février 2024. Selon les 5 professionnel·les, *Transexpress* aurait eu un impact de désinformation et de faire escalader des craintes ainsi que des peurs quant à l'accès aux SAG pour des personnes TNBQ, autant adultes que mineur·es, chez des parents de jeunes TNB, dans leur entourage et auprès de collègues de travail.

Chez 6 des professionnel·les interviewé·es, iels ont souligné que la situation actuelle entourant les SAG aux États-Unis fait peur aux parents de jeunes TNBQ et les professionnel·les donnant ou pouvant donner accès à des SAG. Deux professionnel·les nomment aussi que l'état de l'accès à l'avortement aux États-Unis les inquiètent énormément puisque cela est en lien avec l'autonomie corporelle. Pour 5 des professionnel·les, iels ont spécifié que la montée de la transphobie au Canada ou aux États-Unis entraînerait un stress et de l'inconfort quant à la prestation des SAG.

Toutefois, 5 des professionnel·les interviewé·es nomment que le contexte politique et médiatique actuel quant aux SAG leurs donnent le goût d'offrir des SAG puisqu'ils les identifient comme des besoins en santé.



L'aspect politique/social [du contexte médiatique entourant la transidentité], je trouve vraiment préoccupant, et très frustrant. Je suis quand même inquiet pour nos patients, pour nos jeunes. Pas juste pour les gens qui font partie de la diversité de genre, mais pour les femmes, pour les personnes racisées, les personnes queer, les familles homoparentales, les personnes en situation d'handicap... Je suis très préoccupé pour nos personnes vulnérables. Sur l'entièreté de la scène politique, je trouve ça quand même stressant. [...] Dans ma pratique, je trouve ça quand même un peu préoccupant. En même temps, je ne pense pas que ça change ma pratique. Je pense que ça augmente ma motivation. D'offrir des soins aux personnes marginalisées, et d'offrir des soins qui sont difficilement accessibles, ou qui sont émergents, j'aime ça. Je trouve ça pertinent. J'ai l'impression de faire une différence.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

Tu sais, l'histoire des toilettes puis des affaires comme ça, je pense que c'est tout cosmétique puis de la poudre aux yeux pour éviter d'entrer dans la nuance parce que la nuance, ça ne ramasse pas de votes. Je pense que ce que tout le monde aurait besoin, c'est de nuances et je reviens à « Moi, je ne trouve pas ça compliqué, parce que c'est l'humain et que ce n'est pas tant différent. »

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

C'était bien la première fois qu'une maman à qui je parlais me disait que les bloqueurs, ça fait perdre des points de QI. Elle me sortait pleins de données qui pour moi, de façon évidente, était du discours de désinformation de droite que j'avais entendu sur les réseaux sociaux.

**Anaïs, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**



Par exemple, la situation qui s'est passée en mars, là, je pense que c'est le journal Enquête, qui a pris un jeune de 15 ans avec un parent, puis c'étaient des acteurs, et qui ont été dans une clinique avec un médecin, puis qui sont ressortis de là 30 minutes après avec des hormones. Bien ça, ça a sorti dans La Presse, puis ça met des bâtons dans les roues parce que suite à cette situation-là, il y a eu des conséquences. [Dans un établissement de santé], les endocrinologues pédiatriques, ce n'était pas facile, mais ils étaient quand même ouverts à prescrire l'hormonothérapie. L'accessibilité était un petit peu plus là. Mais, depuis que cette situation-là s'est passé, eux autres, ils ont déterminé que ça prenait absolument une lettre d'un psychiatre ou d'un psychologue, puis pas n'importe qui : qui font partie de [l'établissement de santé]. Donc, toutes nos travailleuses sociales, nos sexologues à l'externe, tout ça, toutes les lettres, ils ne reconnaissent pas leur lettre. Ça fait en sorte qu'il y a un délai d'attente énorme pour les jeunes pour avoir accès à l'hormonothérapie.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Mettons, aux États-Unis, de savoir qu'il y avait un registre des médecins qui faisait des soins trans qui peuvent aller en prison... Déjà là, ça me fait un brin peur, assez pour ne pas y aller aux États-Unis. Fait que la peur je pense. À un moment, ça a été comme banni. De faire un registre au Canada, mais là je suis comme « Oh mon dieu, la peur me prend . » [...] Je ne pense pas qu'on est dans un contexte au Québec qui est différent, mais aux États-Unis, même ceux qui font des avortements, tu sais, ça n'a pas de bon sens... Des affaires qu'on n'aurait jamais cru. Donc je pense que la peur reste toujours un peu présente. Ce qui m'aide vraiment, c'est un autre sujet, mais mettons quand on a eu la journée à Sainte-Justine, de voir qu'il y a autant de monde et de se dire « Oh mon dieu, on n'est pas tout seul. On est plusieurs en faire. On est une communauté. » On dirait que là, ça me rassure et je suis comme « Oh non, on fait la bonne chose. On continue d'avancer et à prodiguer ses soins-là. » Bien ça, ça m'a aidé.

**Marguerite, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

### **6.2.7. Perception de la légalité quant à la prestation des SAG**

Le thème de la légalité entourant la prestation des SAG est apparu dans les entrevues de 6 des professionnel·les de régions en SAG. Pour 4 de ceux-ci, iels ont partagé avoir une perception

de clarté quant à la légalité et la légitimité de la prestation des SAG. Iels ont mentionné certains arguments tel que des codes déontologiques et l'application du consentement éclairé pour assurer la sécurité médicale des patient-es.

La légalité quant à la prestation des SAG chez les mineurs a été perçu comme plus floue que chez les adultes pour 4 professionnel·les. Plus précisément, 3 des professionnel·les ont indiqué craindre une hypothétique poursuite à la suite de la prestation de SAG à des jeunes TNBQ par leurs parents. Entre autres, en raison de cette inquiétude, 2 des professionnel·les font la prestation de SAG auprès de personnes avant l'âge de 18 ans que si le consentement des parents est obtenu. La perception de flou légal quant à la prestation de SAG entraînerait du stress et de l'inconfort à l'intérieur de la pratique de la prestation de SAG selon 2 professionnel·les. Cette perception semble aussi présente chez des collègues pour 3 des professionnel·les interviewé, mais ce flou inclus tout autant la prestation de SAG pour les mineur-es et adultes.



Le cadre légal, notre cadre légal, c'est notre cadre de déontologie qui nous force à faire preuve de bienveillance, se baser sur les données probantes. [...] D'un point de vue légal, la discrimination basée sur le genre, c'est illégal, et que si jamais vous n'êtes pas confortables, vous vous devez de référer. Ce n'est pas une maladie, il faut accueillir les gens. De partager des données probantes sur le sujet, c'est beaucoup par ce moyen-là que les gens deviennent outillés et deviennent confortables.

**Maxime, pronom il et accords masculins, professionnel de région en SAG**

Ça arrive souvent que c'est jeunes de 17 ans qui vont avoir 18 ans puis je leur dis « Il te reste 5 mois avant d'avoir 18 ans. Tu vas pouvoir donner ton consentement légal. De toute façon, les procédures judiciaires pour aller contre tes parents sur cette décision-là vont prendre du temps ». [...] C'est sûr que, moi, de mon côté, j'ai un malaise [d'annoncer cette information] parce que je le sais pertinemment, selon l'évaluation du jeune que ça va lui faire du bien puis c'est ça qu'il a besoin, mais je ne peux pas le faire par peur de poursuites légales. Pour moi, ça apporte un malaise. Puis, en le mentionnant, bien, je le sais que ça apporte toutes sortes d'émotions à la personne, parce qu'elle s'attendait à avoir des hormones là, de débiter son processus, puis d'être mieux dans son corps.

**Rose, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

Je pense que, comme professionnel-le, TS, médecin, peu importe qui on est, quand il y a quelque chose qu'on connaît moins bien, on a peur de ne pas faire la bonne chose, de ne pas adresser correctement, de ne pas donner le bon traitement ou ne pas répondre aux besoins ou même de scrapper (abîmer/détruire) la jeune personne. Je ne sais pas comment le dire, mais de faire quelque chose qui pourrait brimer la jeune personne. Ça fait que je pense que dès qu'on ne connaît pas quelque chose, on a peur. [...] Pour moi, [m'occuper d'un nouveau-né prématuré qui a besoin d'être intubé], c'est moins stressant des fois que certaines questions que j'ai dans mon bureau d'une jeune personne trans ou ses parents me posent une question.

**Camille, pronom elle et accords féminins, professionnelle de région en SAG**

## 6.2.8. Pistes de solutions pour améliorer l'accès aux SAG en région

Chacun·es des professionnel·les ont eu l'opportunité de partager des pistes de solutions pour améliorer l'accès aux SAG en région. En ordre décroissant selon le nombre de personnes répondantes, voici les réponses obtenues :

- + Développer son expertise en SAG, avant et après sa graduation (7);
- + Avoir plus de professionnel·les en santé mentale formé·es concernant les SAG et pour intervenir auprès de parents de jeunes TNBQ voulant accéder à un SAG (6);
- + Organiser des formations pour des groupes de professionnel·les (5);
- + Moins de milieux et professionnel·les surspécialisés en SAG et que les SAG deviennent un service en santé plus commun entre les professionnel·les (5);
- + Créer de nouveaux corridors de services, entre autres à l'aide de financement gouvernementaux (4);
- + Encourager d'abord des professionnel·les réceptif·ves à la prestation de SAG à se former, puis former des professionnel·les moins réceptif·ves (4);
- + Avoir accès à une équipe multidisciplinaire dans la prestation de SAG (3);
- + Collaborer avec des organismes communautaires (2);
- + Obtenir progressivement des lignes directrices plus claires de la part du gouvernement quant aux SAG (2);
- + Traduire en français des ressources ou produire des ressources en français sur les SAG (2).

## 6.2.9. Cibles de formations

Dans le cadre des entrevues, toutes professionnel·les de régions en SAG ont partagé diverses cibles de formations, autant pour tout type de professionnel·les en SAG, le personnel connexe, les professionnel·les en santé mentale, la relève, leurs formations antérieures et ainsi que leurs besoins de formation personnels. Dans le cadre du projet de recherche communautaire

AJUSTER, deux articles de recherche ont été produits pour mettre de l'avant des résultats croisés entre les différentes méthodes pour faire ressortir des cible de formations. Le premier article s'adresse aux professionnel·les et personnel connexe en SAG, et le second aux intervenant·es en contexte de SAG.

Visitez la page du projet de recherche communautaire AJUSTER pour les consulter :

<https://transestrie.org/fr/recherche/ajuster/>

#### 6.2.9.1. Formations antérieures recommandées

En entrevue, les professionnel·les interviewé·es ont été appelé·es à parler de leur formation professionnelle, de leur formation en santé trans\* et les besoins de formation primordiaux pour leur milieu de travail dans le contexte des SAG. Ces questions ont permis d'en savoir plus sur la formation antérieure des professionnel·les, ainsi que celles qu'iels identifient comme utiles et pertinentes. Il est important de préciser que toutes les professionnel·les ont indiqué ne pas avoir eu de formation en SAG dans le cadre de leur formation universitaire ou professionnelle, en excluant les milieux de stages et de résidences. En ordre décroissant selon le nombre de personnes répondantes, voici une liste de ces moyens formations antérieurs recommandées:

- + Se former auprès d'un·e docteur·e, psychologue ou professionnel·les en SAG (6);
- + Programme ECHO CHU Sainte-Justine - Diversité de genre enfance et adolescence (5);
- + Mentorat auprès de collègue offrant des SAG (4);
- + Présence aux congrès de la WPATH (4);
- + Stage universitaire (3);
- + Apprentissage durant la résidence (3);
- + Formation en ligne à distance (3);
- + Enseignement à l'aide de collaboration auprès d'organismes communautaires (2);
- + Formations de l'Institut pour la santé trans (2);
- + Lignes directrices de la Sherbourne Health Clinic (1);

- + Lectures d'études qualitatives sur des vécus de personnes TNBQ (1);
- + Ressources auprès de Rainbow Health Ontario (1).

#### 6.2.9.2. *Besoins de formation des professionnel·les interviewées*

Une majorité des professionnel·les(7) ont souligné des besoins de formations précisément pour soi. En ordre décroissant selon le nombre de personnes répondantes, voici une liste de ces besoins de formations :

- + Rendre plus l'accessible des formations ou congrès au sujet des SAG (ex. : mode hybride ou plus condensé le déroulement)(3);
- + Formation sur le croisement entre la neurodivergence et les SAG (2);
- + Mieux comprendre tous les SAG et les possibilités actuelles, incluant les articles d'affirmation du genre (2);
- + Connaissances en santé sexuelle et relations saines à la sexualité chez les personnes TNBQ (2);
- + Améliorer la pratique du consentement éclairé (ex. : pour que ça soit moins intimidant pour la patientèle TNBQ ou mieux s'exprimer)(2);
- + Amélioration quant au mégenrage et s'exprimer inclusivement (1);
- + Formation en SAG plus avancée et moins primaires (1);
- + Sentiment de compétence quant à former la relève en SAG (1).

#### 6.2.9.3. *Cibles de formations spécifiques à certaines professions*

Les professionnel·les en SAG de l'échantillon proviennent de différentes professions et sont en contact avec différents types de professionnel·les. Iels ont émis·es des cibles de formations ou des recommandations pour des professionnel·les de leur profession, d'autres professions ainsi

que la relève. Ci-dessous ce trouve ces catégories où se retrouvent des cibles de formations ou des recommandations sans ordre d'importance.

### Pédiatres

- + Formations de bases en SAG;
- + Sentiment de compétence en SAG;
- + Évaluation du soutien familial dans le but d'obtenir un soutien réel de jeune mineur TNBQ;
- + Sensibiliser à l'égard que les SAG ne sont pas une ressource perdue en pédiatrie;
- + Collaborer avec les milieux scolaires;
- + Pratique du consentement éclairé chez les mineur-es;
- + Sensibiliser sur l'impact d'agir plus tôt pour miser sur le bien-être long terme.

### Estéticien·nes

- + Poser des questions dans le respect;
- + Mieux connaître les SAG;
- + Mieux connaître les objectifs de SAG de la personne cliente pour mieux répondre aux besoins quant au SAG;
- + Dans le cas où une personne cliente veut aller plus vite pour un SAG offert par un-e esthéticien·ne, pratiquer le consentement éclairé où il faut expliquer les risques, mais si la personne consent au risque, de suivre sa demande;
- + Sensibiliser aux besoins des femmes trans en SAG offert par un-e esthéticien·ne, peu importe ses organes génitaux;
- + Sensibiliser que chaque personne TNBQ, ainsi que son parcours, est unique.

### Médecin de famille

- + Les médecins de famille en première ligne devraient se former à offrir l'hormonothérapie;
- + Sentiment de compétence;

- + Trouver des moyens pour mieux faire connaître son offre de service en SAG;
- + Connaître au minimum les SAG pour être en mesure d'accueillir une personne TNBQ en consultation;
- + Être en mesure au minimum de reprendre le suivi du SAG à la suite de l'obtention de celui-ci;
- + Trans 101;
- + Légitimité et la légalité des SAG au Québec;
- + Sensibiliser sur le besoin d'avoir plus de médecin de famille offrant des SAG plutôt que la surspécialisation;
- + Former des résident·es en SAG;
- + Dédramatiser les parcours de détransition ou discontinuation;
- + Formation continue en SAG.

#### IPS (infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e)

- + Créer des corridors de services en SAG;
- + Présenter le SAG de l'hormonothérapie en parallèle aux traitement hormonaux pour la ménopause, dans l'objectif de démontrer que la démarche d'un point de vue médical est simple;
- + Trouver des moyens pour mieux faire connaître son offre de service en SAG.

#### Le personnel connexe

- + Trans 101;
- + Comprendre les SAG;
- + Sensibiliser à la transphobie;
- + Comment faire une collecte d'informations dans le contexte d'une personne voulant obtenir un SAG;
- + Lorsqu'une figure parentale supporte l'identité de genre d'un jeune TNBQ, employer le prénom indiqué par le·a jeune;
- + Toujours vérifier auprès de la clientèle si c'est toujours le bon prénom au dossier;

- + Sensibiliser aux attitudes d'ouverture quant aux changements et à la critique;
- + Lorsqu'il est impossible de changer des informations dans un dossier dû à un enjeu informatique, tenter de trouver des alternatives, autant pour les médecins, l'administration, la clientèle TNBQ et les parents de jeunes TNBQ.
- + Sentiment de compétence;
- + Comment accueillir dans le respect la clientèle TNBQ, le sachant ou non;
- + Sensibiliser aux mégenrage et morinommage.

### La relève en soins

- + Promouvoir l'enseignement des SAG dans la formation de base, avant la résidence ou un stage professionnel;
- + Que la formation aux SAG soient obligatoires;
- + Sentiment de compétence;
- + Être en mesure d'intervenir auprès de la famille de jeunes TNBQ;
- + Lire des études qualitatives concernant des vécus de personnes TNBQ;
- + Faire preuve d'ouverture d'esprit;
- + Participer à des initiatives 2SLGBTQIA+ dans leur milieu scolaire;
- + Reconnaître l'intersectionnalité de chaque patient·e;
- + Reconnaître que chaque personne a des biais et préjugés;
- + Être dans la bienveillance;
- + Aller à des conférences sur les SAG dans le cadre de leur étude;
- + Trans 101;
- + S'entourer de professionnel·les en SAG;
- + Aller chercher du monitorat ou du coaching en SAG;
- + Dans le cadre d'une résidence ou d'un stage, chercher à choisir un milieu où iel peut travailler auprès d'une clientèle TNBQ et en SAG;
- + Pratiquez l'écoute-active;
- + Sensibiliser que chaque personne TNBQ, ainsi que son parcours, en SAG ou non, est unique;

- + Chercher à s'auto-former;
- + Sensibilisé à l'idée que les SAG sont des soins de bases et que ce n'est pas une spécialisation.

### Intervenant·es en santé mentale

- + Sensibiliser à la transphobie;
- + Sensibiliser aux tentatives de conversion;
- + Faire preuve d'ouverture d'esprit;
- + Connaître les services connexes, professionnel·les en SAG, clinique et organismes communautaires qui pourraient être utiles pour sa clientèle TNBQ;
- + Être en mesure de faire des suivis pour supporter des familles ou figures parentales en contexte de SAG;
- + Être en mesure d'évaluer le réel besoin d'un suivi psychiatrique ou psychologique d'une personne TNBQ voulant accéder à un SAG plutôt qu'une évaluation de la capacité de consentement éclairé;
- + Sensibiliser sur la présence d'idée suicidaires chez des personnes TNBQ sans tomber dans la panique;
- + Sensibiliser à l'idée que ce n'est pas parce que le·a client·e est une personne TNBQ que c'est la raison de son suivi;
- + Sensibiliser au fait qu'un·e professionnel·le en santé mentale n'est jamais appelé·e à évaluer si une personne TNBQ l'est ou pas;
- + Sensibiliser au fait que ce n'est pas parce qu'une personne TNBQ exprime de la confusion concernant son identité de genre qu'elle n'est pas une personne TNBQ;
- + Sentiment de compétence;
- + Travailler en équipe avec les professionnel·les en SAG;
- + Se renseigner au sujet de la santé sexuelle et des violences sexuelles auprès d'une clientèle TNBQ;
- + Faire preuve d'empathie et d'humanité;
- + Être en mesure d'aider à l'affirmation de soi de la clientèle TNBQ;

- + Être en mesure d'apporter du support psychosocial à la clientèle TNBQ.

### 6.3. Résultats du volet qualitatif : *Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG*

La présente section présente des résultats des entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre habitant en région (hors de la ville de Montréal ou Québec) ayant vécu des formes d'inconfort durant leur accès, ou leur tentative d'accès de leur SAG.

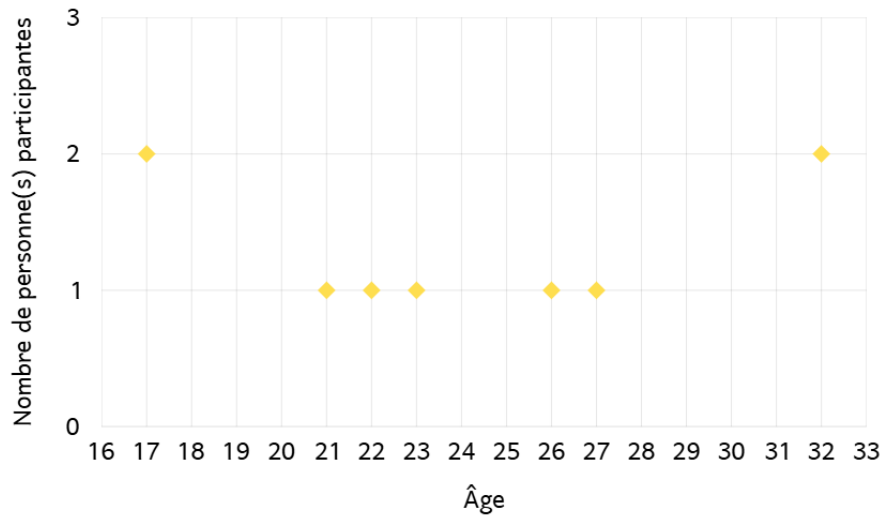
#### 6.3.1. **Portrait sociodémographique**

La présente section présente les résultats sociodémographiques des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou la tentative d'accès à des SAG ayant participé à une entrevue individuelle. Les 9 personnes participantes ont rempli leur formulaire sociodémographique.

Le lieu de résidence des 9 personnes participantes varie dans différentes régions du Québec. Le nuage de mots ci-dessous visualise les différentes réponses.



L'âge moyen des personnes participantes est de 24 ans. L'âge le plus jeune est de 17 ans, et le plus vieux de 32 ans. Le nuage de points ci-dessous décrit plus précisément l'âge des différentes personnes participantes.

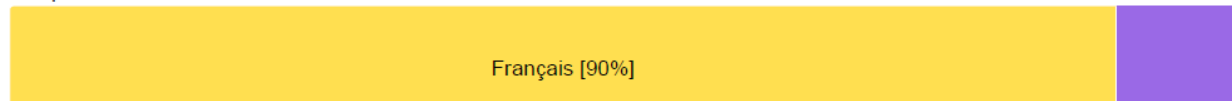


Chez les 9 personnes participantes, chacune a pu cocher plusieurs options concernant leur/s origine/s ethnoraciales. Ci-dessous se trouve un tableau détaillant les options qui ont été sélectionnées. On peut remarquer que 8 personnes (plus de la moitié de l'échantillon) s'identifient comme québécoises, suivi de 6 personnes comme blanches. De façon moins importante statistiquement, 3 personnes s'identifient comme ayant une origine ethnoraciale américaine du nord. Enfin, 1 personne s'identifie comme européenne. Pour faire suite à la description de l'origine ethnoraciale de l'échantillon, aucun·e des répondant·e ne s'est identifié·e comme une personne racisée.

Q3 - Origines ethnoraciales - Selected Choice	Nombre de personne(s)	Pourcentage
Blanche	6	67 %
Européenne (ex. : Irlande, Portugal, Russie)	1	11 %
Américaine du Nord (ex. : Canada, États-Unis)	3	33 %
Québécoise	8	89 %

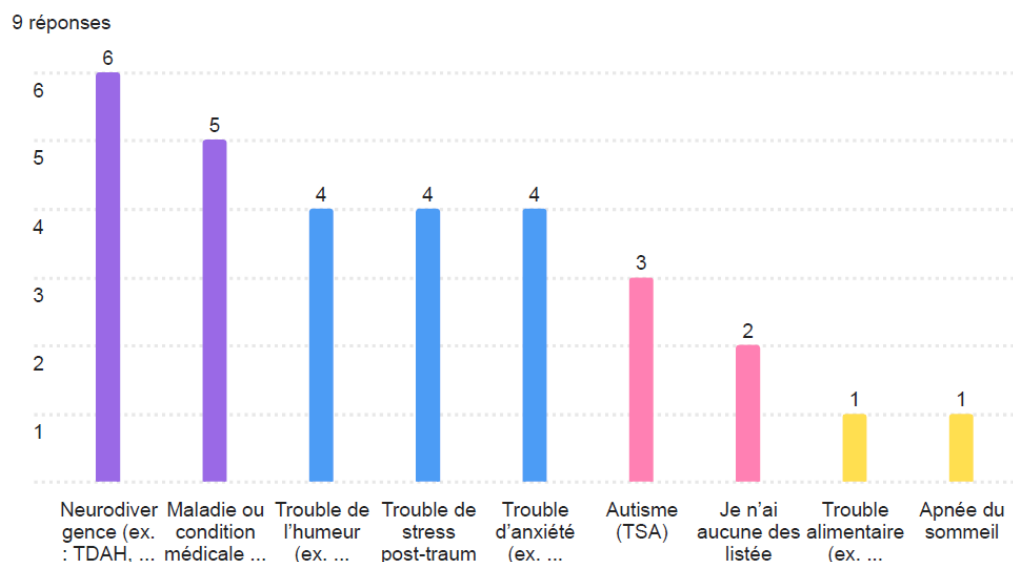
Concernant la première langue apprise à la maison, les 9 répondant-es indiquent toutes que c'est le français, à l'exception d'une personne pour qui le français et l'anglais sont ses premières langues apprises à la maison.

9 réponses



■ Français [9] ■ Anglais [1] ■ Autre : [0]

Le questionnaire a utilisé la terminologie de « conditions » pour décrire certains états d'être. Les personnes participantes pouvaient sélectionner multiples des conditions listées. Le diagramme à bande ci-dessous présente en ordre décroissant les conditions sélectionnées par les 9 répondant-es. Plus de la moitié de l'échantillon, 6 répondant-es, ont indiqué être neurodivergent-e, excluant le spectre de l'autisme (qui est sa propre condition). La deuxième condition la plus rapportée est d'avoir une maladie ou une condition médicale chronique pour 5 répondant-es, suivis de troubles de l'humeur pour 4 répondant-es, de troubles de stress post-traumatique pour 4 répondant-es et des troubles d'anxiété pour 4 répondant-es. 1/3 de l'échantillon, soit 3 répondant-es, indiquent être sur le spectre de l'autisme. Seuls 2 répondant-es ont souligné ne pas avoir ou vivre avec une condition. Uniquement, 1 personne répondante a indiqué avoir des troubles alimentaires et 1 personne vivre avec de l'apnée du sommeil.



Chez les 9 personnes participantes, chacune a pu cocher plusieurs options concernant leur/s identité/s de genre/s. Ci-dessous se trouve un tableau détaillant les options qui ont été sélectionnées. On peut remarquer que, pour plus de la moitié de l'échantillon, soit 7 personnes, s'identifient comme personne non binaire, genderqueer, genderfluid ou bigenre, suivi de 6 personnes comme personne transmasculine. De façon moins importante statistiquement, 2 personnes s'identifient comme homme. Enfin, 1 personne s'identifie comme femme, 1 personne comme personne transféminine, 1 personne comme ayant une identité transsexuelle et 1 personne utilisant une autre façon d'identifier leur genre/s.

Q7 - Identité(s) de genre - Selected Choice	Nombre de personne(s)	Pourcentage
Homme	2	22 %
Femme	1	11 %
Personne transmasculine	6	67 %
Personne transféminine	1	11 %
Personne non-binaire, genderqueer, genderfluid ou bigenre	7	78 %
Identité transsexuelle	1	11 %
Autre	1	11 %

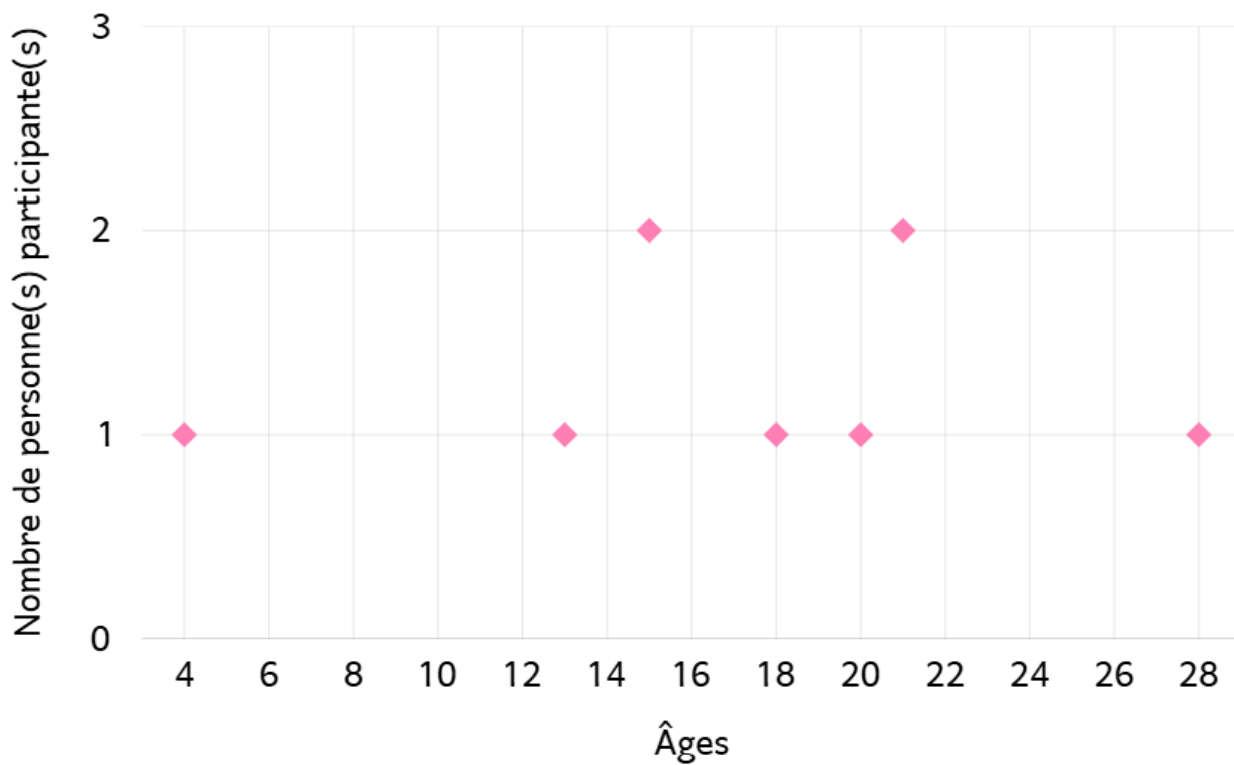
On peut remarquer une variance importante pour la question : est-ce que votre/vos identité/s de genre a/ont changé de manière importante plus qu'une fois dans votre vie? Pour un peu

moins de la moitié des personnes répondantes (44%), c'est le cas. Pour un peu plus que la moitié des personnes répondantes (56%), ce n'est pas le cas pour. Toutefois, aucune des personnes participantes ne s'identifie à un parcours de discontinuité dans le genre ou une détransition. Dans le cadre de ce projet, nous définissons un parcours de discontinuité dans le genre comme étant une modification du parcours de soins d'affirmation de genre à la suite d'un changement dans l'identité de genre.

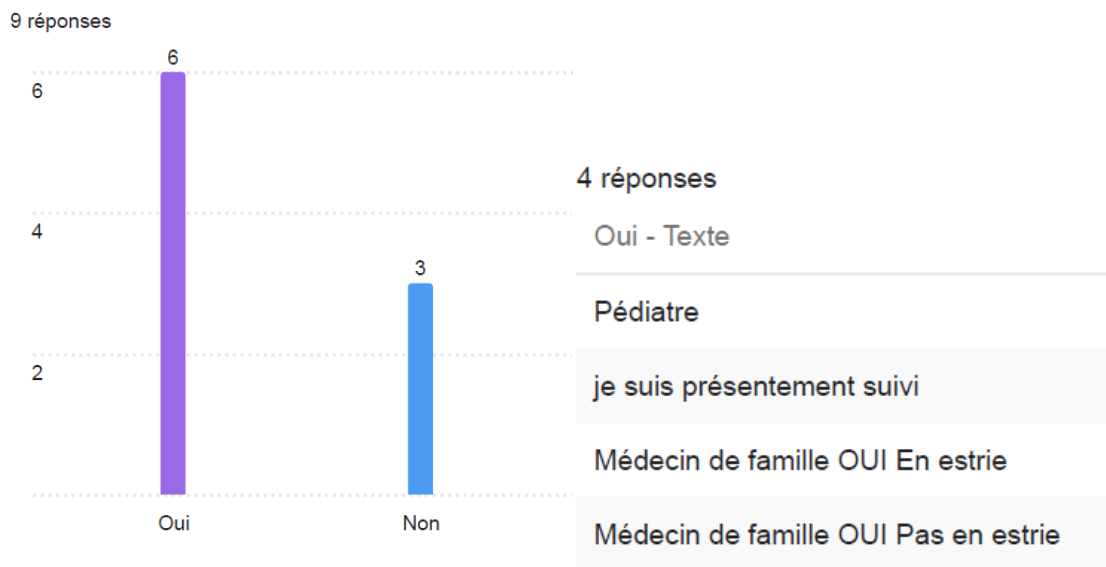
9 réponses



L'âge moyen où les personnes participantes ont indiqué ne plus s'identifier à leur sexe constaté à la naissance est de 17 ans. L'âge le plus jeune est de 4 ans, et le plus vieux est de 28 ans. Le nuage de points ci-dessous décrit plus précisément les différents âges identifiés par les personnes participantes.

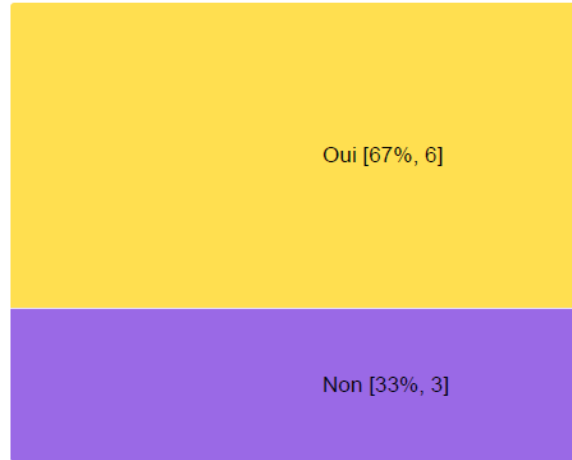


Le formulaire sociodémographique s'est ensuite intéressé à savoir si les personnes participantes sont présentement suivies par un-e médecin de famille ou un-e pédiatre. Pour la majorité de l'échantillon, soit 6 d'entre elles, a identifié que oui, et 3 répondant-es que non. 3 des personnes qui ont répondu « oui » ont pris le temps de nommer le type de médecin qui les suivent. Pour 2 personnes, ce sont des médecins de famille, et 1 personne un-e pédiatre. Pour deux des personnes ayant répondu, elles ont indiqué avoir été suivi-e dans le passé par un-e médecin de famille ou un-e pédiatre.



Enfin, il a été demandé aux personnes participantes s'ils sont présentement suivi-e par un-e autre professionnel-le lui donnant accès à des SAG. Plus de la moitié de l'échantillon (6) a répondu oui, alors que 3 personnes ont répondu que non. Toutes les personnes qui ont répondu «oui» ont pris le temps de nommer le type de professionnel-le qui les suivent. Pour toutes, iels sont suivi-es par des endocrinologues. De façon unitaire, d'autres professionnel-les ont été nommé-es : travailleuse sociale, esthéticien-ne, professionnel-le en autoconservation, et orthophoniste.

9 réponses



■ Oui [67%, 6] ■ Non [33%, 3]

6 réponses

Oui. Indiquez le/les type(s) de professionnel-le(s) : -  
Texte

Par un endocrinologue et une travailleuse sociale

Endocrinologue

Endocrinologue, Esthéticienne, Acutoconservation,  
Orthophoniste

Oui, hormonaux thérapeute à montréal,  
endocrinologue

OUI un endocrinologue En estrie

OUI un endocrinologue En estrie

### **6.3.2. Détection de violences générées, de tentative (ou «thérapie») de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin de la WPATH dans le cadre de l'accès à des SAG au Québec**

Sur 7 des 9 entrevues, 26 événements de violence médicale générée ont été détectés. 21 d'entre celles-ci ont été identifiées comme violentes par les personnes interviewé-es. On retrouve des expériences de violence médicale générée tels que le mégenrage malgré avoir souligner les pronoms corrects au personnel médical, des refus de services médicaux parce que la demande a été faite par une personne trans, ou bien avoir été poussé-e à accepter une modification à son SAG sans avoir été informé-e sur celui-ci, entraînant des complications et enjeux médicaux par la suite.

#### *6.3.2.1. Détection de tentative (ou «thérapie») de conversion*

Une personne participante nous a partagé son vécu quant à une expérience de tentative de conversion, qu'il a identifié-e comme violent.



Est-ce que la personne invalide ton identité de genre ou est-ce qu'elle va avec ce que tu lui dis? Tu sais, si la personne peut se poser des questions sur ton identité de genre, mais tu sais, dès que tu te sens comme pas capable d'être toi, ou comme que c'est pas correct d'être toi, là c'est comme des red flags (drapeaux rouges). C'est jamais des absolus. Si la personne refuse des traitements ou des soins de santé qui sauverait la vie de la personne, il y a ça aussi.

**Sapphire, pronom iel et accords masculins**

### 6.3.2.2. *Détection de violation des droits de la personne*

Sur 8 des 9 entrevues, 21 potentielles violations aux droits de la personne ont été détectées. On retrouve de potentielles violations à la charte québécoise des droits et libertés, à des codes déontologiques de professionnel·le pouvant donner accès aux SAG, violation au code civil, au droit à la vie privée, à la dignité, à l'intégrité, au secours, au secret professionnel, au respect du nom, et à l'accès aux services publics.



Tu vas te faire envoyer le fucking aumônier de l'hôpital quand tu es en attente d'un chirurgie parce que tu t'es cassé le bras. Been there, ils m'ont envoyé l'aumônier de l'hôpital dans ma chambre. J'ai jamais fait cette demande-là. Clairement, il était juste curieux de voir c'était quoi une personne trans.

**Matt, pronom il et iel, accords neutres ou masculins**

### 6.3.2.3. *Détection de non-respect des standards de soins de la WPATH*

7 des 9 personnes interviewées ont raconté des vécus où des standards de soins de la WPATH (2022) n'ont pas été respectés. On retrouve des expériences tels que le refus de la part des professionnel·les pouvant faciliter l'accès aux SAG, un refus de s'informer sur les SAG au Québec, le refus de la part de professionnel·les en SAG de répondre au besoin de la personne et plutôt de suivre un parcours de SAG linéaire plutôt que personnel à chacun·e, ou bien de ne pas adapter des formulaires administratifs pour inclure les personnes TNBQ dans ceux-ci.



Le fait qu'il me dise non, j'étais comme : «Ouache, c'est pas cool.» On me dit que finalement, j'ai l'option puis finalement, non. J'ai essayé de pousser un peu mais clairement, il n'avait pas l'air super réceptif à ça.

**Mangue, pronom il et accords masculin ou neutres**

#### 6.3.2.3.1. Résilience à la suite d'une expérience en SAG identifiée comme déplaisante, inconfortable ou violente

Pour une grande majorité de l'échantillon (8), iels ont décrit des vécus de résilience suite à une ou des expériences identifiées comme déplaisantes, inconfortables ou violentes dans le cadre de l'accès à un SAG désiré. L'élément qui est le plus ressorti pour les participant-es (8) est qu'au final, le plus important pour elleux, c'est d'avoir obtenu le SAG désiré, malgré la présence d'un ou de vécus déplaisants, inconfortables ou violents dans le parcours. Ensuite, on retrouve 3 autres formes de résilience exprimées par 7 personnes différentes. D'abord, iels vont parfois minimiser et banaliser une expérience identifiée comme déplaisante, inconfortable ou violente, les menant à la mettre dans le passé ou de côté pour continuer leur vie. La seconde forme de résilience observée est qu'iels ont nommé avoir passé à travers des expériences de manque d'empathie de la part de prestataires de soins en SAG ou de personnel connexe si en bout de ligne, cela leur permet d'accéder à un SAG désiré. Finalement, la troisième forme est qu'iels reconnaissent leur détermination pour accéder à un ou des SAG désirés malgré toutes les embuches et les expériences identifiées comme déplaisantes, inconfortables ou violentes.

Ensuite, pour 6 des participant-es, iels disent s'être suffi d'un accès plus minimal à un SAG en dépit de l'adaptation du SAG ou de sa prestation à leurs besoins et souhaits. En réponse à ces vécus, il a été souligné par 5 participant-es que ce ne serait pas à elleux à éduquer, sensibiliser ou d'aller émettre des plaintes dans l'objectif de faire changer d'idée des prestataires qui refusent de faire la prestation de SAG. D'autant plus, certain-es (4) nomment qu'iels ne veulent pas trop se plaindre, ne voulant pas perdre des acquis et des gains en SAG, pouvant menant à

se sentir coincé être entre vouloir soulever une problématique et ne pas le faire. Pour certain-es (3), iels mentionnent préférer aller ailleurs pour accéder à un SAG désiré plutôt que de mener un combat avec des prestataires ou personnel connexe leur faisant obstacle. C'est 3 des participant-es qui indiquent préférer se concentrer sur leur convalescence suite à l'accès à un SAG plutôt que de mettre de l'énergie à dénoncer un événement déplaisant, inconfortable ou violent. Certain-es personnes (3) vont même aller à se remettre en question sur sa responsabilité ou faute dans le cadre d'un tel événement. D'autres (4) nomment comme raison potentielle à un ou des vécus identifiés comme déplaisants, inconfortables ou violents, les limitations des moyens des milieux médicaux. Malgré la présence de nombreuses formes de résiliences exprimés par les personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées, 3 de ceux-ci soulignent une certaine forme de solitude dans leur résilience où iels vivent souvent seul-e ce genre d'événement déplaisant, inconfortable ou violent, ou bien préfère rester seul-e plutôt que d'aller chercher du soutien ou des soins de la part de prestataire en SAG.

Enfin, 7 des participant-es nomment avoir comme souhait que d'autres personnes TNBQ voulant accéder à un SAG ne vivent pas la ou les mêmes situations déplaisantes, inconfortables ou violentes qu'iels ont vécu-es. Dans les cas de 3 personnes ayant eu accès à un SAG chirurgical, iels expriment avoir vécu de la détresse à la suite d'un manque de soutien médical concernant des complications médicales du SAG.



Pour la mastectomie, je ne suis pas trop préoccupé du résultat, autant que je n'ai plus de seins. Je me suis fait à l'idée que c'est possible que le résultat soit vraiment horrible et que ça pourrait vraiment mal se passer. (*traduction libre*)

**Sapphire, pronom iel, accords masculins**



Peut-être que ce n'est juste pas que je mets la faute directement sur lui. Qu'il était vraiment factuel de, je prends des notes pour les docteurs.

**Patrice, pronom il, accords masculins**



Moi, le chirurgien que j'ai eu, j'ai personnellement trouvé- il était super professionnel, mais j'ai trouvé qu'il avait un peu, peut-être, un manque d'empathie, ou peut-être il était un peu trop distant avec le patient. Encore une fois, quand on va faire ce genre de chirurgie-là, c'est parce qu'on a une dysphorie de genre assez importante. Donc, des fois, d'employer des termes très anatomiques précis, c'est peut-être pas la meilleure chose pour les patients. Il y a ce genre de petit détail-là qui m'ont un peu dérangé, mais au final, j'ai quand même apprécié mon expérience là-bas grosso-modo.

**Mara, pronom il, accords masculins**



Mais, tu sais, genre, tu es encore quand même en convalescence, donc tu n'as pas l'énergie et les recours de dire « Je vais faire une plainte contre l'infirmier de là où je vois ma médecin de famille. » Donc, je n'ai pas fait de plainte de rien. Je finis ma convalescence, ça va.

**Mat, pronoms il / iel, accords neutres ou masculins**



J'étais dans ma voiture, j'étais genre crime, je peux même pas aller dans un CLSC pour me faire aider. Ok, oui, je peux appeler le 811, j'ai mon organisme communautaire, mais en ce moment je me sens vraiment seul, c'est moi, ma testostérone et mes pensées. Y'a personne qui t'accompagne là-dedans, t'es laissé à toi même.

**Mangue, pronom il, accords masculins ou neutres**

### **6.3.3. Qualité des services en SAG**

Dans le cadre des entrevues auprès de personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG, il leur a été demandé d'évaluer la qualité des services en SAG au Québec, se référant à leurs expériences vécues et observées. La qualité des soins est divisée en 3 catégories, soient plutôt bon, mitigé ou mauvaise. Pour faire ressortir des différences ou similarités entre des zones géographiques, trois catégories de bases sont

ressortantes : l'Estrie, les régions du Québec excluant l'Estrie, et la ville de Montréal ou de Québec.

D'abord, concernant les évaluations plus générales de la qualité des services en SAG, l'Estrie semble présenter un constat plus défavorable. Pour 5 personnes, iels évaluent la qualité des services en SAG comme mauvaise, 4 personnes comme mitigée et 1 autre comme plutôt bonne. Dans des régions autres que l'Estrie, c'est 2 évaluations comme mauvaises et 2 mitigées. Finalement, pour les villes de Montréal ou Québec, l'évaluation de la qualité des services reçus en SAG est plutôt divisée, soit 1 personne pour plutôt bonne, 1 personne pour mitigée et 1 autre pour mauvaise.

#### 6.3.3.1. *Selon les types de prestataires*

À l'aide des 9 entrevues, il a été possible d'évaluer la qualité des services reçus dans le cadre de vécus d'accès ou de tentatives d'accès à des SAG. Ci-dessous se retrouve l'évaluation de la qualité des soins divisé par zones géographiques, selon les prestataires en SAG suivants : chirurgien·nes, médecins de famille ou généralistes, endocrinologues, pédiatres, professionnel·les en esthétique, infirmier·ères, travailleur·euses social·es, personnel·les administratif·ves connexes, et pharmacien·nes.

##### 6.3.3.1.1. *Chirurgien·nes*

Tout d'abord, ce groupe de prestataires possède une catégorie géographique supplémentaire étant la clinique GrS Montréal. Cette catégorie possède une variété importante d'évaluation de la qualité de services reçues en SAG, où 6 personnes expriment une évaluation plutôt bonne, pour 6 personnes l'évaluation est plutôt mitigée, alors que 5 personnes évaluent la qualité de service reçus comme mauvaise. Pour ce qui est de chirurgien·nes ayant donné accès à un SAG dans la ville de Montréal ou de Québec qui ne sont pas de la clinique GrS Montréal, c'est 2 personnes qui décrivent une évaluation de la qualité de services reçus en SAG comme plutôt bonne et 1 personne comme mitigée. Enfin, pour 1 personne, elle évalue la qualité de services reçues en SAG de la part d'un·e chirurgien·ne en région non-estrienne comme plutôt bon.

##### 6.3.3.1.2. *Médecins de famille ou généralistes*

Les évaluations de la qualité des services reçus en SAG de la part de médecins de famille ou généraliste en Estrie semblent plus souvent défavorable pour l'échantillon. C'est 6 participant-es qui ont évalué la qualité de services comme mauvaise, 4 participant-es comme mitigée et 2 participant-es comme plutôt bonne. Dans d'autres région que l'Estrie, 1 personne indique que la qualité des services serait mitigée et 1 autre comme plutôt bonne. Pour ce qui en est de la ville de Montréal ou de Québec, 2 personnes ont indiqué que la qualité des services reçus est plutôt bonne et 1 personne l'a jugé comme mitigée.

#### 6.3.3.1.3. Endocrinologues

L'hormonothérapie étant un SAG assez présent dans l'échantillon, il se retrouve une variété importante d'évaluation de la qualité des services reçus. En Estrie, c'est d'abord 3 personnes qui expriment une évaluation plus mitigée des services reçus, suivi de 2 personnes pour plutôt bonne, et 2 personnes pour mauvaise. Dans d'autres régions que l'Estrie, il s'y retrouve 1 évaluation comme mitigée et 1 évaluation comme plutôt bonne. Pour les villes de Montréal ou de Québec, 2 personnes ont décrit une évaluation de la qualité des services reçus comme plutôt bonne.

#### 6.3.3.1.4. Pédiatres

Quelques personnes de l'échantillon ont été en contact avec des pédiatres dans l'objectif d'accéder à un ou des SAG. Ces accès ont seulement eu lieu dans la ville de Montréal ou Québec. L'évaluation de la qualité des services reçus en SAG est divisée, soit 1 personne indique plutôt bonne, 1 autre mitigée et 1 autre mauvaise.

#### 6.3.3.1.5. Esthéticien·nes

Pour ces prestataires en SAG, entres autres pour le retrait des poils, quelques personnes de l'échantillon ont relevé des expériences auprès de ceux-ci en Estrie. L'évaluation de la qualité des services reçus en SAG est divisée ici aussi, soit 1 personne indique plutôt bonne, 1 autre mitigée et 1 autre mauvaise.

#### 6.3.3.1.6. Infirmier·ères

Les participant-es interviewé-es ont nommé plusieurs instances où iels ont été en contact avec des infirmier-ères dans le cadre de l'accès ou tentative d'accès à un SAG. L'évaluation de la qualité des services reçus en SAG est plutôt hétérogène, mais l'on retrouve un peu plus d'évaluation favorable. En Estrie, c'est 3 participant-es qui ont émis une évaluation des services reçus comme plutôt bonne, suivi de 2 personnes pour mauvaise et 1 personne pour mitigée. En région excluant l'Estrie, c'est 3 personnes qui en ont fait une évaluation plutôt bonne et 1 personne comme mauvaise. Dans les villes de Montréal ou Québec, c'est d'abord 3 personnes qui évaluent la qualité de services en SAG reçus comme mitigée, puis 2 pour plutôt bonnes et 1 personne pour mauvaise. Pour conclure, ce groupe de prestataires possède elle aussi la catégorie géographique supplémentaire de la clinique GrS Montréal. Pour 4 personnes, iels évaluent la qualité de services reçus de la part d'infirmier-ères du GrS Montréal comme plutôt bonne, suivi de 2 personnes pour mitigée et enfin, 2 personnes pour mauvaise.

#### 6.3.3.1.7.           Travailleur-euses social-e

Une donnée ressortante pour l'Estrie concernant des expériences de participant-es auprès de travailleur-euses social-e dans le cadre de l'accès ou tentative d'accès à un SAG, est que 5 des participant-es évaluent la qualité des services reçus comme plutôt bonne. Il s'y retrouve 1 évaluation comme mauvaise à l'intérieur d'une région non-estrienne.

#### 6.3.3.1.8.           Personnel administratif connexe à des professionnel-les en SAG

La catégorie du personnel administratif connexe à des professionnel-les en SAG semble présenter une variabilité importante de l'évaluation de la qualité des services en SAG. En Estrie, c'est d'abord 3 évaluations mitigées, suivi de 2 évaluations comme mauvaises, puis 1 évaluation comme plutôt bonne. Dans les régions excluant l'Estrie, 2 personnes ont relevé des évaluations dites mauvaises. Pour les villes de Montréal ou Québec, c'est deux personnes qui évaluent la qualité des services comme plutôt bonne, 2 comme mauvaise et 1 autre comme mitigée. En dernier, plusieurs participant-es ont exprimé différentes expériences au sein de la clinique GrS Montréal. Iels évaluent pour le personnel administratifs une qualité des services reçus variée :

3 personnes comme plutôt bonne, 3 personnes comme mitigée et 3 personnes comme mauvaise.

#### 6.3.3.1.9. Pharmacien·nes

Pour conclure, la dernière catégorie de prestataire en SAG est celle des pharmaciens·nes. En Estrie, 2 participant·es évaluent la qualité de services reçus en SAG comme mauvaise. Dans d'autres régions excluant l'Estrie, 2 personnes l'évaluent comme plutôt bonne.

#### 6.3.3.2. *Concept de chance*

Il a été retrouvé dans presque toutes les entrevues (8) des discours sur le fait d'avoir eu de la chance d'accéder à son SAG. Les participant·es, sans avoir été questionné·es directement sur ce fait d'avoir eu de la chance dans leur parcours de transition, ont nommé différents aspects sur lesquelles iels identifient avoir eu de la chance. Pour 4 personnes, iels disent se trouver chanceux·ses fait d'avoir été en mesure de rencontrer un·e endocrinologue, et d'autant plus une personne qu'iels trouvent compétente en SAG. Pour 3 personnes, simplement le fait d'avoir un·e médecin de famille est une raison pour laquelle iels se trouvent chanceux·ses en contexte d'accès aux SAG, qu'iels trouvent compétent·e en SAG. Pour 3 personnes, le fait qu'un·e prestataire de SAG se soit adapté·e à leur réalité quotidienne et besoin est une raison pour se trouver chanceux·ses (ex. : rendez-vous téléphonique plutôt qu'une rencontre en présentiel). Voici d'autres raisons nommées pour lesquelles iels ont dit avoir de la chance : accès plus rapide à son SAG que d'autres (2 pers.), avoir eu accès à son SAG (2 pers.), pas de complication post-chirurgie en SAG (2 pers.), ne pas avoir de condition physique empêchant l'accès à une chirurgie en SAG (2 pers.), se sentir assez en sécurité socialement pour transitionner (1 pers.), avoir un·e thérapeute transaffirmative durant son parcours de transition (1 pers.), avoir accès à une équipe de professionnel·les en SAG transaffirmatif (1 pers.), être proche de la ville de Montréal pour avoir plus accès à des services transaffirmatifs (1 pers.).



Je me compte déjà chanceuse d'avoir un médecin de famille. C'est encore plus compliqué sinon, mais je ne trouve pas qu'elle a été très aidante.

**Aim, pronom elle, accords féminins**



Moi j'ai eu de la chance de passer quand même rapidement quand j'ai fait mes premières demandes. Aussi, j'ai eu la chance- c'est sûr qu'il y a toujours des délais, mais je sais que comparativement à d'autres parcours, j'ai quand même eu la chance de voir le premier endocrinologue que j'ai vu quand même rapidement après avoir fait ma demande.

**Mara, pronom il, accords masculins**



Je suis chanceux parce que je suis dans une équipe de professionnel-les de la santé qui est quand même bien informée sur les personnes trans.

**Mars, pronoms il / iel, accords**



Il faut vraiment que tu sois chanceux pour avoir des bons soins quand tu réussis à y avoir accès. Moi j'ai été chanceux.

**Poulet, tous pronoms et accords**

### **6.3.4. Éléments facilitant l'accès aux SAG**

Les personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG ont nommé plusieurs éléments ayant facilité leur accès aux SAG, ainsi que des observations d'éléments facilitateurs à l'accès aux SAG en région pour d'autres personnes TNBQ.

#### **6.3.4.1. S'informer par soi-même sur les SAG**

Toustes ont indiqué avoir fait leurs propres recherches concernant les SAG, et spécifiquement celui ou ceux désirés. Pour la grande majorité de l'échantillon (8), iels ont utilisé leurs contacts ou ami-es au sein de la communauté TNBQ pour s'informer. Plus de la moitié de l'échantillon (5) ont nommé différents moyens d'informations sur les SAG en ligne. Plus spécifiquement, 2

131

personnes ont mentionné avoir utilisé le site web [transitionner.info](http://transitionner.info) de l'organisme TransEstrée à cet effet. Pour 4 personnes, iels se sont tournés vers différents réseaux sociaux pour obtenir de l'information sur les SAG. Pour 4 autres personnes, ce sont des professionnel·les en santé mentale qui les ont informé·es. Les chirurgies en SAG désiré·es par 4 des personnes ont été soulevés comme demander plus d'effort de recherche pour mieux connaître les options chirurgicales, les chirurgien·nes qui font les SAG, les complications possibles et si une/des lettre·s de recommandation sont nécessaires. La préservation de la fertilité n'aurait pas été soulevée par aucun·e des professionnel·les encouru·es dans le parcours de transition médicale de 2 des participant·es, qui se sont alors renseigné à ce sujet de façon autonome. Pour 4 personnes, iels soutiennent que certaines informations restent difficiles à trouver ou obtenir concernant des SAG. Dans le contexte où toustes ont indiqué avoir fait de la recherche sur leur·s SAG désiré·s, 4 participant·es soulignent qu'iels se sentent confiant·e concernant le ou les SAG qu'iels veulent obtenir.



J'ai aussi un grand privilège du fait que j'ai beaucoup de ressources et beaucoup de connaissances de gens dans la communauté qui peuvent me référer quelque part.

**Aim, pronom elle, accords féminins**



Internet m'a renseigné sur les procédures, grâce à des forums où d'autres personnes trans au Québec qui partageait leur vécu.

**Mat. pronoms il / iel. accords neutres ou masculins**



Puis, pour vrai, même avec la mastectomie, si ça n'avait pas été de mon organisme œuvrant auprès des personnes trans de référence, comme, je serais sûrement encore en train de faire mes recherches parce que j'essayais de voir au privé, où ça se donnait, au public, si c'est juste des cas de cancers qu'ils traitent, quoi que j'ai su, entre les branches, que justement il y a une chirurgienne dans ma ville qui le fait au privé, surtout pour les personnes grosses.

**Orion, pronom iel. accords masculins**

#### 6.3.4.2. *Non-nécessité d'une lettre de recommandation*

Selon presque toutes les personnes interviewées (8), un élément facilitateur important est le fait de ne pas avoir besoin d'obtenir et présenter une lettre de recommandation venant confirmer sa capacité de donner son consentement pour obtenir un SAG auprès d'un-e prestataire de soin. Certain-es ont pris le temps de soulever qu'une lettre de recommandation peut entraîner des coûts pour l'obtenir, peut prendre du temps dépendamment de l'accès à des professionnel·les donnant se service et du nombre de rencontres pour adhérer à la production de la lettre et que le nombre de lettres n'est pas le même entre les prestataires de SAG. Iels soutiennent que le non nécessité d'une lettre de recommandation est parfois possible pour certains SAG et pour d'autres non, rendant son utilisation inégale et injuste entre les différentes personnes TNBQ voulant accéder à un SAG.



Mettons, pour des trucs plus concrets, je pense qu'on pourrait passer à un modèle de comme ce qu'ils ont aux États, où tu n'as pas besoin de lettre. Du self-ID\* ou quelque chose. Bref, tout le volet de si quelqu'un se présente à toi en tant que professionnel, bien, le professionnel devrait tout simplement avoir les outils pour constater « Est-ce que la personne a besoin de soins? ». On n'aura pas besoin d'avoir un autre intermédiaire pour faire ce travail-là, alors que, tu sais, dans le reste de notre système de la santé, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, là. Si tu vas voir ton professionnel pour recevoir un soin, c'est lui qui évalue si tu en as ou pas, puis s'il peut te l'accorder, puis c'est quoi les meilleures façons de le faire. Ça fait que ça rajoute un intermédiaire qui n'est pas nécessaire. Ça rajoute des coûts. Ça bloque l'accès. Puis, pour les raisons que j'ai mentionnées tantôt, bien, là, c'est ça qui est inacceptable puis qui cause des enjeux, à mon avis, de discrimination.

**Aim, pronom elle, accords féminins**

#### 6.3.4.3. *Support familial*

Pour 6 des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées, le support familial, incluant les conjoint-es de fait, l'union civile, et la belle-famille, est un élément facilitateur. Le support de différent-es acteurices dans leur vie a un impact favorable et concret au sein de leur parcours de transition de genre. Voici une liste des opportunités où ces acteurices ont apporté du support à des participant-es :

+ *Coming out* de son identité de genre non cisgenre;

- + Exploration de genre avec une autre personne TNBQ;
- + Conduire ou accompagner à un rendez-vous pour un SAG désiré;
- + Soutenir la recherche d'informations aux SAG;
- + Écoute-active à la suite d'un événement déplaisant, inconfortable ou violent dans le cadre de la tentative d'accès à un SAG;
- + Accompagner et participer à un événement public 2SLGBTQIA+;
- + Participer à faire sentir la personne interviewée aimée, soutenue, en confiance, acceptée ou comprise;
- + Accepter d'aller récupérer pour la personne interviewée ses médicaments pour un SAG;
- + Aider la personne interviewée durant sa convalescence à la suite de l'obtention d'un SAG chirurgical;
- + Être une personne TNBQ *out* dans la famille de la personne interviewée.



Mais j'ai compté ça à ma mère, ce que j'ai vécu au CLSC, pis elle a pleuré pis je ne comprenais pas pourquoi. Ça m'a un peu allumé la lumière de : « oh, ok, c'est vraiment bad ce que j'ai vécu finalement ». Ma mère m'a dit « j'arrive pas à croire qu'il t'ont maltraité comme ça » pis elle m'a donné un câlin et j'ai fait comme « ah shit, ok, finalement, c'est sérieux ».

**Mangue, pronom il, accords masculins ou neutres**



Au day-to-day, j'ai une famille qui m'aime.

**Mara, pronom il, accords masculins**

#### 6.3.4.4. *Support non-familial*

Pour 7 des participant·es, du support obtenu auprès de personne de son entourage non-familial est un élément facilitateur à l'accès à un SAG obtenus. Les actrices nommées sont : des intervenant·es communautaires, des professionnel·les en santé mentale, des personnes TNBQ, des ami·es, de la famille immédiate de ses ami·es, de l'entourage non-familial étant des professionnel·les de la santé pouvant apporter du support médical, et des professionnel·les de

la santé n'ayant pas d'actes médicaux directement relié à l'accès aux SAG. Voici une liste des opportunités où ces acteurices ont apporté du support à des participant-es :

- + Accompagner à un rendez-vous pour un SAG désiré où certain-es acteurices ont fait de la défense de droits;
- + Écoute-active à la suite d'un événement déplaisant, inconfortable ou violent dans le cadre de la tentative d'accès à un SAG;
- + Soutien médical à des injections sous-cutanées en lien avec un SAG;
- + Soutien médical pour des prises de sang en lien avec un SAG;
- + Soutien à la recherche d'informations aux SAG;
- + Participer à faire sentir la personne interviewée aimée, soutenue ou en confiance;
- + Soutien à compléter de la paperasse administrative en lien avec un SAG.



Le premier rendez-vous, j'avais pris un rendez-vous avec une infirmière pour apprendre à faire mes injections. J'étais allé avec un ami et sa mère à lui.

**Mars, pronoms il / iel, accords**



C'est un peu à cause de ce moment-là aussi que j'ai décidé d'en parler à mes ami-es aussi, pis ils étaient comme : « Non, c'est vraiment pas cool. T'as vraiment vécu de la violence médicale » J'étais comme : « oh shit, Pour vrai? Oh non. Oh merde. » Là, je me suis dit : « ok va falloir que je fasse des affaires ».

**Mangue, pronom il, accords masculins ou neutres**

#### 6.3.4.5. SAG dans la ville de Montréal et Québec

Un dernier élément facilitateur soulevé par les 6 des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées est que d'aller obtenir des SAG dans la ville de Montréal ou de Québec est plus rapide. Cette observation se retrouve autant dans leur parcours de transition de genre que ceux d'autres personnes TNBQ qu'iels connaissent.



Juste de faire état du le manque d'accès aux soins en région parce qu'il faut souvent que les gens se déplacent vers des pôles comme Montréal ou la ville de Québec pour expédier leurs soins, alors que les gens n'ont pas nécessairement les ressources ni les connaissances pour faire ça.

**Aim, pronom elle, accords féminins**

### **RÉSUMÉ DES ÉLÉMENTS FACILITANT L'ACCÈS AUX SAG SELON LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ DE GENRE DES RÉGIONS AYANT VÉCU DES FORMES D'INCONFORTS DURANT L'ACCÈS À DES SAG**

- + S'informer soi-même sur les SAG;
- + Ne pas avoir besoin d'obtenir et de présenter une lettre de recommandation venant confirmer sa capacité de donner son consentement pour obtenir un SAG;
- + Avoir du support familial (incluant les conjoints de fait, en union civile, et la belle-famille);
- + Avoir du support non familial;
- + Aller obtenir des SAG dans la ville de Montréal ou de Québec pour un accès plus rapide.

#### **6.3.5. Barrières d'accès aux SAG**

Les personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG ont nommé différentes barrières d'accès aux SAG à travers leurs vécus ainsi que des observations de vécus d'autres personnes TNBQ vivant en région.

##### *6.3.5.1. Barrières financières*

Les entrevues ont permis de faire ressortir différentes barrières financières concernant l'accès aux SAG. La barrière financière la plus nommée (7) est les coûts adjacents pour permettre l'obtention d'un SAG. Il s'y retrouve des frais de déplacement nommés par 5 personnes et des frais d'hébergements nommés par 2 personnes. D'autres coûts adjacents nommés sont :

- + Frais de consultation pour obtenir des lettres de recommandations nécessaires pour certain SAG;
- + Devoir prendre congé du travail pour soi ou un proche accompagnant pour des rendez-vous, chirurgies ou convalescence;
- + Difficulté de trouver des professionnel·les en santé mentale transaffirmatifs, peut augmenter le nombre de consultations et leur coût, ainsi que les frais de déplacements associés;
- + Frais de déplacements liés à la concentration des fournisseurs de SAG dans les grands centre urbains (ville de Montréal ou de Québec);
- + Frais pour matériels de soins post-opératoires (ex. : Beigne pour s'asseoir, bandes compression de rechange, bidet ou oreiller.);
- + Frais d'experts en santé connexes (ex. : physiothérapeutes ou nutritionnistes) pour de l'aide pré ou post-opératoires;
- + Montant excédentaire de la couverture de la RAMQ de médicament d'un SAG en pharmacie.



Je parlais de coûts matériels : le fameux oreiller que j'ai acheté à 40 piastres sur Amazon, bien, si je l'avais pas pris sur Amazon, il m'aurait sûrement coûté 200 piastres. Il y a ça aussi le « Est-ce qu'on sacrifie le bien-être parce que tu n'as pas les moyens de te payer ce genre de petit plus? » J'ai écouté je ne sais pas combien de vidéos sur YouTube d'after care (soins post-opératoires) mastectomie. Est-ce que j'ai vraiment besoin d'acheter la fameuse petite ganse pour la ceinture dans l'auto ou on s'en sacre? Finalement, on s'en sacre dans mon cas. C'est tout ce genre de petits achats. Il y a des affaires aussi qu'on ne pense pas, mais que, finalement, c'est un plus. C'est un plus que je peux me permettre parce que j'avais les moyens. Tu sais, je me suis acheté un bidet. Comme, qui qui pense ça? Ça reste que c'est niaisieux à dire, mais c'est un *game changer* (événement qui change la donne). Mais quelqu'un qui n'est pas capable de se permettre ça...

**Orion, pronom iel, accords masculins**

Une autre barrière financière à l'accès au SAG serait que seulement certains SAG sont couverts par l'assurance publique (tel que la RAMQ ou le MSSS). 5 des participant·es ont énoncé que certains SAG seraient alors seulement accessibles au privé. Voici une liste des SAG non-couverts soulevés par des participant·es :

- + Épilaton définitive (tel que l'électrolyse et l'épilaton au laser);
- + Orthophonie;
- + Tous types de chirurgie génitale que la clinique GrS Montréal ne fait pas;
- + Révisions considérées esthétiques par la clinique GrS après leur chirurgie;
- + Certains soins payés par l'assurance publique pour des personnes cis, mais pas de personnes trans tel que le traitement de l'hirsutisme chez une femme cis;
- + Augmentation mammaire pour les femmes trans ayant peu de développement mammaire puisque le seuil d'acceptation pour être couverte serait très restrictif;
- + Chirurgies d'affirmation de genre non-couvertes si une personne veut choisir un-e chirurgien·nes qui n'est pas à la clinique GrS Montréal;
- + Préservation des gamètes passé 5 ans de conservation.



Il y a beaucoup de soins qui ne sont pas couverts par la RAMQ. Puis ça, c'est dommage. Dès qu'on est une communauté marginalisée, mais qu'on soit marginalisés, ou pas, comme j'ai dit tantôt, c'est des soins qui sont nécessaires. C'est des soins qui sont essentiels. Ça fait qu'il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas couverts par la RAMQ.

**Aim, pronom elle, accords féminins**

L'évaluation psychologique pour accéder à l'hormonothérapie ou des chirurgies d'affirmations de genre, bien que potentiellement disponible dans le réseau public et couverte par l'assurance publique, serait plus facilement, rapidement et de qualité au privé, entraînant donc des coûts supplémentaires pour accéder à un SAG désiré.



Évidemment, c'était tout au privé parce qu'il n'y avait rien au public pour faire ces lettres-là.

**Mat, pronoms il / iel, accords neutres ou masculins**

### 6.3.5.2. *Barrières physiologiques*

Les entrevues auprès de personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG ont permises de faire ressortir des barrières physiologiques à l'accès aux SAG. La barrière physiologique la plus nommée est d'avoir une

condition médicale selon 6 personnes. Ensuite, ce serait la présence de grossophobie de la part de prestataires de SAG où l'IMC est utilisé comme motif de refus pour l'accès à un SAG désiré selon 3 personnes. Une troisième barrière physiologique est d'avoir un handicap physique selon 2 personnes. La dernière barrière physiologique nommée par 2 personnes est si une personne a une ou des réactions physiologiques défavorables à un médicament en lien avec un SAG. Cette dernière barrière s'inscrit dans la possibilité ou impossibilité d'accéder à d'autres options de médicaments, ainsi que les capacités d'adaptation des prestataires du SAG pour répondre aux réalités physiologiques de la personne.



Je pourrais même dire les habitudes de vie comme l'alimentation. Les gens qui ont des aversions : soit que c'est des maladies chroniques, mettons quelqu'un qui est cœliaque, ou peu importe, bref, tout ce qui est alimentaire aussi. Ça peut peser dans la balance.

**Orion, pronom iel, accords masculins**



*Being disabled was a major, major thing for me of not being able to access care that I needed and that includes a lack of collective care.*

**Sapphire, pronom iel, accords masculins**

2

### 6.3.5.3. Vivre en milieux éloignés

Une barrière qui est revenue dans les entrevues de la grande majorité des personnes interviewé-es (8) est le fait de vivre en région, et encore plus précisément, de vivre en milieu rural selon 3 personnes. Cela s'explique, entre autres, par le manque ou l'absence de services pour accéder aux SAG selon 8 participant-es. Un autre élément à considérer dans les barrières géographiques aux SAG pour 2 des personnes est le fait de vivre de l'itinérance.

---

<sup>2</sup> Puisqu'une traduction libre déformerait ce propos, il a été laissé en anglais.



Dans ma région? Pour de vrai, il en a pas. Il a pas full de médecins. Des médecins qui traitent une patientèle trans, il y en a pas, point. Il faut toutes que je me déplace à Montréal si je veux avoir accès à ces soins-là.

**Mars, pronoms il / iel, accords**



Des fois en région, c'est plus restreint, puis on réalise pas c'est quoi les besoins. On pense aussi des fois que les gens sont surtout en ville, mais il y en a plein de gens en région qui vivent cette réalité-là.

**Mara, pronom il, accords masculins**



*I really wanna add because that's been an issue with healthcare professionals who specifically would work with trans people: They need to be informed on what it's like to be trans and homeless.*

**Sapphire, pronom iel, accords masculins**

3

#### 6.3.5.4. Membre de famille réticent-e à l'obtention de SAG

Dans le cadre de 3 entrevues, les participant-es ont soulevé comme barrière à l'accès au SAG les contextes où un-e membre de sa famille, plus souvent une personne ayant une autorité parentale, serait réticent-e à l'obtention d'un SAG. Si la personne TNBQ est encore mineur-e, cela serait un facteur aggravant pour cette barrière.



Les rendez-vous avec ma mère c'était très stressant, très demandant émotionnellement parlant, parce que c'était vraiment épuisant d'essayer de me battre avec elle pour toujours trouver des arguments. Depuis, c'est pas quelque chose qui la dérange en tant que tel, je pense que c'était plus de la peur, mais je pense qu'elle voit que ça va bien.

**Mars, pronoms il / iel, accords**

---

<sup>3</sup> Puisqu'une traduction libre déformerait ce propos, il a été laissé en anglais.

### 6.3.5.5. SAG non-accessible selon l'âge

Une barrière à l'accès des SAG nommée par 7 personnes est que des SAG seraient inaccessibles pour certaines personnes TNBQ en fonction de leur âge. D'abord, il a été question de l'accès aux SAG pour des personnes TNBQ mineur-es. À l'aide de vécu personnel ou de réflexion personnelle, 4 participant-es soutiennent qu'être une personne jeune TNBQ désirant et exprimant le besoin d'accéder à un SAG peut amener à être jugé par des prestataires en SAG comme étant pas assez mature pour savoir ce qu'il veut concernant les SAG, ainsi que qui il sont concernant leur-s identité-s de genre. D'autant plus, étant mineur-es, ces jeunes ont alors moins d'autonomie pour accéder à des SAG selon 4 personnes. Des exemples nommés de ce manque d'autonomie sont : la difficulté de pouvoir réussir à s'absenter de l'école, devoir fournir des lettres de recommandation produite par des professionnel-les en santé mentale, l'accès à l'hormonothérapie selon l'âge varierait énormément d'un-e professionnel-le à un-e autre, et que la possibilité d'accéder à une mastectomie désirée est seulement possible si les deux parents donnent leur accord.



Je souhaite, dans le futur, avoir une mastectomie- ben- une double mastectomie, mais pour l'instant, c'est pas possible, parce que mes deux parents consentiraient pas.

**Mars, pronoms il / iel, accords**



Je dirais aussi, ce qui favorise l'accès aux soins, je dirais « *l'autonomie* ». Ça va sonner un petit peu bizarre comme un point, mais je veux plus dire que, par exemple, pour des mineur-es qui n'ont pas les ressources ou le pouvoir de dire « *Je vais prendre ma journée d'école, puis je vais aller à un soin* » parce qu'ils sont plus soumis à des règles variées. Ils sont plus soumis à leurs parents. Ils sont plus soumis à une variété de choses. Ce que je constate, c'est que lorsqu'il y a des gens qui sont un peu moins encadrés, si on peut dire, moins restreints dans leur autonomie, bien, là, ça, ça facilite beaucoup l'accès aux soins.

**Aim, pronom elle, accords féminins**



Même à l'adolescence, même si c'est une période où on se questionne beaucoup sur qui on est, je pense qu'on est quand même capable de savoir si on est d'une autre orientation sexuelle que nos parents, ou d'un autre genre que nos parents, ou d'un autre genre que la société voudrait qu'on soit etc.

**Mara, pronom il, accords masculins**

Un enjeu différent concernant la non-accessibilité à un SAG selon l'âge concerne les décisions personnelles d'une personne pour sa fertilité. Une personne dans le cadre des entrevues nomme que les chirurgies en SAG en lien avec les utérus et ses structures biologiques connexes seraient plus difficile d'accès selon l'âge. Selon cette personne, avant l'âge de 30 ans, si une personne n'a pas déjà réussi à obtenir un autre SAG auparavant, il serait plus difficile de faire valoir son besoin d'accès à un SAG en lien avec l'utérus et ses structures biologiques connexes.



Mais, on s'entend, les personnes qui se font assigner femme à la naissance, et qui ont un utérus, et qui sont en mesure de procréer, nécessairement, dans le domaine de la santé, c'est un peu *touchy* (délicat). Avant d'avoir ma mastectomie, je le savais très fortement que ça serait une procédure qui me serait jamais accessible jusqu'à tant que soit : a) j'aie des enfants; ou b) que j'atteigne de l'âge fictif, mettons, de 40 ans puis qu'ils fassent comme « Ah, OK, ouin, non, tu en veux vraiment pas. C'est correct, on te l'enlève. » Ça fait que c'était un peu un idéal qui revenait une fois de temps en temps puis je me disais « Bien, tu sais, *anyways* (de toute façon), à 40 ans, je vais faire ça. Pas de trouble. »

**Orion, pronom iel, accords masculins**

#### 6.3.5.6. *Barrières temporelles*

Une majorité des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tentative d'accès à des SAG interviewées (8) ont nommé des barrières temporelles en lien avec l'accès à un ou des SAG désiré-s. La barrière temporelle la plus nommée (7) est la présence d'importants délais pour accéder à un SAG, qui peut se situer autant entre des mois ou des années d'attente, et où les délais sont peu constants et prévisibles. 6 des personnes précisent que de réussir à obtenir un référencement pour de l'hormonothérapie demanderait beaucoup de temps d'attente, avant même d'accéder au soin comme tel. Aussi, 5 personnes ont soulevé que les étapes en soi pour qu'un-e ou des

prestataires acceptent de leur donner accès à un SAG désiré sont longues (ex. : aller obtenir une lettre de recommandation pour de l'hormonothérapie). Pour 4 personnes, la priorisation des soins par des professionnel·les en santé peut mener à un ralentissement de l'accès à un SAG désiré où le·a prestataire peut juger qu'un autre soin est plus important que le SAG en question.



Parce que tu te dis juste si tous les médecins de familles prescriraient, ou juste si la majorité des médecins de famille prescrirait l'hormonothérapie, c'est que tu te coup tellement de délai. Et c'est un besoin que quand il y a des délais, c'est négatif pour les personnes trans.

**Patrice, pronom il, accords masculins**



J'ai juste eu mon premier rendez-vous avec mon endocrinologue qui venait du référencement de mon médecin de famille presque un an plus tard. Ça fait qu'il y a quand même un gros écart, là. Ça aurait été un délai de presque un an à partir du moment que j'ai fait ma demande initiale à ma médecin de famille.

**Aim, pronom elle, accords féminins**

#### 6.3.5.6.1. Résilience face au temps d'attente

8 personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées ont exprimé de la résilience concernant la durée d'attente pour réussir à accéder à un SAG.



C'est sûr que ça a été très difficile mentalement. Au début je savais pas trop, je savais pas qu'est-ce que je voulais, mais une fois que j'étais décidé, c'était comme : « *ça me le prend maintenant* ». Je prends beaucoup de temps pour réfléchir, le pour, le contre, de tout bord, tout côté, toutes les questions, mais une fois que ma décision est prise, c'est final. Ça me le prends. Fait que là, d'attendre autant longtemps, ça a très été dur mentalement. Je portais des binders à tous les jours, mais c'était jamais suffisant. Je me regardais dans un miroir et j'aimais pas ce que je voyais... C'était dur aussi parce que j'avais, à l'été passé mettons, juste avant la mastectomie, j'avais une session d'été, et dans mon programme d'études, on a des cours de terrain. Quand tu vas dehors, qu'il fait 30 degrés, tu peux pas tout le temps porter une cagoule pour te cacher. Donc, j'ai eu des contextes où c'était dur de se cacher, et même si t'arrive à te cacher, tu as toujours conscience que ce que tu veux pas est encore là. Ça a été vraiment difficile.

**Mara, pronom il, accords masculins**

### 6.3.5.6.2. Processus administratifs en SAG

Toustes ont souligné que des processus administratifs peuvent ralentir ou rendre impossible l'accès aux SAG. Pour une majorité de l'échantillon (7), ce sont les processus administratifs en lien avec le référencement à un·e endocrinologue par sa·on médecin de famille ou sa·on pédiatre dans le but d'obtenir de l'hormonothérapie. Des éléments aggravants en lien avec ce processus administratif sont les longs temps attentes, la charge mentale sur le·a patient·e, ne pas avoir de médecin de famille, et vivre un ou des refus de référencement. Le second processus administratif pouvant ralentir ou rendre impossible l'accès à un SAG, selon 5 participant·es, est la nécessité de lettres de recommandations d'un·e professionnel·les en santé mentale pour pouvoir accéder à un SAG. Le troisième processus administratif pouvant ralentir ou rendre impossible l'accès aux SAG le plus nommé est celui de la prise de rendez-vous auprès de professionnel·les en SAG (selon 3 personnes). Les impacts temporels de la prise de rendez-vous se retrouvent dans le nombre limité de disponibilités, les longs délais avant d'avoir de la disponibilité, manque d'accommodation à l'horaire de la patientèle, la complexité du processus administratif pour arriver à prendre rendez-vous auprès de ces professionnel·les en SAG, le rendez-vous serait seulement disponible à un seul établissement au Québec, et enfin, le risque que le·a professionnel·le en SAG consulté ne soit pas ouvert·e au souhait et besoin de transition médicale de la personne TNBQ. 2 personnes participantes ont fait face à des listes d'attente pleines où il y aurait eu peu de transparence et de suivi concernant leur position dans celles-ci. Un dernier processus administratif soulevé par 2 personnes est le fait qu'il ne semble pas exister une liste de professionnel·les en SAG accessible aux médecins et à la patientèle TNBQ pour faciliter le référencement.



Genre allô, je ne te demande pas de me prescrire de la testostérone, je te demande une référence pour aller voir l'endocrinologue qui va peut-être accepter de m'en prescrire. C'est compliqué...

**Mat, pronoms il / iel, accords neutres ou masculins**

### 6.3.5.7. *Fonctionnement administratifs inadaptés*

Toustes ont mentionné que le fonctionnement administratif aux SAG est inadapté et une barrière à l'accès aux SAG. Deux fonctionnement administratifs inadaptés selon l'échantillon se démarquent. Le premier est la nécessité de référencement par un professionnels en santé physique ou mentale pour obtenir l'accès à SAG selon 6 personnes. Le deuxième est une difficulté dans la prise de rendez-vous en contexte de SAG selon 6 personnes. À titre d'exemple, il s'y retrouve comme difficulté l'accommodation à l'horaire, les rendez-vous répétés comme étant impossible, une longue attente, peu d'information concernant la file d'attente, ou bien le manque de choix de location de l'établissement de santé. Pour 3 participant-es, un fonctionnement administratif aux SAG inadaptés est la difficulté ou l'impossibilité de faire changer son prénom ou d'ajouter une mention de ses prénoms à son dossier médical. Pour des 3 personnes interviewées se retrouve des enjeux plus précis concernant la clinique GrS Montréal où iels soulèvent avoir eu de la difficulté à joindre et communiquer avec, tel que pour des soins ou des besoins post-opératoires ainsi que pour des formulaires pré-opératoires. Certain-es (3) partagent une redondance du nombre de lettres de références et de formulaires de consentement dans leur parcours de SAG.



Je l'ai pas très bien vécu, parce que, bien, je ne sais pas, le fait qu'ils m'envoient une lettre me refusant à mon ancien nom- c'est peut-être pas ça-,mais j'ai assumé que ça voulait dire : « *Pour de vrai, on pense pas que tu es trans.* » [pause] J'étais juste déçu de pas pouvoir être au moins sur la liste d'attente puis de devoir faire des démarches pour aller ailleurs.

**Mars, pronoms il / iel, accords**

### 6.3.5.8. *Corridors d'accès peu clairs*

À travers les entrevues de 8 personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG, les corridors d'accès aux SAG ont été décrits comme peu ou pas clairs. 6 participant-es précisent que les corridors d'accès existant ne sont pas uniformes, particulièrement d'une région à une autre. La réception d'une demande d'accès à un SAG auprès d'un-e prestataire en SAG serait donc être assez variable et perçue plutôt comme imprévisible.



Si, mettons, tu vas voir un médecin, il sait pas trop comment te diriger ou t'aider... Des fois, il y en a que s'ils ne savent pas, ils vont juste pas vouloir te traiter. Ils vont te référer ailleurs, et tu peux faire le yo-yo longtemps entre différents médecins si tu sais pas où chercher.

**Mara, pronom il, accords masculins**

#### 6.3.5.9. *Refus de services en contexte de SAG*

La grande majorité de l'échantillon (8) identifient avoir vécu un refus de services les empêchant d'accéder à un SAG désiré. Le cas le plus présent dans les entrevues est, pour 4 personnes, le refus d'un-e prestataire de soin d'adapter le soin aux besoins et aux souhaits de la personne participant-e. Le second cas le plus nommé, pour 3 personnes, est un refus de soin de la part de sa-on médecin de famille. Ensuite, pour 2 personnes, se fut d'avoir eu à convaincre des prestataires qu'ils vivaient une complication post-opératoire d'un SAG. Pour 2 autres participant-es, ce fut un refus de référencement vers un-e endocrinologue dans le but d'obtenir de l'hormonothérapie. De façon unitaire, voici d'autres vécus de refus de services nommés par les participant-es : refus de faire une injection sous-cutanée parce que c'est de la testostérone, refus de donner des seringues à la pharmacie pour des injections sous-cutanées pour de la testostérone, refus de donner accès à sa prescription de testostérone à la pharmacie pour des raisons religieuses, refus de regarder et de s'intéresser d'autres options et techniques chirurgicales, refus de couverture par l'assurance publique pour une révision suite à une chirurgie en SAG puisque elle est jugée comme esthétique alors que le besoin est thérapeutique, refus de rallonger la convalescence suite à une chirurgie en SAG suite à des complications, et refus initial d'accéder à une chirurgie en SAG puisque l'IMC avait été jugé trop élevé par les prestataires.



Ça peut être vraiment très pénible, pour avoir vu des gens se faire rejeter leurs demandes plusieurs fois et devoir attendre vraiment longtemps.

**Poulet, tous pronoms et accords**



*Like: « Hey, I need the reference for that because I'd like to get back on testosterone. » And they'd say: « No, I can't do that. I don't know enough about transness. »*

**Sapphire, pronom iel, accords masculins**

4

#### 6.3.5.10. Manque de professionnel·les offrant des SAG

Toustes sont d'accord pour dire qu'il manque de professionnel·les en SAG dans la province, ce qui se fait remarquer d'autant plus à l'extérieur de Montréal et de la ville de Québec.



Ben c'est que je sais pas à quel point c'est faisable, mais c'est sûr que dans un monde d'arc-en-ciel et de licornes tous les médecins de famille auraient des formations de comment prescrire de l'hormonothérapie au cas où qu'ils aient un patient trans un moment donné. C'est sûr que ça c'est un petit peu un monde de... je crois pas que ça va se faire mais ça serait vraiment fucking nice.

**Patrice, pronom il, accords masculins**

##### 6.3.5.10.1. Une seule clinique au Québec offrant certains SAG chirurgicaux

Selon 6 participant·es, puisqu'une seule clinique au Québec peut offrir des SAG chirurgicaux tels que la mastectomie, la vaginoplastie ou bien la phalloplastie, l'accès à ce type de soins serait donc plus difficile.

##### 6.3.5.10.2. Médecins de famille

La présence, ainsi que la compétence d'un·e médecin de famille dans le cadre des parcours de transition de genre de personnes participantes est ressorti au sein des analyses. Pour 6

---

<sup>4</sup> Puisqu'une traduction libre déformerait ce propos, il a été laissé en anglais.

personnes, le fait de ne pas avoir un-e médecin de famille attiré-e serait une barrière à l'accès aux SAG. Dans ce cas, la possibilité de réussir à être référé à un professionnel-le compétent-e à la prestation de SAG serait perçu ou vécu comme rendant plus difficile l'accès aux SAG.

Dans les cas où une personne TNBQ a un-e médecin de famille, 4 des participant-es rappellent que l'on ne choisit pas sa-on professionnel-le attiré-e, pouvant alors tomber sur une personne avec qui il pourrait être plus difficile d'accéder à un SAG. Au sein de l'échantillon ayant accès un-e médecin de famille, 2 personnes indiquent que le-a professionnel-le serait peu compétent-e pour répondre à leurs besoins de santé de base et de SAG, 1 participant-e indique que le-a professionnel-le est très peu disponible donc va consulter auprès d'autres professionnel-les sans rendez-vous, 1 participant-e explique que sa-on professionnel-le se trouve dans une autre région éloignée de la sienne, et 1 participant-e fini toujours par avoir une nouvelle professionnel-le attiré-e à chaque rendez-vous. En considérant tous ces différents facteurs pouvant entraîner un accès plus difficile à un SAG même si une personne aurait un-e médecin de famille attiré-e, 6 des participant-es soulignent qu'il peut toujours y avoir un enjeu de devoir convaincre le-a professionnel-le de son besoin d'accéder à un SAG directement auprès d'iel ou bien d'obtenir une référence vers un-e professionnel-le de la santé pour un SAG.



Mais c'est quand même que tu ne les choisis pas, ton médecin de famille tu es pogné avec donc tu ne peux pas juste faire : « *cette clinique-là est inclusive, je vais aller à cette clinique-là* » il faut que tu aies l'accès à la clinique par : « *mon médecin de famille est à cette clinique-là* ». C'est compliqué les accès... le fait que l'accès à un médecin de famille aussi c'est compliqué, ceux qui n'ont pas de médecin de famille là, yeah c'est rough.

**Patrice, pronom il, accords masculins**

#### 6.3.5.11. *Mauvaises expériences dans le milieu médical*

Une barrière à l'accès aux SAG qui peut avoir un impact avant même de début un parcours en SAG selon 6 personnes, est les mauvaises expériences avec le milieu médical. Le type de mauvaises expériences le plus ressortant vécu par 5 des personnes participantes est lorsqu'il y a eu un manque ou une absence d'empathie et d'écoute-active de la part d'un-e professionnel-le de la santé ou d'un-e personne du personnel connexe. Selon 4 personnes, le second type de

mauvaises expériences serait des vécus d'invalidation concernant leurs besoins de santé par des professionnel·les en santé. Ensuite, 3 personnes ont nommé le fait que peu ou pas de professionnel·les en santé voulaient prendre en charge leurs besoins de santé parce qu'ils sont des personnes TNBQ ou avaient un besoin de santé en lien avec un SAG. En ce sens, 1 personne indique ne pas avoir été à l'urgence à la suite de complications médicales d'un SAG prévoyant qu'il n'y aurait sûrement pas de professionnel·les en santé sur place voulant les prendre en charge. Aussi, 1 personne soulève que ce n'est pas parce qu'un établissement offrant des soins de santé indique qu'elle est inclusive à la diversité de genre qu'elle l'est réellement dans sa qualité d'offre de services de santé auprès de personnes TNBQ. Enfin, un dernier type de mauvaises expériences vécus par 2 participant·es est d'être mégenré·e ou morinommé·e par des professionnel·les en santé ou un·e personne du personnel connexe.

Pour une bonne partie de l'échantillon (5), les mauvaises expériences dans le milieu médical ont un impact important sur le lien de confiance avec cette instance, qui selon elleux, est primordial pour obtenir des soins de santé de base ou des SAG de qualité. Le fait d'entendre des mauvaises expériences en SAG au Québec de la part d'autres personnes TNBQ les fait douter de la compétence en SAG des professionnel·les disponibles selon 2 participant·es.



C'est vraiment de eux que ça dépend si on a accès ou pas à ces soins-là. Les mauvaises ou bonnes expériences avec ces professionnel·les-là vont faire en sorte que la personne va avoir plus ou moins confiance en des professionnel·les en général. C'est vraiment important que les professionnel·les qui traitent des personnes trans, qui interagissent avec des personnes trans, soient au courant de ce qui est acceptable versus ce qui ne l'est pas.

**Mars, pronoms il / iel, accords**

#### 6.3.5.11.1. Priorisation des soins

4 personnes de l'échantillon expliquent que les SAG peuvent être considérés par des prestataires en santé comme des soins moins prioritaires, ou bien comme des soins non requis. Iels décrivent ce genre d'événement comme une forme de minimisation des besoins réels d'accéder à un SAG, tout autant pour répondre à des inconforts mentaux que physiques, ainsi que les impacts de la dysphorie de genre sur la santé d'une personne TNBQ. Pour ceux-ci, il

s’y trouverait une forme d’injustice où l’importance de l’accès un SAG n’est pas autant reconnu dans la priorisation des soins que par exemple, pour la dépression et son besoin de traitement. Le fait de devoir attendre puisqu’un besoin en SAG serait moins prioritaire que d’autres besoins de santé pourrait donc être une barrière d’accès. De plus, 2 personnes soulèvent le fait que l’assurance publique ferait preuve de minimisation du besoin réel de SAG puisqu’ils ne sont pas couverts, étant jugé comme « non requis » ou « esthétique », même par suite d’une complication post-chirurgicale d’un SAG selon 1 personne.



Lorsqu’on pense au système québécois, l’idée, c’est que ceux qui sont le plus dans le besoin vont avoir les services plus rapidement. Il y a comme une priorisation selon l’état de santé. Mais, pour les personnes trans, je pense, à cause de la minimisation qui est faite des impacts de la dysphorie puis qu’à quel point les soins d’affirmation de genres sont importants, ça fait en sorte que, dans cet ordre de priorités-là, on se fait souvent mettre à la fin, alors que c’est quelque chose qui est vraiment à revoir, je dirais.

**Aim, pronom elle, accords féminins**

#### 6.3.5.12. *Identité de genre sortant de la binarité*

Une donnée ressortante concernant l’accès aux SAG pour les personnes ayant une identité non exclusivement homme trans / femme trans selon 7 personnes interviewées est que simplement ce fait peut rendre l’accès aux SAG plus difficile. Plus précisément, 5 des participant-es expliquent s’être senti-e obligé-e de dire à leur prestataire de soin qu’iels s’identifie strictement à l’identité de genre femme / homme pour s’assurer que le-a prestataire accepte de leur donner accès à un SAG qui répond à leurs besoins et souhaits. Ce sentiment d’être obligé de s’identifier comme homme ou femme pourrait aussi se retrouver dans le cadre d’entretien auprès de professionnel-les en santé mentale pour s’assurer d’obtenir une lettre de recommandation confirmant la capacité de la personne cliente à consentir à des soins. Sur un autre aspect, 3 personnes indiquent que lorsqu’iels ont nommé s’identifier comme non binaire à un-e prestataire de soin de santé, iels ont semblé ne pas savoir comment réagir et être confus-e concernant cette information. En fin de compte, 3 autres participant-es soutiennent que la majorité du personnel en santé confondu auraient plutôt tendance à genrer et s’adresser à la patientèle selon les stéréotypes de genre perçus par l’expression de genre d’une personne

patiente plutôt que de lui demander ce qu'ils préfèrent. Au sein des entrevues de 3 personnes s'y retrouvent des expériences où iels ne se sont pas senti-e «assez trans» pour les prestataires de soins. Iels décrivent s'être senti invalidé-es dans leur non binarité alors qu'ils voulaient accéder à des SAG. Enfin, une dernière expérience pouvant être une barrière à l'accès aux SAG pour les personnes sortant de la binarité de genre selon 3 participant-es est que de vouloir que la mention «X» sur leur carte d'identité soit présente et respectée entraînerait de fréquents problèmes auprès du personnel administratif en santé. Certain-es disent simplement avoir abandonné l'idée qu'elle soit présente par découragement ou bien parce que cela demanderait de nombreux coûts pour changer ses cartes d'identités.



C'était un moment dans ma vie où je ne m'identifiais pas comme un garçon, je m'identifiais comme une personne non binaire et j'étais content avec ça, j'étais comme : « je ne suis ni un garçon, ni une fille, c'est ça c'est la vie. » Ça, ça fait que les professionnels sont encore moins enclins à vouloir te donner des services, parce que tu ne rentres pas dans le moule qui existe déjà, de l'idée préconçue de ce qui fait que c'est un soin qui est bon pour toi. J'avais mentionné vaguement une fois que je voulais commencer sur des microdoses parce que je n'avais pas envie d'avoir tous les effets tout de suite, et ça, je pense que ça a créé de la réticence chez le docteur chez qui j'allais face à l'idée que c'était vraiment ça que je voulais.

**Poulet, tous pronoms et accords**

### 6.3.5.13. *Obstacles systématiques*

À travers l'analyse des entrevues personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG, certains obstacles dans le cadre de leurs expériences et observations ont été retenus comme étant plus systématiques. D'abord, l'obstacle systématique le plus ressortant selon 6 personnes est les formes différentes de paternalisme, d'infantilisation, d'ignorance ou de haine envers les personnes TNBQ dans le cadre de leurs tentatives d'accès aux SAG. Ensuite, selon 3 personnes, certains soins, qui sont identifiés comme des SAG pour des personnes TNBQ, seraient plus faciles d'accès pour des personnes cisgenres parce qu'ils sont des personnes cisgenres. À titre d'exemple, iels ont nommé les soins suivants : l'hormonothérapie, la vasectomie et hystérectomie. Un autre obstacle systématique selon 2 participant-es serait l'ignorance des impacts réels de la

dysphorie de genre ainsi que des situations qui pourraient la causer. Iels ont nommé comme exemple la minimisation des effets néfastes de la dysphorie de genre dans le cadre d'attente à l'accès ou le refus d'accès à un SAG.



*(En parlant d'hystérectomie)*

Le patriarcat fonctionne parce qu'il y a des enfants, ça fait que, nécessairement, les enfants viennent de quelqu'un qui a un utérus. D'enlever l'utérus, tu enlèves l'enfant potentiel. Comme, pourquoi on ferait ça? Voilà. C'est un très gros résumé. Quand j'ai compris ça et que j'ai compris que ça pouvait expliquer entre autres pourquoi ce n'était pas offert au privé. Ça m'a mis en beau joul vert!

**Orion, pronom iel, accords masculins**

#### 6.3.5.14. *Obstacles systémiques*

Les entrevues ont aussi permis d'identifier des obstacles systémiques à l'accès aux SAG dans les récits des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG. Voici une liste des obstacles identifiés :

- + Transphobie;
- + Racisme;
- + Sexisme;
- + Classisme;
- + Âgisme;
- + Capacitisme;
- + Grossophobie;
- + Colonialisme.

Certain-es (3) ont pris le temps de nommer que le fait d'être soi-même, ou d'autres personnes TNBQ, à l'intersection d'identités marginalisées pouvait être un obstacle à l'accès aux SAG.



Clairement si tu ne fais pas partie de minorités visibles, ça va être vraiment plus facile. Clairement je pense que ça te facilite l'accès, malheureusement là c'est juste vraiment du gros privilège qui n'est vraiment pas juste. Je pense que ce qui facilite l'accès c'est vraiment à quel point privilégié t'es : Es-tu une minorité visible? As-tu l'argent pour? As-tu le temps pour? As-tu les ressources? T'as-tu les bonnes connections pour avoir accès? Tout ça, ça fait que ça peut aller plus vite je pense et ça peut plus facile. C'est vraiment des grosses injustices le fait que ce soit juste les gens qui ont ça que c'est plus facile pour eux, pis que les autres, et bien, ils sèchent un peu et qu'ils essayent de se débrouiller comme il le peuvent.

**Poulet, tous pronoms et accords**

**RÉSUMÉ DES BARRIÈRE D'ACCÈS AUX SAG  
SELON LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ DE GENRE DES RÉGIONS  
AYANT VÉCU DES FORMES D'INCONFORTS DURANT L'ACCÈS À DES SAG**

- + Financières :
  - + Coûts adjacents pour permettre l'obtention d'un SAG, seulement certains SAG sont couverts par l'assurance publique, et évaluation psychologique plus rapidement disponible au privé qu'au public.
- + Physiologiques :
  - + Condition médicale, grossophobie, handicap physique et avoir une ou des réactions physiologiques défavorables à un médicament en lien avec un SAG.
- + Vivre en région ou en milieu rural;
- + Vivre de l'itinérance;
- + Membre de la famille réticent·e à l'obtention d'un SAG;
- + Être un·e jeune mineur·e;
- + Avant l'âge de 30 ans, n'ayant pas déjà réussi à obtenir un autre SAG, de faire valoir son besoin d'accès à un SAG en lien avec l'utérus et ses structures biologiques connexes;
- + Temporelles :
  - + D'importants délais pour :
    - Accéder à un SAG;
    - Réussir à obtenir un référencement pour de l'hormonothérapie;
    - Les étapes en soi pour qu'un·e ou des prestataires acceptent de leur donner accès à un SAG;
  - + La priorisation des soins par des professionnel·les en santé comme pouvant ralentir l'accès dans le temps.
- + Processus administratifs :
  - + Référencement à un·e endocrinologue par sa·on médecin de famille ou sa·on pédiatre;
  - + Nécessité de lettres de recommandations;
  - + Prise de rendez-vous auprès de professionnel·les en SAG;
  - + Listes d'attente pleines avec peu de transparence et de suivi;
  - + L'absence d'une liste de professionnel·les en SAG accessible pour faciliter le référencement.
- + (...)

**(suite) RÉSUMÉ DES BARRIÈRE D'ACCÈS AUX SAG  
SELON LES PERSONNES DE LA DIVERSITÉ DE GENRE DES RÉGIONS  
AYANT VÉCU DES FORMES D'INCONFORTS DURANT L'ACCÈS À DES SAG**

- + Fonctionnements administratifs inadaptes :
  - + Nécessité de référencement par un professionnels en santé physique ou mentale pour obtenir l'accès à SAG;
  - + Difficulté dans la prise de rendez-vous;
  - + Difficulté ou l'impossibilité de faire changer son prénom ou d'ajouter une mention de ses prénoms à son dossier médical;
  - + Difficulté à joindre et communiquer avec la clinique grs Montréal;
  - + Redondance du nombre de lettres de références et de formulaires de consentement dans leur parcours de SAG.
- + Corridors d'accès aux SAG sont peu ou pas clair ainsi que pas uniforme;
- + Refus de services :
  - + Tel que la non adaptation d'un SAG, refus par sa-on médecin de famille, convaincre des prestataires d'une complication post-opératoire d'un SAG et refus de référencements vers un-e endocrinologue.
- + Manque de professionnel·les en SAG;
- + Une seule clinique au Québec peut offrir certains SAG chirurgicaux;
- + Ne pas avoir un-e médecin de famille;
- + Devoir convaincre saon médecin de famille de son besoin d'accéder à un SAG directement ou obtenir une référence pour un SAG;
- + Avoir eu de mauvaises expériences avec le milieu médical :
  - + Manque ou absence d'empathie et d'écoute-active, invalidation de besoins en santé, peu de professionnel·les en santé à l'aise de prendre en charge des personnes TNBQ, ou être mégenré-e ou morinommé-e.
- + Que les SAG soient considérés des soins moins prioritaires ou non requis;
- + Ne pas s'identifier exclusivement comme homme ou femme trans;
- + Obstacles systématiques;
  - + Différentes de paternalisme, d'infantilisation, d'ignorance ou de haine envers les personnes TNBQ;
  - + Certains soins, qui sont identifiés comme des SAG, seraient plus faciles d'accès pour des personnes cisgenres;
  - + L'ignorance des impacts réels de la dysphorie de genre.
- + Obstacles systémiques
  - + Transphobie, racisme, sexisme, classisme, âgisme, capacitisme, grossophobie, colonialisme.

### **6.3.6. SAG ayant un besoin urgent d'un meilleur accès**

Chacunes des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées se sont fait demander en entrevue la question suivante : Quels SAG identifiez-vous comme devant bénéficier de façon urgente d'un meilleur accès? En ordre décroissant, voici les réponses obtenues :

- + Hormonothérapie (6 pers.):
  - + Certains enjeux spécifiques à ce SAG en lien avec son besoin urgent d'accès ont été nommés :
    - + Des formes d'hormonothérapies ne sont pas couvertes par l'assurance publique;
    - + Pour les mineur-es TNBQ;
    - + Pour les personnes ne vivant pas à Montréal;
    - + Pour les personnes qui n'ont pas de médecin de famille attribué;
    - + Manque d'aide médicale à l'administration d'hormonothérapie (injection).
- + Tous les SAG (5 pers.);
- + Accès à des professionnel·les en santé mentale et lettres de recommandation (3);
- + Mastectomie (3 pers.);
- + Épilation définitive (2 pers.);
- + Augmentation mammaire (1 pers.);
- + Préservation de la fertilité (1 pers.);
- + Orthophonie (1 pers.);
- + Matériel d'affirmation de genre (Binders)(1 pers.);
- + Ovario-hystérectomie (retrait de l'utérus ou autres structures connexes)(1 pers.);
- + Types de *bottom surgery* pas offertes par le GrS (1 pers.).

### **6.3.7. Impact des SAG désirés sur la santé mentale des personnes TNBQ**

Les analyses des entrevues auprès des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG ont aussi permises de faire ressortir certains impacts des SAG désiré sur leur santé mentale. Il en ressurgit quatre aspects : des ressentis d'urgence d'agir, une charge mentale entourant le processus pour tenter d'accéder à un SAG, des impacts positifs sur le bien-être de participant-es suite à l'obtention d'un SAG désiré et en quoi le contexte politique et médiatique transphobe peut affecter le bien-être mental de personnes TNBQ.

#### 6.3.7.1.1. Sentiment d'urgence d'agir

Toutes les personnes participantes ont nommé avoir vécu des expériences et des ressentis qu'il devenait urgent d'agir vers l'accès à un SAG pour être en mesure d'améliorer leur bien-être. Certain-es (3) ont aussi nommé que le sentiment d'urgence d'agir pour leur bien-être peut être présent ou non, et à différent degré d'intensité, selon chaque personnes TNBQ, SAG désiré-s et moment dans la vie de la personne. Cela ne viendra pas dévaluer l'expérience de chacun-e, mais appuyer que chaque vécu est unique et valide.



J'ai tellement fait de tentatives de suicide parce que j'avais pas accès à ça (mastectomie), c'est vraiment a life-saving thing, pi j'aimerais ça que ça soit traité avec l'urgence que ça devrait avoir.

**Sapphire, pronom iel, accords masculins**

#### 6.3.7.1.2. Charge mentale

Toustes ont décrit des vécus de charge mentale pour accéder à un SAG. Par exemple, certain-es ont nommé les impacts de se faire refuser l'accès à un SAG, la recherche professionnel·les en SAG, la préparation à une chirurgie et post-chirurgie, ou bien les expériences de mégenrage ou morinommage par des professionnel·les en SAG ou du personnel connexe.



Oui, il y a quand même beaucoup de choses à considérer dans l'obtention d'un soin transaffirmatif. Plus ça va, plus je réalise que, oh my God (Oh mon Dieu), OK, ce n'est pas juste « Ça te prend le fameux papier du médecin et la fameuse lettre de recommandation. » C'est immense comme processus, puis il y en a qui l'ont vraiment plus tough (difficile) que d'autres.

**Orion, pronom iel et accords masculins**

#### 6.3.7.1.3. Impact positif sur le bien-être

Pour toutes les personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès ou tentative d'accès à des SAG interviewées, iels ont souligné que à la suite d'avoir eu accès à un SAG désiré, son obtention a eu un impact positif sur leur bien-être général.



À l'école, ça m'a permis de faire ma puberté relativement en même temps que le reste des gens, ce qui fait que les gens ont arrêté de gosser et d'être méchants. Ça enlève du stress, ça aussi, pis ça m'a permis d'être vraiment plus stable dans ma vie sociale et de finir ma transition sociale d'une manière.

**Poulet, tous pronoms et accords**

#### 6.3.7.1.4. Contexte politique et médiatique entourant les SAG

Les entrevues auprès des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG ont permises de soulever certains éléments qui ont des impacts négatifs sur leur bien-être. Pour 4 personnes, les médias qui transmettent des contenus jugés transphobes ont eu un impact sur leur bien-être. D'autant plus, 3 participant-es soulignent que cela leur fait peur et peut leur apporter de la détresse émotionnelle. Pour 3 autres personnes, iels désignent un certain épuisement face aux nombres importants de contenus ou d'événements politiques transphobes dans leur vie quotidienne. Concernant certains contenus transphobes, 2 personnes décrivent y percevoir un imaginaire où les personnes TNBQ seraient considérer comme extrêmes et toustes les mêmes, où les

stéréotypes entourant les personnes TNBQ sont compris comme des faits. Enfin, 1 personne a mentionné le reportage intitulé «TransExpress» de l'émission Enquête de Radio-Canada, mis en onde le 29 février 2024. Celui-ci avait été utilisé plus d'une fois par une personne dans son entourage pour remettre en question son parcours de transition de genre. Pour conclure, 1 participant-e affirment donc que la population générale ne serait pas assez sensibilisée aux réalités factuelles des personnes TNBQ.



Dans le temps ou pas super longtemps avant que je débute ma transition médicale il y avait eu des poursuites qui avait été faites en Angleterre contre des endocrinologues qui avaient donné des médicaments à une jeune qui l'a regretté, donc là les parents les poursuivait légalement et ils disaient : « *c'est de votre faute vous lui avez donné trop vite* ». Faque les professionnel·les n'étaient vraiment pas comme « *hop la vie* » pour me faire des prescriptions, ce qui a rendu tout ça un peu plus dur honnêtement.

**Poulet, tous pronoms et accords**

### **6.3.8. Cibles de formation**

Toutes les entrevues des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG interviewées ont permises d'identifier différentes cibles de formations, autant pour tous type de professionnel·les en SAG, le personnel connexe et les professionnel·les en santé mentale. Dans le cadre du projet de recherche communautaire AJUSTER, deux articles de recherche ont été produits pour mettre de l'avant des résultats croisés entre les différentes méthodes pour faire ressortir des cibles de formations. Le premier article s'adresse aux professionnel·les et personnel connexe en SAG, et le second aux intervenant·es en contexte de SAG.

Visiter la page du projet de recherche communaitre AJUSTER pour les consulter :

<https://transestrie.org/fr/recherche/ajuster/>

## 6.4. Résultats du volet qualitatif : *Entrevues semi-dirigées en groupes selon le soin d'affirmation de genre obtenu commun*

---

La présente section présente des résultats des entrevues de groupes de personnes TNBQ ayant en commun un même type de SAG reçu.

### 6.4.1. **Portrait sociodémographique**

Cette section présente les résultats sociodémographiques des personnes de la diversité de genres du Québec regroupés selon un SAG obtenu commun ayant participé aux entrevues de groupe. Les résultats sociodémographiques vont être présentés indépendamment pour chacune des 4 entrevues de groupe. Les informations ont été recueillies par un formulaire sociodémographique similaire à celui pour les entrevues individuelles avec les personnes de la diversité de genre ayant vécu un événement d'inconfort durant leur accès (ou tentative d'accès) à leur SAG.

#### 6.4.1.1. *Mastectomie et réduction mammaire*

Sur les 6 personnes ayant participé à l'entrevue de groupe pour celles qui ont reçu une mastectomie et/ou une réduction mammaire, 5 personnes ont rempli leur formulaire sociodémographique, donc le portrait se base sur ces 5 personnes.

Les personnes participantes à cette entrevue avaient entre 19 ans et 32 ans, ce qui donne un âge moyen de 29 ans et une étendue de 13 ans. La majorité (4) de personnes habitent dans la région administrative de l'Estrie, et une personne habite en Montérégie (Rive-Sud). L'âge moyen à laquelle iels ont commencé à ne pas s'identifier à leur sexe constaté à la naissance est 17 ans, avec le plus bas étant 12 ans, et le plus haut 28 ans.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible de choisir plusieurs options concernant les origines ethnoraciales, ainsi que de rajouter des informations au besoin pour clarifier ou spécifier. Les options étaient non-exclusives (ou à choix multiples). Sur les 5 personnes interviewées :

- + 3 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *blanche*;
- + 3 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *québécoise*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *américaine du nord*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *asiatique de l'Est*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *colonisatrice de la France*.

Parmi ces personnes qui ont reçu une mastectomie, 4 personnes ont dit ne pas être perçue ou traité-e comme une personne racisée et 1 personne a répondu ne pas être certaine. Toutes les participant-es avaient le français comme première langue apprise à la maison.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible pour les participant-es de spécifier une ou plusieurs conditions qui les affectent/ qu'ils ont. Ces options étaient non-exclusives, et il y avait des options pour rajouter des conditions non-listées au besoin. Sur les 5 personnes interviewées :

- + 3 personnes ont indiqué être neurodivergentes (excluant le spectre de l'autisme) (ex. : *TDAH, SGT, dyspraxie, dyscalculie, dyslexie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles alimentaires (ex.: *anorexie, boulimie, hyperphagie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'humeur (ex.: *dépression, trouble bipolaire, dysthymie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'anxiété (ex. : *anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir une maladie ou des conditions médicales chroniques
- + 1 personne a indiqué avoir un trouble de stress post-traumatique (ex. : *TSPT complexe, TSPT secondaire, TSPT dissociatif*);

- + 1 personne a indiqué être sur le spectre de l'autisme (TSA);
- + 1 personne dit n'avoir aucune des conditions listées dans le formulaire sociodémographique.

Pour ce qui est des identités de genre, c'est également une question qui avait des réponses multiples possibles (non-exclusives). Sur les 5 personnes ayant rempli le formulaire :

- + 4 personnes s'identifiaient comme non binaire, genderqueer, genderfluid et/ou bigenre;
- + 4 personnes s'identifiaient comme personne transmasculine;
- + 2 personnes s'identifiaient comme homme.

Sur les 5 participant-es ayant reçu une mastectomie et/ou une réduction mammaire :

- + 3 personnes ont dit que leur-s identité-s de genre n'a / n'ont pas changé de manière importante plus d'une fois dans leur vie;
- + 1 personne a dit que son identité de genre a changé de manière importante plus d'une fois dans sa vie;
- + 1 personne a dit que son identité de genre a changé de manière importante plus d'une fois dans sa vie, et a spécifié que cela fait partie de son/ses identité-s de genre.

Parmi les 5 participant-es, personne ne s'est identifié comme avoir vécu un parcours de discontinuité dans le genre, et/ou de détransition.

Excluant les médecins de famille/généralistes, voici les professionnel·les qui donnaient accès à des SAG au moment de l'entrevue aux personnes ayant reçu une mastectomie et/ou une réduction mammaire :

- + 4 personnes étaient suivies par un-e endocrinologue;
- + 1 personne était suivie par un-e chirurgien·ne;
- + 1 personne était suivie par un-e infirmier·e;
- + 1 personne n'était pas suivie par un-e professionnel·le offrant des SAG.

#### 6.4.1.2. Soins non-couverts par l'assurance publique

L'entrevue de groupe pour ceux ayant reçu un SAG non-couvert par l'assurance publique avait 3 participant-es ayant tous rempli leur formulaire sociodémographique.

Les personnes participantes à cette entrevue avaient entre 21 ans et 34 ans, ce qui donne un âge moyen de 29 ans et une étendue de 13 ans. 2 des personnes habitent en Montérégie (Rive-Sud) et 1 personne à Montréal. L'âge moyen à laquelle ils ont commencé à ne pas s'identifier à leur sexe constaté à la naissance est 10 ans, avec le plus bas étant 4 ans, et le plus haut 14 ans.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible de choisir plusieurs options concernant les origines ethnoraciales, ainsi que de rajouter des informations au besoin pour clarifier ou spécifier. Les options étaient non-exclusives (ou à choix multiples). Sur les 3 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *blanche*;
- + 2 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *américaine du nord*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *caribéenne*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *noire*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *québécoise*.

Parmi ces personnes qui ont reçu un SAG non-couvert, 2 personnes ont dit ne pas être perçu-e ou traité-e comme une personne racisée et 1 personne a répondu être perçu-e ou traité-e comme une personne racisée. 2 participant-es avaient le français comme première langue apprise à la maison, et 1 participant-e avait l'anglais comme première langue apprise à la maison.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible pour les participant-es de spécifier une ou plusieurs conditions qui les affectent/ qu'ils ont. Ces options étaient non-exclusives, et il y avait des options pour rajouter des conditions non-listées au besoin. Sur les 3 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'anxiété (ex. : *anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique*);
- + 2 personnes ont indiqué être sur le spectre de l'autisme (TSA);
- + 1 personne a indiqué être neurodivergente (excluant le spectre de l'autisme)(ex. : *TDAH, SGT, dyspraxie, dyscalculie, dyslexie*).

Pour ce qui est des identités de genre, c'est également une question qui avait des réponses multiples possibles (non-exclusives). Sur les 3 personnes ayant rempli le formulaire :

- + 2 personnes s'identifiaient comme personne transféminine;
- + 2 personnes s'identifiaient comme femme;
- + 1 personne s'identifiait comme personne transmasculine;
- + 1 personne s'identifiait comme homme;
- + 1 personne s'identifiait comme ayant une identité transsexuelle.

Sur les 3 participant·es ayant reçu un SAG non-couvert :

- + 2 personnes ont dit que leur·s identité·s de genre n'a / n'ont pas changé de manière importante plus d'une fois dans leur vie;
- + 1 personne a dit que son identité de genre a changé de manière importante plus d'une fois dans sa vie.

Parmi les 3 participant·es, 2 personnes ne s'identifiaient pas comme avoir vécu un parcours de discontinuité dans le genre, et/ou de détransition, et 1 personne a préféré ne pas répondre.

Toutes les participant·es étaient suivi·es par un médecin de famille/généraliste. Excluant les médecins de famille/généralistes, voici les professionnel·les qui donnaient accès à des SAG au moment de l'entrevue aux personnes ayant reçu un SAG non-couvert:

- + 2 personnes étaient suivies par un·e chirurgien·ne;
- + 1 personne était suivie par un·e esthéticien·ne;
- + 1 personne était suivie par un·e orthophoniste;

- + 1 personne n'était pas suivie par un·e professionnel·le offrant des SAG.

#### 6.4.1.3. *Chirurgies génitales et du système reproductif*

L'entrevue de groupe pour les personnes ayant obtenu des chirurgies des organes génitaux ou du système reproducteur comprenait 5 participant.es, et tous les formulaires socio-démographiques ont été remplis.

Les personnes participantes à cette entrevue avaient entre 20 ans et 30 ans, ce qui donne un âge moyen de 25 ans et une étendue de 10 ans. La majorité (3) des personnes habitent en Montérégie (Rive-Sud), 2 personnes à Montréal, 1 personne dans les Laurentides (Rive-Nord) et 1 personne au Saguenay-Lac-St-Jean. Il y avait une personne qui habitait deux régions administratives différentes dépendant du moment dans l'année, d'où le surplus de réponses. L'âge moyen à laquelle iels ont commencé à ne pas s'identifier à leur sexe constaté à la naissance est 11 ans, avec le plus bas étant 6 ans, et le plus haut 16 ans.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible de choisir plusieurs options concernant les origines ethnoraciales, ainsi que de rajouter des informations au besoin pour clarifier ou spécifier. Les options étaient non-exclusives (ou à choix multiples). Sur les 5 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *asiatique de l'Est*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *blanche*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *québécoise*;
- + 1 personne a préféré ne pas répondre.

Parmi ces personnes qui ont reçu une chirurgie génitale et/ou du système reproducteur, 2 personnes ont dit ne pas être perçu·e ou traité·e comme une personne racisée et 1 personne a répondu être perçu·e ou traité·e comme une personne racisée. 1 personne était incertaine, et 1 personne a préféré ne pas répondre. 4 participant-es avaient le français comme première

langue apprise à la maison, et 2 participant·es avaient l'anglais comme première langue apprise à la maison.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible pour les participant·es de spécifier une ou plusieurs conditions qui les affectent/ qu'ils ont. Ces options étaient non-exclusives, et il y avait des options pour rajouter des conditions non-listées au besoin. Sur les 5 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué être neurodivergentes (excluant le spectre de l'autisme) (ex. : *TDAH, SGT, dyspraxie, dyscalculie, dyslexie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'anxiété (ex. : *anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique*);
- + 1 personne a indiqué avoir des troubles alimentaires (ex.: *anorexie, boulimie, hyperphagie*);
- + 1 personne a indiqué avoir une maladie ou des conditions médicales chroniques (endométriose);
- + 1 personne a indiqué avoir des troubles d'humeur (ex.: *dépression, trouble bipolaire, dysthymie*);
- + 1 personne a indiqué avoir un trouble de stress post-traumatique (ex. : *TSPT complexe, ST secondaire, TSPT dissociatif*);
- + 1 personne a indiqué avoir une déficience intellectuelle et/ou développementale;
- + 1 personne a indiqué avoir une condition non-listée, la dysphorie de genre;
- + 1 personne a préféré ne pas répondre.

Pour ce qui est des identités de genre, c'est également une question qui avait des réponses multiples possibles (non-exclusives). Sur les 5 personnes ayant rempli le formulaire :

- + 2 personnes s'identifiaient comme personne transmasculine;
- + 2 personnes s'identifiaient comme homme;
- + 1 personne s'identifiait comme non binaire, genderqueer, genderfluid et/ou bigenre;
- + 1 personne s'identifiait comme ayant une identité transsexuelle.

Sur les 5 participant-es ayant reçu une chirurgie des organes génitaux ou du système reproductif :

- + 3 personnes ont dit que leur-s identité-s de genre n'a / n'ont pas changé de manière importante plus d'une fois dans leur vie;
- + 2 personnes ont dit que leur identité de genre a changé de manière importante plus d'une fois dans sa vie.

Parmi les 3 participant-es, 2 personnes ne s'identifiaient pas comme avoir vécu un parcours de discontinuité dans le genre, et/ou de détransition, 1 personne s'identifiait comme avoir vécu un parcours de discontinuité dans le genre et/ou de détransition et 1 personne a préféré ne pas répondre.

3 participant-es n'étaient pas suivi-es par un médecin de famille/généraliste, 1 personne oui et 1 a préféré ne pas répondre. Excluant les médecins de famille/généralistes, voici les professionnel-les qui donnaient accès à des SAG au moment de l'entrevue aux personnes ayant reçu une chirurgie génitale et/ou du système reproducteur:

- + 2 personnes n'étaient pas suivies par un-e professionnel-le offrant des SAG;
- + 1 personne était suivie par un-e gynécologue chirurgien-ne;
- + 1 personne était suivie par un-e endocrinologue;
- + 1 personne était suivie par un-e infirmier-e;
- + 1 personne a préféré ne pas répondre.

#### 6.4.1.4. *Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones*

5 personnes ont participé à l'entrevue de groupe pour ceux ayant obtenu, mais un-e de ces participant-es n'a pas rempli leur formulaire sociodémographique.

Sur les 5 personnes ayant participé à l'entrevue de groupe pour celles qui ont reçu de l'hormonothérapie et/ou les bloqueurs d'hormones, 4 personnes ont rempli leur formulaire sociodémographique, donc le portrait se base sur ces 4 personnes.

Les personnes participantes à cette entrevue avaient entre 21 ans et 32 ans, ce qui donne un âge moyen de 25 ans et une étendue de 11 ans. La totalité (4) des personnes habitent en Montérégie (Rive-Sud) et 1 personne dans les Laurentides (Rive-Nord). Il y avait une personne qui habitait deux régions administratives différentes dépendant du moment dans l'année, d'où le surplus de réponses. L'âge moyen à laquelle ils ont commencé à ne pas s'identifier à leur sexe constaté à la naissance est 19 ans, avec le plus bas étant 15 ans, et le plus haut 16 ans.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible de choisir plusieurs options concernant les origines ethnoraciales, ainsi que de rajouter des informations au besoin pour clarifier ou spécifier. Les options étaient non-exclusives (ou à choix multiples). Sur les 4 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *blanche*;
- + 2 personnes ont indiqué une origine ethnoraciale *québécoise*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *asiatique de l'est*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *américaine du nord*;
- + 1 personne a indiqué une origine ethnoraciale *colonisatrice de la France*.

Parmi ces personnes qui ont reçu de l'hormonothérapie et/ou des bloqueurs d'hormones, 3 personnes ont dit ne pas être perçu-e ou traité-e comme une personne racisée et 1 personne a répondu être perçu-e ou traité-e comme une personne racisée. Toutes les participant-es avaient le français comme première langue apprise à la maison.

Dans le formulaire sociodémographique, il était possible pour les participant-es de spécifier une ou plusieurs conditions qui les affectent/ qu'ils ont. Ces options étaient non-exclusives, et il y avait des options pour rajouter des conditions non-listées au besoin. Sur les 4 personnes interviewées :

- + 2 personnes ont indiqué être neurodivergentes (excluant le spectre de l'autisme) (ex. : *TDAH, SGT, dyspraxie, dyscalculie, dyslexie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles alimentaires (ex.: *anorexie, boulimie, hyperphagie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'humeur (ex.: *dépression, trouble bipolaire, dysthymie*);
- + 2 personnes ont indiqué avoir des troubles d'anxiété (ex. : *anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, phobie spécifique*);
- + 1 personne a indiqué avoir une maladie ou des conditions médicales chroniques;
- + 1 personne a indiqué avoir un trouble de stress post-traumatique (ex. : *TSPT complexe, ST secondaire, TSPT dissociatif*);
- + 1 personne a indiqué n'avoir aucune des conditions listées.

Pour ce qui est des identités de genre, c'est également une question qui avait des réponses multiples possibles (non-exclusives). Sur les 4 personnes ayant rempli le formulaire :

- + 2 personnes s'identifiaient comme homme;
- + 2 personnes s'identifiaient comme non binaire, genderqueer, genderfluid et/ou bigenre;
- + 1 personne d'identifiait comme femme;
- + 1 personne s'identifiait comme personne transféminine;
- + 1 personne s'identifiait comme personne transmasculine;
- + 1 personne s'identifiait comme ayant une identité transsexuelle.

Sur les 4 participant-es ayant reçu de l'hormonothérapie ou des bloqueurs d'hormones:

- + 3 personnes ont dit que leur-s identité-s de genre n'a / n'ont pas changé de manière importante plus d'une fois dans leur vie;
- + 1 personne a dit que leur identité de genre a changé de manière importante plus d'une fois dans sa vie.

Parmi les 4 participant-es, aucune personne s'identifiait comme avoir vécu un parcours de discontinuité dans le genre, et/ou de détransition.

2 participant-es étaient suivi-es par un médecin de famille/généraliste, 1 personne non. Excluant les médecins de famille/généralistes, voici les professionnel·les qui donnaient accès à des SAG au moment de l'entrevue aux personnes ayant reçu de l'hormonothérapie et/ou des bloqueurs d'hormones:

- + 4 personnes étaient suivies par un-e endocrinologue;
- + 1 personne était suivie par un-e chirurgien-ne;
- + 1 personne était suivie par un-e orthophoniste;
- + 1 personne était suivie par un-e infirmier-e;
- + 1 personne était suivie par un-e esthéticien-ne;
- + 1 personne était suivie par un-e professionnel-le en acutoconservation.

#### **6.4.2. Constats des *focus groups* à la suite des analyses croisées**

Les quatre entrevues semi-dirigées de groupe se sont chacune centrée sur un ou des soins particuliers ayant été reçus par les participant-es:

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur.

L'analyse des *focus groups* a été faite à l'aide des techniques de Baribeau (2009), qui consiste à rassembler des constats qui ont été énoncés durant l'entrevue, de les grouper selon des thèmes (basés sur les objectifs de la méthode), puis d'indiquer les thèmes qui étaient d'un accord majoritaire. Ensuite, les thèmes ont été compilés et comparés entre les différents groupes pour

obtenir les résultats qui suivent. Pour la facilité de lecture, certains thèmes sont regroupés sous des catégories.

#### 6.4.2.1. *Obstacles et/ou barrières à l'accès*

Les thèmes qui suivent sont centrés sur des aspects qui ont rendu l'accès à des soins d'affirmation de genre plus difficile ou même impossible, tel que rapporté dans les entrevues de groupe.

##### 6.4.2.1.1. Temps d'attente

Un des constats les plus présent dans toutes les entrevues de groupes est que le temps d'attente pour tous les types de SAG sont trop long. Ce discours était présent dans tous les groupes de discussions et la majorité des participants dans chacun des groupes partageait cette même opinion.



Je pense, une embûche que je n'ai pas encore mentionnée, là - il y en a plusieurs que j'ai mentionné tantôt - mais une que je n'ai pas mentionnée, c'était même juste la médecin de famille que j'avais, dans la mesure où, étant donné qu'elle a choisi de me référencer au lieu de me donner le soin à ce moment-là, ça a retardé mon accès d'au moins... je dirais facilement plus de six mois, là. Je ne me souviens plus des dates exactes, mais plus de six mois facile, peut-être même jusqu'à huit.

**Aim, pronom elle, accords féminins - Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones**

##### 6.4.2.1.2. SAG en région

Le manque de service disponible en région en lien avec les SAG est la troisième observation la plus partagée à travers les entrevues de groupes. Celle-ci a été mentionnée dans les 4 groupes de discussion et par la majorité des personnes interviewées du groupe dans 3 de ceux-ci :

+ Mastectomie ou la réduction mammaire;

- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur.

Dans l'entrevue de groupe concernant les soins non-couverts par l'assurance publique, il y a une personne qui a mentionné les enjeux d'accès au SAG en région.



Moi, je dirais qu'en tant que personne qui vit à la campagne, de ne pas pouvoir accéder à une rencontre en psychologie ou avec un endocrinologue sans aller en ville pour devoir prendre la voiture parce qu'il n'y a pas de transport de commun, c'est quelque chose de difficile. C'est un problème, quand même, le transport en campagne. À ce niveau-là, j'avais besoin de mes parents avant d'avoir mon permis pour pouvoir aller mes rendez-vous. Ensuite, pour Montréal, c'est sûr que... Je ne pouvais même pas me rendre au train pour ensuite me rendre à Montréal.

**Clément, pronom iel, accords masculins - Mastectomie ou la réduction mammaire**

#### 6.4.2.2. Coûts des SAG

Le deuxième constat le plus fréquent dans les quatre entrevues de groupe concerne le fardeau financier lié aux SAG, qu'il s'agisse du coût des soins eux-mêmes ou de frais connexes, comme les déplacements, l'obtention de lettres de recommandation ou le prix des médicaments. Cet enjeu a été mentionné dans toutes les entrevues et par la majorité des participant-es de chaque groupe.



Il y avait une partie qui était couverte, mais ça me coûtait 100 dollars par mois. Ça fait que j'ai juste pris pendant six mois. Puis, après ça, j'ai dû arrêter parce que c'était trop cher. Puis, pendant que je travaillais ma testostérone n'était pas couverte. Ça fait que c'était 35 dollars par mois pendant deux ans. Puis, là, si je veux voir mon hormonothérapeute qui est à [ville C], ça me coûte 100 dollars, l'aller-retour, puis j'ai été au moins quatre fois, là, depuis les deux dernières années. Ça fait que c'était beaucoup d'argent. Puis je vais chercher mes aiguilles, des fois, [à un organisme communautaire] parce qu'ils ne me donnent pas les six aiguilles, ma pharmacie. Ils m'en donnent juste quatre. C'est ça. Au mois, il y a ça qui est, comme, gratuit puis tampons d'alcool aussi.

**Ruby, pronoms yel / y, accords masculins - Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones**

#### 6.4.2.2.1. Couverture et non-couverture financière par les assurances publiques des SAG

L'influence de la couverture (ou la non-couverture) d'un SAG (d'un soin requis pour accéder à ce SAG, comme de l'épilation permanente pour une phalloplastie, par exemple) a été mentionné dans 3 des 4 entrevues de groupes :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique.

Cette opinion était majoritaire dans le groupe d'hormonothérapie et des bloqueurs d'hormones, ainsi que dans le groupe de mastectomie et réduction mammaire. La couverture d'un soin rendait son accès plus facile, tandis que la non-couverture compliquait ledit accès au soins d'affirmation de genre selon les participant-es. C'est un élément très lié avec le précédent (le coût des SAG).

#### 6.4.2.2.2. Nécessité de lettre-s de recommandation pour l'obtention d'un SAG

La nécessité des lettres de recommandations pour l'obtention d'un SAG a été mentionné à quelques reprises, agissant comme obstacle d'accès à celui-ci. Il y a 3 groupes qui en ont discuté :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur.

La majorité des participant-es de ces groupes partageait le même avis sur les lettres de recommandations.



Oui. Donc, moi, ce qui a été probablement le plus difficile pour moi, c'étaient les lettres de référence que le GrS me demandait. Pour moi, justement, en région, on n'a pas accès... il y a une grosse pénurie de gens qui n'ont pas accès à des médecins de famille ou des très, très, très longues listes pour avoir accès à un thérapeute tout court. Donc, vraiment, il a fallu que je paie de ma poche pour aller tout au privé, clinique privée. Même les cliniques privées en région, justement, sont absolument pleines. Elles ne prennent même plus de dossier. Il fallait monter [dans un grand centre urbain] pour aller voir des psychologues qui me donneraient les lettres pour la dysphorie de genre pour avoir accès au soin et des médecins généra[ux] que, eux autres, ils prennent la pression artérielle, et cetera, puis tout ça pour demander les lettres.

**Lance, pronom il, accords masculins - Chirurgies génitales et du système reproducteur**

#### 6.4.2.3. Prestataires de soins

Les thèmes qui suivent sont centrés sur des aspects qui sont en lien avec les prestataires de soins d'affirmation de genre, ainsi que le personnel connexe, tel que rapporté dans les entrevues de groupe.

##### 6.4.2.3.1. Incompréhension des médecins de famille

Les participant·es ont rapporté que leurs médecins de familles font souvent preuve d'incompréhension à l'égard de leur transitude. Cette perception d'incompréhension est ressortie dans toutes les entrevues de groupes, et était majoritaire dans les 3 groupes suivants :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur.

Dans l'entrevue de groupe concernant les soins non-couverts par l'assurance publique, il y a une personne qui a mentionné l'incompréhension des médecins de famille face à la patientèle trans.



Bien, moi, c'est sûr que ça revient à ma médecin de famille, là, que... bien [hésitations], un, elle ne savait pas ce qu'était juste la non-binarité. Mais comme ça, OK, fair (juste). Mais, après ça, c'est... elle ne savait pas trop où référer à des places. Ça, c'est une autre affaire. Mais, aussi, c'est... je pense, à chaque fois que je l'ai revue aussi après, elle me demande si je veux la chirurgie, the bottom surgery (chirurgie génitale), genre. Comme, elle aussi, dans sa tête, il faut toutes les faire. Puis, aussi, elle m'a posé des questions assez wack, d'un peu, genre, pourquoi je suis trans. Elle m'a demandé si c'était comme une affaire de couple, genre, comme si c'était genre avec mon mari de l'époque, si c'était genre c'était à cause de ça que je transitionnais. C'était assez... ouin, de la grosse incompréhension, borderline transphobie, là.

**Patrice, pronom il, accords masculins - Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones**

#### 6.4.2.3.2. Formation du personnel en SAG

Les participant·es ont rapporté que lorsqu'ils ont fait face à du personnel qui était suffisamment formé en SAG pour comprendre leurs besoins, cet aspect a exercé une influence positive sur leur expérience, et la qualité du soin reçu était bonne. Ce constat a été mentionné par tous les *focus groups*, et majoritaire dans les suivants :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique.



Les infirmières étaient vraiment sweet [au GrS]. Ça aussi, je ressens le besoin de le mentionner. Je n'ai pas vraiment vu mon chirurgien. J'ai vu mon anesthésiologiste un peu à cause de mon problème médical, mais les infirmières, elles étaient vraiment, vraiment gentilles, moi, quand je suis allé. Elles étaient vraiment efficaces puis je me suis vraiment senti en sécurité. Je n'avais pas l'impression d'avoir de la pression ou je n'étais pas stressé avant de faire ma chirurgie. 10 sur 10, le personnel infirmier, moi, quand je suis allé [au GrS].

**Lavande, tous pronoms et accords – Mastectomie et réduction mammaire**

#### 6.4.2.3.3. Perception de l'attitude des prestataires de soins mitigée

Pour ce qui est de l'expérience vécue de l'attitude des personnes donnant des soins, une variété d'expériences positives et négatives ont été vécues par les participant-es des entrevues de groupes. Ce constat mitigé a été mentionné dans 3 des entrevues :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique.

La majorité des participant-es dans les groupes des deux premiers groupes listés (*mastectomie et réduction mammaire; hormonothérapie et bloqueurs d'hormones*) ont rapporté sur les différences d'attitudes de professionnel-le en professionnel-le. Les expériences partagées durant l'entrevue sur l'hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones par la majorité des participant-es concernait l'attitude respectueuse des endocrinologues et leur utilisation du consentement éclairé, et le manque d'aide et d'empathie de la part des pharmaciennes pour les injections. Parmi les expériences partagées par la majorité des personnes dans l'entrevue de groupe sur la mastectomie et la réduction mammaire, la bonne attitude du personnel du GrS durant les soins

pré-opératoires est ressortie, ainsi que l'attitude plus froide et expéditive de ce même personnel directement après l'opération.



On dirait qu'il y a un petit peu un manque d'empathie, des fois, de la part du personnel [du GrS]. Dans le fond, moi, j'ai eu mes drains vraiment longtemps. Je m'étais fait dire que ça se pouvait vu que j'avais vraiment une forte poitrine. Ça fait que je les ai eus, au total, 25 jours. Après la première semaine, mon... le point de suture où mon drain gauche tenait, il a commencé à me faire vraiment, vraiment mal. J'ai contacté le GrS. Ça a été difficile parler à quelqu'un, mais j'ai réussi. C'est la maison... je ne me rappelle plus trop le nom, mais spécifiquement pour le suivi post-op (post-opératoire). J'ai réussi à les contacter. J'ai envoyé une photo. Elle dit « tout est beau ». Moi, ça faisait vraiment, vraiment mal. Quand je bougeais, j'avais l'impression de me faire poignarder. Mais c'est ça. Il fallait que j'attende que le niveau de liquide soit plus bas. [...] . Sauf que, après une semaine, j'étais comme cinq millilitres au-dessus de ce que je pourrais pour [le faire enlever]. Moi, je récris en mode « C'est douloureux. Je suis vraiment proche. Est-ce que je peux le faire enlever même si je suis un petit peu au-dessus, là? ». La personne m'a répondu « il faut le garder même si c'est inconfortable ». J'ai trouvé ça fucking insultant.

**Patrice. pronom il. accords masculins – Mastectomie et réduction mammaire**

#### 6.4.2.4. *Information sur le SAG*

Les thèmes qui suivent sont centrés sur des aspects qui sont en lien avec l'information qu'il est possible d'obtenir sur le processus des SAG.

##### 6.4.2.4.1. *Consentement éclairé*

Par rapport au consentement éclairé, il n'y a pas de constats clairs ou d'opinion partagée entre les groupes de discussion. Dans l'entrevue sur mastectomie et la réduction mammaire, la majorité des répondant-es s'entend sur le fait que la façon dont le GrS utilise le consentement éclairé est inadéquate. Plusieurs mentionnent la présence d'une clause obligatoire pour obtenir une chirurgie qui empêche un-e patiente de demander une révision qui va à l'encontre du

consentement libre, ainsi que le manque de transparence et d'information sur le processus de guérison.

Dans l'entrevue concernant l'hormonothérapie, plus de la moitié des participant·es mentionnent une bonne utilisation du consentement éclairé par les endocrinologues, ce qui est aussi le cas pour l'utilisation adéquate du consentement éclairé chez les orthophonistes mentionnés par la majorité des membres du groupes de discussion sur les soins non-couverts par l'assurance publique. Le consentement éclairé n'est mentionné que par une personne dans l'entrevue de groupe sur chirurgies génitales et du système reproducteur, qui relate son expérience avec un chirurgien au GrS leur ayant expliqué les détails et les résultats de la chirurgie ainsi que la possibilité d'alternatives.



Je sais que c'était nouveau quand, moi, j'ai fait ma chirurgie. Mais ils m'ont fait signer une feuille « consentement éclairé » disant « si je demande de ne pas tout enlever ou c'est juste une réduction, je signe pour dire que je ne demanderai jamais après... ». Je ne pourrai pas recevoir une mastectomie complète après. Je ne me rappelle plus la formulation de ta question, mais ils m'ont fait... C'était « consentement éclairé ». Mais, d'habitude, un consentement, c'est libre et éclairé pour être valide, en tout cas, dans ma tête. Je ne me sentais pas du tout libre de dire genre « oui, non, ça ne fait pas de sens, ce que vous me demandez ». [...] J'ai juste fait « fuck off, je vais demander qu'ils enlèvent tout à cause qu'ils m'ont fait signer le truc ». Mais je me sentais obligé. Je ne sais pas si, en bout de ligne, j'aurais décidé de faire tout enlever parce que je ne me suis pas laissé réfléchir à cette option-là. Il y a ça aussi. Puis, en fait, aussi, une des questions qui... pour l'hormonothérapie, tu y vas puis l'endocrinologue te fait le consentement éclairé, libre et éclairé, puis après ça, te donne le soin.

**Patrice, pronom il, accords masculins – Mastectomie et réduction mammaire**

#### 6.4.2.4.2. Satisfaction des SAG

La satisfaction des soins d'affirmations reçus a aussi été amené, plus spécifiquement le fait que le manque d'information sur les soins et leurs ramifications peut affecter cette satisfaction

lorsque ce manque d'information mène à des impacts non voulus sur l'apparence, la santé ou la qualité de vie. Malgré ces lacunes, les participant-es ont toutes insisté que de recevoir le SAG qui n'est pas leur résultat escompté est préféré à ne pas le recevoir du tout. Dans 3 des 4 entrevues de groupes cet enjeu a été mentionné :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique.

L'opinion était partagée par la majorité des participant-es dans ces groupes, sauf dans celui d'hormonothérapie et des bloqueurs d'hormones.



Je suis vraiment content des résultats. Je voulais le mettre explicitement. Je suis vraiment content d'avoir eu la chirurgie puis je suis vraiment content de ce que mon chest, il a l'air. C'est sûr que ce n'est pas exactement comme j'avais pensé puis j'ai des... j'ai un petit peu des dog ears dans mon dos, là, presque, des deux bords. C'est sûr que ça, j'ai hâte de voir ça va changer comment avec le temps parce qu'eux, ils sont genre « ça va s'aplatir d'ici un an ». J'ai hâte de voir l'année prochaine, hein. Mais mon chest en avant, je suis vraiment, tellement content. Puis, bref, je voulais mentionner que, même si ça avait été dur puis pas idéal, tout le processus, mais je suis vraiment content.

**Patrice, pronom il, accords masculins – Mastectomie et réduction mammaire**

#### 6.4.2.4.3. Transitionner.info

Transitionner.info est une ressource en ligne pour de l'information sur les SAGs et leurs voies d'accès respectives. Ce site a été développé par TransEstrée, et est particulièrement populaire pour les guides d'informations et d'autoréflexion sur l'hormonothérapie dite féminisante, ainsi que celle masculinisante. Ce site web a été mentionné dans 3 des groupes de discussions sur 4 :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;

- + Chirurgies génitales et du système reproducteur;
- + Soins non-couverts par l'assurance publique.

Dans l'entrevue sur la mastectomie et la réduction mammaire et celle sur les soins non-couverts, plus de la moitié des participant-es avait dit connaître cette ressource ou l'avoir utilisée, alors que dans celle sur les chirurgies génitales et du système reproducteurs, il y avait une personne qui la connaissait. La question n'a pas été posée dans le groupe d'hormonothérapie par erreur, alors il nous manque cette donnée.



Oui, je l'ai utilisé puis, oui, ça m'a aidé. Je l'ai utilisé principalement pour faire des recherches pour savoir si c'était une mastectomie que je voulais ou si c'était une réduction mammaire, puis c'étaient quoi, les différentes sortes de mastectomie qui étaient disponibles, puis c'était quoi, logiquement, celle que j'allais avoir. Oui, non, ça a été utile. Moi, je l'aime, ce site-là. Je l'ai utilisé pour d'autres choses dans ma transition aussi, là. Il est utile puis les informations étaient pertinentes, honnêtement.

**Lavande, tous pronoms et accords – Mastectomie et réduction mammaire**

#### 6.4.2.5. Soutien durant le processus des SAG par des non-prestataires

L'aide extérieure est aussi un élément facilitant l'accès aux SAG, tel que l'aide pour les démarches administrative, l'aide financière pour les coûts associés aux SAG, les déplacements, les injections et autres processus reliés aux SAG. Celui-ci est mentionné dans 3 des entrevues de groupes :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur;
- + Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones.

Dans le groupe de discussion sur l'hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones, l'impact de cet aide a été souligné par la majorité des participant-es. Dans le cas de celui concernant la

mastectomie et la réduction mammaire ainsi que celui sur les chirurgies génitales et des organes reproducteurs, moins de la moitié des personnes ont énoncé ce point.



Moi, j'ai vraiment été chanceux. Pour vrai, mes parents, ils ont des assurances qui couvrent beaucoup avec leur job. À ce niveau-là, moi, ça... je pense que, par trois mois, ça me coûtait peut-être 30 piastres, là. J'ai été vraiment chanceux à ce niveau-là. C'est sûr que payer le gaz pour le déplacement puis, tu sais, mes parents, ils me prêtaient le char, ça fait que, à ce niveau-là, j'ai été chanceux, mais tu sais, si je n'avais pas de char, j'aurais été dans la marde.

**Clément, pronom iel, accords masculins – Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones**

6.4.2.6. *Détection de violences médicales genrées, de «thérapies» de conversion, de violation des droits de la personne et de non-respect des standards de soin du WPATH dans le cadre de l'accès à des soins d'affirmation de genre au Québec.*

Un des objectifs de ces entrevues de groupe était la détection de différents types de violences à l'égard des participant-es pendant leur accès à leur-s SAG.

6.4.2.6.1. Tentative de conversion

Des expériences de tentative (ou «thérapie») de conversion ont été mentionnées dans 3 entrevues de groupes :

- + Mastectomie ou la réduction mammaire;
- + Chirurgies génitales et du système reproducteur;
- + Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones.

Dans chacune de ces entrevues, un-e des participant-e ont mentionné avoir vécu une thérapie de conversion. L'expérience de thérapie de conversion mise en avant durant l'entrevue sur les chirurgies génitales et du système reproducteur avait été à la demande des parents de cette personne.



La première fois que j'ai come out parce que, à ce jour, ils ne comprennent toujours pas puis ils ne l'acceptent toujours pas. Sans être agressifs, c'est juste, ils sont toujours comme « c'est son affaire bizarre à Nelou puis tout ça ». J'avais vu un psychologue, vraiment pour autre chose pas rapport avec mon genre. Puis ma mère, elle me l'a dit par la suite, mais elle est allée voir le psy, par elle-même avec mon père, pour lui demander de me faire comprendre que je ne suis pas vraiment non binaire, genderfluid (fluide dans le genre), que c'est plus un effet de monde parce que mes ami-es... Je commençais à avoir des ami-es plus queer à ce moment-là, ou qui s'affirmaient plus queer, que c'est juste un effet de mode, que je ne le suis pas vraiment puis tout ça.

**Nelou, pronom elle, accords féminins – Chirurgies génitales et du système reproducteur**

#### 6.4.2.6.2. Inconforts vécus

Les types et contextes d'inconfort vécus dans le contexte des SAG reçus varient à travers les multiples groupes de discussion, et aucune de ces expériences corrèlent de façon particulière parmi les 4 groupes. Cependant, des similarités existent entre certaines combinaisons de 2 de ces groupes.

La majorité des participant-es à l'entrevue sur la mastectomie et la réduction mammaire mentionne des expériences d'inconforts lié au processus de gestion administrative du GrS, ce qui vient rejoindre une mention de processus administratif complexe incluant du ménageage vecu par un-e des participant-es l'entrevue sur l'hormonothérapie et les bloqueurs d'hormones.

Pareillement, des questions inconfortables ont été reçues de la part de leur médecin de familles par un-e de participant-es à l'entrevue sur l'hormonothérapie et venant de leur esthéticienne chez un-e de participant-es à l'entrevue sur les soins non-couverts par l'assurance publique.



C'est vrai qu'ils essaient de se débarrasser de toi vite puis ils ne veulent pas que tu occupes un lit longtemps, ce qui est un peu étrange... Mais [le GrS] ont le monopole. Clairement, ils ont vraiment beaucoup de monde. Mais, en même temps, c'est un problème en tant que tel qu'ils aient le monopole. Ça ne fait aucun sens que ça soit la seule clinique à gérer ça. Ça fait des services rapides, des fois botchés, qui causent beaucoup de problèmes différents à beaucoup de monde.

**Lavande, tous pronoms et accords – Mastectomie et réduction mammaire**



Pour le laser, j'ai vécu plusieurs choses vraiment bizarres avant de trouver le bon endroit. Quand j'ai fait le visage, je l'ai fait, mais c'était que, quand il me parlait au féminin ou, je ne sais pas, il me parlait au neutre. Mais quand ils se parlaient entre eux, ils référaient à moi au masculin. On était dans la même salle. Et ça faisait 8 séances qu'il a fait. Mais je suis devant et je suis comme « mais c'est elle ». C'est comme un malaise.

**Julie, pronom elle, accords féminins – Soins non-couverts par l'assurance publique**

## 7. Retombées

### 7.1. Liste de SAG qui doivent bénéficier de façon urgente de la construction de voies d'accès de services

---

#### 7.1.1. Questionnaire en ligne

Dans le questionnaire en ligne, les participant·es ont répondu à la question suivante :

*«Quel·s soin·s d'affirmation de genre avez-vous reçu depuis que vous habitez au Québec?»*

Voici les 5 SAG les plus obtenus, en ordre décroissant, par proportion des participant-es ayant reçu un SAG:

- + Hormonothérapie (93%)
- + Mastectomie (41%)
- + Épilation définitive (23%)
- + Bloqueurs d'hormones (19%)
- + Ovario-hystérectomie (14%)

Dans le questionnaire en ligne, les participant-es ont aussi répondu à la question suivante :

*«Quel soin d'affirmation de genre-s désirez-vous accéder auquel vous n'avez jusqu'à présent pas eu accès ?»*

Voici les 5 SAG les plus désirés mais non-obtenus, en ordre décroissant, par proportion des participant-es désirant un SAG:

- + Mastectomie (32%)
- + Ovario-hystérectomie (23%)
- + Hormonothérapie (22%)
- + Métoïdioplastie, phalloplastie, vaginectomie, scrotoplastie ou insertion d'implants (20%)
- + Chirurgies faciales (14%) //vaginoplastie (14%)

## **7.1.2. Entrevues individuelles avec des personnes de la diversité de genre des régions ayant vécu des formes d'inconforts durant l'accès à des SAG**

Dans les entrevues individuelles avec des personnes TNBQ ayant vécu un événement d'inconfort durant l'accès ou la tentative d'accès à leur SAG, les participant-es ont répondu à la question suivante :

«Quels SAG devraient être identifiés comme devant bénéficier de façon urgente d'un meilleur accès?»

Voici les réponses des participant-es :

- + Hormonothérapie (6)
- + Tous les SAG (5)
- + Lettre de recommandation (3) // Mastectomie (3)
- + Épilation définitive (2)
- + Augmentation mammaire (1) // Préservation de la fertilité (1) // Orthophonie (1) // Matériels d'affirmation de genre (1) // Ovario-hystérectomie (1) // Nuloplastie (1)

### **7.1.3. Entrevues avec des professionnel·les offrant des SAG**

Dans les entrevues individuelles avec des professionnel·les prodiguant des SAG, les participant-es ont répondu à la question suivante :

«Quels SAG devraient être identifiés comme devant bénéficier de façon urgente d'un meilleur accès?»

Voici les réponses des participant-es :







- + Toute chirurgie en SAG (3) // Hormonothérapie et bloqueurs d'hormones (3)
- + Tous les SAG (2)
- + Suivi sexologique lorsque nécessaire dans le cadre d'accès au SAG (1) // Ne sais pas (1)

### **7.1.4. Liste en ordre de priorité croisé des SAG nécessitant d'un meilleur corridor d'accès**

 Hormonothérapie

 Mastectomie

 Métoidioplastie, phalloplastie, vaginectomie, scrotoplastie ou insertion d'implants






-  Tous les SAG
-  Bloqueurs d'hormones
-  Ovario-hystérectomie
-  Augmentation mammaire
-  Chirurgie faciale
-  Épilation définitive

En soulignant que l'accès à tous les SAG de façon générale est difficile, il faut miser sur l'amélioration de l'accès de tous les SAG sur le territoire du Québec.

## 7.2. Liste d'obstacles systémiques durant l'obtention d'un SAG

---

Dans les trois des méthodes (*questionnaire en ligne, entrevues sur les événements d'inconfort lors d'accès au SAG vécus par les personnes TNBQ, entrevues avec les professionnel·les offrant des SAG*) au moins une personne participante de chaque méthode a indiqué que les obstacles systémiques suivants rendent plus difficile l'accès à des SAG :

-  transphobie;
-  racisme;
-  sexisme;
-  classisme;
-  âgisme.

Dans deux des méthodes (*questionnaire en ligne, entrevues sur les événements d'inconfort lors d'accès au SAG vécus par les personnes TNBQ*) au moins une personne participante de chaque

méthode a indiqué que les obstacles systémiques suivants rendent plus difficile l'accès à des SAG :

🌈 capacitisme;

🌈 grossophobie;

🌈 colonialisme.

Dans deux des autres méthodes (*entrevues sur les événements d'inconfort lors d'accès au SAG vécus par les personnes TNBQ, entrevues avec les professionnel·les offrant des SAG*) au moins une personne participante de chaque méthode a indiqué que les obstacles systémiques suivants rendent plus difficile l'accès à des SAG :

🌈 être à la croisée d'intersections sociales entraînant plus de situations de vulnérabilisation.

### 7.3. Cibles de formation spécifique pour améliorer la qualité des SAG

---

Les cibles de formation spécifique, la plupart s'adressant aux prodigueurices des SAG ou la structure les encadrant ont été détaillées dans l'article publié en ligne :

**Professionnel·les et personnel connexe en soins d'affirmation de genre : cibles de formation et recommandations à la suite du projet de recherche communautaire AJUSTER.**

Visiter la page du projet de recherche communautaire AJUSTER pour consulter notre article sur les cibles de formation:

<https://transestrie.org/fr/recherche/ajuster/>

Basée sur les 3 méthodes d'entrevues qualitatives du projet, ci-dessous se trouve la liste des 4 cibles de formations qui sont ressorties pour améliorer la qualité des SAG :

- 🌈 Normaliser une patientèle TNBQ et la transidentité auprès des professionnel·les pouvant offrir des SAG;
- 🌈 Préconiser un accompagnement empathique et ancré dans l'écoute-active;
- 🌈 Assurer une maîtrise des connaissances de base concernant les SAG;
- 🌈 Éviter et sensibiliser face aux morinomage et mégenrage, et apprendre comment réagir lorsqu'il y a une erreur.

## 8. Références bibliographiques

Visiter la page du projet de recherche communautaire AJUSTER pour consulter notre revue de littérature:

<https://transestrie.org/fr/recherche/ajuster/>

Amiot, C., Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M. A., Tchango Ngalé, G. A., Bélanger, F., & Manzano, G. (2024). *Résultats de l'enquête sur les besoins et priorités d'interventions médicales et esthétiques des personnes trans et non binaires résidant au Québec* (32pg).

Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *RECHERCHES QUALITATIVES*, 28(1), 133-148.

Brisson, C. (2023). *Vers une conceptualisation du phénomène des violences médicales : une revue critique interprétative de la littérature* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].

Braun, V. et Clarke, V. (2006). *Utilisation de l'analyse thématique en psychologie*. *Recherche qualitative en psychologie*, 3(2), 77-101.  
10.1191/1478088706qp063oa.hdl:2027.42/138221.S2CID10075179.

- Braun, V. et Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1 S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collins, P. H., Da Silva, E. C. G., Ergun, E., Furseth, I., Bond, K. D., & Martínez-Palacios, J. (2021). Intersectionality as Critical Social Theory: Intersectionality as Critical Social Theory, Patricia Hill Collins, Duke University Press, 2019. *Contemporary Political Theory*, 20(3), 690 725. <https://doi.org/10.1057/s41296-021-00490-0>
- Comeau, D., Johnson, C., & Bouhamdani, N. (2023). Review of current 2SLGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Frontiers in Public Health*, 11, 1183284. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183284>
- Côté, C. (2023). La fatigue de compassion dans une société capitaliste et patriarcale. *Nouveaux Cahiers du socialisme, Capitalisme, colonialisme, patriarcat et intersectionnalité des mal-être*(20), 34 40.
- Cotton, J.-C., Corff, Y. L., Martin-Storey, A., Michaud, A., & Séré Beauguesne Lévesque. (2021). *Parcours de transition et bien-être psychosocial des personnes trans, non-binaires ou en questionnement identitaire de genre - Résultats d'une enquête québécoise*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.21134.89927/2>
- Cotton, J. C., Martin-Storey, A., Le Corff, Y., Michaud, A., Beauguesne Lévesque, S. G., Charron, M., Garneau, M., & Roy, S. (2022). DÉMARCHES DE TRANSITION CHEZ LES PERSONNES TRANS ET NON-BINAIRES : ENTRE MIEUX-ÊTRE ET DISCRIMINATION. *Revue québécoise de psychologie*, 43(3), 27. <https://doi.org/10.7202/1094890ar>

- Gallagher, M. W. (2012). Self-Efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior* (p. 314-320). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00312-8>
- Lapointe, P.-A. (2022). Recadrage critique du récit managérial des mutations organisationnelles : l'introduction du lean et la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD du Québec. *Ad machina*, 6, 196-218. <https://doi.org/10.1522/radm.no6.1510>
- Pullen Sansfaçon, A., Ou Jin Lee, E., Manning, K., & Bastien-Charlebois, J. (2020). *Ce qui facilite ou complique le bien-être des jeunes personnes trans au Québec*.
- Pullen-Sansfaçon, A., & Medico-Vergriete, D. (2021). *Jeunes trans et non binaires : de l'accompagnement à l'affirmation*. Les Éditions du Remue-ménage.
- Reisner, S. L., Conron, K., Scout, N., Mimiaga, M. J., Haneuse, S. et Austin, S. B. (2014). Comparing in-person and online survey respondents in the US National Transgender Discrimination Survey: Implications for transgender health research. *LGBT Health*, 1(2), 98-106.
- SAVIE-LGBTQ, É. de recherche. (2022b). *Portrait des personnes non-binaires du Québec* [Résultat de projet].
- Sensoy, O., & DiAngelo, R. J. (2012). *Is everyone really equal? : an introduction to key concepts in social justice education*. Teachers College Press.
- Scheim, A. I., Coleman, T., Lachowsky, N., & Bauer, G. R. (2021). Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 9(4), E1213-E1222. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210061>
- Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). (2022). *Diversité de genre, État des connaissances : Changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclusif (volet 1), constats et Plan de transfert des connaissances*.

- Weisdorf, T., Organeck, A. J., & Bauld, H. (2023). Should all family physicians provide gender-affirming primary care? *Canadian Family Physician*, 69(6), 415-417. <https://doi.org/10.46747/cfp.6906415>
- Abramovich, A., De Oliveira, C., Kiran, T., Iwajomo, T., Ross, L. E., & Kurdyak, P. (2020). Assessment of Health Conditions and Health Service Use Among Transgender Patients in Canada. *JAMA Network Open*, 3(8), e2015036. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15036>
- Agénor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: patient and provider perspectives. *Culture, Health & Sexuality*, 18(10), 1192-1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>
- Ahmad, T., Lafreniere, A., & Gynspan, D. (2019). Incorporating Transition-Affirming Language into Anatomical Pathology Reporting for Gender Affirmation Surgery. *Transgender Health*, 4(1), 335-338. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0026>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Aryanpour, Z., Min-Tran, D., Ghafoor, E., Wojcik, C., & Peters, B. R. (2023). Are We Teaching Evidence-Based and Inclusive Practices in Gender-Affirming Care? Perspectives From Plastic Surgery In-Service Examinations. *Journal of Graduate Medical Education*, 15(5), 587-591. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00611.1>

- Augustaitis, L., Merrill, L. A., Gamarel, K. E., & Haimson, O. L. (2021). Online Transgender Health Information Seeking: Facilitators, Barriers, and Future Directions. *Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1-14. <https://doi.org/10.1145/3411764.3445091>
- Austin, A., Craig, S. L., Navega, N., & McInroy, L. B. (2020). It's my safe space: The life-saving role of the internet in the lives of transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 33-44. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1700202>
- Baker, K., & Beagan, B. (2014). Making Assumptions, Making Space: An Anthropological Critique of Cultural Competency and Its Relevance to Queer Patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(4), 578-598. <https://doi.org/10.1111/maq.12129>
- Baldwin, A., Dodge, B., Schick, V. R., Light, B., Scharrs, P. W., Herbenick, D., & Fortenberry, J. D. (2018). Transgender and Genderqueer Individuals' Experiences with Health Care Providers: What's Working, What's Not, and Where Do We Go from Here? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(4), 1300-1318. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0097>
- Barry, K. M., & Levi, J. L. (2019). The Future of Disability Rights Protections for Transgender People. *Touro Law Review*, 35(1), 47. <https://digitalcommons.tourolaw.edu/lawreview/vol35/iss1/5>
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Zong, X., Scheim, A. I., Hammond, R., & Thind, A. (2015). Factors Impacting Transgender Patients' Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven

Sampling Survey. *PLOS ONE*, 10(12), e0145046.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145046>

Baumann, A., & Crea-Arsenio, M. (2023). The Crisis in the Nursing Labour Market: Canadian Policy Perspectives. *Healthcare*, 11(13), 1954. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131954>

Bergeron, J., Bourassa, L., Généreux, M., Goupil, J.-P., Lemelin, R., Noël, Y., & Paradis, A. (2022). *Enquête sur la santé psychologique des 12-25 ans* (26 pages). Université de Sherbrooke.

Blaszczak, J., Wiener, S., Plegue, M., Shumer, D., Shatzer, J., & Hernandez, A. (2024). Evaluating the effectiveness of an online curriculum on caring for transgender and nonbinary patients. *Medical Education Online*, 29(1), 2311481. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2311481>

Blodgett, N., Coughlan, R., & Khullar, N. (2017). Overcoming the barriers in transgender healthcare in rural Ontario: discourses of personal agency, resilience, and empowerment. *International Social Science Journal*, 67(225-226), 83-95. <https://doi.org/10.1111/issj.12162>

Bohns, V. K., & Flynn, F. J. (2010). "Why didn't you just ask?" Underestimating the discomfort of help-seeking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(2), 402-409. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.12.015>

Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso Moussilao, N., Ouendo, E. M., Napo Koura, F., Houinato, D., Kapo-Chichi, J., Makoutodé, M., Matongo, H. A., Ibara, J. R., & Assori-Itoua-Ngaporo. (2015). Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats: *Hegel*, N° 1(1), 23-28. <https://doi.org/10.3917/heg.051.0023>

Bouman, W. P., Thorne, N., & Arcelus, J. (2023). Nonbinary gender identities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 88, 102338. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102338>

- Brown, C., Keller, C. J., Brownfield, J. M., & Lee, R. (2017). Predicting Trans-Inclusive Attitudes of Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 56(11), 660-669. <https://doi.org/10.3928/01484834-20171020-05>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., García Nieto, I., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 218-229. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Cabarat, M. (2023). Transitions de genre durant la jeunesse : controverses nord-américaines: *Mouvements*, n° 115(3), 110-117. <https://doi.org/10.3917/mouv.115.0110>
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M., & Scott, M. (2015). Does your organization use gender inclusive forms? Nurses' confusion about trans\* terminology. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3306-3317. <https://doi.org/10.1111/jocn.12942>
- Carlile, A., Butteriss, E., & Sansfaçon, A. P. (2021). "It's like my kid came back overnight": Experiences of trans and non-binary young people and their families seeking, finding and engaging with clinical care in England. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 412-424. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1870188>
- Carrier, L., Dame, J., & Lane, J. (2020). Two-Spirit Identity and Indigenous Conceptualization of Gender and Sexuality: Implications for Nursing Practice. *Creative Nursing*, 26(2), 96-100. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-19-00091>
- Chang, B. L., Sayyed, A. A., Haffner, Z. K., Deldar, R., Mondshine, J., Hill, A., & Del Corral, G. A. (2023). Perioperative misgendering experiences in patients undergoing gender-affirming surgery: a call for a gender-inclusive healthcare environment. *European Journal of Plastic Surgery*, 46(4), 573-581. <https://doi.org/10.1007/s00238-022-02040-2>

- Chang, S. C., Singh, A. A., & dickey, lore m. (2018). A clinician's guide to gender-affirming care: working with transgender and gender-nonconforming clients : a comprehensive resource for mental health professionals, educators & students. *Context Press*.
- Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158-169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. D., Lunn, M. R., Bosse, J. D., Sevelius, J. M., Dawson-Rose, C., Weiss, S. J., Lubensky, M. E., Obedin-Maliver, J., & Flentje, A. (2023). Societal stigma and mistreatment in healthcare among gender minority people: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01975-7>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collège des médecins du Québec. (2023). *Sécurisation culturelle et soins de santé - Rebâtir la confiance* [Ordre des médecins du QC]. Actualités. <https://www.cmq.org/fr/actualites/securisation-culturelle-confiance>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2)*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Costa, D. (2023). Transgender Health between Barriers: A Scoping Review and Integrated Strategies. *Societies*, 13(5), 125. <https://doi.org/10.3390/soc13050125>

- Cotton, J.-C., Nadeau, S., Brodeur, M., Mathé-Manuel Daigneault, & Bélisle, R. (2023). *Santé psychologique et émotionnelle des personnes de la diversité sexuelle et de genre : ressources de soutien utilisées et degré de satisfaction*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20670.46407>
- Daly, A., & Champion, J. D. (2021). Creating inclusive health care environments: Health care stories from the trans population. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(6), 451-458. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000383>
- D'Emilio, J., Turner, W. B., & Vaid, U. (Éds.). (2000). *Creating change: sexuality, public policy, and civil rights* (1. ed). St. Martin's Press.
- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S., & Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
- Easterling, L., & Byram, J. (2022). Shifting language for shifting anatomy: Using inclusive anatomical language to support transgender and nonbinary identities. *The Anatomical Record*, 305(4), 983-991. <https://doi.org/10.1002/ar.24862>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 215824401452263. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Enriquez, M. C., Chamberland, L., Dumas, J., & Lévy, J. J. (2017). Les usages santé d'Internet par les personnes trans au Canada: La constitution d'une expertise collective et militante. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(1), 49-65. <https://doi.org/10.7202/1039173ar>
- Everhart, A. R., Gamarel, K. E., & Haimson, O. L. (2024). Technology for transgender healthcare: Access, precarity & community care. *Social Science & Medicine*, 345, 116713. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116713>

- Eyssele, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLOS ONE*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Filimonov, A. K., Gates, A. R., Allos, A. N., Billings, H. J., Goldina, A., & Wisco, J. J. (2023). A Call to Action for Improving LGBTQIA2S+ Inclusive Policies and Practices in Educating Science and Medical Professionals. *Medical Science Educator*, 33(3), 767-772. <https://doi.org/10.1007/s40670-023-01797-w>
- Fowler, J. A., Warzywoda, S., Franks, N., Mendis, M., Lazarou, M., Bisshop, F., Wood, P., & Dean, J. A. (2023). Highs, Lows, and Hormones: A Qualitative Metasynthesis of Transgender Individuals' Experiences Undergoing Gender-Affirming Hormone Therapy. *Journal of Homosexuality*, 1-32. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2186759>
- François, J., & Audrain-Pontevia, A.-F. (2020). La santé numérique : un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & territoires*, 29(3), 41-55. <https://doi.org/10.1522/revueot.v29n3.1196>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>
- G. Rider, N., Caso, T. J., Czech, S., & Karasic, D. H. (2022). Terminology in Transgender Medicine. Dans M. Van Trotsenburg, R. A. C. Luikenaar, & M. C. Merigiola (Éds.), *Context, Principles and Practice of TransGynecology* (1re éd., p. 2-8). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108899987.004>
- Gerritse, K., Martens, C., Bremmer, M. A., Kreukels, B. P. C., De Boer, F., & Molewijk, B. C. (2022). Sharing decisions amid uncertainties: a qualitative interview study of healthcare professionals' ethical challenges and norms regarding decision-making in gender-

affirming medical care. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00880-y>

Gerritse, K., Martens, C., Bremmer, M. A., Kreukels, B. P. C., De Boer, F., & Molewijk, B. C. (2023). "I Should've Been Able to Decide for Myself, but I Didn't Want to Be Left Alone." A Qualitative Interview Study of Clients' Ethical Challenges and Norms Regarding Decision-Making in Gender-Affirming Medical Care. *Journal of Homosexuality*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2201972>

Giblon, R. E. (2016). *Inequalities in Social Determinants of Health in the Ontario Transgender Population* [Thesis]. University of Western Ontario.

Gieles, N. C., Zinsmeister, M., Pulles, S., Harleman, A., Van Heesewijk, J., & Muntinga, M. (2023). 'The medical world is very good at cis people, but trans is a specialisation'. Experiences of transgender and non-binary people with accessing primary sexual and reproductive healthcare services in the Netherlands. *Global Public Health*, 18(1), 2246059. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2246059>

Goldenberg, T., Jadwin-Cakmak, L., Popoff, E., Reisner, S. L., Campbell, B. A., & Harper, G. W. (2019). Stigma, Gender Affirmation, and Primary Healthcare Use Among Black Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(4), 483-490. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.029>

Goldfarb, R., Katz, M. A., Travers, R., Poliwoda, J., Sadri-Gerrior, M., Valiant, C., Murugan, A. A., Tang, J., Henry, G., & Coleman, T. (2024). "They just knew, and that makes all the difference": understanding positive healthcare experiences among trans people in Canada. *International Journal of Transgender Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2305196>

Hana, T., Butler, K., Young, L. T., Zamora, G., & Lam, J. S. H. (2021). Transgender health in medical education. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(4), 296-303. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.249086>

- Hascher, K., Jaiswal, J., LoSchiavo, C., Ezell, J., Duffalo, D., Greene, R. E., Cox, A., Burton, W. M., Griffin, M., John, T., Grin, B., & Halkitis, P. N. (2024). Lack of Informed and Affirming Healthcare for Sexual Minority Men: A Call for Patient-Centered Care. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08635-8>
- Hastings, J., Bobb, C., Wolfe, M., Amaro Jimenez, Z., & Amand, C. St. (2021). Medical Care for Nonbinary Youth: Individualized Gender Care Beyond a Binary Framework. *Pediatric Annals*, 50(9). <https://doi.org/10.3928/19382359-20210818-03>
- Heiden-Rootes, K., Meyer, D., Sledge, R., Davis, B. K., Drallmeier, T., Linsenmeyer, W., Levine, S., & Dalton, M. R. (2023). Seeking gender-affirming medical care: A phenomenological inquiry on skillful coping with transgender and non-binary adults in the United States Midwest. *Qualitative Research in Medicine and Healthcare*, 7(3). <https://doi.org/10.4081/qrmh.2023.11485>
- Hines, D. D., Laury, E. R., & Habermann, B. (2019). They Just Don't Get Me: A Qualitative Analysis of Transgender Women's Health Care Experiences and Clinician Interactions. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(5), e82-e95. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000023>
- Holland, D., White, L. C. J., Pantelic, M., & Llewellyn, C. (2024). The experiences of transgender and nonbinary adults in primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice*, 30(1), 2296571. <https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2296571>
- Hudson, K. D. (2019). (Un)doing Transmisogynist Stigma in Health Care Settings: Experiences of Ten Transgender Women of Color. *Journal of Progressive Human Services*, 30(1), 69-87. <https://doi.org/10.1080/10428232.2017.1412768>
- Inman, E. M., Obedin-Maliver, J., Ragosta, S., Hastings, J., Berry, J., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., Stoeffler, A., Dastur, Z., & Moseson, H. (2023). Reports of Negative Interactions with Healthcare Providers among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People assigned Female at Birth in the United States: Results from an

Online, Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 6007. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116007>

Inman, E., Stelmak, D., Kobernik, E. K., Andino, J. J., Stroumsa, D., Moravek, M. B., & Randolph, J. F. (2022). Patient Preferences for Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Transgender Health*, 7(1), 85-91. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0125>

Jaffee, K. D., Shires, D. A., & Stroumsa, D. (2016). Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Medical Care*, 54(11), 1010-1016. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000583>

Janeja, M. K., & Bandak, A. (Éds.). (2018). *Ethnographies of waiting: doubt, hope and uncertainty*. Bloomsbury Academic, an imprint of Bloomsbury Publishing, Plc.

Joy, P., Thomas, A., & Aston, M. (2022). Compassionate Discourses: A Qualitative Study Exploring How Compassion Can Transform Healthcare for 2SLGBTQ+ People. *Qualitative Health Research*, 32(10), 1514-1526. <https://doi.org/10.1177/10497323221110701>

Juarez, P. D., Ramesh, A., Reuben, J. S., Radix, A. E., Holder, C. L., Brown, K. Y., Tabatabai, M., & Matthews-Juarez, P. (2023). Transforming Medical Education to Provide Gender-Affirming Care for Transgender and Gender-Diverse Patients: A Policy Brief. *The Annals of Family Medicine*, 21(Suppl 2), S92-S94. <https://doi.org/10.1370/afm.2926>

Jung, C., Hunter, A., Saleh, M., Quinn, G. P., & Nippita, S. (2023). Breaking the Binary: How Clinicians Can Ensure Everyone Receives High Quality Reproductive Health Services. *Open Access Journal of Contraception*, Volume 14, 23-39. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S368621>

JusticeTrans. (2022). *Points de vue 2STNBNCG sur l'accès à la justice* ( 128 pages). JusticeTrans.

- Kattari, S. K., Atteberry-Ash, B., Kinney, M. K., Walls, N. E., & Kattari, L. (2019). One size does not fit all: differential transgender health experiences. *Social Work in Health Care*, 58(9), 899-917. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1677279>
- Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(4), 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014>
- Kattari, S. K., Bakko, M., Langenderfer-Magruder, L., & Holloway, B. T. (2021). Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP13054-NP13076. <https://doi.org/10.1177/0886260520905091>
- Kattari, S. K., Call, J., Holloway, B. T., Kattari, L., & Seelman, K. L. (2021). Exploring the Experiences of Transgender and Gender Diverse Adults in Accessing a Trans Knowledgeable Primary Care Physician. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13057. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413057>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., & Speer, S. R. (2017). Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender Nonconforming Individuals by (Dis)Ability. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 16(2), 116-140. <https://doi.org/10.1080/1536710X.2017.1299661>
- Kcomt, L. (2019). *Factors Affecting Health Care Access among Transgender People in the United States* [Dissertation]. University of Windsor.
- Kearns, S., Kroll, T., O'Shea, D., & Neff, K. (2021). Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta-ethnography. *PLoS ONE*, 16(9), e0257194. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257194>
- Kellett, P., & Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nursing Inquiry*, 24(1), e12146. <https://doi.org/10.1111/nin.12146>

- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Gender Affirming Medical Treatment Desire and Treatment Motives in Binary and Non-Binary Transgender Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(7), 1173-1184. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.03.603>
- Klein, A., & Golub, S. A. (2020). Enhancing Gender-Affirming Provider Communication to Increase Health Care Access and Utilization Among Transgender Men and Trans-Masculine Non-Binary Individuals. *LGBT Health*, 7(6), 292-304. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0294>
- Knochel, K. A., & Flunker, D. (2021). Long-Term Care Expectations and Plans of Transgender and Nonbinary Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 40(11), 1542-1550. <https://doi.org/10.1177/0733464821992919>
- Knudson, G. A., Feldman, J., Neira, P., & Fraser, L. (2023). Closing the gap in education: Raising medical professionals' knowledge and attitudes in transgender health. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 89, 102339. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102339>
- Knutson, D., Martyr, M. A., Mitchell, T. A., Arthur, T., & Koch, J. M. (2018). Recommendations from Transgender Healthcare Consumers in Rural Areas. *Transgender Health*, 3(1), 109-117. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0052>
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Koehler, A., Strauss, B., Briken, P., Fisch, M., Soave, A., Riechardt, S., & Nieder, T. O. (2023). Exploring the Relationship between (De-)Centralized Health Care Delivery, Client-Centeredness, and Health Outcomes—Results of a Retrospective, Single-Center Study of Transgender People Undergoing Vaginoplasty. *Healthcare*, 11(12), 1746. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121746>

- Kronk, C. A., Everhart, A. R., Ashley, F., Thompson, H. M., Schall, T. E., Goetz, T. G., Hiatt, L., Derrick, Z., Queen, R., Ram, A., Guthman, E. M., Danforth, O. M., Lett, E., Potter, E., Sun, S. D., Marshall, Z., & Karnoski, R. (2022). Transgender data collection in the electronic health record: Current concepts and issues. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(2), 271-284. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab136>
- Lacombe-Duncan, A., Hughson, L., Kay, E. S., Duncan, S., & Willbrandt, C. (2023). Peer-based interventions to support transgender and gender diverse people's health and healthcare access: A scoping review. *International Journal of Transgender Health*, 1-31. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2232353>
- Lane, R. (2019). Developing inclusive primary care for trans, gender-diverse and nonbinary people. *Canadian Medical Association Journal*, 191(3), E61-E62. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190011>
- Larson, E. B. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), 1100. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
- Laungani, A., Sapin Leduc, A., Potts, E., Nguyen, D., Beaupré, H., & Brassard, P. (2023). GrS Montréal : un hôpital privé spécialisé en chirurgie d'affirmation de genre au Canada. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 68(5-6), 419-429. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2023.06.006>
- Laurin, S. (2023). Transgender Healthcare in Canada. Dans L. E. Reimer & K. Standish (Éds.), *Perspectives on Justice, Indigeneity, Gender, and Security in Human Rights Research* (p. 155-170). Springer Nature Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-99-1930-7\\_8](https://doi.org/10.1007/978-981-99-1930-7_8)
- Loi Constitutionnelle de 1982 (1982).
- Lawson, Z., Davies, S., Harmon, S., Williams, M., Billawa, S., Holmes, R., Huckridge, J., Kelly, P., MacIntyre-Harrison, J., Neill, S., Song-Chase, A., Ward, H., & Yates, M. (2023). A human

rights based approach to transgender and gender expansive health. *Clinical Psychology Forum*, 1(369), 91-106. <https://doi.org/10.53841/bpscpf.2023.1.369.91>

Lee, J. L., Huffman, M., Rattray, N. A., Carnahan, J. L., Fortenberry, J. D., Fogel, J. M., Weiner, M., & Matthias, M. S. (2022). "I Don't Want to Spend the Rest of my Life Only Going to a Gender Wellness Clinic": Healthcare Experiences of Patients of a Comprehensive Transgender Clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 37(13), 3396-3403. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07408-5>

Lerner, J. E. (2022). Educating "Helping" Professional Students to "Help" Trans People Navigate Their Health Care Needs: A Review of Recent Literature. *Journal of Homosexuality*, 69(14), 2483-2512. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1943278>

Loo, S., Almazan, A. N., Vedilago, V., Stott, B., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2021). Understanding community member and health care professional perspectives on gender-affirming care—A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(8), e0255568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255568>

Lowik, A. J. (2023). "I Gender Normed as Much as I Could": Exploring Nonbinary People's Identity Disclosure and Concealment Strategies in Reproductive Health Care Spaces. *Women's Reproductive Health*, 10(4), 531-549. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2150106>

Lynne-Joseph, A. (2023). "As a clinician, you have to be passionately involved": Advocacy and professional responsibility in gender-affirming healthcare. *Social Science & Medicine*, 321, 115788. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115788>

MacDougall, H., Henning-Smith, C., Gonzales, G., & Ott, A. (2024). Access to Health Care for Transgender and Gender-Diverse Adults in Urban and Rural Areas in the United States. *Medical Care Research and Review*, 81(1), 68-77. <https://doi.org/10.1177/10775587231191649>

- MacKinnon, K. R. (2019). Standardizing Injustice in Transition-related Medicine?: An Institutional Ethnography of How Assessment Protocols Coordinate Inequitable Access to Hormones and Surgeries in Canada [Dissertation]. University of Toronto.
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Enxuga, G., Kia, H., Abramovich, A., Lam, J. S. H., & Ross, L. E. (2023). Exploring the gender care experiences and perspectives of individuals who discontinued their transition or detransitioned in Canada. *PLOS ONE*, 18(11), e0293868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293868>
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2020). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7-18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>
- MacKinnon, K. R., Tarasoff, L. A., & Kia, H. (2016). Predisposing, reinforcing, and enabling factors of trans-positive clinical behavior change: A summary of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 83-92. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1179156>
- Mayer, T. K., Becker-Hebly, I., Elaut, E., Heylens, G., Kreukels, B. P. C., & Nieder, T. O. (2023). Desired decision-making role and treatment satisfaction among trans people during medical transition: results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(6), 893-904. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad039>
- McSky, K. Z., Lin, A. L., & Tanski, M. E. (2023). Transgender and Gender Nonbinary Patient Experiences in the Emergency Department: A Regional Study. *Transgender Health*, 8(3), 238-245. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0040>

- Meer, T., & Müller, A. (2017). "They treat us like we're not there": Queer bodies and the social production of healthcare spaces. *Health & Place*, 45, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.010>
- Metastasio, A., Negri, A., Martinotti, G., & Corazza, O. (2018). Transitioning Bodies. The Case of Self-Prescribing Sexual Hormones in Gender Affirmation in Individuals Attending Psychiatric Services. *Brain Sciences*, 8(5), 88. <https://doi.org/10.3390/brainsci8050088>
- Meyer, G. (2022). Black Transgender Women's Barriers to Gender Affirmation in Healthcare [Other]. <https://doi.org/10.14293/S2199-1006.1.SOR-.PP4U5UG.v1>
- Milionis, C., Koukkou, E., & Ilias, I. (2022). Conundrums in the Medical Treatment of Transgender Persons. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders - Drug Targets*, 22(8), 795-797. <https://doi.org/10.2174/1871530322666220223161227>
- Mitchell, U. A., Nishida, A., Fletcher, F. E., & Molina, Y. (2021). The Long Arm of Oppression: How Structural Stigma Against Marginalized Communities Perpetuates Within-Group Health Disparities. *Health Education & Behavior*, 48(3), 342-351. <https://doi.org/10.1177/10901981211011927>
- Moog, D., Latack, K. R., Adidharma, W., Haley, C., Satterwhite, T., & Morrison, S. D. (2021). Getting to the Bottom of Patient Experiences with Genital Gender Affirmation Surgery: A Qualitative Analysis of Online Reviews. *Aesthetic Plastic Surgery*, 45(6), 2990-2995. <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02150-5>
- Morse, B., Soares, A., Ytell, K., DeSanto, K., Allen, M., Holliman, B. D., Lee, R. S., Kwan, B. M., & Schilling, L. M. (2023). Co-design of the Transgender Health Information Resource: Web-Based Participatory Design. *Journal of Participatory Medicine*, 15, e38078. <https://doi.org/10.2196/38078>
- Mueller, R. C., & DeSimone, M. E. (2023). Bringing Gender-Affirming Care to Primary Care: Use of a Multimodal Curriculum to Educate Nurse Practitioners and Nurse Practitioner

Students. Nurse Educator, 48(6), 304-309.  
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001427>

Mulcahy, A., Streed, C. G., Wallisch, A. M., Batza, K., Kurth, N., Hall, J. P., & McMaughan, D. J. (2022). Gender Identity, Disability, and Unmet Healthcare Needs among Disabled People Living in the Community in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2588. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052588>

Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. A. (Éds.). (2002). *GenderQueer: voices from beyond the sexual binary* (1st ed). Alyson Books.

Nogues, S., & Tremblay, D. (2023). Nurses' work experiences 5 years after hospital merger in the province of Quebec/Canada—An exploratory qualitative study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(6), 1851-1863. <https://doi.org/10.1002/hpm.3706>

Owen-Smith, A. A., Woodyatt, C., Sineath, R. C., Hunkeler, E. M., Barnwell, L. T., Graham, A., Stephenson, R., & Goodman, M. (2016). Perceptions of Barriers to and Facilitators of Participation in Health Research Among Transgender People. *Transgender Health*, 1(1), 187-196. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0023>

Paradiso, C., & Lally, R. M. (2018). Nurse Practitioner Knowledge, Attitudes, and Beliefs When Caring for Transgender People. *Transgender Health*, 3(1), 48-56. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0048>

Paré, C., Pullen-Sansfaçon, A., Bauer, G., Ducharme, J., Feder, S., Ghosh, S., Gillis, L., Holmes, C., Lawson, M., Lee, E. O. J., Pyne, J., Speechley, K., Susset, F., Temple-Newhook, J., & Médico, D. (2020). Parcours développementaux des jeunes trans et non-binaires recevant des soins d'affirmation de genre au Canada. (p. 5)[Résultats préliminaires].

Perone, A. K. (2020). Protecting Health Care for Transgender Older Adults Amidst a Backlash of U.S. Federal Policies. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(8), 743-752. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1808139>

- Pham, T., García, A., Tsai, M., Lau, M., & Kuper, L. E. (2021). Transition from Pediatric to Adult Care for Transgender Youth: A Qualitative Study of Patient, Parent, and Provider Perspectives. *LGBT Health*, 8(4), 281-289. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0487>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>
- Pratt-Chapman, M. L., Murphy, J., Hines, D., Brazinskaite, R., Warren, A. R., & Radix, A. (2021). "When the pain is so acute or if I think that I'm going to die": Health care seeking behaviors and experiences of transgender and gender diverse people in an urban area. *PLOS ONE*, 16(2), e0246883. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246883>
- Presses de l'Université Laval (2022). *Biais inconscients et comportements inclusifs dans les organisations*.
- Pruden, H. (2021). Visibility Matters: Listing of two-spirit and/or Indigenous first [News]. *Two Spirit Journal*. <https://twospiritjournal.com/?p=1054>
- Puckett, J., Giffel, R., Brown, F., Gallik, C., Kimball, D., Chu, H., Mustanski, B. S., & Newcomb, M. E. (2022). Suggestions for improving healthcare for transgender and gender diverse people in the United States. *International Journal of Transgender Health*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2150736>
- Pulice-Farrow, L., Gonzalez, K. A., & Lindley, L. (2021). 'None of my providers have the slightest clue what to do with me': Transmasculine individuals' experiences with gynecological healthcare providers. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 381-393. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1861574>
- Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M. A., Faddoul, M., & Lee, E. O. J. (2021). Soutien et non soutien parental des jeunes trans : vers une compréhension nuancée des formes de soutien et des

attentes des jeunes trans. *Enfances, Familles, Générations*, 36.  
<https://doi.org/10.7202/1078016ar>

Pullen Sansfaçon, A., Planchat, T., Gelly, M. A., Baril, A., Susset, F., & Millette, M. (2023). Understanding the experiences of youth who have discontinued a gender transition: Provider perspectives. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*.  
<https://doi.org/10.1037/sgd0000644>

Pullen Sansfaçon, A., & Suerich-Gulick, A. (2020). La recherche sur les jeunes trans et leurs familles au Québec (p. 3)[Résumé des résultats de la consultation communautaire 2019.]. Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles.  
<https://drive.google.com/drive/folders/13d-leq015BhKI94wK08FP86eOK0Vogr5>

Pullen Sansfaçon, A., Temple Newhook, J., Douglas, L., Gotovac, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Lawson, M. L., & Bauer, G. R. (2022). Experiences and Stressors of Parents of Trans and Gender-Diverse Youth in Clinical Care from Trans Youth CAN! *Health & Social Work*, 47(2), 92-101. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlac003>

Pullen Sansfaçon, A., Temple-Newhook, J., Suerich-Gulick, F., Feder, S., Lawson, M. L., Ducharme, J., Ghosh, S., Holmes, C., & On behalf of the Stories of Gender-Affirming Care Team. (2019). The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics. *International Journal of Transgenderism*, 20(4), 371-387.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1652129>

Radin, P. (2006). "To me, it's my life": Medical communication, trust, and activism in cyberspace. *Social Science & Medicine*, 62(3), 591-601.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.022>

Ragosta, S., Berry, J., Mahanaimy, M., Fix, L., Gomez, A. M., Obedin-Maliver, J., & Moseson, H. (2023). Community-generated solutions to cancer inequity: recommendations from

transgender, non-binary and intersex people on improving cancer screening and care. *BMJ Oncology*, 2(1), e000014. <https://doi.org/10.1136/bmjonc-2022-000014>

Redcay, A., Bergquist, K., & Luquet, W. (2021). On the Basis of Gender: A Medical-Legal Review of Barriers to Healthcare for Transgender and Gender-Expansive Patients. *Social Work in Public Health*, 36(6), 615-627. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1942378>

Reisner, S. L., Benyishay, M., Stott, B., Vedilago, V., Almazan, A., & Keuroghlian, A. S. (2022). Gender-Affirming Mental Health Care Access and Utilization Among Rural Transgender and Gender Diverse Adults in Five Northeastern U.S. States. *Transgender Health*, 7(3), 219-229. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0010>

Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Pullen-Sansfaçon, A. (2019). Transgender and non-binary people and their families- a qualitative investigation of clinical care (p. 3) [Initial report]. Flinders University. <https://drive.google.com/drive/folders/13d-leq015BhKI94wK08FP86eOKOVogr5>

Roach, A. P. (2024). Exploring The Transgender Individual's Experience With Healthcare Interactions: A Phenomenological Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), 31-41. <https://doi.org/10.1111/jnu.12905>

Rodriguez, A., Agardh, A., & Asamoah, B. O. (2018). Self-Reported Discrimination in Health-Care Settings Based on Recognizability as Transgender: A Cross-Sectional Study Among Transgender U.S. Citizens. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 973-985. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1028-z>

Rollmann, R. (2022). The growing struggle to access gender-affirming health care in rural Canada. *Briarpatch*, July/August 2022.

Romanelli, M., & Lindsey, M. A. (2020). Patterns of Healthcare Discrimination Among Transgender Help-Seekers. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(4), e123-e131. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.002>

- Romanelli, M., Lu, W., & Lindsey, M. A. (2018). Examining Mechanisms and Moderators of the Relationship Between Discriminatory Health Care Encounters and Attempted Suicide Among U.S. Transgender Help-Seekers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(6), 831-849. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0868-8>
- Rosenberg, S., Tilley, P. J. M., & Morgan, J. (2019). "I Couldn't Imagine My Life Without It": Australian Trans Women's Experiences of Sexuality, Intimacy, and Gender-Affirming Hormone Therapy. *Sexuality & Culture*, 23(3), 962-977. <https://doi.org/10.1007/s12119-019-09601-x>
- Ross, L. E., Kinitz, D. J., & Kia, H. (2022). Pronouns Are a Public Health Issue. *American Journal of Public Health*, 112(3), 360-362. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306678>
- Ross, M. B., Jahouh, H., Mullender, M. G., Kreukels, B. P. C., & Van De Grift, T. C. (2023). Voices from a Multidisciplinary Healthcare Center: Understanding Barriers in Gender-Affirming Care—A Qualitative Exploration. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6367. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146367>
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed Hormone Use and Self-Performed Surgeries: "Do-It-Yourself" Transitions in Transgender Communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- Rutherford, L., Stark, A., Ablona, A., Klassen, B. J., Higgins, R., Jacobsen, H., Draenos, C. J., Card, K. G., & Lachowsky, N. J. (2021). Health and well-being of trans and non-binary participants in a community-based survey of gay, bisexual, and queer men, and non-binary and Two-Spirit people across Canada. *PLOS ONE*, 16(2), e0246525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246525>

- Safer, J. D., & Pearce, E. N. (2013). A Simple Curriculum Content Change Increased Medical Student Comfort with Transgender Medicine. *Endocrine Practice*, 19(4), 633-637. <https://doi.org/10.4158/EP13014.0R>
- Savard, M.-C. P., Pullen Sansfaçon, A., & Gelly, M. (2022). Regards sur les difficultés vécues lors de la transition chez les jeunes ayant détransitionné. *Jeunes et Société*, 7(1), 26. <https://rjs.inrs.ca/index.php/rjs/article/view/294/182>
- SAVIE-LGBTQ. (2020). Des savoirs sur l'inclusion et l'exclusion des personnes LGBTQ (Fiche Synthèse No. 12; Volet expérientiel). <https://drive.google.com/drive/folders/13d-leq015BhKI94wK08FP86eOKOVogr5>
- SAVIE-LGBTQ. (2022a). Besoin de formation en santé LGBTQ+ pour les professionnel-le-s [Infographie]. [https://savie-lgbtq.uqam.ca/wp-content/uploads/2022/06/13\\_mai\\_besoins\\_sante%CC%81.png](https://savie-lgbtq.uqam.ca/wp-content/uploads/2022/06/13_mai_besoins_sante%CC%81.png)
- Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2015). Sex and Gender Diversity Among Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *The Journal of Sex Research*, 52(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.893553>
- Seçkin, G. (2010). Cyber patients surfing the medical web: Computer-mediated medical knowledge and perceived benefits. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1694-1700. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.06.018>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J. P., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. *Transgender Health*, 2(1), 17-28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
- Seelman, K. L., Kattari, S. K., Harvey, P., & Bakko, M. (2021). Trans Men's Access to Knowledgeable Providers and Their Experiences in Health Care Settings: Differences by

Demographics, Mental Health, and Degree of Being “Out” to Providers. *Health & Social Work*, 45(4), 229-239. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa030>

Seelman, K. L., & Poteat, T. (2020). Strategies used by transmasculine and non-binary adults assigned female at birth to resist transgender stigma in healthcare. *International Journal of Transgender Health*, 21(3), 350-365. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1781017>

Seelman, K. L., Vasi, A., Kattari, S. K., & Alvarez-Hernandez, L. R. (2021). Predictors of healthcare mistreatment among transgender and gender diverse individuals: Are there different patterns by patient race and ethnicity? *Social Work in Health Care*, 60(5), 411-429. <https://doi.org/10.1080/00981389.2021.1909201>

Sequeira, G. M., Kidd, K., Coulter, R. W. S., Miller, E., Garofalo, R., & Ray, K. N. (2020). Affirming Transgender Youths’ Names and Pronouns in the Electronic Medical Record. *JAMA Pediatrics*, 174(5), 501. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.6071>

Shapiro, E. (2004). ‘Trans’cending Barriers: Transgender Organizing on the Internet. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 16(3-4), 165-179. [https://doi.org/10.1300/J041v16n03\\_11](https://doi.org/10.1300/J041v16n03_11)

Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2018). Primary Care Clinicians’ Willingness to Care for Transgender Patients. *The Annals of Family Medicine*, 16(6), 555-558. <https://doi.org/10.1370/afm.2298>

Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*, 12(1), 110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-110>

Soled, K. R. S., Clark, K. D., Altman, M. R., Bosse, J. D., Thompson, R. A., Squires, A., & Sherman, A. D. F. (2022). Changing language, changes lives: Learning the lexicon of LGBTQ+ health equity. *Research in Nursing & Health*, 45(6), 621-632. <https://doi.org/10.1002/nur.22274>

- Soled, K. R. S., Dimant, O. E., Tanguay, J., Mukerjee, R., & Poteat, T. (2022). Interdisciplinary clinicians' attitudes, challenges, and success strategies in providing care to transgender people: a qualitative descriptive study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1134. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08517-x>
- Stroumsa, D., Shires, D. A., Richardson, C. R., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2019). Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Medical Education*, 53(4), 398-407. <https://doi.org/10.1111/medu.13796>
- Sutherland, D. K. (2022). Exploring factors contributing to care-seekers' level of discomfort discussing a transgender identity in a health care setting. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 34(2), 207-226. <https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1948483>
- Tan, K. K. H., Carroll, R., Treharne, G. J., Byrne, J. L., & Veale, J. F. (2022). « I teach them. I have no choice »: experiences of primary care among transgender people in Aotearoa New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 135(1559), 59-72.
- Tanenbaum, G. J., & Holden, L. R. (2023). A Review of Patient Experiences and Provider Education to Improve Transgender Health Inequities in the USA. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6949. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206949>
- Taylor, A. B., Chan, A., Hall, S. L., Pullen Sansfaçon, A., Saewyc, E. M., & l'équipe de recherche de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans. (2020). Être en sécurité, être soi-même 2019 : Résultats de l'enquête canadienne sur la santé des jeunes trans et non-binaires. (Être En Sécurité, Être Soi-Même 2019, p. 100). Université de la Colombie-Britannique.
- Trotsenburg, M. V., Luikenaar, R. A. C., & Meriggiola, M. C. (Éds.). (2022). *Context, Principles and Practice of TransGynecology: Managing Transgender Patients in ObGyn Practice* (1re éd.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108899987>

Tyler, T. R., Huddleston, B. S., Barton, T. N., Thornton, M. H., Calloway, E. T., Martin, K. G., Morgan, A. L., & Munoz, V. (2023). Qualitative metasummary: Parents seeking support related to their TGNC children. *International Journal of Transgender Health, 24*(2), 132-148. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2068724>

Universal Declaration of Rights (1948).

University of Minnesota. (2019). Access to Specialty Care for Medicare Beneficiaries in Rural Communities (p. 5). Rural Health Research Center.

Valenta, T., Shade, K., & Lieggi, M. (2018). Experiences of transgender individuals when accessing health care: a qualitative systematic review protocol. *JBISRIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16*(3), 628-634. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003438>

Valente, P. K., Paine, E. A., Mellman, W., Rael, C. T., MacCrate, C., & Bockting, W. O. (2023). Positive patient-provider relationships among transgender and nonbinary individuals in New York City. *International Journal of Transgender Health, 24*(2), 247-262. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2136814>

Van Heesewijk, J., Kent, A., Van De Grift, T. C., Harleman, A., & Muntinga, M. (2022). Transgender health content in medical education: a theory-guided systematic review of current training practices and implementation barriers & facilitators. *Advances in Health Sciences Education, 27*(3), 817-846. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10112-y>

Vasudevan, A., García, A. D., Hart, B. G., Kindratt, T. B., Pagels, P., Orcutt, V., Campbell, T., Carrillo, M., & Lau, M. (2022). Health Professions Students' Knowledge, Skills, and Attitudes Toward Transgender Healthcare. *Journal of Community Health, 47*(6), 981-989. <https://doi.org/10.1007/s10900-022-01135-y>

Veale, J. F., Deutsch, M. B., Devor, A. H., Kuper, L. E., Motmans, J., Radix, A. E., & Amand, C. St. (2022). Setting a research agenda in trans health: An expert assessment of priorities and

issues by trans and nonbinary researchers. *International Journal of Transgender Health*, 23(4), 392-408. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2044425>

Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Culture, Health & Sexuality*, 20(2), 232-246. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1338757>

Vigneau, M.-E., & B., H. (2018). Contextes sociaux, transphobie et résistance : expérience des jeunes trans 15-25 ans au Québec (Jeunes Trans au-delà des apparences).

Vigneau, M.-É., & B., H. (2018). Vécu des jeunes trans migrants et racisés au Québec (Jeunes trans au-delà des apparences, p. 5).

Vinson, A. H., & Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social Science & Medicine*, 251, 112904. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112904>

Walsh, C. F., O'Connell, R. P., & Kvach, E. (2020). Patterns of Healthcare Access and Utilization among Nonurban Transgender and Nonbinary Patients at a Large Safety Net Health System in Colorado. *Annals of LGBTQ Public and Population Health*, 1(3), 186-199. <https://doi.org/10.1891/LGBTQ-2020-0010>

Weisdorf, T., Organeck, A. J., & Bauld, H. (2023). Should all family physicians provide gender-affirming primary care? *Canadian Family Physician*, 69(6), 415-417. <https://doi.org/10.46747/cfp.6906415>

Weng, H.-C., Chen, H.-C., Chen, H.-J., Lu, K., & Hung, S.-Y. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient-doctor relationship. *Medical Education*, 42(7), 703-711. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03039.x>

Westmacott, R. P., Dupasquier, J., Sajtos, A., Mohadeb, J., Schwager, A., Malone, R., & Francino, M. (2023). Toward informed consent: Canadian providers' perspectives on presurgical mental health assessments for gender-affirming surgeries. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000612>

Withey-Rila, C., Morgaine, K. C., & Treharne, G. J. (2023). Understanding the context of positive experiences of primary care for transgender and gender diverse adults: An email interview study in Aotearoa New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2234899>

World Health Organization. (2017). Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. <https://www.who.int/en/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>

Zullo, W. (2015). "Do You Think I Look Like an 'F' Anymore?": Trans Identities, Biopolitics and Navigating State and Medical Spaces in Québec, Canada [Thesis]. Concordia University.