

SECTEUR SANTE

DEPARTEMENT SOINS INFIRMIERS

Quel serait le rôle de l'infirmier.e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques ?

Travail de Fin d'Etudes réalisé en vue de l'obtention du diplôme de
bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux

Nom de l'étudiant.e :

De Smet Maëva

Conseiller.e méthodologique :

El Ouahabi Zainab

Conseiller.e scientifique :

Dufrasne Aurore

Année académique 2022-2023

*« Ce travail n'est pas l'œuvre de ma vie,
C'est un devoir pour l'école »*

J. Cultiaux

Copyright

Ce document est le fruit de mon propre travail, excepté les extraits dûment cités de tierces parties.

Table des matières

Remerciements.....	5
Résumé	6
Introduction	7
Présentation de mes objectifs	8
Annonce du contenu du TFE.....	8
Chapitre 1. Cadre contextuel et cadre conceptuel.....	9
1. La place des personnes transgenres dans la société	9
2. Les concepts.....	13
2.1. Infirmier-e	13
2.2. Accompagnement.....	14
2.3. Soins de santé transspécifiques.....	14
3. Théorie de soins	21
3.1. Qui est Jean Watson ?	21
3.2. Définition du Human Caring	22
3.3. Lien avec ma problématique	24
Chapitre 2. Méthodologie.....	25
1. Question de recherche.....	25
2. Mon PICO	25
3. Explication de ma démarche de réflexion.....	25
4. Critères de sélection des articles	26
5. Présentation des articles retenus avec la table d'évidence.....	29
Chapitre 3. Résultats.....	37
1. Diagramme de flux.....	37
2. Présentation des résultats	38
Chapitre 4. Analyse critique des articles.....	48
Chapitre 5. Discussions	57
1. L'accès aux soins de santé.....	57
1.1. Discrimination et transphobie	58
1.2. Les traitements hormonaux	58
1.3. La prophylaxie pré-expositionnelle	59
1.4. Et du point de vue du soignant ?.....	60
1.5. Importance d'un réseau de santé mixte	61
2. Accueil adapté aux personnes transgenres	62
3. Formation des soignant-e-s.....	62
4. Risques chirurgicaux et médicaux.....	63

Chapitre 6. Perspectives, recommandations pour la pratique et limites	64
1. Recommandations pour la pratique	64
1.1. Favoriser un accès aux soins de santé.....	64
1.2. Une chirurgie transspécifique : la vaginoplastie.....	67
1.3. La prophylaxie pré-expositionnelle au VIH.....	67
1.4. Les traitements hormonaux visant à modifier l’expression de genre	68
1.5. Apport d’un témoignage	69
2. Perspectives d’avenir	70
2.1. Pour l’enseignement.....	70
2.2. Pour des recherches futures	71
3. Limites de l’étude.....	71
Chapitre 7. Apport réflexif individuel	72
Chapitre 8. Conclusion	74
Références bibliographiques	76
Lexique.....	83
Annexes.....	85
1. Article 14 et 8 de la cour européenne des droits de l’homme	85
2. Effets des traitements hormonaux visant à modifier son expression de genre	86
3. Les chirurgies transspécifiques	89
4. Le VIH	93
5. Tableaux des mots de recherche	95

Pour ce travail, j’utiliserai un langage inclusif. Merci d’être indulgent·e·s quant aux éventuels oublis ou erreurs.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier tous mes proches m'ayant soutenu dans ce travail qui n'a pas toujours été facile pour moi.

Ensuite, je souhaite remercier ma conseillère scientifique, Aurore Dufrasne, pour m'avoir aiguillée tout au long de ce travail.

Je remercie ma conseillère méthodologique, Zainab El Ouahabi, pour son accompagnement.

Je remercie également Hanna Ballout pour m'avoir rassurée quand j'avais des grands moments de stress sur le choix de ma question de recherche finale. Merci pour ta délicatesse et ton soutien.

Je remercie Virginie Coene pour son aide précieuse dans ma recherche d'articles.

Je remercie Oswald pour son précieux témoignage et son avis sur mon travail.

Je remercie mes amies, Lisa Gérard et Mulan Leclerc pour la lecture de certaines parties de mon TFE ainsi que Diane Déom de l'Université des aînés.

Je remercie ma grand-mère, Anne Pirard, et ma maman, Sabine Godart, pour avoir été là lorsque je perdais pied sous la pression de mon TFE et de mon stage, pour avoir pu me changer les idées.

Et enfin, je remercie la coordination TFE pour son accompagnement et soutien tout au long de mon TFE.

Résumé

Contexte et objectifs : Lors de mon dernier jour de stage en service de chirurgie digestive uro-gynéco, 2 patient·e·s transgenres étaient hospitalisé·e·s afin de réaliser une chirurgie génitale. Cela m'a fort interpellée et m'a donné envie d'en apprendre davantage sur ce public. L'objectif de mon travail est de présenter une revue de la littérature afin de répondre à ma question de recherche, à savoir, quel serait le rôle d'un·e infirmier·e pour accompagner les personnes transgenres dans les soins de santé transspécifiques.

Méthode : Les recherches littéraires ont été effectuées sur 2 moteurs de recherches : PubMed, Cinahl complete et Medline complete. J'ai utilisé des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'affiner ma recherche. 7 articles en sont ressortis afin de répondre au mieux à ma question de recherche.

Résultat et discussion : Les divers articles expriment l'importance d'abolir les obstacles aux soins de santé des personnes transgenres. Pour ce faire, il est nécessaire d'apporter un environnement trans-inclusif en respectant l'auto-détermination de chacun·e dans un partenariat soignant·e/patient·e. Chaque article va amener des éléments importants et pertinents pour la problématique étudiée. Certains abordent la question de la prophylaxie pré-exposition au VIH, un autre de la vaginoplastie, d'autres du traitement hormonal visant à modifier son expression de genre ainsi que des soins de santé primaires.

Conclusion : Les divers articles apportent chacun des éléments permettant de répondre à ma problématique. Il est primordial d'avoir une approche globale de la personne transgenre dans les soins de santé transspécifiques en respectant son auto-détermination. Il est du devoir de l'infirmier·e d'informer ses patient·e·s sur les différentes approches spécifiques visant à modifier l'expression de genre tel que les chirurgies et les traitements hormonaux. La sensibilisation à la PrEP est également importante en apportant un soutien global. Il serait alors intéressant de former les infirmier·e·s diplômé·e·s et les étudiant·es pour prendre en charge correctement ce public.

Mots clés : transgenre, accompagnement infirmier, rôle infirmier, soins de santé transspécifiques.

Introduction

Trouver un sujet de TFE a été difficile pour moi au cours de ma 3^{ème} année en soins infirmiers. C'est en discutant avec mes proches des réflexions que j'ai pu avoir pendant mes stages, que j'ai trouvé le thème dont je voulais parler.

Je vais commencer par vous expliquer comment j'ai été amenée à choisir mon sujet. Cette idée m'est venue après mon stage en bloc 3 dans le service de chirurgie digestive uro-gynéco à Delta du Chirec. Lors de mon dernier jour de stage, deux patient·e·s étaient hospitalisé·es afin d'effectuer une chirurgie génitale, l'un pour réaliser une phalloplastie, l'autre pour réaliser une vaginoplastie. A la suite de cette situation inconnue pour moi, j'étais fort interpellée et déçue de ne pas pouvoir accompagner leur hospitalisation.

De plus, j'ai dans mon entourage le frère d'une amie qui est actuellement en transition de genre. Nous sommes venus à en parler quelques fois, et je trouvais génial tout ce qu'il était possible de faire de nos jours pour qu'il puisse vivre pleinement son identité de genre il le désirait.

J'ai alors décidé de m'intéresser à la thématique des transidentités pour ce travail, un sujet qui est, aujourd'hui, fort d'actualité mais trop peu mis en avant. Ce travail me permettra d'en apprendre davantage et d'enrichir ma discipline infirmière. En effet, dans nos différents cours, nous n'aborderons pas ce thème qui est pourtant important dans notre société, pour notre vivre ensemble aujourd'hui.

Afin de m'informer davantage sur cette thématique, j'ai eu l'occasion de suivre une formation professionnelle sur les transidentités à Genres Pluriels. Il s'agit de la seule association de soutien, de visibilité et de défense des droits des personnes transgenres, aux genres fluides et intersexes à Bruxelles et en Belgique francophone (Genres Pluriels, s.d.).

De plus, Genres Pluriels a sorti en 2020 une nouvelle édition du livret « Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... tous.tes bien informé.e.s », qui est selon moi très complet et intéressant. Je l'utiliserai d'ailleurs plusieurs fois dans mon travail afin d'expliquer ma problématique.

Présentation de ma question de recherche :

Il a été compliqué pour moi de me tenir à une question de recherche définitive. Vu la complexité de mon sujet, son augmentation en visibilité médiatique ces dernières années, j'ai eu beaucoup de mal à trouver vers où je voulais aller, surtout avec les ressources littéraires actuelles. Alors,

à la suite de mes nombreuses réflexions sur le sujet des transidentités de genre, et après de nombreux changements de question, je me suis arrêtée sur celle-ci : « Quel serait le rôle de l'infirmier·e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques ? ». De cette dernière, j'ai élaboré le pico suivant :

Population : Personnes transgenres

Intervention : accompagnement infirmier, rôle infirmier

Comparaison : /

Outcomes/résultats : soins de santé transspécifiques

Présentation de mes objectifs

Mes objectifs sont d'en apprendre davantage sur cette thématique dont on parle de plus en plus dans notre société. J'aimerais également informer mes lecteurs et leur permettre de se remettre en question lorsqu'ils aborderont une personne ayant un genre différent de celui qui lui a été attribué à la naissance. Il s'agit donc d'aider à l'élaboration d'une société inclusive. Quant à ma discipline infirmière, être conscient·e de l'importance de l'accompagnement de ces personnes en transition de genre est primordial afin d'assurer leur bien-être, psychologique et médical. L'infirmier·e est en première ligne dans les soins et se doit d'avoir les compétences afin d'assurer le bon suivi, le bien-être médical, psychologique et mental des personnes transgenres sans préjugé et avec bienveillance.

Annonce du contenu du TFE

Tout d'abord, je vous parlerai du cadre contextuel et conceptuel dans lequel je définirai certains concepts de ma question de recherche, j'établirai le contexte actuel et amènerai une théorie des soins infirmiers que je mettrai en lien avec ma problématique. Ensuite, je vous expliquerai ma méthodologie quant au cheminement de ma question de recherche et de mes recherches littéraires avec les 7 articles que j'ai retenus. Je vous présenterai les résultats des différentes études retenues à travers les textes et réaliserai une analyse critique et une discussion de chacune d'entre elles. J'apporterai certaines recommandations, pistes intéressantes et importantes pour ma pratique infirmière ainsi qu'un apport réflexif quant à mon ressenti personnel et professionnel sur le sujet traité. En conclusion, je synthétiserai les différentes parties de mon travail.

Chapitre 1. Cadre contextuel et cadre conceptuel

1. La place des personnes transgenres dans la société

Selon la direction de l'Égalité des chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) (2018), il n'existe pas de chiffres en Belgique afin de quantifier le nombre de personnes transgenres, mais des données de différentes études ont tenté de donner une proportion de personnes transgenres dans la population générale, celle-ci vacille entre 0,6% et 1,1% en Belgique ainsi que 0,7 à 1,1% pour les hommes et 0,6 et 0,8% pour les femmes en Europe (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014 cité dans Direction de l'Égalité des chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles & Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES), 2018, p. 8).

Ensuite, Dufrasne (2019) estime qu'il y a entre 200 000 et 300 000 personnes transgenres en Belgique en 2015 tandis Winter et al. (2016) en considèrent 25 millions dans la population mondiale en 2016 dont 5 millions en Europe selon l'Eurobarometer (2015) (Winter et al., 2016, cité dans Dufrasne, 2019 ; Eurobarometer., 2015 cité dans Dufrasne & Vico, 2020.).

Les personnes transgenres ont gagné en visibilité ces dernières années. Néanmoins, être une personne transgenre aujourd'hui n'est toujours pas chose facile. En effet, il existe de nombreux préjugés et stéréotypes présents à leur égard (Alessandrin, 2022).

A travers les nombreux documents consultés, j'ai pu constater que les personnes transgenres étaient souvent discriminées, que ce soit dans le monde du soin, dans la vie quotidienne, au travail, dans la rue,

L'étude de Motmans et al. (2017) explique que 23,9% des 534 répondant·e·s de leur analyse évitent d'exprimer leur identité de genre à travers leur apparence physique et l'habillement par crainte d'être agressé·e·s, harcelé·e·s ou menacé·e·s. De plus, pour ces raisons, 48,4% indiquent éviter certains endroits.

La visibilité médiatique des personnes transgenre pourrait laisser penser qu'elles bénéficient d'une meilleure attention qu'auparavant ; cependant, de nombreuses études montrent combien elles sont susceptibles de souffrir d'inégalités dans les soins. Elles restent souvent oubliées et écartées des stratégies nationales de prévention quelle qu'en soit la sorte, sans prise en charge

médicale adaptée (Lombardi & Banik, 2015 cité dans Romano, 2022 ; Thomas et al., 2017, cité dans Romano, 2022).

Améliorer la prise en charge des personnes transgenres est dès lors primordial afin de restreindre ces discriminations dans le monde du soin où les patient.e.s transgenres font effectivement face à de l'incompréhension de la part des soignant.es (Bourkia, 2022).

Discriminations, stigmatisations, suspicions sont donc des phénomènes fréquents quand on évoque les transidentités (Alessandrin, 2022).

En 2015, la résolution 2048 de l'assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, par exemple, a appelé les Etats à :

- Interdire les discriminations fondées sur l'identité de genre dans la législation nationale (Assemblée parlementaire, 2015 cité dans Dufrasne et al., 2020, p.24),
- Adopter une législation punissant des actes transphobes (Assemblée parlementaire, 2015 cité dans Dufrasne et al., 2020, p.24),
- Instaurer des procédures rapides, transparentes et accessibles, fondées sur l'autodétermination, permettant aux personnes transgenres de changer de nom ainsi que de sexe sur leur carte d'identité, passeports, certificat de naissance, diplômes ainsi que d'autres documents similaires (Assemblée parlementaire, 2015 cité dans Dufrasne et al., 2020, p.24),
- Abolir les procédures médicales obligatoires, la stérilisation et le diagnostic de maladie mentale (Assemblée parlementaire, 2015 cité dans Dufrasne et al., 2020, p.24),
- L'obligation de divorcer au préalable au changement de l'état civile (Assemblée parlementaire, 2015 cité dans Dufrasne et al., 2020, p.24).

La politique concernant les personnes transgenre a alors connu une nette évolution due au nombre important de discriminations rapportées par les personnes transgenres (Motmans et al., 2017, p.10).

En 2004, l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes (IEFH) a reçu sa première plainte d'une personne transgenre (Motmans et al., 2017, p.10). Depuis, la mission de l'Institut a été décrite comme ceci :

« L'Institut a pour objet de veiller au respect de l'égalité des femmes et des hommes, de combattre toute forme de discrimination et d'inégalité basée sur le sexe et d'élaborer des instruments et stratégies fondés sur une approche intégrée de la dimension du genre » (Motmans et al., 2017, p.10).

La loi-genre du 10 mai 2007 tend à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes. « L'article 4, paragraphe 2, de cette loi stipule : « ... *une distinction directe fondée sur le changement de sexe est assimilée à une distinction directe fondée sur le sexe.* » » (Motmans et al., 2017, p.11).

Grace à cette disposition, les personnes transgenres qui suivaient, avaient suivi ou prévoyaient de changer d'expression de genre par l'usage d'un traitement se voyaient légalement protégées contre la discrimination en lien avec ce traitement. Cependant, cette base légale s'est révélée stricte car de nombreuses personnes transgenres ne souhaitaient ou ne voulaient pas changer leur expression de genre et couraient autant de risques de subir des formes de discriminations (Motmans et al., 2017, p.11).

C'est pourquoi, en 2014, l'article 4 de la loi a été complété par un troisième paragraphe qui spécifie : « *une distinction directe fondée sur l'identité de genre ou l'expression de genre est assimilée à une distinction directe fondée sur le sexe* » (Motmans et al., 2017, p.11). Cette extension a donc été raccordée à la loi-genre (Motmans et al., 2017, p.11).

Ensuite, vient la loi pour le droit à la reconnaissance de l'identité de genre. La loi du 10 mai 2007 permettait de modifier l'enregistrement officiel du sexe et du prénom. Cependant les conditions étaient assez strictes et empêchaient de nombreuses personnes transgenres à s'identifier à leur identité et expression de genre (Motmans et al., 2017, p.11).

En effet, afin de pouvoir « changer de sexe » de manière officielle, la personne transgenre « *devait démontrer qu'elle avait subi une stérilisation irréversible, qu'elle s'était autant que possible adaptée à son nouveau sexe sur le plan médical et qu'elle était irréversiblement et intimement convaincue d'appartenir au sexe opposé à celui mentionné sur son acte de naissance* » (Motmans et al., 2017, p.11).

Ensuite, pour changer de prénom, il fallait fournir un certificat rédigé par un endocrinologue en plus du certificat du psychiatre, indiquant qu'un traitement hormonal avait été suivi (Motmans et al., 2017, p.11).

C'est la loi du 25 juin 2017, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, qui n'oblige plus une personne transgenre à avoir un certificat de son psychiatre et de son chirurgien afin de pouvoir modifier son enregistrement officiel du sexe et du prénom sur sa carte d'identité. Cette nouvelle loi montre la reconnaissance du droit à sa propre identité de genre, le droit à l'auto-détermination (Motmans et al., 2017, p.11).

Mettant un terme à la psychiatrisation, médicalisation et stérilisation forcée, cette loi met partiellement fin à la violation structurelle des droits humains des personnes transgenres. Elle avance sur la voie de l'autodétermination en leur permettant désormais de modifier leur état civil, plutôt que de les forcer à suivre une voie arbitraire et barbare (Genres Pluriels, 2018 cité dans Ballout, 2021).

Il est également primordial de rappeler que ce n'est qu'en 2018 que l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) retire les transidentités du manuel des maladies mentales (DSM). Faisant un pas vers la dépsychiatrisation, le terme psychiatrisant « transsexualisme » disparaît au profit de « incongruence de genre » qui est inclus dans le chapitre de la santé sexuelle (Genres Pluriels, 2018). L'OMS passe ainsi de la pathologisation historique des transidentités à la confusion, en assimilant à tort l'identité de genre et la sexualité. Cela amènera donc, dans le domaine de la santé, certaines équipes professionnelles à demander un diagnostic plutôt que de laisser place à l'autodétermination de toutes les personnes et donc aussi des personnes transgenres (Genres Pluriels, 2018).

De plus, l'article 14 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme promeut le principe d'égalité et de non-discrimination auprès de la population (Cour européenne des droits de l'homme, 2022a), et le droit à la protection de la vie privée et familiale dans l'article 8 (Cour européenne des droits de l'homme, 2022b). (Voir annexe 1)

C'est en mai 2019 que « *l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adopte officiellement la Classification Internationale des Maladies - 11e révision (CIM-11)* » (Genres Pluriels, 2020). En effet, les catégories transspécifiques ont été retirées du chapitre des troubles mentaux et comportementaux. Cela signifie donc que les personnes transgenres sont officiellement dépathologisées dans la CIM-11 (Genres Pluriels, 2020).

Afin de décrire ma problématique de recherche « *Quel serait le rôle de l'infirmier·e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques* », je vais définir les différents concepts présents dans cette question. Je relierai également celle-ci à une théorie des soins infirmiers.

2. Les concepts

2.1. Infirmier·e

Afin d'entamer la définition des différents concepts de ma question de recherche, il est important de définir ce qu'est un·e infirmier·e, et quel est son rôle.

Selon moi, mon rôle en tant que soignante infirmière est d'accompagner les individus dans leur chemin de vie, d'être à leur écoute dans leurs moments de difficultés, de pouvoir communiquer de manière adéquate et juste avec eux. Il est important d'éprouver une certaine empathie pour une communication bienveillante. Tout ceci relève la relation primordiale entre la/le soignant·e et la/le patient·e d'après moi.

Ensuite, il me semble important de noter les différents rôles que j'ai pu apprendre lors de ma première année d'études en soins infirmiers avec Dunneman (2019). Elle définit l'art infirmier comme :

L'ensemble des soins infirmiers (physiques ou psychosociaux) réalisés de manière autonome ou en collaboration avec d'autres, aux individus de tous âges, familles, groupes ou communautés, à toutes les personnes malades ou en bonne santé, et dans tous les lieux de pratique professionnelle. L'art infirmier consiste à protéger, promouvoir et optimiser la santé et les capacités intrinsèques du patient, prévenir les maladies, les blessures et apaiser les souffrances.

L'art infirmier se caractérise par le développement d'une relation de confiance avec le patient, centrée sur son expérience, la défense et la promotion de son autonomie, la stimulation d'un environnement sain, la réalisation des soins, la recherche et la participation au développement de la profession et de la politique de santé.

L'art infirmier se fonde sur un jugement professionnel dans les domaines de la promotion de la santé, l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. (Dunneman, 2019)

De plus, il est important de rappeler que le métier d'infirmier·e est très vaste et ne se loge pas uniquement à l'hôpital. Il existe de multitudes de domaines où l'on peut travailler, comme en

soin à domicile, en clinique, dans l'humanitaire, en prison, à l'école, et plein d'autres secteurs encore (Paillard, 2021a, p292-300).

2.2. Accompagnement

Pour ma question de recherche, j'ai décidé de parler de l'accompagnement car, selon moi, prendre soin d'une personne est primordial pour son bien-être, que ce soit d'un point de vue médical, social, psychologique ou mental.

« *Accompagner signifie être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne vers un changement certain* » (Paillard, 2021b, p.4). Cet accompagnement peut être spontané, volontaire, professionnel, ... (Paillard, 2021b, p.4). « *L'accompagnement est une démarche de « soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-e-soigné-e [sic] et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social* » (Paillard, 2021b, p.4-5). L'infirmier·e va mobiliser des ressources, en adoptant une posture éthique et réflexive, envers des individus dans le besoin (en matière de santé, d'aide sociale ou autre), des étudiant·e·s, des stagiaires apprenant·e·s. Cet accompagnement sera intégré dans les projets de soins ainsi que dans le cadre de continuité des soins et de l'éducation thérapeutique (Paillard, 2021b, p.5 ; Mottaz, 2012, p.43).

Mottaz (2012) confirme cela en apportant que « *la posture d'accompagnement est une manière d'être en relation dans un espace et un temps donné, avec bienveillance et sollicitude.* » (Mottaz, 2012, p.42).

2.3. Soins de santé transspécifiques

Pour définir ce concept, il est intéressant de décortiquer les soins de santé transspécifiques.

Tout d'abord, dans transspécifique, nous avons le préfixe « trans », qui désigne la population transgenre, et que je définirai ci-après.

Ensuite, nous avons le mot « spécifique », ici, spécifique aux personnes transgenres.

Alors, les soins de santé transspécifiques sont destinés spécifiquement aux personnes désirant modifier leur expression de genre. En effet, dans certains cas, une transition aura lieu et impliquera un certain changement du mode de vie de la personne. Cela permettra à celle-ci de s'inscrire dans un processus d'épanouissement identitaire (Poirier et al.,

2022). « *Il n'existe pas une seule manière d'effectuer une transition de genre* » (Poirier et al., 2022).

La transition est un processus visant à modifier son expression de genre de manière à ce qu'elle corresponde à son identité de genre (aux yeux de la société). Elle peut être sociale, physique ou une combinaison des deux. Cela peut inclure le changement de prénom, pronom, démarrer un traitement hormonal, une intervention chirurgicale ou exprimer son genre dans la façon de se vêtir. Il est important de préciser qu'une personne n'est pas forcée de recourir à ces diverses interventions pour vivre pleinement son genre. (Scruton, 2014, p.11)

Premièrement, je vous expliquerai qui sont les personnes transgenres. Deuxièmement, je vous parlerai des différents soins spécifiques comme les traitements hormonaux, les différentes chirurgies, les soins du corps envisageables et les risques d'infections sexuellement transmissibles tel que le VIH.

A. Les personnes transgenres

Une personne transgenre est un individu dont l'identité/expression de genre va différer du genre qu'on lui a assigné à la naissance. C'est un terme vaste qui va inclure la pluralité d'identités de genre·s, en fonction de l'autodéfinition que chaque individu se donne (Dufrasne et al., 2020, p.9). « *Être transgenre ne se joue pas nécessairement ou exclusivement sur le terrain du corps : est transgenre toute personne qui, questionnant et/ou ne s'identifiant pas complètement aux rôles sociaux habituellement associés au genre qui lui a été assigné à la naissance, se définit comme tel.le* » (Dufrasne et al., 2020, p.9).

A la suite de cette définition, je vais définir ce qu'est le genre.

Le Larousse (s.d.) me donne comme définition : « *Ensemble de traits communs à des êtres ou à des choses caractérisant et constituant un type, un groupe, un ensemble* » (Larousse, s.d). Alors, de cette définition, certaines personnes pourraient déduire que les hommes doivent avoir un appareil génital mâle comme trait commun et les femmes un appareil génital femelle. Iels appartiennent donc chacun à un groupe de personne de sexe similaire. Or, Dufrasne et al. (2020) m'apprennent que ce terme « *est un construit socio-culturel et non pas une donnée naturelle* ». L'identité de genre vient désigner le ressenti intime d'un individu à se sentir femme, homme, un peu des deux ou entre les deux (personne non-binaire) ou encore rien de tout cela (personne agendre). Ce sera l'individu

lui-même qui sera en mesure de préciser son identité de genre (Richard, 2022). Et c'est d'ailleurs ce qui découle de la "loi genre" précitée : toute personne a le droit d'être acceptée selon son identité de genre autodéterminée et dans son expression de genre de confort (A. Dufrasne, communication personnelle, 04/05/2023).

Sexe et genre ne sont pas des notions ni des expressions interchangeable, pourtant cette différence n'est pas encore reconnue dans nos mentalités et discours d'aujourd'hui (Dufrasne et al., 2020, p.8). Actuellement, la question du sexe d'un individu implique la sexuation du corps (Richard, 2022). Le sexe, mâle ou femelle, qui est officiellement attribué à la naissance, repose sur l'examen des caractéristiques physiques extérieures, en particulier les organes génitaux du nouveau-né (Motmans et al., 2017). C'est ce que l'on nommera le « sexe assigné » à la naissance d'un individu (Richard, 2022).

L'assignation du genre (femme ou homme) à la naissance se fait, à ce jour dans notre société (à la différence d'autres sociétés comme en Amérique latine ou chez les Inuits par exemple), au regard du sexe assigné (femelle ou mâle), malgré ce que cela implique en termes de non-reconnaissance non seulement du droit à l'autodétermination, mais aussi, *de facto*, de l'existence des personnes transgenres qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance (Dufrasne & Vico, 2022 ; A. Dufrasne, communication personnelle, 04/05/2023).

Ensuite, il est intéressant d'expliquer ce qu'est l'expression de genre.

Chaque individu transgenre ne souhaite pas réaliser des démarches afin de changer d'expression de genre ni modifier son apparence corporelle au moyen de chirurgie(s) ou d'hormones. Une personne est libre de ne pas réaliser de transition médicale, c'est-à-dire de ne pas entamer un processus visant à modifier son expression de genre afin qu'elle corresponde à son identité de genre. Une personne transgenre peut ne jamais recourir à des interventions médicales (Dufrasne et al., 2020, p.9 ; Scruton, 2014, p.11).

« L'expression de genre « renvoie aux différentes façons (attitudes, langage, vêtements, ...) dont les personnes expriment leur identité de genre, et à la manière dont celle-ci est perçue par les autres. » (Dufrasne et al., 2020, p.9). En général, « ... l'expression de genre correspond à l'identité de genre de la personne, mais elle peut aussi englober des formes occasionnelles ou temporaires d'expression, que celle-ci corresponde ou non à l'identité de genre de la personne » (Dufrasne et al., 2020, p.9).

Des expressions à proscrire :

Il semble pertinent de rappeler quelles sont les expressions à proscrire quand nous parlons des personnes transgenres.

- Transsexuel.le, transsexualité, transsexualisme :

Ces termes viennent du vocabulaire psychiatisant et est à l'heure actuelle fort problématique. La psychiatisation de personnes transgenres leur porte préjudice à leur inclusion dans la société et engendre des discriminations à leur rencontre. Cela leur enlève le droit à l'autodétermination, cela limite leur autonomie et leurs droits sur leur corps en les soumettant à l'autorité des psychiatres. De plus, l'étymologie de ces termes crée une confusion entre identité de genre et sexe ou préférences sexuelles (Dufrasne et al., 2020, p.11).

- Transgendérisme, dysphorie de genre, trouble de l'identité de genre, incongruence de genre :

Renvoie à la psychiatisation, ayant servi à « diagnostiquer » les personnes transgenres. Cela renforce l'idée que cette catégorie de personne est malade mentalement et en souffrance (Dufrasne et al., 2020, p.11).

- Identité sexuelle :

L'identité ne peut concerner le sexe (critère biologique objectif). Personne ne lui reconnaît un sens précis car il sera une fois utilisé pour parler de l'identité de genre, ensuite pour la place de la préférence sexuelle ou affective. Il y a alors confusion entre genre, sexe et rôle social de genre (Dufrasne et al., 2020, p.11).

- Changement de sexe :

Nous ne pouvons pas changer le sexe d'une personne (femelle, mâle ou personne intersexuée) car celui-ci est déterminé par de nombreuses caractéristiques biologiques tel que la génétique, le phénotype, les hormones, les caractéristiques secondaires, ... et non uniquement par l'apparence des organes génitaux. Nous ne pouvons pas agir sur tout. De plus, toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas forcément modifier leur apparence et lorsque c'est le cas, pas systématiquement à tous les niveaux possibles médicalement. Dire que les personnes transgenres « changent de

sexe » est alors inapproprié. Nous dirons à la place : « *changement de rôle social de genre* » ou « *changement d'expression de genre* » (Dufasne et al., 2020, p.11).

B. Les traitements hormonaux visant à modifier son expression de genre

Une personne transgenre peut avoir recours à un traitement hormonal afin de réaliser sa transition de genre. Cela lui permettra de se rapprocher de « *son point de confort, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques mentales, comportementales, vestimentaires ou corporelles qui favorisent le sentiment de bien-être par rapport à son identité de genre* » (Dufasne et al., 2020, p.34)

Comme nous venons de le voir, chaque personne transgenre ne choisira pas de suivre un traitement hormonal car elle peut se sentir bien dans sa peau comme elle est. Cependant, d'autres en auront besoin afin d'aligner leur identité de genre sur leur expression de genre (Transgender InfoPunt, s.d., paragr.2).

Prendre un traitement hormonal n'est pas anodin car cela influera sur la santé mentale, le physique et rapprochera la personne transgenre du point de confort qu'elle aura choisi. Il peut y avoir des complications importantes dans la vie professionnelle, sociale et familiale à la suite de la prise d'un traitement hormonal. Dès lors, lorsque les effets de celui-ci seront visibles, la personne transgenre devra penser à réaliser son coming-out, toujours en fonction de son point de confort à lui/elle/iel. (Dufasne et al., 2020, p.34).

« Les hormones sont principalement responsables du développement des caractéristiques sexuées secondaires [*sic*] » (Transgender InfoPunt, s.d., paragr.1).

Il est important de distinguer les traitements féminisants et le masculinisants.

Traitements hormonaux féminisants

Leur but premier est l'apparition de caractéristiques sexuées féminines. Les traitements principaux sont les œstrogènes (l'estradiol) par voie cutanée (Dufasne et al., 2020, p.36) et les anti-androgènes qui inhiberont la production de testostérone (Transgender InfoPunt, 2022, paragr.1).

Plusieurs points d'attention existent concernant la prise de TH féminisant :

Tout d'abord, il est important de savoir que le traitement contre le VIH peut interagir avec le traitement hormonal féminisant, un suivi est donc important si cela se produisait. Ensuite, les personnes souffrant du facteur V de Leiden (mutation génétique qui amène un risque de coagulation du sang) doivent faire l'objet de précautions quant à l'utilisation des TH féminisant car ces derniers ont des effets coagulants. Il peut y avoir donc une contre-indication à ces traitements si cette mutation était existante chez l'individu (Dufrasne et al., 2020, p.39).

La première année de suivi traitement hormonal féminisant, la patiente doit se rendre chez son médecin tous les 3-4 mois afin de réaliser un bilan de santé pour évaluer les effets du traitement hormonal (Dufrasne et al., 2020, p.36-39 ; communication personnelle, 04/05/2023)

Afin de se renseigner sur les effets du traitement hormonal féminisant, je vous invite à vous référer à l'annexe 2.

Traitements hormonaux masculinisants

Son but premier est l'apparition des caractéristiques sexuées masculines et donc la diminution progressive des caractéristiques sexuées féminines. Le TH masculinisant le plus utilisé est le sustanon, qui sera administré en injection intra-musculaire dans la fesse, la cuisse ou le bras toutes les deux ou trois semaines (Dufrasne et al., 2020, p40).

Il sera recommandé de réaliser la première injection avec l'infirmier·e ou le/la médecin (Dufrasne et al., 2020, p42).

Il existe également un TH masculinisant se faisant en transcutané sous forme de gel, l'Androgel : celui-ci est prescrit seul ou en complément d'un traitement par injection IM. Il sera à appliquer chaque jour sur la peau comme l'abdomen, le thorax, les cuisses, les bras, ... (Dufrasne et al., 2020, p43).

Les TH masculinisant sous forme de pilule par voie orale existent aussi et peuvent être pris quotidiennement par 4 à 6 comprimés par jour. Mais le danger est qu'il s'agit d'un traitement lourd pour le foie et qu'il amène peu d'effets masculinisants. Il est donc à éviter (Dufrasne et al., 2020, p43). Par ailleurs, les deux dernières formes de TH évoqués sont très chers par rapport aux injections IM qui sont accessibles financièrement (A. Dufrasne, communication personnelle, 04/05/2023).

Afin de se renseigner sur les effets du traitement hormonal masculinisant, je vous invite à vous référer à l'annexe 2.

C. Les chirurgies d'affirmation de genre

Dans les chirurgies transspécifiques, plusieurs options sont possibles afin de permettre à une personne transgenre d'atteindre son point de confort. Je vais définir brièvement ces différentes chirurgies grâce à la revue de Genres Pluriels écrite par Dufrasne et al. (2020) dans l'annexe 3 (Dufrasne et al., 2020, p46-51).

Il est important de rappeler que ces chirurgies ne sont pas obligatoires pour le changement légal de la mention de « sexe » sur la carte d'identité. Chaque personne a le droit d'avoir son point de confort et n'est pas obligée de procéder à une chirurgie pour l'atteindre (Dufrasne et al., 2020, p46-51).

D. Les soins du corps

Lorsqu'une personne transgenre a fait le choix de masculiniser ou de féminiser son expression de genre, elle peut ne pas savoir comment s'y prendre. Il y a plusieurs pistes, et selon son point de confort personnel, des choses à faire potentiellement au niveau de l'épilation, de la structure de la barbe, de la voix, de la chevelure, des compléments alimentaires et des cosmétiques, que ce soit pour soigner sa peau ou lui faire revêtir ses plus beaux atours. (Dufrasne et al., 2020, p.58)

E. Les risques des infections sexuellement transmissibles

Les IST sont des infections sexuellement transmissibles provoquées par des bactéries, virus ou parasites. Leur méthode de transmission est essentiellement lors de rapports sexuels sans barrière protectrice, les plus connues étant le human papillomavirus, la gonorrhée, le VIH, la chlamydia, l'herpès génitale et la syphilis (preventionist.org, 2019).

Certaines vont provoquer des symptômes tels que de la fièvre, des douleurs dans le bas ventre, des écoulements et rougeurs anormaux au niveau des organes génitaux, des éruptions cutanées, ... (preventionist.org, 2019).

Dufrasne (2019) nous apporte aussi qu'un moyen fréquent de transmission de certaines IST qui est le partage de matériel de sniff ou d'injection.

Ensuite, Dhénain de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2022) et Dufrasne (2019) nous informent que certaines personnes transgenres sont exposées à un risque accru d'infection au VIH.

A l'échelle mondiale, on a 19% des infections au VIH chez les femmes transgenres, à savoir 49 fois plus élevé que celui de la population générale. Il s'agit alors d'une lourde préoccupation. Je vous invite à vous référer en annexe 4 pour prendre connaissance des informations concernant le VIH (Dufrasne, 2019).

3. Théorie de soins

Pour mettre ces concepts en relation avec une théorie, j'ai directement pensé à la théorie du Human Caring qui vient du paradigme de la transformation et de l'école du Caring (Cara et al., 2016).

Je vais d'abord vous présenter son autrice, Jean Watson, ensuite je définirai cette théorie et enfin je la mettrai en lien avec ma problématique.

3.1. Qui est Jean Watson ?

La docteure Jean Watson, sommité internationale dans les cercles infirmiers, est née en Virginie-Occidentale. Elle a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières et psychologie, une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques et santé mentale puis, un doctorat en psychologie de l'éducation et counseling de l'University of Colorado. Elle détient la Chaire Murchinson-Scoville en Science du Caring à la même université où elle a fondé le Center for Human Caring. Docteure Watson a reçu plusieurs honneurs nationaux et internationaux ainsi que de nombreux doctorats honorifiques, dont celui décerné en 2003 par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle a publié d'innombrables travaux de réflexion décrivant sa théorie du Human Caring, lesquels permettent à plusieurs infirmières dans le monde d'humaniser leurs soins. Par exemple, l'Institut de réadaptation de Montréal fut, en 1992, le premier établissement de santé québécois à implanter cette théorie pour orienter leurs soins infirmiers vers une approche humaniste. (Cara et al., 2008)

3.2. Définition du Human Caring

Le Human caring est « *essentiellement basé sur des valeurs humanistes de respect, collaboration et d'unicité plutôt que sur l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée, l'intervention des professionnel-le-s [sic] inspirée de l'approche du « caring » se fera dans le respect incontesté de la dignité humaine de la personne et sa famille.* » (Cara et al., 2008).

L'article de Cara et O'Reilly (2008) va m'apporter les éléments principaux de la théorie du Human Caring de Watson.

Premièrement, il y a la notion du champ phénoménal. L'infirmier·e et la personne soignée vont être amené·e·s à se rencontrer avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal, qui se compose de « *sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et significations de ses propres perceptions* » (Cara et al., 2008). Ces éléments se baseront sur le passé, le présent et le futur de la personne. C'est à l'occasion du caring avec la personne soignée que l'infirmier·e aura une présence authentique où le partage des perceptions et des expériences de chacun·e offre cette opportunité de décider des choix et actions dans la relation soignant·e-soigné·e.

Deuxièmement, Watson va utiliser la notion de « *facteur caratif* ». Elle le considère comme un guide à la pratique du soin et l'utilise afin de tenter « *d'honorer les dimensions humaines du travail infirmier ainsi que la vie intérieure et les expériences subjectives des personnes que nous servons* » (Cara et al., 2008). Ensuite, elle apportera le concept de « processus de caritas clinique » pour remplacer le terme « facteur caratif ». « Caritas » signifie chérir et donner une attention particulière, cela apportera une relation plus profonde entre soignant·e et soigné·e (Cara et al., 2008).

Watson a donc élaboré 10 processus des facteurs caratifs :

- 1) *Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience caring ;*
- 2) *Être authentiquement présent·e [sic], faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant·e et du soigné·e [sic] ;*
- 3) *Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego, s'ouvrant aux autres avec sensibilité et compassion ;*
- 4) *Développement et maintien d'une relation d'aide, de confiance et de caring authentique ;*

5) *Être présent-e [sic] et offrir du soutien par l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné-e [sic] ;*

6) *Utilisation créative de soi et de tous les types de savoir comme faisant partie du processus de caring ; s'engager dans une pratique de caring-healing artistique ;*

7) *S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre ;*

8) *Créer un environnement healing à tous les niveaux (physique de même que non physique), un environnement subtil d'énergie et de conscience, où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés ;*

9) *Assister en regard des besoins de base, avec une conscience de caring intentionnelle, administrer les « soins humains essentiels », qui potentialisent l'alignement esprit-corps-âme, l'intégralité et l'unité de la personne dans tous les aspects du soin ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement ;*

10) *Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort ; soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée. (Cara et al., 2008)*

Troisièmement, Watson intègre dans sa théorie le caring transpersonnel. Celui-ci se caractérise par une connexion particulière de valeurs humanistes entre le/la soignant·e et le/la soigné·e. Le but de cette relation visera la protection, l'amélioration et la préservation de la dignité humaine, l'intégralité et l'harmonie de la personne soignée (Cara et al., 2008).

L'infirmier·e devra comprendre de manière subjective et profonde la signification que son/sa patient·e donne à son état de santé. « *La conscience caring, l'ouverture d'esprit et la présence spirituelle de l'infirmier-e [sic] deviennent des éléments essentiels pour établir cette connexion et comprendre la perspective de la personne soignée* » (Cara et al., 2008).

Aujourd'hui, la théorie du caring de Jean Watson semble relativement bien acceptée dans la discipline infirmière et est employée comme modèle dans plusieurs institutions sanitaires (Krol et al., 2015).

J'adhère alors particulièrement à cette théorie car selon moi, prendre soin d'une personne, c'est la prendre dans sa globalité en respectant ses valeurs, ses pensées, sa culture, ses croyances, son corps, en ayant cette communication qui reste primordiale dans la relation soignant·e-soigné·e.

3.3. Lien avec ma problématique

Dans l'accompagnement infirmier des personnes transgenres dans les soins de santé transspécifiques, utiliser la théorie du Human Caring fait sens.

Cette théorie va nous apporter des pistes sur la manière dont l'infirmier·e peut accompagner ces personnes dans leurs soins de santé de manière humaniste.

Comme nous avons pu le constater, les personnes transgenres souffrent de discriminations et de propos transphobes, or selon Watson, le respect de la liberté et du choix de la personne soignée est primordiale (Cara et al., 2008).

L'infirmier·e va être amené·e à entrer en contact avec la personne transgenre, c'est à cette occasion que va s'effectuer le partage des perceptions et des expériences de chacun·e.

Cette relation soignant·e/soigné·e, il sera possible de décider des choix et des actions à mettre en place pour la prise en soin de la personne soignée en respectant la signification des perceptions propres de cette personne. Par exemple, si la personne désire suivre un traitement hormonal, ou réaliser une chirurgie, nous en tiendrons compte et y réagirons adéquatement sans jugement dans un environnement qui y est favorable, nécessitant d'établir un lien de confiance dans un respect mutuel (Romano, 2022).

C'est pourquoi il est important que l'infirmier·e ait une approche humaniste et bienveillante avec une ouverture d'esprit afin de comprendre le sens qu'une personne transgenre peut donner à sa santé. Cela permettra une connexion entre soignant·e et soigné·e.

Cette relation est un pacte où la singularité de chacun·e va entrer en compte (Romano, 2022).

Nous pouvons émettre des hypothèses quant à ma question de recherche en lien avec les processus du caritas clinique.

Selon moi, un·e infirmier·e se doit d'être présent·e lors des soins de santé transspécifiques d'une personne transgenre en respectant ses croyances profondes et le monde subjectif de cette dernière ainsi que le nôtre. Je dois également, en tant que soignante, développer et maintenir cette relation d'aide et de confiance à cette population plus vulnérable en amenant mon soutien.

Jean Watson amène la possibilité de créer des environnements calmes et sereins afin d'accueillir chaque individu. C'est un endroit dans lequel on pourrait être amené·e à prendre soin d'une personne transgenre afin de prendre notre temps dans son accompagnement sans jugement. Cela permettrait cette expérience d'enseignement-apprentissage authentique en administrant des

soins humains essentiels qui permettrait d'appréhender l'intégralité, l'unité du corps de la personne avec tous les aspects des soins qu'elle souhaite réaliser (Cara et al., 2008).

A la suite de ce travail, je pourrai vérifier si mes hypothèses sont correctes et si je peux donner un sens nouveau à cette théorie.

Chapitre 2. Méthodologie

1. Question de recherche

Ma question de recherche se présente comme ceci : « Quel serait le rôle de l'infirmier·e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques ». Il s'agit d'un type de recherche basé sur la revue de la littérature.

2. Mon PICO

Afin de spécifier au mieux ma question de recherche, j'ai utilisé la méthode du PICO.

Population cible (P) : Personnes transgenres

Intervention (I) : accompagnement infirmier, rôle infirmier

Comparaison (C) : /

Outcome (O) : soins de santé transspécifiques

3. Explication de ma démarche de réflexion

Tout d'abord, il me semble important de rappeler que pour l'avancée de mon TFE, j'ai pu changer plusieurs fois de question de recherche. C'est par les différentes recherches documentaires, que j'ai pu affiner ma question avec l'aide de ma conseillère scientifique.

Afin de réaliser ma recherche d'articles, j'ai utilisé les bases de données suivantes : pubmed, CINAHL complete et Medline complete. De plus, afin de trouver les mots clefs adéquats ainsi que les synonymes en français et anglais, j'ai eu recours à HeTop.

La totalité de mes articles sont écrits en anglais vu la pertinence et l'accessibilité des ressources disponibles. Afin de traduire ces derniers, j'ai utilisé l'application Deepl.

J'ai également pu avoir recours à l'aide de notre bibliothécaire lorsqu'un article n'était pas disponible avec mes accès.

Ensuite, pour effectuer ma recherche documentaire, j'ai utilisé comme mot clef les suivants :

« Trans-specific health care », « transgender persons », « transgender », « transgender health », « health services accessibility », « health care », « nursing », « nursing care », « vaginoplasty », « complications », « postoperative », « HIV », « prevention », « hormone », « medical transition », « gender-affirming hormone therapy », « administration », « management ». Not « Transsexual »

J'ai également réalisé un tableau avec de multiples mots clefs sur ma thématique en français avec une traduction de divers synonymes en anglais (à retrouver en annexe 5).

Afin d'effectuer un choix dans mes divers articles, j'ai réalisé plusieurs tableaux à 3 colonnes. Une mettant le titre de l'article avec son résumé, la 2^{ème} avec les arguments en faveur de l'utilisation de l'article pour répondre à ma question de recherche et la 3^{ème} avec les arguments contre le recours à cet article pour mon travail. Ensuite, ma conseillère scientifique, Aurore Dufrasne, a pu voir mon tri afin de valider la sélection des articles les plus pertinents.

4. Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
L'auteur·e utilise les termes non-pathologisants.	L'auteur utilise les termes pathologisants et/ou inappropriés tel que « transsexualisme », « dysphorie de genre », « changement de sexe », « identité sexuelle » afin de parler de la personne transgenre. (Hors autodétermination des personnes transgenre)
Article parlant de personnes transgenres féminines, masculines ou non binaire.	Article ne traitant pas de personnes transgenres.
Population cible de plus de 18 ans.	Population cible de moins de 18 ans.
L'article est écrit en français ou anglais.	L'article est écrit en une autre langue que le français ou l'anglais.
Article de recherche se basant sur la structure IMRAD.	Article n'ayant pas une structure IMRAD.
Article datant de moins de 10 ans.	Article datant de plus de 10 ans.
Articles validés par ma conseillère scientifique.	Articles non validés par ma conseillère scientifique.
Articles traitant des soins de santé qui sont spécifiques aux personnes transgenres.	Articles ne traitant pas des soins de santé spécifiques aux personnes transgenres.

Je vais à présent présenter mon journal de recherche sur base des articles retenus.

Ensuite, je présenterai la table d'évidence sur base de ceux-ci.

Date	Outil de recherche (base de données, catalogue, moteur de recherche)	Mots-clés, langage utilisé, opérateurs booléens, équation de recherche	Nombre de résultats	Documents retenus	Intérêt pour le travail
23/12/2022	Pubmed	"transgender persons" And "health services accessibility" And "health care" 2018 - 2023	159	1 « The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France »	Article qui montre les attentes des personnes transgenres face aux soins de santé. Il s'agit d'un savoir expérientiel.
29/12/2022	CINAHL Complete et Medline Complete	« nursing care » And « management » And « health care » And « transgender persons » Not « transsexual » 2013 – 2023 En anglais	39	1 « The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study »	Article qui montre quel soutien, quelle formation est nécessaire pour les infirmier·e·s afin de fournir des soins primaires aux personnes transgenres. Il apporte également de bonnes recommandations pour ma pratique infirmière.
11/01/2023	Pubmed	"vaginoplasty" And "complications" And « postoperative » 2013 - 2023	156	1 « Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women : Systematic review and meta-analysis »	Article qui montre les complications post-vaginoplastie.

15/01/2023	CINAHL Complete et Medline Complete	« HIV » And « Trans-specific health care » And « prevention » 2013 – 2023	14	1 « Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas : implications for messaging and communication »	Article qui explique la prophylaxie pré-expositionnelle au VIH chez les femmes transgenres.
22/01/2023	Pubmed	"hormone" And "medical transition" And "transgender" 2014 - 2023	18	1 « Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco »	Article qui montre certaines complications du traitement hormonal et l'importance de l'information de la population transgenre
22/01/2023	Pubmed	"gender-affirming hormone therapy" And "transgender health" And "administration" 2016-2023	5	1 « Self-administration of gender- affirming hormones : a systematic review of effectiveness, cost, and values and preferences of end-users and health workers »	Article qui parle de l'injection d'un traitement hormonal.
08/03/2023	Pubmed	"trans-specific health care" And "health services accessibility" Not "transsexual" 2016-2023	8	1 « Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients »	Article qui démontre l'importance de la formation auprès des prestataires de soins de santé à la vue de la discrimination envers les personnes transgenres vue ces dernières années.

5. Présentation des articles retenus avec la table d'évidence

Lieu de l'étude	Objectif	Type de recherche	Cadre dans lequel a été réalisée l'étude	Méthode	Limites des auteurs
<p>Article 1 : Allory, E., Duval, E., Caroff, M., Kendir, C., Magnan, R., Brau, B., Lapadu-Hargue, E., & Chhor, S. (2020). The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. <i>Primary Health Care Research & Development</i>, 21, e62. https://doi.org/10.1017/S1463423620000638</p>					
France	L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés rencontrées par les personnes transgenres pour accéder aux services de soins de santé primaires et leurs attentes envers les prestataires de soins primaires afin d'améliorer leur accès aux soins de santé.	Etude qualitative expérientielle	Entretiens individuels semi-structurés auprès des personnes transgenres de l'ouest de la France. Choix du lieu et de l'heure de l'entretien a été laissé aux participant·e·s afin qu'ils se sentent à l'aise. Les entretiens ont eu lieu de février 2018 à août 2018 d'une durée de 16 à 125 minutes.	Entretiens semi-dirigés menés auprès de 27 personnes transgenres. Les participant·e·s ont été recruté·e·s via des associations locales pour des personnes transgenre ou lgbtqia+ (lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, trans, et/ou intersexuées), par des prestataires de soins primaires consultant des personnes transgenres, et par les réseaux sociaux. Critères d'inclusion : être âgé·e de 18 ans ou plus, s'identifier sous le terme trans*/transgenre/transidentité/« transsexuel »/en processus de transition. L'analyse des données a été basée sur une analyse thématique réflexive dans une approche inductive.	<ul style="list-style-type: none"> - Les auteur·e·s n'ont pas trouvé de personnes sans suivi en soins primaires dans l'échantillon. Des personnes transgenres sans suivi dans ces soins de santé auraient pu enrichir et diversifier les résultats de l'étude. - L'auteur n'a pas trouvé de résultats sur l'accès aux soins par des canaux non-standards comme par internet, par des amis trans*, etc. - Le statut des enquêteurs/trices qui se sont présenté·e·s en médecine peut avoir influencé négativement le discours des personnes interrogées.
<p>Article 2 : de Haan, G., Santos, G.-M., Arayasirikul, S., & Raymond, H. F. (2015). Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. <i>LGBT Health</i>, 2(4), 313-323. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0128</p>					
San Francisco	L'objectif de cette étude est de comprendre ce qui conduit les personnes transgenres à utiliser des hormones non-prescrites afin de mieux soutenir des	Etude quantitative transversale	« Une fois le consentement éclairé obtenu, le personnel de l'étude a interrogé en face à face les participantes à l'aide de questionnaires	Analyse d'une étude transversale menée auprès de 314 femmes transgenres âgées d'au moins 18 ans entre août et décembre 2010 en utilisant un échantillonnage dirigé par les répondants (Respondent driven sampling (RDS)).	<ul style="list-style-type: none"> - Les circonstances de la vie de ces femmes qui les amènent à trouver des hormones auprès de sources non-autorisées et à s'engager dans une utilisation discontinuée d'hormones sont

	<p>transitions médicales sûres pour celles-ci.</p>		<p>standardisés administrés par le biais d'entretiens personnalisés assistés par ordinateur (CAPI) sur des tables informatiques. » (de haan et al., 2015)</p>	<p>Critères éligibles à l'étude : personnes s'identifiant comme femmes transgenres âgées d'au moins 18 ans vivant à San Francisco.</p> <p>« L'étude a recueilli des informations sur les données démographiques, l'utilisation d'hormones, les étapes de l'identité de genre, la violence et les traumatismes subis en raison de l'identité de genre, la consommation de substances, les infections sexuellement transmissibles, les contacts avec les forces de l'ordre et les comportements sexuels. » Les auteurs ont « évalué si ces caractéristiques démographiques et comportementales étaient corrélées aux résultats suivants : prise d'hormones non prescrites par les prestataires et prise d'hormones de façon constante sans interruption. » (de haan et al., 2015)</p>	<p>probablement multifactorielles et profondément complexes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude-mère n'a pas évalué les raisons pour lesquelles les participantes ne prennent pas actuellement d'hormones. - Absence d'une définition claire de l'utilisation constante d'hormones dans l'outil de l'étude original. - Chaque participante de l'étude peut avoir défini très différemment l'utilisation continue d'hormones. Par conséquent, les groupes discrets identifiés dans l'étude peuvent être très hétérogènes avec des facteurs très différents affectant l'utilisation d'hormones. Certaines des participantes peuvent avoir décidé volontairement d'utiliser des hormones de manière irrégulière en fonction de leurs propres objectifs tandis que d'autres peuvent avoir utilisé des hormones de manière irrégulière non-intentionnellement. - Les personnes qui se sont portées volontaires à l'étude et qui sont revenues avec d'autres participantes à l'aide de coupons peuvent être différentes de celles qui ont été invitées mais qui ne sont pas revenues avec un coupon.
--	--	--	---	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes interrogées dans cette étude avaient pour la plupart de faibles revenus et peu avaient reçu un enseignement supérieur au lycée. - Les circonstances de la vie de ces femmes ne sont surement pas généralisables aux populations transgenres de statut socio-économique plus élevé
<p>Article 3 : Bass, S. B., Kelly, P. J., Brajuha, J., Gutierrez-Mock, L., Koester, K., D'Avanzo, P., & Sevelius, J. (2022). Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas : Implications for messaging and communication. <i>BMC Public Health</i>, 22(1), 17. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12425-w</p>					
Philadelphie et Sacramento	L'objectif de cette étude est d'enquêter de manière qualitative sur les connaissances actuelles des femmes transgenres, leurs expériences, les obstacles et les facilitateurs qu'elles perçoivent en ce qui concerne la PrEP, ainsi que leurs avis sur les besoin en matière de communication, de messages et de marketing pour élaborer des messages personnalisés qui pourraient être intégrés dans les interventions de communications pour l'adoption et l'adhésion d'une prophylaxie pré-expositionnelle dans deux zones urbaines.	Etude qualitative	Dans des endroits centraux, notamment des organismes communautaires ou des cliniques de santé à Philadelphie, et à Sacramento, de juin à novembre 2017. Durée de 1h modérée par des membres de l'équipe de l'étude qui ont une expérience significative des méthodes qualitatives.	Entretien avec 5 groupes de discussion pour discuter de la prophylaxie pré-expositionnelle et des barrières perçues, des avantages et des préoccupations la concernant. Les participantes ont été recrutées par les réseaux sociaux, des associations trans-friendly, des méthodes d'échantillonnage de « boule de neige ». Critères d'éligibilité : être séronégatives, âgées de 18 ans ou plus, parler ou comprendre l'anglais et s'identifier comme femme, femme transgenre et qui avaient été assignées au genre masculin à la naissance. Les sessions ont été retranscrites. Les participantes ont reçu un bon de 25 dollars pour leur participation.	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu et la période de l'étude. - La représentativité des femmes transgenres et la portée. - Les résultats peuvent ne pas représenter les connaissances et les opinions des femmes transgenres dans les zones moins urbaines ou dans les zones qui ne disposent pas de ressources importantes pour les personnes transgenres. - Les auteur·e·s n'ont pas limité la participation en fonction du statut de prophylaxie pré-expositionnelle, ce qui pourrait avoir affecté la perception globale du risque de VIH. - Etude ayant eu lieu en 2017, ainsi, les perceptions de la PrEP ont pu changer depuis.

Article 4 : Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 29(1), 95-103. https://doi.org/10.1111/jonm.13190					
Ontario	L'objectif de cette étude est de comprendre les activités, la formation et les principaux soutiens infirmiers nécessaires afin de fournir des soins primaires aux personnes transgenres.	Etude descriptive qualitative	Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des participant·e·s au moment qui leur convenait à tous·tes (participant·e et praticien·ne). Les entretiens semi structurés ont été menés par l'auteur, un étudiant en doctorat, qui ne connaissait pas les participant·e·s. Entretien d'une durée de 45 à 90 minutes.	Une méthodologie de description qualitative avec des entretiens semi-structurés a été utilisée pour explorer les rôles et activités des infirmier·e·s. Une invitation à participer a été distribuée à deux organisations fournissant des services de soins primaires aux personnes transgenres en Ontario. Critères d'éligibilité : être impliqué·e dans la prestation de services de soins primaires aux personnes transgenres, parler couramment anglais, être infirmier·e praticien·ne ou autorisé·e ou auxiliaire autorisé·e. Nombre de participant·e·s : 6 infirmier·e·s. Les domaines explorés dans les entretiens comprenaient le niveau de préparation des infirmier·e·s ainsi que leur expérience avec les patient·e·s transgenres, les données démographiques du programme et les rôles et activités des participant·e·s.	- Faible échantillon qui limite la généralisation des résultats.
Article 5 : Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 58(4), 506-513. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014					
Etats-Unis	L'objectif de cette étude est de comprendre comment les différences dans les refus de soins peuvent varier selon le genre au sein de la population transgenre et non-binaire. Les auteur·e·s posent 2 questions : - « La probabilité de se voir refuser des soins de santé varie-t-elle en fonction du genre au sein de la population	Revue systématique de la littérature : étude rétrospective descriptive	Enquête en ligne	L'étude s'est appuyée sur une étude de 2015 qui a interrogé 27 715 personnes transgenres dont non binaires à travers les Etats-Unis. Echantillon : adultes de plus de 18 ans s'identifiant comme transgenre ou non binaire. Les participant·e·s ont été recruté·e·s en ligne et via l'intermédiaire de partenaires organisationnels. Les personnes ont été invitées à fournir des informations sur elles-mêmes dans divers domaines y compris des démonstrations et expériences à travers les établissements de soins de santé.	- Il s'agit d'une analyse secondaire d'une enquête transversale, elle ne donne qu'un aperçu des problèmes rencontrés par la population transgenre/non binaire. - A l'avenir, les résultats pourraient être différents en fonction des climats politiques des différents états, comtés, villes et de nombreuses autres variables.

	<p>TNB, et si oui, comment ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Comment les caractéristiques socio-économiques et identitaires, y compris l'identité de genre, la race, le revenu, le statut d'invalidité, l'âge et le niveau d'éducation, affectent-elles la probabilité que les personnes transgenre/non-binaire se voient refuser des soins de santé ? » 			<p>Variables dépendantes afin d'évaluer la probabilité de subir un refus de soins : « Le médecin ou le prestataire de soins a refusé de donner des soins spécifiques aux personnes transgenres » et « le médecin ou le prestataire de soins a refusé de donner d'autres soins de santé » tous les deux au cours de l'année écoulée. Celles-ci ont été régressées sur les variables démographiques à l'aide d'une régression logistique multivariée. Ces dernières questions n'ont été posées qu'aux personnes ayant consulté un prestataire de soins au cours de l'année écoulée.</p> <p>Les personnes ayant répondu à la question du refus de donner d'autres soins de santé se sont vues incluses dans l'analyse multivariée de cette variable dépendante. Et seules les personnes ayant indiqué qu'elles souhaitaient des soins de santé spécifiques à leur genre et ayant répondu à la question du refus de donner des soins spécifiques au genre ont été incluses dans l'analyse de cette variable.</p> <p>Variable indépendante : race/ethnie, âge, niveau d'éducation, handicap, revenu et identité de genre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limitation des auteur·e·s par les questions posées et le langage utilisé dans l'enquête originale - Il n'y a pas de données représentatives sur cette communauté aux Etats-Unis. Alors, il n'y a aucun moyen de savoir avec quelle précision les données reflètent celle-ci. - Les répondant·e·s du Moyen-Orient et Amérindien·ne·s ont été exclu·e·s en raison de la petite taille de cet échantillon.
<p>Article 6 : Kennedy, C. E., Yeh, P. T., Byrne, J., van der Merwe, L. L. A., Ferguson, L., Poteat, T., & Narasimhan, M. (2022). Self-administration of gender-affirming hormones : A systematic review of effectiveness, cost, and values and preferences of end-users and health workers. <i>Sexual and Reproductive Health Matters</i>, 29(3), 2045066. https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2045066</p>					
Etats-Unis	<p>L'objectif est</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les preuves de l'auto-administration par rapport à l'administration par les professionnel·le·s de santé de traitements hormonaux, en tant qu'option 	Revue systématique	Non identifié	<p>Les auteur·e·s ont examiné la littérature existante dans trois domaines pertinents pour la question de recherche : l'efficacité de l'intervention, les valeurs et les préférences des utilisateur·rice·s finaux, des agent·e·s de santé ainsi que les informations sur les coûts.</p> <p>Mots clefs utilisés :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe peu de données, d'études permettant de répondre à leur question de recherche principale. - Question de recherche vaste, englobant une gamme d'hormones et de formes d'administration

	<p>supplémentaire, idéalement dans la structure d'un système de santé sûr et favorable.</p> <p>- Fournir un énoncé explicite des questions abordées en faisant référence aux participant·e·s, aux interventions, aux comparaisons, aux résultats et à la conception de l'étude</p> <p>Question de recherche : L'auto-administration de d'hormones modifiant l'expression de genre devrait-elle être disponible en plus de l'administration par le personnel de santé ?</p>			<p>P : personnes cherchant à utiliser des hormones d'affirmation de genre I : Auto-administration d'hormones d'affirmation de genre (soit auto-prescription d'hormones orales ou topiques, soit auto-injection d'hormones injectables). C : agent·e de santé - administration d'hormones d'affirmation de genre O : utilisation correcte des hormones, effets secondaires, confiance et engagement avec le système de santé, auto-efficacité, autonomisation et autodétermination, santé mentale et bien-être, préjudices sociaux, satisfaction et pertinence des services cliniques, soutien par les pairs.</p> <p>Critères d'inclusion pour l'examen de l'efficacité : conception de l'étude comparant l'auto-administration de traitements hormonaux à l'administration par un·e agent·e de santé des mêmes hormones. Doit avoir mesuré un ou plusieurs des résultats énumérés ci-dessus et publié dans une revue à comité de lecture ou sous forme de résumé de conférence.</p> <p>Aucune restriction n'a été imposée en fonction du lieu de l'intervention, de la langue ainsi que de la date de publication.</p> <p>Base de données consultée : Pubmed, CINAHL, Lilacs et Embase</p> <p>Pour l'examen des valeurs et préférences, les mêmes termes de recherches ont été utilisés. De plus, les études ont été incluses si elles présentaient des données primaires examinant les préférences des utilisateurs/trices d'un traitement</p>	<p>différentes qui pourrait justifier des recommandations différentes.</p> <p>- Comme les auteur·e·s ont limité leur examen aux articles évalués par des pairs et aux résumés de conférences, iels sont peut-être passé·e·s à côté d'informations disponibles uniquement dans la littérature grise.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>hormonal ou des personnes susceptibles d'y être candidates.</p> <p>Pour l'examen des coûts, il y a la même stratégie de recherche. Ensuite, les études ont été incluses si elles présentaient des données primaires comparant le coût ou le rapport coût-efficacité de l'intervention et de la comparaison, ou résultat, énumérées dans le PICO.</p>	
<p>Article 7 : Ding, C., Khondker, A., Goldenberg, M. G., Kwong, J. C. C., Lajkosz, K., Potter, E., Krakowsky, Y., & Perlis, N. (2022). Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women : Systematic review and meta-analysis. <i>Canadian Urological Association Journal</i>, 17(4). https://doi.org/10.5489/cuaj.8108</p>					
Toronto	L'objectif est de résumer la prévalence des complications urinaires après une vaginoplastie par inversion du pénis.	Revue systématique et méta-analyse	Non identifié	<p>Les auteur·es ont effectué des recherches sur les bases de données : medline, Embase, CINHALL et scopus en juillet 2020.</p> <p>Mots-clés utilisés : "sex reassignment surgery", "vaginoplasty", "gender affirming surgery" et "urinary complications".</p> <p>Critère d'inclusion : études d'observations contenant des données sur les complications urinaires après une vaginoplastie par inversion du pénis, nombre de patient·e·s, âge au moment de l'opération, durée du suivi et satisfaction du/de la patient·e.</p> <p>Critère d'exclusion : revues narratives, rapports de cas/séries comprenant moins de 5 patient·e·s, chirurgie traumatique ou congénitale, études qui n'incluent pas de complications urinaires et articles complémentaires, articles présentant des techniques alternatives de chirurgie vaginale.</p> <p>Les complications urologiques prises en compte dans leur étude : sténose urétrale, infection urinaire, sténose méatique, lésion urétrale et autres complications chirurgicales, rétention urinaire, incontinence, écoulement urinaire médiocre, symptômes irritatifs et reprises chirurgicales pour complications urinaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les études incluses de cette revue, le résultat primaire des complications urinaires n'a pas été rapporté selon une méthode standardisée - Les complications urinaires ayant été regroupées sur base du taux de complications rapportées dans les articles et études à événement nul ont été exclues si le résultat n'était pas mentionné. Vue que la possibilité d'un taux de complication peut être égale à 0 pour un résultat spécifique, le taux réel de complications urinaires peut être inférieur à ce qui est rapporté dans cette revue. - La qualité globale des études était moyenne avec un risque de biais modéré et 4 études avec un risque de biais important.

				<p>Les études à risque critique de biais ont été retirées de la synthèse quantitative. Diagramme en entonnoir afin d'analyser le risque de biais pour les études méta-analyses.</p> <p>L'outil Robins-i a été utilisé pour évaluer la qualité des études. Les titres et résumés ont été examinés indépendamment par deux auteurs en vue de l'examen du texte intégral.</p>	
--	--	--	--	--	--

Chapitre 3. Résultats

Cette partie de mon TFE est consacrée à mettre en évidence les divers résultats de mes sept articles cités ci-dessus.

Je vais dans un premier temps vous présenter mon diagramme de flux.

Ensuite, je vous présenterai les résultats de ces articles sous forme de tableau sans les interpréter et en apportant, s'il y a lieu, les recommandations des auteur·e·s en lien avec ma question.

1. Diagramme de flux

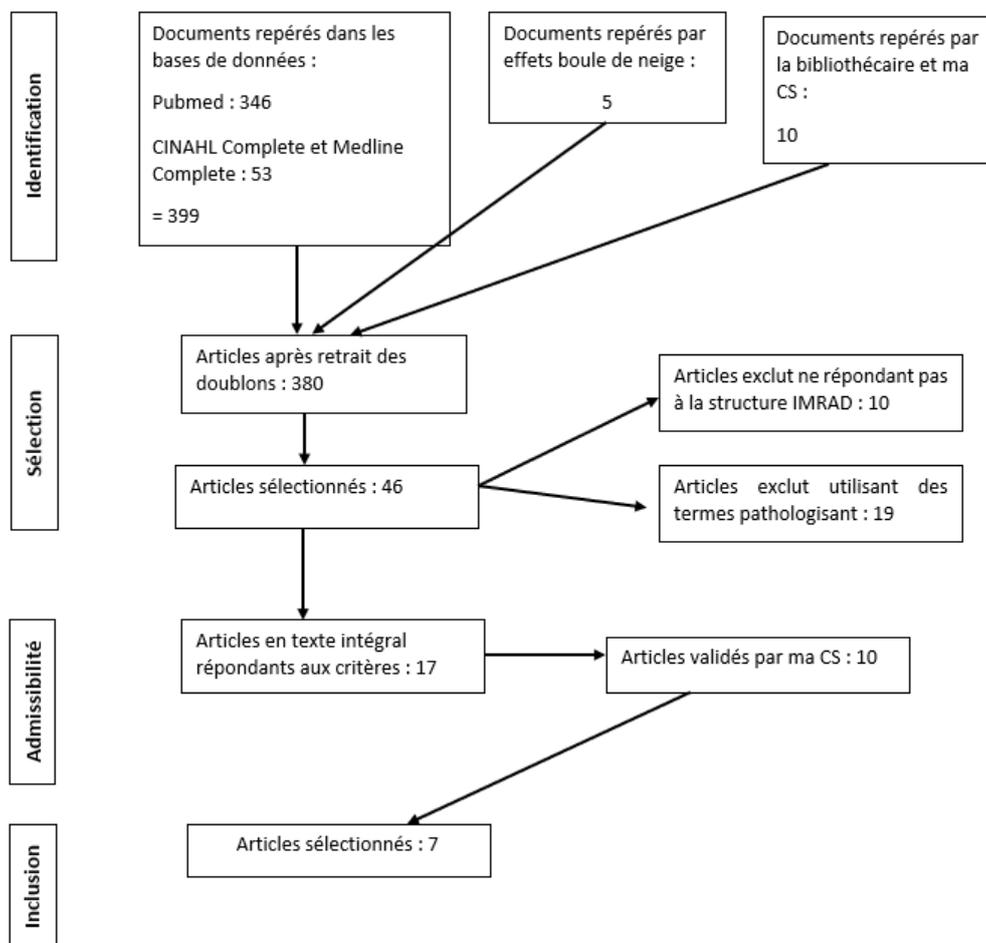


Diagramme de flux pour la sélection de mes articles

2. Présentation des résultats

Article 1 : Allory, E., Duval, E., Caroff, M., Kendir, C., Magnan, R., Brau, B., Lapadu-Hargue, E., & Chhor, S. (2020). The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. <i>Primary Health Care Research & Development</i> , 21, e62. https://doi.org/10.1017/S1463423620000638	
Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<p>Dans l'article de Allory et al., 27 participant·e·s âgé·e de 18 à 60 ans ont été inclus·e·s dans l'enquête. Dans leurs résultats, les auteur·e·s vont présenter les difficultés des personnes transgenres à différents niveaux des soins de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'accès aux soins de santé primaires : Difficulté de reconnaissance de leur identité de genre par leur entourage, ce qui crée une situation de stress. Il existe une pression supplémentaire lors des démarches au sein des services de soins de santé. Les auteur·e·s expliquent qu'une transition difficile peut entraîner une vulnérabilité des personnes transgenres sur le plan psychologique (isolement), professionnel (arrêt étude ou du travail) ce qui a pour conséquence une insécurité financière et une dépendance vis-à-vis d'un·e tiers·e. - Anxiété de la première visite chez un·e nouveau/nouvelle soignant·e Il s'agit d'une première difficulté dans l'accès aux soins. La personne transgenre se demande si le/la soignant·e aura des connaissances ou non sur les soins transspécifiques. D'autres répondant·e·s ont apporté la notion d'attitudes discriminatoires de la part de soignant·e·s de manière consciente ou inconsciente en général dûes à un manque de connaissance sur la santé des personnes transgenres. - Difficulté d'accès à l'équipe de soins Témoignage d'accueil non adapté à leur genre dans les services de soins primaires (accueil secrétaire). Expérience de la salle d'attente effrayante dûe aux regards des autres patient·e·s. L'appel du/de la médecin dans la salle d'attente a été rapporté comme situation la plus anxiogène dans la consultation avec le risque de faire l'expérience du « outing », c'est-à-dire de révéler l'identité de genre de la personne sans son consentement. En outre, les personnes transgenres forment leur propre réseau de soins de santé primaires de confiance et parcourent pour certain·e·s des centaines de kilomètres afin d'obtenir des soins de qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer la pluralité des identités de genre : Il doit y avoir une incitation à la formation des professionnel·le·s de la santé sur les dimensions spécifiques que le public transgenre questionne, notamment sur l'identité de genre. Il doit y avoir une plus grande prise en compte des diverses identités existantes. - Engager un partenariat de soins : en respectant l'autodétermination de chaque patient·e. Une relation soignante·e-soigné·e plus étroite va permettre de reconnaître l'autonomie des personnes transgenres et de les accompagner au mieux. - Adopter une approche globale de la prise en charge : il serait préférable que chaque soignant·e utilise l'approche bio-psycho-sociale dans l'accompagnement des personnes transgenres tout en tenant compte des difficultés à l'accès aux soins telles que les obstacles financiers. - Importance d'une dépsychiatisation de l'identité de genre en adoptant les normes du WPATH. - Afin d'accueillir les personnes transgenres de manière appropriée et bienveillante, il doit y

<ul style="list-style-type: none"> - Conditions spécifiques afin d'accéder à une équipe chirurgicale et à des services médicaux en dehors des heures de travail. Celles-ci sont considérées comme difficiles pour les personnes transgenres qui jugent les critères d'inclusion de leur protocole trop normatifs, ce qui n'a pas été apprécié. Cela mène à une évaluation psychiatrique systématique. Certain·e·s ont donc parfois abandonné le processus de transition. Présence d'anxiété anticipée lors d'un accès aux soins d'urgence à l'hôpital et par rapport au fait d'être confronté·e à une équipe non-familière. - Les attentes concernant les soins de santé et les professionnel·le·s des soins primaires <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'autodétermination et la dépsychiatriation : Nécessité que les personnes transgenres décident de leur genre et non les professionnel·le·s de la santé avec une demande de prise en compte plus large du genre, que les personnes transgenres jugent trop binaire (femme ou homme). Les participant·e·s souhaitent une dépsychiatriation de l'identité de genre de la part des professionnel·le·s de santé. Cela amène à une réévaluation des recommandations au niveau national. ✓ Partenariat entre patient·e·s et prestataires de soins primaires Souhait d'une connaissance et reconnaissance de l'expériences des personnes transgenres par les soignant·es. ✓ Les participant·es ont apprécié l'existence d'un réseau de santé mixte composé de soignant·es et d'associations de soutien aux personnes transgenres, ce qui facilite l'accès à leur transition. Il y avait alors un sentiment de confiance avec les médecins généralistes du réseau. ✓ Un système de soins de santé respectueux sans barrières financières Les personnes transgenres désirent une acceptation respectueuse de leur identité dans les établissements de soins de santé, avec notamment l'absence d'erreur de genre lors de leur accueil par les secrétaires. Elles demandent également une formation du personnel soignant afin d'améliorer leur accueil. 	<p>avoir une adaptation des systèmes de soins de santé primaires</p>
Article 2 : de Haan, G., Santos, G.-M., Arayasirikul, S., & Raymond, H. F. (2015). Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. <i>LGBT Health</i>, 2(4), 313-323. https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0128	
Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<p>Caractéristique de l'échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de participantes était diversifié sur le plan racial et éthique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une stratégie de sensibilisation doit être employée par les cliniques pour permettre d'accroître la sensibilisation aux personnes

- La majorité des participantes n'ont pas réalisé d'études supérieures (92,8%) et ont un revenu inférieur à 21 000 dollars (86,5%)
- 4 femmes transgenres sur 10 (39,5%) ont eu un résultat positif quant à leur test de dépistage du VIH.
- 11,3% des participantes ont déclaré travailler dans le commerce du sexe.
- 94% des femmes transgenres ont déclaré prendre un traitement hormonal féminisant pour renforcer leur identité de genre. Cependant, 41% d'entre elles ont déclaré en prendre de façon constante depuis leur participation à l'étude.
- Les hormones féminisantes les plus utilisées étaient les œstrogènes, les anti-androgènes et le perlutal (généralement non prescrit par un·e médecin et acheté sur internet)
- 49,1% ont déclaré prendre un traitement hormonal féminisant non prescrit par un·e clinicien·e. Les raisons les plus fréquentes étaient que les participantes ne pouvaient pas consulter un·e clinicien·e (35,5%) et qu'elles souhaitaient une transition plus rapide (12%).

Analyse multivariables :

- L'utilisation d'un traitement hormonal féminisant non prescrit est associé de manière indépendante et positive au fait d'être né aux Etats-Unis, le fait d'avoir été en contact avec un·e prestataire de soins de santé au cours des 6 derniers mois, ainsi que le fait de vivre actuellement pleinement en tant que femme, en tenant compte de l'âge, du revenu et du statut sérologique.
- Les femmes transgenres victimes d'agressions sexuelles avaient 60% plus de chances de prendre régulièrement un traitement hormonal par rapport à celles qui n'avaient pas eu d'abus sexuels.
- Il y a une plus grande probabilité de prendre un traitement hormonal féminisant non prescrit parmi les participantes ayant subi une chirurgie transspécifique ainsi que celles ayant eu des violences verbales sur leur identité et présentation de genre, tout en ajustant pour l'âge, le revenu et le statut du VIH.

transgenres, de même pour les personnes sans papiers.

- Déterminer les obstacles aux soins de santé pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des personnes transgenres.
- Il doit y avoir une évaluation de la sécurité du/de la patient·e dans l'interaction patient·e-prestataire.
- Il est intéressant de fournir un soutien instrumental, institutionnel et émotionnel afin de faciliter l'accès aux soins et le soutien en matière de VIH.
- Pour promouvoir un développement positif des adolescents transgenres, il est important d'améliorer le soutien de ceux-ci avec des compétences culturellement compétentes.
- Il est important de comprendre et d'aborder les croyances culturelles relatives à la transition de genre et à l'utilisation d'un traitement hormonal féminisant.
- Faire appel à des traducteurs médicaux/traductrices médicales si le/la patient·e ne parle pas la même langue.
- La prise en compte du traumatisme subi (telles que violences sexuelles) chez les personnes transgenres est primordiale pour améliorer leur santé mentale.

Article 3 : Bass, S. B., Kelly, P. J., Brajuha, J., Gutierrez-Mock, L., Koester, K., D'Avanzo, P., & Sevelius, J. (2022). Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas : Implications for messaging and communication. *BMC Public Health*, 22(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12425-w>

Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<p>La majorité des participantes de Philadelphie (70%) et de Sacramento (79%) avaient déjà entendu parler de la PrEP par un·e médecin ou autre professionnel·le de la santé. En outre, aucune participante de Sacramento n'a affirmé avoir déjà utilisé une prophylaxie pré-exposition, contre un peu plus de la moitié (55%) à Philadelphie.</p> <p>Dans cette étude qualitative, douze sous-thèmes ont été trouvés en rapport avec cinq domaines principaux. Il s'agit de la connaissance de la PrEP, des comportements sexuels, de la communauté trans*, des expériences en matière de soins de santé et des messages/marketing de la PrEP.</p> <p>De ceci, 4 thèmes généraux ont émergé, il s'agit du manque de connaissance sur la PrEP et son utilisation, des obstacles à celle-ci, des croyances sur la façon dont la PrEP devrait être intégré dans le comportement sexuel, et de l'importance de la population trans* dans cette promotion et communication de la PrEP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissance et d'utilisation de la PrEP. La plupart des participantes ont compris que la PrEP est un médicament quotidien qui protège les personnes séronégatives contre le VIH. En outre aucune participante de Sacramento et la moitié de celles de Philadelphie n'ont jamais pris de PrEP et un certain nombre en avaient des idées fausses. Les participantes des deux sites ont compris que l'utilisation de la PrEP est limitée même si elle est très efficace. Ensuite, la connaissance et l'expérience de la prophylaxie post-expositionnelle (PEP) a joué un rôle dans le soutien de suivre une PrEP, qu'ils pourraient intégrer dans leur propre vie. De plus, certaines participantes ont préféré utiliser la PEP par rapport à un manque de connaissance sur les difficultés liées à sa prise et associées à un manque d'intérêt à préférer la PrEP. - Obstacles structurels et personnels persistants à l'utilisation de la PrEP. Ces obstacles sont structurels (expériences négatives dans les soins de santé, stigmatisation du VIH au niveau de la population transgenre) et personnels (idée concernant l'interaction avec le traitement hormonal et le fardeau des pilules, stigmatisation perçue du VIH). Pour certaines participantes, l'ajout d'une pilule est considéré comme abusif. Les participantes de Philadelphie ont exprimé que la stigmatisation du VIH était une attitude commune dans leur public. De plus, la prise de ce traitement pourrait augmenter ce sentiment. A Philadelphie, beaucoup de participantes ont craint qu'un·e tier·e·s croit qu'elles soient séropositives s'il voyait qu'elle prenait un médicament de PrEP. Les interactions entre les femmes transgenres et leurs prestataires ont influencé leurs expériences et volonté de prendre un traitement PrEP. D'autres ont évoqué le manque d'aisance de parler de sexualité avec leurs 	<p>Les auteur·e·s montrent l'importance de réaliser de la prévention sur le PrEP dans un langage accessible, et de toucher des personnes difficiles à atteindre parce qu'elles ne font pas partie d'un groupe de personnes transgenres. Il est important de communiquer, sensibiliser de manière transspécifique culturellement appropriés à la prévention de VIH.</p> <p>Cette sensibilisation devrait répondre à leurs préoccupations quant à celle-ci, lever les obstacles spécifiques aux personnes transgenres et permettre de travailler en collaboration avec la population transgenre afin d'optimiser les messages et transmissions d'informations sur la PrEP aux femmes trans*.</p> <p>Ensuite, il est important de faire de la sensibilisation en fonction des conceptions régionales de la PrEP pendant l'élaboration d'interventions et de communications sur son utilisation (à cause des barrières culturelles et linguistiques dans certaines régions). Cette sensibilisation doit également tenir compte de communiquer les bons messages dans le bon contexte.</p> <p>Les prestataires de soins de santé doivent davantage discuter des avantages de la PrEP en répondant aux préoccupations des femmes transgenres notamment sur la manière dont cela pourrait affecter leur transition. Et cela de la meilleure façon afin de fournir une éducation et des messages transspécifiques en montrant également l'innocuité de l'utilisation de la PrEP et d'un traitement hormonal féminisant ou résistance à d'autres médicaments.</p>

<p>prestataires du fait d'expériences de transphobie, de discrimination, ce qui est également un obstacle à l'obtention de la PrEP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Croyances sur la manière dont la PrEP devrait être intégrée dans le comportement sexuel. Les participantes ont estimé que les personnes ayant des activités sexuelles fréquentes étaient plus appropriés pour la PrEP, surtout pour des rapports occasionnels ou s'il y avait des relations avec plusieurs personnes. Le travail du sexe a été associé au risque de contracter le VIH dans les groupes de discussions. Les personnes exerçant cette profession sont des candidates appropriées à la PrEP. Un des autres sujets était l'utilisation du préservatif. Certaines participantes ont indiqué que la PrEP pourrait être utilisée comme alternative aux préservatifs, ce qui les exposaient à d'autres maladies sexuellement transmissibles. - Importance de la population transgenre dans la promotion et communication de l'utilisation de la PrEP. Les participantes montrent des lacunes dans le marketing de la PrEP. Elles ont indiqué qu'elles n'avaient jamais vu de publicité pour la PrEP destinée aux femmes transgenres. Cependant, à Philadelphie, la prévention du VIH, y compris la PrEP, était discutée au sein de population transgenre. Celles ayant déjà vu des publicités expriment que cela était essentiellement ciblé envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ensuite, les personnes étant retirées d'une population transgenre ont été considérée comme moins susceptibles de recevoir des messages pour la PrEP. A Philadelphie, une femmes transgenre travaillant dans le domaine du sexe ne sera pas disposée à participer à de la sensibilisation à l'utilisation de la PrEP en raison de son métier à haut risque. Selon des participantes, les messages de la PrEP seraient mieux reçus s'ils étaient diffusés par une personne transgenre. <p>Les résultats ont donc montré que la connaissance de la PrEP est encore faible ainsi que les croyances concernant les effets de celle-ci sur l'utilisation d'un traitement hormonal sont souvent erronées. Les participantes ont exprimé un besoin de messages transspécifiques culturellement appropriés dans les communications et interventions en ce qui concerne la prévention du VIH.</p>	<p>De plus, pour aider les patientes à se sentir plus à l'aise lorsque l'on aborde la sexualité et le genre, les soignant·e·s devront peut-être aborder la question de la PrEP plusieurs fois. Enfin, cela permettra d'atténuer les sentiments de méfiance. Il est aussi primordial que les prestataires de soins s'assurent de l'observance quotidienne des patientes pour optimiser l'efficacité de la PrEP et son impact minimal sur l'utilisation d'un traitement hormonal.</p>
<p>Article 4 : Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study. <i>Journal of Nursing Management</i>, 29(1), 95-103. https://doi.org/10.1111/jonm.13190</p>	
<p>Résultats/outcome</p>	<p>Recommandations pour la pratique</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Rôles et activités des infirmier·e·s. 	<p>Optimisation du rôle infirmier :</p>

Les infirmier·e·s ont établi qu'un de leur rôle principal était de soutenir leurs patient·e·s, d'aider les personnes sur leur chemin, d'être positif·ve envers elles, de fournir des soins de santé transpositifs et non traumatisants.

Il y a aussi l'existence d'une relation thérapeutique, comme étant la magie des soins. Le développement d'objectifs communs avec les patient·e·s fait partie intégrante de celle-ci. Les infirmier·e·s doivent assurer le bien-être, la meilleure santé en travaillant avec elleux pour y parvenir.

Les patient·e·s passent en premier lieu une visite avec l'infirmier·e où iel remplit les informations quant au profil de la personne transgenre (antécédents familiaux, médicaux, médicaments actuels, vaccinations, signes vitaux, début du traitement hormonal s'il y a lieu)

- Développer et maintenir les compétences.

Les participant·e·s n'ont reçu qu'une formation limitée voire aucune formation sur les besoins en termes de soins de santé des personnes transgenres dans le cadre de leur programme de soins infirmiers. Cependant, tous·te·s les participant·e·s ont reçu une formation continue sur leur lieu de travail.

Un des éléments réguliers de leur compétence continue est la téléconférence tenue par cette Rainbow Health. Tous·te·s les participant·e·s ont décrit le Guidelines and protocoles pour le traitement hormonal et les soins de santé primaires pour les personnes transgenres comme étant le manuel de référence utilisé dans leur pratique.

La protection du temps et la dotation en personnel a été un obstacle à une formation supplémentaire.

Ensuite, les infirmier·e·s ne savent pas s'il existe une politique au sein de leur établissement qui soutienne officiellement l'éducation et la formation continue du personnel actuel ou nouveau.

- Mentorat et collaboration.

Il s'agit d'opportunités positives afin de renforcer les compétences au sein de l'équipe et de fortifier la compréhension de l'équipe quant à la nature des soins qui sont donnés aux personnes transgenres.

Des participant·e·s ont estimé qu'avoir un·e mentor a contribué à leurs propres compétences et à la collaboration au sein de l'équipe.

- Disposer d'un espace sûr.

Tout·e·s les participant·e·s ont souligné l'importance d'un espace sûr, accueillant et inclusif pour amener les personnes transgenres à accéder à des soins de santé primaires en veillant à ce qu'elles aient accès à une signalisation, des toilettes et des formulaires cliniques non-genrés qui vont tenir compte du genre, du prénom et pronoms préférés.

En outre, les participant·e·s n'avaient pas tout·e·s connaissances de politiques ou procédures organisationnelles en place afin de soutenir et maintenir la fourniture de soins primaires aux personnes transgenres.

- Pour améliorer la prestation des soins aux personnes transgenres il faut comprendre et optimiser les activités dans lesquelles les infirmier·e·s s'engagent. Cela contribuera aussi à réduire les obstacles aux soins.

- Il est primordial que les infirmier·e·s travaillent selon leur champ d'exercice complet. Cela permet d'améliorer la gestion des maladies chroniques, de coordonner les soins, d'assurer la continuité des soins, l'accès aux soins de santé et d'amener une satisfaction aux patient·es. Cela amènera à améliorer la prestation des soins de santé primaires auprès des personnes transgenres.

- Les activités infirmier·e·s doivent inclure la gestion des cas et la coordination des soins.

Leadership :

- Importance du leadership et d'une bonne gestion dans les soins infirmiers afin d'optimiser le rôle de l'infirmier·e dans les soins de santé primaires, ou pour ma thématique, les soins de santé transspécifiques. Nous devons de plus encourager les infirmier·e·s à assumer un rôle de leader. Ce dernier permettra de soutenir le travail d'équipe et la collaboration en s'assurant que les soutiens appropriés soient mis en place (politique, répartition heure de travail, description claire des activités et des responsabilités des divers·e·s membres de l'équipe).

Soutenir une formation continue du personnel infirmier :

- Afin de soutenir la collaboration et la coordination des soins, la communication

Les infirmier·e·s ont reconnu que la mise en place d'un environnement sûr et inclusif commençait dès la réception en soulignant l'importance de recevoir une formation sur l'espace sûr et inclusif des personnes transgenres.

Les patient·e·s apprécient avoir un espace sûr afin d'accéder aux soins de santé où iels sont écouté·e·s et où leurs désirs et croyances sont respectés sans discrimination.

continue et partagée est primordiale. Donc, des réunions d'équipe et conférences de cas peuvent participer à la coordination des soins pour les patient·e·s transgenres.

- La formation à la sensibilité culturelle du personnel soignant pour garantir que la clinique soit un espace sûr pour les personnes transgenres.

Créer un espace sûr et inclusif sans discrimination dans la clinique :

- Utiliser le pronom et nom préférés d'une personne, afficher des panneaux d'espace sûr, utiliser des formes non binaires (inclusives), amener l'existence de toilettes non genrées et permettre une formation aux espaces sûrs et sécurisés à tout le personnel pour donner lieu à un espace clinique inclusif.
- Adopter un langage inclusif et respectueux du genre en s'engageant dans des interactions sans jugement en évitant de faire des suppositions.
- La direction de l'hôpital peut amener une déclaration d'inclusivité non discriminatoire qui serait visible dans la clinique et encouragerait à la création d'un espace sûr et accueillant pour chaque individu.

Evaluation et établissement d'une politique :

- Les infirmier·e·s gestionnaires devraient collaborer avec leur clinique pour élaborer une politique appropriée sur leur lieu de travail, par exemple par rapport au contenu des formulaires de la clinique et du dossier informatisé, la formation du personnel soignant. Ceci, contribuerait à éliminer beaucoup d'obstacles à l'accès aux soins de santé et ainsi créer un lieu sûr et inclusif.

	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de la défense des intérêts des patient·e·s par les infirmier·e·s. Nous devons travailler en collaboration avec les décideurs/euse·s politiques pour améliorer le système de santé et ainsi défendre des politiques qui visent à améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres.
Article 5 : Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. <i>American Journal of Preventive Medicine</i>, 58(4), 506-513. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014	
Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes ayant été incluses dans l'étude ont répondu à l'une ou l'autre des deux variables dépendantes. - 67% des répondant·e·s se sont identifié·es comme transgenre, 33% comme genderqueer ou non binaires. - Dans la première catégorie, 35,34% des participant·e·s étaient des femmes transgenres pour 31,36% d'hommes transgenres. - La plupart des répondant·e·s étaient blancs (63,46%) d'un âge allant de 18 à 44 ans (83,52%) et gagnaient un revenu supérieur ou égal à 25 000 dollars (63,24%). - La proportion de personnes handicapées représentait 28,47% de l'échantillon. - L'échantillon relevait de 25,98% de personnes bachelières et 13,86% de professionnels ou diplômé·e·s d'un niveau d'instruction plus élevé. - 7,85% des personnes se sont vues confrontées à un refus de soins lié à leur transidentité et 3,05% d'autres refus de soins. En outre, si l'on tient compte uniquement des participant·e·s qui souhaitaient des soins liés à leur transidentité, il y a un taux de refus de 8,18% - Les résultats multivariés étaient en général significatifs pour les deux modèles. Pour la variable « Le médecin ou le prestataire de soins a refusé de donner des soins spécifiques à la personne transgenre », les personnes de sexe mâle et de sexe femelle s'identifiant comme genderqueer/non binaire (AFAB GQ/NB et AMAB GQ/NB) avaient moins de chance d'être confrontées à des refus de soins liés à leur genre que les femmes transgenres. Les hommes trans* ne se distinguaient pas significativement des femmes trans* en ce qui concerne la probabilité d'avoir un refus de soins. - Les personnes handicapées, âgées de 24 à 44 ans, titulaires d'un diplôme d'associé·e se voyaient plus facilement avoir un refus de soins transspécifiques que les personnes non handicapées, à revenu élevé ou ayant un niveau d'étude plus élevé avec un baccalauréat 	<p>Il n'y a pas de recommandations claires énoncées dans l'étude.</p> <p>Cependant, il serait intéressant de prévoir une meilleure formation des soignant·e·s en ce qui concerne les besoins généraux en matière de soins de santé ainsi que les besoins spécifiques des patient·e·s transgenres.</p> <p>Cette formation devrait être continue allant au-delà des identités de personnes transgenres dont non-binaires pour s'assurer que les soignant·e·s soient culturellement réceptif·ive·s.</p> <p>La formation tiendrait compte de l'histoire de cette population, une discussion sur l'identité par rapport à l'expression de genre ainsi que les meilleures pratiques telles que la modification des formulaires d'admission afin de les rendre plus inclusifs et compétents. Également mettre à disposition des toilettes adaptées au genre, encourager les soignant·e·s à partager leurs propres pronoms avec tous leurs patient·e·s ainsi qu'utiliser les bons pronoms et prénoms des patient·e·s.</p> <p>Cette formation devrait inclure les diverses expériences en fonction du handicap, de l'âge, du sexe, de la classe sociale ainsi que de la race/ethnicité en faisant remarquer que les différents groupes subissent des refus à des taux différents et différemment selon le contexte.</p>

Article 6 : Kennedy, C. E., Yeh, P. T., Byrne, J., van der Merwe, L. L. A., Ferguson, L., Poteat, T., & Narasimhan, M. (2022). Self-administration of gender-affirming hormones : A systematic review of effectiveness, cost, and values and preferences of end-users and health workers. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 2045066. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2045066>

Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<p>La recherche dans la littérature des auteur·e·s a donné lieu à 3792 références uniques. Iels en ont retenu 30 pour l'examen du texte intégral.</p> <p>Parmi ces 30 articles, 25 ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour l'examen de l'efficacité, aucune étude n'a été identifiée qui réponde aux critères d'inclusion. - Pour l'évaluation de la qualité, aucune étude n'a été identifiée qui réponde aux critères d'inclusion. - Pour l'examen des coûts, aucune étude n'a été identifiée qui réponde aux critères d'inclusion. - Identification de 5 études venant de continents divers répondant aux critères d'inclusion pour l'examen des valeurs et préférences. Elles portaient toutes sur l'auto-administration d'hormones non prescrites dans le cadre d'un système de santé de soutien. - Dans une étude de de Haan et al., les raisons les plus fréquentes de la prise d'un traitement hormonal féminisant/masculinissant non prescrit étaient l'impossibilité de consulter un agent de santé (35,5%) et le désir d'une transition de genre rapide. - Dans une étude de Glick et al., les raisons de prendre un traitement hormonal féminisant/masculinissant non prescrit étaient dûes à une difficulté de trouver un·e agent·e de santé qui soit sensible aux besoins des personnes transgenres et qui les connaisse, le coût et le fait d'éviter la surveillance et de devoir interagir avec le système des soins médicaux ou de devoir établir de nouvelles relations avec les professionnel·le·s de la santé. - Dans l'étude de Metastasio et al., les longs délais de prise en charge dans le secteur formel (liste d'attente, diverses étapes de l'évaluation et du traitement), ont incité certaines personnes à avoir des résultats plus rapidement en lisant des protocoles et à acheter des hormones en ligne. De plus, la stigmatisation et la marginalisation ont aussi été mentionnées comme raison à l'auto-administration. - La cinquième étude sur les valeurs et préférences réalisée par Do et al., a constaté que les facteurs ayant influencé la prestation de services médicaux comprenaient la législation restrictive, une pénurie de services spécifiques aux personnes transgenres ainsi qu'un manque de formation et de lignes directrices, des perceptions ambiguës, une communication inappropriée de la part du personnel soignant (erreur de genre et utilisation d'un langage qui va attribuer un statut social plus élevé à eux-mêmes qu'aux personnes trans*), des lacunes dans les connaissances médicales. De plus, certain·e·s soignant·e·s ont expliqué que l'automédication de traitement hormonal présentait des inconvénients sans les citer. 	<p>Les professionnel·le·s de la santé devraient fournir plus de détails concernant l'auto-administration ou l'administration d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre sur les modes spécifiques d'administration et d'initiation.</p> <p>Afin d'élargir l'accès à l'injection d'un traitement hormonal et réduire la discrimination fondée sur le genre, les principes de l'égalité des genres et des droits de l'homme dans la fourniture d'hormones de qualité respectant de genre sont essentiels.</p>

Article 7 : Ding, C., Khondker, A., Goldenberg, M. G., Kwong, J. C. C., Lajkosz, K., Potter, E., Krakowsky, Y., & Perlis, N. (2022). Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women : Systematic review and meta-analysis. *Canadian Urological Association Journal*, 17(4). <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>

Résultats/outcome	Recommandations pour la pratique
<p>Résultat de la recherche : 27 articles ont été inclus dans l'étude en vue d'une synthèse quantitative portant sur 3 388 patientes.</p> <p>Complications urinaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La satisfaction globale des patientes quant à leur vaginoplastie allait de 80 à 100%. - Les trois complications urinaires les plus fréquentes étaient un flux faible/écarté, une sténose du méat et des symptômes irritatifs tels que fréquence, urgence, nycturie. - Le taux d'infections urinaires post vaginoplastie par inversion du pénis varie de 0% à 32%. Les autres infections urinaires rapportées allaient de 0% à 15%. - Le taux d'une complication de sténose urétrale va de 0% à 18,3%. - Le taux de complication de sténose du méat est de 1,1% p 40% après une vaginoplastie par inversion du pénis. - Parmi la rétention ayant nécessité un cathétérisme, le taux de complications était de 0% à 13,9%. - L'incontinence urinaire post vaginoplastie par inversion du pénis peut survenir chez des patients de 1,1% à 27,3% - Un écoulement du méat médiocre et évasé peut se produire dans 1,8% à 33,2%. <p>Complications chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plus fréquemment relevées étaient la déhiscence de la plaie, la sténose vaginale, la lésion urétrale et la lésion rectale. - Le risque de fistules urétrovaginales variait de 1,5% à 4,5%. - Le risque de fistules rectovaginales variait de 0,3% à 3,6%. - Dans de nombreuses études, il n'y avait aucune fistule dans leur échantillon. - La méatoplastie et la révision urétrale sont les chirurgies de révision urinaires les plus fréquentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les auteur·e·s expliquent que les professionnel·le·s de la santé peuvent utiliser cet article pour conseiller les patient·e·s, avant et après l'opération, sur la gestion des attentes chirurgicales. - Des infections urinaires, l'évasement du jet et la sténose du méat peuvent être facilement traités avec des antibiotiques ou des dilateurs du méat. Pour une situation urgente de rétention aiguë, la dilatation urétrale est une solution à court terme. Ensuite, la sténose du méat peut être définitivement traitée par une méatoplastie et une chirurgie de révision urétrale. - Les patientes transgenres ayant subi une radiothérapie ou qui souffrent d'une obstruction de l'orifice vésical due à une hypertrophie bénigne de la prostate ont un risque plus élevé de complications et ont donc besoin d'une prise en charge urologique. - Il est nécessaire d'informer les patientes de l'existence de complications urinaires et donc d'une nécessité d'une prise en charge conservatrice, médicale ou chirurgicale. - Nous devons prendre en charge les complications dans un environnement trans-inclusif. Notamment en appelant la patiente par son prénom de confort, en évitant les questions sur la transition qui ne sont pas pertinentes pour les soins et en incluant dans la clinique des ressources où les personnes transgenres sont représentées.

Chapitre 4. Analyse critique des articles

Dans ce chapitre, je vais vous présenter l'analyse critique de mes 7 articles à l'aide de diverses grilles d'analyse.

Pour les études qualitatives, j'utiliserai la grille de Côté et Turgéon. Ensuite, pour les études quantitatives j'utiliserai la grille de GFASAS. Et enfin, pour les études systématiques et méta-analyse j'exploiterai la grille de Fortin et de GFASAS.

- 1. Allory, E., Duval, E., Caroff, M., Kendir, C., Magnan, R., Brau, B., Lapaduhargue, E., & Chhor, S. (2020). The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. *Primary Health Care Research & Development, 21*, e62. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000638>**

Pour analyser cet article qualitatif de savoir expérientiel, j'ai utilisé la grille de lecture de Côté et Turgéon (Côté & Turgéon, 2002).

Dans l'introduction, les auteur·e·s décrivent la problématique actuelle quant à l'accès aux soins pour les personnes transgenres. Ils montrent que cet accès est un enjeu important en le mettant en lien avec diverses informations pertinentes. L'objectif de cette étude est alors clairement énoncé et pertinent, il consiste à explorer les difficultés rencontrées par les personnes transgenres afin d'accéder aux soins de santé primaires et d'explorer leurs attentes vis-à-vis du système de santé et des professionnels des soins primaires.

Quant à la méthode, le contexte de l'étude est posé correctement. Les auteur·e·s décrivent de manière adéquate comment iel ont recruté les participant·e·s, dans quelle région de France et par quel moyen. Ensuite, iels énoncent bien les critères d'inclusion pour l'étude. Celle-ci étant qualitative expérientielle, la méthode est appropriée aux objectifs des auteur·e·s. Ces dernier·e·s décrivent le processus de recueil des informations via des entretiens semi-dirigé guidé par 2 enquêteurs. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits avec une analyse des données crédible.

Les résultats sont présentés clairement en mettant en avant les difficultés des personnes transgenres pour accéder aux soins de santé, leurs attentes vis-à-vis des professionnel·le·s de la

santé lors des entretiens semi-dirigés. De plus, les auteur·e·s retranscrivent des citations des participant·e·s permettant une compréhension des résultats.

La discussion est courte et résume en quelques lignes les difficultés et attentes des personnes transgenres tel que la dépsychiatisation et l'autodétermination de l'identité de genre, un partenariat entre soignant·e/patient·e, une place centrale du/de la médecin dans le parcours de soins, une facilité d'accès aux soins de santé. Ensuite, les limites et forces de l'étude sont clairement énoncées (non-présence de personnes sans suivi dans l'échantillon, enquêteurs/trices étudiant·e·s, pas de résultat sur l'accès aux soins de santé via des canaux non standards). En outre, il peut y avoir un biais de l'échantillon du au nombre peu élevé de participant·e·s ainsi qu'à la limitation de l'étude à la région de l'ouest.

La conclusion reste courte et amène brièvement un résumé avec des recommandations.

J'ai retenu cet article car il apporte des éléments de réponse à ma question de recherche à propos de la manière dont les infirmier·e·s doivent prendre soin des personnes transgenres dans les soins transspécifiques ou autres.

2. de Haan, G., Santos, G.-M., Arayasirikul, S., & Raymond, H. F. (2015). Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health*, 2(4), 313-323. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0128>

Pour cette étude quantitative transversale, j'ai utilisé la grille GFASAS (Tétreault S et al., 2013).

Les auteur·e·s précisent leur titre de recherche en présentant le type de population étudiée ainsi que leur problématique cible. Au vu du résumé, l'article est pertinent pour aborder des éléments de réponse à ma question de recherche, il apporte un objectif clair qui est « *de comprendre ce qui conduit à l'utilisation d'hormones non prescrites afin de mieux soutenir des transitions médicales sûres pour les personnes transgenres* ». L'introduction est détaillée de façon pertinente en définissant une personne transgenre, elle pose le cadre de la prise d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre avec les risques y étant associés ainsi que l'importance d'une équipe soignante. Les auteur·e·s tentent également d'expliquer les causes de la prise d'un traitement hormonal féminisant/masculinissant non prescrit. Pour ceci, ils se basent sur des études et constats théoriques.

Ensuite, la méthodologie de cette étude reste complexe. Elle se base sur une autre étude menée par Rapues auprès de 314 femmes transgenres à San Francisco. Les auteur·e·s expliquent brièvement comment celles-ci ont été recrutées ainsi que les critères d'éligibilité. Cependant,

les auteur·e·s ne citent pas de manière probante les variables et les critères d'exclusion, ils nous demandent de nous référer à l'article principal. Les auteur·e·s expliquent la procédure de recueil des données de l'étude mère. De plus, ils justifient l'analyse des données.

Les résultats viennent décrire les caractéristiques de l'échantillon. Les auteur·e·s amènent des liens bref quant à leur objectif de départ dans les analyses multivariées ; cependant, les données significatives de l'étude en ressortent. De plus, cela peut également nous introduire un biais d'échantillonnage, car les résultats ressortent des Etats-Unis plutôt que de l'Europe, mais encore, l'échantillon-même est constitué essentiellement de femmes transgenres.

La discussion présente un descriptif des résultats de façon détaillée et répond à leur objectif de départ en amenant plusieurs réponses. Les auteur·e·s proposent des étapes futures à explorer dans différentes études ainsi que de multiples recommandations pour la pratique telles que : une sensibilisation, l'énumération des obstacles à l'accès aux soins de santé, l'évaluation de la sécurité du/de la patient·e, le soutien, les compétences culturelles requises, les traducteurs/trices médicaux, la prise en compte des traumatismes subis. Par ailleurs, ils présentent de multiples limites à leur étude, ce qui amène à avoir un avis critique sur l'étude.

Enfin, dans la conclusion, les auteur·e·s ne réalisent pas de retour sur leur objectif. Ils expliquent comment l'enquête a permis de décrire l'utilisation incohérente et non-supervisée de traitements hormonaux visant à modifier l'expression de genre, mais avec certaines limites, ce qui les amène à proposer des pistes pour des recherches futures.

Il me semble qu'une des limites que je peux poser est que l'utilisation de certains termes par les auteur·e·s ne sont pas, selon moi, éthiques par rapport aux cultures et ethnies différentes.

J'ai néanmoins choisi cet article car il amène des éléments de réponse pertinentes à ma question afin de prendre soin des personnes transgenres correctement pour éviter que ces dernières utilisent de façon inadéquate un traitement hormonal visant à modifier leur expression de genre.

- 3. Bass, S. B., Kelly, P. J., Brajuha, J., Gutierrez-Mock, L., Koester, K., D'Avanzo, P., & Sevelius, J. (2022). Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas : Implications for messaging and communication. *BMC Public Health*, 22(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12425-w>**

Pour réaliser l'analyse critique de cette étude qualitative, j'ai utilisé la grille de lecture de Côté et Turgéon (Côté & Turgéon, 2002).

Dans cet article de recherche, Bass et al. décrivent correctement leur problématique afin d'introduire leur objectif. Cette dernière permet de me convaincre de la nécessité d'une sensibilisation de la prophylaxie pré-expositionnelle (PrEP) du VIH chez les femmes transgenres. En effet, les auteur·e·s expliquent que celle-ci est négligée par rapport aux hommes transgenres. Ces différentes raisons les amènent à utiliser un processus de recherche spécifique centré sur les femmes transgenres afin d'enquêter de manière qualitative dans 2 villes différentes sur les connaissances actuelles des femmes transgenres avec leur expérience, les obstacles et moyens facilitateurs à l'accès aux soins de santé, leurs besoins en termes de communication pour sensibiliser correctement. Leurs objectifs sont alors bien décrits dans l'introduction.

Ensuite, le contexte de l'étude est correctement défini par les auteur·e·s, la méthode de recrutement des participantes est bien expliquée avec les critères d'éligibilité justifiés pour le type de recherche. Le processus de recueil d'information est clair, via des groupes de discussion dans des environnements trans-friendly. Ensuite, l'analyse des données est crédible et détaillée en tenant compte des similitudes et différences au sein des groupes pour comprendre les diverses expériences des femmes transgenres.

Les résultats sont détaillés adéquatement en présentant les caractéristiques de l'échantillon et en amenant les thèmes ressortis des groupes de discussions. Les auteur·e·s amènent des citations des groupes de discussions qui favorisent la compréhension des résultats.

Des plus, les auteur·e·s apportent du sens dans les interprétations des résultats lors de la discussion quant au but de l'étude. Iels vont montrer l'importance de sensibiliser de façon culturellement compétente les femmes transgenres sur l'utilisation de la PrEP et de s'attaquer aux obstacles spécifiques à celle-ci. Iels y apportent également des recommandations pour la bonne pratique. Bass et al. précisent aussi les limites de leur étude et ne généralisent pas les résultats, en apportant des pistes d'études futures dans d'autres régions.

Enfin, la conclusion reste brève mais résume le message principal que les auteur·e·s veulent faire entendre.

Il me semble tout de même y avoir un biais d'échantillonnage vu que les auteur·e·s ciblent essentiellement la sensibilisation auprès des femmes transgenres. A. Dufrasne me fait remarquer que cela peut être stigmatisant et non inclusif en termes de prévention et de réduction des risques pour les autres personnes transgenres, que ce soit des hommes ou des personnes non

binaires. Il peut donc aussi y avoir un biais de confusion qui peut s'installer (communication personnelle, 10/03/2023).

Cet article est intéressant pour répondre à ma question car il amène des pistes aux infirmier·e·s sur la façon dont nous devons sensibiliser les femmes transgenres sur la PrEP et son importance.

4. Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 95-103. <https://doi.org/10.1111/jonm.13190>

Afin de réaliser l'analyse critique de cette étude descriptive qualitative, je vais également utiliser la grille de lecture de Côté et Turgéon (Côté & Turgéon, 2002).

Premièrement, la problématique des personnes transgenres dans les soins de santé est bien décrite en expliquant les enjeux qui empêchent les personnes transgenres d'être correctement prises en soins. Il situe la problématique avec l'état actuel des connaissances en référençant d'autres études. Par la suite, l'objectif de l'auteur est clairement énoncé : « *Explorer les activités infirmières spécifiques à la prestation de soins primaires aux personnes transgenre et les méthodes qui ont soutenu le développement de leurs compétences en matière de prestation de soins primaires aux personnes transgenres* ».

Ensuite, le contexte de l'étude est défini clairement et les chercheurs/euses sont cité·e·s. La méthode utilisée est appropriée pour l'objectif de l'auteur ainsi que le processus de collecte des données via des entretiens semi-structurés. Ce dernier explique sa méthode de récolte d'échantillonnage mais ne se justifie pas. Son analyse des données est crédible puisqu'il utilise une analyse qualitative et la triangulation avec un comité de doctorat spécialisé dans la problématique.

Les résultats sont présentés de façon claire sous 4 thèmes différents : les rôles et activités des infirmier·e·s, le développement et le maintien des compétences, le mentorat et la collaboration, la disposition d'un espace sûr. L'auteur apporte également des citations pour la compréhension des résultats.

Par la suite, l'auteur donne du sens aux résultats par rapport au titre de son étude. Il amène des pistes pour l'amélioration du rôle infirmier auprès des personnes transgenres en formulant des recommandations. Ziegler divise la discussion en 4 sous-points : optimiser le rôle de l'infirmier·e, soutenir la formation continue du personnel infirmier, créer un espace inclusif et sûr dans la clinique, établir et évaluer une politique. Les limites de l'étude sont énoncées mais

restent minces (échantillon faible, ce qui mène à un biais d'échantillon, explorer cette thématique dans d'autres contextes).

Enfin, la conclusion synthétise de façon courte les idées de l'auteur. Il explique notamment que les recommandations de cette étude peuvent se transposer dans d'autres contextes de pratique. C'est pour cela que cet article est intéressant pour répondre à ma question, il va y amener des pistes et idées de réponses.

- 5. 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>

Pour l'analyse de cette revue systématique de la littérature, je vais utiliser la grille de Fortin (2010)

Tout d'abord, le titre de l'article vient préciser le concept de refus de soins et la population transgenre et non binaire. De plus le résumé synthétise clairement les grandes lignes de l'étude.

Dans l'introduction, le problème de l'étude est clairement défini en expliquant les causes et conséquences des refus de soins par les prestataires de la santé, ainsi que le devoir de ceux-ci pour accompagner les personnes trans*. Ensuite, les auteur·e·s énoncent leurs 2 questions de recherche mais n'abordent pas leur objectif : « *La probabilité de se voir refuser des soins de santé varie-t-elle en fonction du sexe au sein de la population TNB, et si oui, comment ? Comment les caractéristiques socio-économiques et identitaires, y compris l'identité sexuelle, la race, le revenu, le statut d'handicapé, l'âge et le niveau d'éducation, affectent-elles la probabilité que les personnes TNB se voient refuser des soins de santé ?* »

Par la suite, l'étude relève d'une enquête américaine de 2015 sur 27 715 personnes transgenres. L'échantillon de l'étude et les critères d'éligibilités sont décrits. Cependant, il me semble que la méthode d'échantillonnage n'est pas précisée de façon détaillée. Les auteur·e·s expliquent leurs variables dépendantes et indépendantes mais la méthode et les outils de collecte de données ne sont pas décrits de manière succincte. La méthode d'analyse est précisée dans l'analyse statistique mais le résumé des résultats reste difficile à comprendre.

Les résultats sont résumés sous forme d'un texte narratif et se rapportent à des tableaux synthétiques.

Dans la discussion, les limites de l'étude sont définies et les auteur·e·s apportent des recommandations pour des prochaines recherches. Leurs résultats ne sont pas discutés en évoquant des études antérieures. A la suite de leur analyse, les auteur·e·s amènent des recommandations pour la pratique comme la formation des prestataires de soins pour les besoins généraux ou transspécifiques des patient·e·s transgenres.

Les limites posées par les auteur·es sont d'une part que les résultats peuvent différer à l'avenir en fonction des climats politiques des différents états, comtés, villes et de nombreuses autres variables, et d'autre part que les auteur·es ont été limités par les questions posées et le langage utilisé par l'enquête originale.

Il me semble qu'une des limites que je peux poser est l'utilisation du terme « genderqueer » qui est davantage militant que scientifique (A. Dufrasne, communication personnelle, 16/03/2023). De plus, il faut faire attention à la différenciation faite dans cette étude entre « transgenre » et « non-binaire » car une personne non-binaire est de facto transgenre même si elle peut ne pas s'identifier comme telle (A. Dufrasne, communication personnelle, 10/03/2023). Ensuite, les auteur·e·s utilisent le terme « traitement hormonal de substitution », alors qu'il est préférable d'utiliser celle de « traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre » car dans ce texte-ci, nous ne parlons pas de ménopause ou d'andropause (A. Dufrasne, communication personnelle, 10/03/2023).

Cet article est intéressant pour ma question de recherche car il démontre l'importance de mieux former les prestataires des soins de santé pour accueillir les personnes transgenres de façon inclusive et réduire les taux de refus des patient·e·s transgenres par ceux-ci. Il va amener divers aspects très intéressants.

- Kennedy, C. E., Yeh, P. T., Byrne, J., van der Merwe, L. L. A., Ferguson, L., Poteat, T., & Narasimhan, M. (2022). Self-administration of gender-affirming hormones : A systematic review of effectiveness, cost, and values and preferences of end-users and health workers. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 2045066. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2045066>**

Pour analyser cette revue systématique, j'utiliserai la grille de Fortin (2010) et de GASAS (Tétreault S et al., 2013) pour la méthodologie.

Tout d'abord, le titre présente succinctement les concepts clés de l'étude tel que l'auto-administration d'hormones d'affirmation de genre. Le résumé est également synthétisé clairement en un paragraphe.

Ensuite, les auteur·e·s définissent les concepts et la problématique en les plaçant dans leur contexte. De plus, iels utilisent des écrits antérieurs pour valider leurs propos. L'objectif des auteur·e·s est d'évaluer les preuves de l'auto-administration, par rapport à l'administration par un·e professionnel·le de la santé, d'hormones visant à modifier l'expression de genre, idéalement dans le cadre d'un espace sûr et favorable.

S'agissant d'une revue de la littérature, les auteur·e·s expliquent leur méthode de sélection d'articles en examinant 3 domaines : examen de l'efficacité (étant davantage décrit), valeurs et préférences, information sur les coûts. Iels expliquent leur stratégie de recherche en apportant leurs critères d'inclusion et d'exclusion, leurs mots-clefs, les bases de données consultées. Après, la méthode d'analyse des articles est décrite.

Les résultats sont clairement présentés et sont référés à un tableau descriptif des articles inclus dans le domaine des valeurs et préférences relatives à l'auto-administration d'un TH. Ils sont résumés par un texte narratif.

Dans la discussion, les résultats sont discutés et s'appuient sur de la littérature antérieure. Elle offre également des preuves scientifiques quant à la révision de la classification mondiale des maladies qui mène à supprimer la nosographie « dysphorie de genre » et amène donc à plaider en faveur de l'amélioration des lois, systèmes et services.

Les auteur·e·s amènent des recommandations et suggèrent des pistes pour des recherches futures.

Les limites sont présentées par les auteur·e·s : peu de données d'étude pour répondre à leur objectif de recherche, question de recherche trop vaste, examen des articles limité ce qui mène à un biais de sélection. Ensuite, aucune de leur sélection d'article n'a traité de la préférence relative à l'auto-administration d'un traitement hormonal prescrit auprès d'un système de santé favorable.

Cet article est pertinent pour ma question de recherche car il va apporter une approche sur l'injection d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre en y apportant des recommandations pour la pratique. En outre, il me semble pertinent de préciser qu'il existe moins de traitements hormonaux étant non prescrits en Belgique car l'accessibilité médicale est davantage facilitée depuis la mise en place en 2018 de suivis conjoints pluridisciplinaires au sein du Réseau Psycho-médico-social trans* et Inter* belge (Genres Pluriels, 2023 ; A. Dufrasne, communication personnelle, 10/03/2023).

7. **Ding, C., Khondker, A., Goldenberg, M. G., Kwong, J. C. C., Lajkosz, K., Potter, E., Krakowsky, Y., & Perlis, N. (2022). Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women : Systematic review and meta-analysis. *Canadian Urological Association Journal*, 17(4). <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>**

Pour cette revue systématique et méta-analyse, j'utiliserai la grille de Fortin (2010) et de GFASAS (Tétreault S et al., 2013).

Premièrement, le titre de l'article précise les concepts-clés ainsi que la population étudiée. Il s'agit des complications urinaires à la suite d'une vaginoplastie par inversion pénienne chez les femmes transgenres. De plus, le résumé synthétise clairement la recherche.

Ensuite, la problématique de l'étude est définie en annonçant le concept de la chirurgie ainsi que l'enjeu de celle-ci dont les complications, l'accès au système de santé avec un risque de discrimination. Le but de l'étude n'est cependant pas clairement énoncé. Les auteur·e·s expliquent qu'il s'agit de la plus grande étude systématique et méta-analyse sur la prévalence des complications urinaires post vaginoplastie par inversion du pénis.

Après, les auteur·e·s décrivent leur stratégie de recherche pour la sélection de leurs articles (base de données, mots-clefs, jusque juillet 2020) ainsi que leurs critères d'inclusion et d'exclusion en nous renvoyant à divers tableaux. Ensuite, leur analyse est détaillée correctement et amène des données quant au risque de biais (méta-analyses avec risque de biais retirées, diagramme afin d'examiner le risque de biais, utilisation de l'outil robins-i tool pour les études non randomisées, évaluation par 2 auteur·e·s).

Par la suite, les auteur·e·s expliquent leurs résultats de recherche, mais, sans justifier leur choix. Iels abordent également les risques de biais et en indiquent les principales causes : le biais de confusion et de la mesure des résultats. Iels vont présenter les complications urinaires et chirurgicales au sein des résultats par des données chiffrées. Iels nous renvoient également à de tableaux de synthèse.

Enfin, les auteur·e·s discutent des résultats à la lumière de recherches antérieures. Ils apportent des suggestions pour la pratique et énumèrent les limites de l'étude : complications urinaires non-rapportées selon une méthode standardisée qui a pu mener un risque de biais de rapport, taux de complications urinaires peut être inférieur à ce qui a été rapporté dans cette revue en raison de l'exclusion des études à événements nul si le résultat n'était pas mentionné, qualité globale moyenne des études avec un risque de biais modéré et 4 études avec un risque de biais important. Ensuite, ils apportent des recommandations pour des recherches futures. L'idée

ressortant de ce chapitre est que le risque global de complications post-chirurgie est faible et de gravité mineure. Les auteur·e·s en expliquent la raison par des recherches antérieures.

Cet article est alors pertinent pour répondre à ma question de recherche car il va amener des suggestions quant à la prise en charge des patientes réalisant une vaginoplastie par inversion du pénis.

Chapitre 5. Discussions

Dans ce chapitre, je vais discuter des différents résultats des articles de recherche retenus. Pour rappel, l'objectif de mon travail littéraire est de définir le rôle de l'infirmier·e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques.

Dans mes 7 articles, certains traiteront des obstacles liés aux soins de santé et d'autres aborderont les traitements hormonaux visant à modifier son expression de genre ainsi que la prophylaxie pré-expositionnelle au VIH. Une étude traitera davantage du rôle intégral des infirmier·e·s dans les soins de santé primaires. Enfin, un des articles traitera des complications urinaires après une vaginoplastie par inversion du pénis.

Il semble pertinent d'observer que la plupart de ces études ne se situent pas dans la population européenne. De ce fait, certains résultats peuvent paraître déroutants. De plus, 3 de ces 7 articles traitent de la population féminine transgenre, ce qui est une limite à ma recherche. Néanmoins, les recommandations et résultats de ces études peuvent être appropriés pour la population transgenre en général. Enfin, 2 de ces études traitent de soins de santé primaires mais peuvent tout-à-fait être pertinents pour prendre soin des personnes transgenres dans les soins de santé transspécifiques.

1. L'accès aux soins de santé

Pour commencer, Allory et al. (2020), Bass et al. (2022), Kennedy et al. (2022) et de Haan et al. (2015) sont d'accord pour considérer que les personnes transgenres rencontrent des obstacles pour accéder aux soins de santé. Il me semble que cette approche est importante afin d'enrichir ma question de recherche et de veiller à favoriser un accès aux soins de santé transspécifiques.

1.1. Discrimination et transphobie

Tout d'abord, Allory et al. (2020) expliquent que cet **obstacle à l'accès aux soins de santé** résulte la difficulté des personnes transgenres à **faire reconnaître leur identité de genre** par les soignant·e·s. **L'anxiété de la première visite** chez un·e soignant·e pose alors souvent question, par le doute des connaissances de celle/celui-ci quant aux soins destinés aux personnes transgenres. Elles subissent souvent des **attitudes discriminatoires** conscientes ou non. De plus, Bass et al. (2022) confirment cette notion en relevant que les femmes transgenres parlent avec difficulté de leur sexualité avec un·e soignant·e à la suite d'**expériences discriminatoires et transphobes** qu'elles ont vécues. Cela mène alors à un obstacle à la PrEP. Bass et al. (2022) affirment également que les obstacles aux soins de santé concernant la PrEP pour les femmes transgenres sont souvent **d'ordre structurel et personnel**. Ils sont dûs aux expériences négatives vécues dans les soins de santé, à la stigmatisation du VIH au sein de ce public, aux idées concernant l'interaction avec le traitement hormonal modifiant son expression de genre, au fardeau des pilules.

En lien avec la discrimination, de Haan et al. (2015) précisent que les femmes transgenres ayant été victimes de violences verbales sur leur identité et présentation de genre sont plus portées à prendre un traitement hormonal non-prescrit. Il est donc important pour les professionnel·le·s de la santé de prévenir ce phénomène et de prendre soin des personnes transgenres de manière culturellement compétente.

1.2. Les traitements hormonaux

Ensuite, Kennedy et al. (2022) et de Haan et al. (2015) rapportent également qu'une des raisons pour lesquelles les personnes transgenres vont se fournir un **traitement hormonal non-prescrit** est la difficulté à accéder à des soins de santé, mais aussi la **difficulté à trouver un·e prestataire de santé qui soit sensible aux besoins des personnes transgenres**, qui les connaisse, qui ne les discrimine et ne les stigmatise pas. Une autre raison est le **désir d'une transition d'expression de genre rapide et donc le contournement des longs délais d'attente**. De plus, Allory et al. (2020) expliquent que certaines personnes transgenres abandonnent leur processus de transition à cause des **conditions spécifiques** (évaluation psychiatrique, normativité du genre, expérience de « la vie réelle » demandant aux personnes transgenres de vivre dans leur genre souhaité imposant un mode de vie afin d'évaluer leur

motivation à effectuer une transition) qui rendent difficile l'accès à une équipe médicale ou chirurgicale.

Il est aussi étonnant de constater que certaines personnes transgenres prennent un traitement hormonal non prescrit afin d'éviter la surveillance d'un·e tiers·e. (Kennedy et al., 2022)

Ensuite, l'étude de de Haan et al. est la seule qui ajoute que les femmes victimes d'agression sexuelle ont moins de chances (60%) de suivre un traitement hormonal. Kennedy et al. (2022) expliquent aussi que les personnes en situation de handicap, âgées de 24 à 44 ans et titulaires d'un diplôme d'associées se voyaient plus facilement avoir un refus de soins transspécifiques que les personnes non-handicapées, à revenu élevé et ayant un niveau d'étude plus élevé.

Il me semble donc important, en tant que soignante, de porter attention à cette partie de la population transgenre, toute classe sociale confondue, afin de les soutenir psychologiquement et mentalement. Cependant il faut nuancer ; comme expliqué dans l'article de de Haan, une des variables dépendantes quant à la prise d'un traitement hormonal non-prescrit est le fait d'être né·e aux Etats-Unis. Cela ne se transpose donc pas nécessairement à la Belgique comme expliqué précédemment.

1.3. La prophylaxie pré-expositionnelle

Seul l'article de Bass et al. (2022) va apporter des résultats quant à la PrEP chez les femmes transgenres. On voit à travers cette étude qu'il existe un manque de connaissance et d'utilisation de ce traitement par les femmes transgenres. Ceci est dû au manque de publicité le concernant. Certaines avaient des croyances quant aux interactions avec leur traitement hormonal.

Ils apportent également que les femmes transgenres ayant des activités sexuelles fréquentes et les travailleuses du sexe étaient plus à risque de contracter le VIH, donc avaient davantage besoin de bénéficier de la PrEP. La promotion de la santé auprès de cette population à risque est alors importante.

Pour conclure la thématique des obstacles aux soins de santé du point de vue des personnes transgenres, il est important de souligner que les **interactions entre les personnes transgenres et leur prestataire de soins de santé** vont **influencer leurs expériences et leur volonté de suivre un traitement**, et, selon l'article de Bass et al. (2022), de suivre la PrEP.

On voit alors que l'obstacle aux soins de santé relève de la relation qu'une personne transgenre aura avec son/sa soignant·e. Celle-ci sera primordiale afin d'apporter ce sentiment de confiance dans notre rapport avec l'autre.

1.4. Et du point de vue du soignant ?

Kennedy et al. (2022) abordent une notion qui n'a nullement été discutée dans les autres études. Il s'agit des **facteurs qui amènent les professionnel·le·s de la santé à influencer la prestation des services médicaux**. Ceux-ci les amènent à ne pas prescrire un traitement hormonal modifiant l'expression de genre, ou uniquement par des conditions spécifiques. Cela est notamment dû à la **législation restrictive**, à la **pénurie de services spécifiques** aux personnes transgenre, au **manque de formation** et donc au **manque de connaissances**, à la **communication inappropriée** de la part des soignant·e·s et à la présentation de certains **inconvéniants de l'automédication d'un traitement hormonal**. Le dernier point n'a pas été détaillé par les auteur·e·s, ce qui ne me permet pas de bien comprendre ce qu'il tente d'expliquer. Il me semble, en effet, que le/la professionnel·le de la santé doit être présent·e afin d'informer sur ces inconvéniants et de les prévenir.

Il s'avère important de préciser que l'étude de Kennedy se situe aux Etats-Unis. En Belgique, il existe beaucoup moins de traitements hormonaux non-prescrits grâce à la plus grande accessibilité médicale de notre pays, avec, par exemple, les réseaux Psycho-Médico-Social trans* et Inter* belge.

Pour contrebalancer avec les obstacles aux soins de santé, il me paraît pertinent d'apporter que, selon l'étude de Ziegler (2021), le **rôle des infirmier·e·s est de soutenir les patient·e·s**, de les **aider sur leur chemin de vie**, d'être **positif·ve** envers eux en **fournissant des soins de santé transpositifs et non traumatisants**. Il souligne que la **relation thérapeutique** est importante dans les soins, ce qui confirme les résultats de Bass et al. Cette relation se construit à travers des objectifs communs avec les patient·e·s. Les infirmier·e·s doivent **assurer le bien-être** et une **meilleure santé** en travaillant en **collaboration** avec leurs patient·e·s pour y parvenir. Allory et al. (2020) confirment aussi les propos de Ziegler en indiquant qu'un **partenariat entre soignant·e et patient·e** est favorable, avec le souhait d'une reconnaissance et connaissance de l'expérience des personnes transgenres par les soignant·e·s.

Cela vient confirmer la théorie du Human Caring en expliquant que cette relation entre patient·e et infirmier·e va amener le partage des perceptions et expériences de chacun·e. Cela permettra une opportunité de décider des choix et actions dans cette relation. (Cara et al, 2008)

Après ces divers résultats, l'étude de Kattari et al. (2020) sur les refus de soins m'interpelle. Ils expliquent que le taux de refus de soins transspécifiques était de 8,18% dans les 20 291 participant·e·s de son analyse de recherche porté sur l'étude de James et al. Son étude explique aussi que les femmes transgenres étaient plus à risque de se voir refuser des soins de santé transspécifiques de médecin ou prestataire de soin que des personnes non binaire/genderqueer. Ce sont des résultats étonnants à la vue des résultats discutés précédemment montrant les obstacles aux soins de santé. Je peux alors formuler comme hypothèse que l'enjeu dans les soins de santé relève davantage des obstacles, comme expliqué par les différents auteur·e·s, que des refus. Ainsi il y a peu de prestataires de soins qui vont refuser de soigner ces personnes transgenres mais celles-ci vont éprouver plus de difficultés à arriver à leur but, leur transition. Mon hypothèse, avec la théorie du care, est alors vérifiée. En tant qu'infirmière, mon devoir est d'être présente lors des soins de santé transspécifiques en respectant l'autodétermination de chacun·e. Je dois maintenir cette relation d'aide et de confiance en apportant mon soutien.

1.5. Importance d'un réseau de santé mixte

Ensuite, 2 articles mentionnent l'importance de la population transgenre dans la promotion de la santé. En effet, Bass et al. (2022) expliquent que les participantes de leur étude préconisent la promotion et communication de l'utilisation de la PrEP par des populations transgenres, de manière à ce qu'elles soient touchées par le sujet. Cependant, les personnes ne faisant pas partie d'une de ces populations ont été considérées comme moins susceptibles de recevoir des messages de promotion pour la PrEP. Il est donc important, en tant qu'infirmière de faire valoir cette prévention de la santé. Ensuite, Allory et al. (2020) constatent que les personnes transgenres attendent l'existence d'un réseau de santé mixte facilitant l'accès à leur transition, qui apporterait un sentiment de confiance.

2. Accueil adapté aux personnes transgenres

Allory et al. (2020), Bass et al. (2022) et Ziegler (2021) amènent la même idée quant à la nécessité d'un accueil adapté et sécurisé aux personnes transgenres.

D'après Allory et al. (2020), une des attentes des personnes transgenres est le besoin d'autodétermination et de la dépsychiatisation dans les soins de santé. Ceux-ci doivent être un lieu respectueux de la population transgenre. Pour appuyer ces attentes, Bass et al. (2020) expliquent qu'il y a une nécessité d'exprimer des messages transspécifiques culturellement appropriés au sein de la population transgenre pour la communication et la prévention du VIH.

Ziegler (2021) confirme alors ces besoins importants en abordant la nécessité d'un espace sûr, accueillant et inclusif par la signalisation de ceux-ci, l'implantation de toilettes non-genrées et l'existence de formulaires cliniques inclusifs qui tiennent compte du genre, pronom et prénom du/de la patient·e. Ceci devrait être mis en place dès la réception du/de la patient·e au sein de l'établissement. C'est, en effet, un geste que les personnes transgenres apprécient. Ce qui était également étonnant dans son étude était que les infirmier·e·s n'étaient pas tous·te·s au courant des politiques ou de l'existence de procédures organisationnelles afin de soutenir et maintenir la fourniture de soins de santé aux personnes transgenres. Cela pose donc question et souligne la nécessité d'informer le personnel de la santé quant à leur existence.

Le résultat de Ding et al. (2022) montre qu'il y a un faible taux de complications urinaires après une vaginoplastie par inversion du pénis. Iels soulignent que nous devons prendre soin des personnes transgenres dans un environnement trans-inclusif en évitant les questions de transition n'étant pas pertinentes pour les soins de la présente étude. Cela valide donc les idées de ces 3 derniers auteur·e·s.

Cette notion est alignée avec le modèle de Jean Watson et la théorie du care quant à l'importance de créer des environnements calmes et sereins afin d'accueillir chaque individu. Mon hypothèse de départ est donc vérifiée.

3. Formation des soignant·e·s

Enfin, Ziegler (2021) explique que la formation apportée aux soignant·e·s quant aux besoins des personnes transgenres lors de leur apprentissage des soins infirmiers est limitée voire nulle. La limite du temps, la dotation insuffisante en personnel soignant et la non-connaissance d'une politique au sein de l'établissement soutenant la formation du personnel en sont les causes.

En outre, les participant·e·s de l'étude de Ziegler ont identifié le « *guidelines and protocols for hormone therapy and primary health care for trans clients* » de Bourns (2015) comme le manuel de référence utilisé dans la pratique. Je pense alors qu'il serait intéressant d'amener un manuel de guidelines dans la prise en soins transspécifiques des personnes transgenres au sein des services hospitaliers afin de pouvoir informer chaque prestataire de soin.

Ensuite, Allory et al. (2020) rapportent que la **formation du personnel** soignant est une des attentes des personnes transgenres afin de **favoriser une acceptation respectueuse de leur identité de genre** et donc **d'améliorer leur accueil**. On voit qu'il existe un réel besoin d'une formation des soignant·e·s.

Ziegler (2021) amène également qu'une **collaboration** et un **mentor** au sein de l'équipe va permettre de **renforcer leurs compétences** et la **compréhension** quant à la nature des soins donnés aux personnes transgenres.

4. Risques chirurgicaux et médicaux

Pour conclure ce chapitre, l'étude de Ding et al. (2022) était la seule traitant d'une chirurgie d'affirmation de genre. Iels y expliquent que sur les 3388 patientes, leur satisfaction globale quant à leur vaginoplastie allait de 80 à 100%. Ils apportent que les complications urologiques les plus fréquentes étaient : un flux faible, sténose du méat, symptômes irritatifs tels que la fréquence, urgence et nycturie. Le cathétérisme, l'incontinence, la sténose urétrale et l'infection urinaire étaient les autres complications urinaires abordées. Les complications chirurgicales les plus fréquentes étaient la déhiscence de plaie, la sténose vaginale, la lésion urétrale et rectale. Par ces divers résultats, il me semble primordial de **prêter attention** et **d'être informé·e des différents risques pouvant survenir** et ce également pour d'autres opérations. Le besoin d'amener une formation spécifique au personnel de soins de santé, comme le préconise Ziegler et Allory et al., se fait encore une fois ressentir.

Dans ce chapitre, j'ai pu corréler les différents résultats des diverses études retenues afin de répondre à ma question. J'ai ainsi pu identifier les obstacles à l'accès aux soins de santé que l'infirmier·e doit pouvoir contourner pour accompagner au mieux une personne transgenre. L'accueil de celle-ci dans un espace sûr et inclusif est réellement primordial. De plus, une formation des soignant·e·s serait intéressante afin de les sensibiliser aux besoins et à la prise en soins spécifiques des personnes transgenres (opérations, traitements hormonaux, VIH et bien d'autres). Enfin, à travers l'article de Ding et al. (2022), j'ai pu amener mon hypothèse quant à

l'importance de prévenir des risques post-chirurgicaux et l'importance de l'information au/à la patient·e.

Chapitre 6. Perspectives, recommandations pour la pratique et limites

Dans ce chapitre, je vais aborder les recommandations pour la pratique afin de répondre à ma question. J'apporterai également un témoignage afin d'appuyer l'importance d'un accompagnement des personnes transgenres.

Ensuite, je formulerai des perspectives pour l'enseignement ainsi que pour les recherches futures. En dernier lieu, j'identifierai les limites de mon étude.

1. Recommandations pour la pratique

A travers les différents articles analysés, plusieurs auteur·e·s ont mis en avant les obstacles que beaucoup de personnes transgenres rencontrent pour accéder aux soins de santé. Il est donc du rôle de l'infirmier·e d'être le/la plus inclusif·ve possible afin de permettre l'accompagnement de ceux-ci dans leurs soins de santé transspécifiques au sein d'un climat qui soit accueillant et sans jugement.

Je vais dans un premier temps parler des facteurs favorisant un accès aux soins de santé. Ensuite, je présenterai les recommandations concernant les chirurgies, la PrEP au VIH et les traitements hormonaux.

1.1. Favoriser un accès aux soins de santé

A. Environnement trans-inclusif

Divers·es auteur·e·s vont promouvoir un accueil qui soit **approprié** et **bienveillant** vis-à-vis des personnes transgenres (Allory et al., 2020). D'après de Haan et al. (2015), il est donc nécessaire de déterminer les obstacles aux soins de santé pour pouvoir y réagir adéquatement et répondre au mieux à leurs besoins.

Ziegler (2021) nous confirme en ce sens la nécessité d'un espace qui soit **sûr** et **inclusif** dans les cliniques. Il apporte diverses recommandations intéressantes pour ma pratique :

- Utiliser le **pronom** et **prénom préférés** d'une personne, afficher des **panneaux d'espace sûr**, utiliser des formes non-binaires (inclusives), amener l'existence de **toilettes non-genrées** et permettre une **formation aux espaces sûrs et sécurisés** à tout le personnel pour donner lieu à un **espace clinique inclusif**.
- Adopter un **langage inclusif** et **respectueux du genre**, en s'engageant dans des interactions sans jugement et en évitant de faire des suppositions.
- La direction de l'hôpital peut amener une **déclaration d'inclusivité non-discriminatoire** qui serait visible dans la clinique et encouragerait à la création d'un espace sûr et accueillant pour chaque individu·e.

Ces recommandations sont pertinentes afin d'accompagner au mieux une personne transgenre et de limiter les obstacles entravant leur accès aux soins.

Kattari et al. (2020) énoncent également la nécessité de **modification des formulaires d'admission** afin de les rendre davantage inclusifs et culturellement compétents.

Les infirmier·e·s jouent alors un rôle dans leur établissement en vue de faire bouger les choses. Ziegler (2021) explique que les infirmier·e·s gestionnaires ont un rôle à jouer dans la politique de leur institution ; par exemple, au niveau des formulaires de la clinique et du dossier informatisé ou de la formation du personnel soignant. Cela permettrait d'éliminer de nombreux obstacles et ainsi parvenir à mettre en place un lieu sûr et inclusif.

Le Human Caring de Jean Watson vient appuyer ce point. En effet, celle-ci met en évidence l'idée de créer un environnement sécurisant afin d'accueillir chaque individu·e et de permettre un accompagnement qui soit humaniste et sans jugement.

B. La relation soignant·e - soigné·e

Ensuite, les auteur·e·s proposent quelques recommandations pour la pratique quant aux relations entre les soignant·e·s et les personnes transgenres.

En effet, il y a une nécessité de s'engager dans un partenariat de soins en respectant l'**auto-détermination** et la **dépsychiatisation** de chaque patient·e sur son genre. Cette relation étroite permettra de faire **reconnaitre l'autonomie** du/de la patient·e et donc de **l'accompagner au mieux** dans ses soins de santé transspécifiques (Allory et al., 2020).

De plus, il est nécessaire d'avoir une **approche globale**, selon le modèle psycho-médico-social dans l'accompagnement des personnes trans (Allory et al., 2020).

Cela vient confirmer la théorie du care identifiée par Jean Watson prônant des soins basés sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité. Cela valide mon hypothèse sur l'importance du respect des croyances profondes et du monde subjectif de la personne transgenre ainsi que de celui du/de la soignant·e. Pour ce faire, je dois y apporter une relation de confiance et d'aide qui soit authentique. (Cara et al., 2008)

Par ailleurs, certaines personnes transgenres peuvent avoir subi des **traumatismes** (abus sexuel, discrimination, transphobie). Il est alors important de **le prendre en compte** afin d'améliorer leur santé mentale et de veiller à leur sécurité dans nos interactions (de Haan et al., 2015).

Ziegler (2021) formule plusieurs recommandations pour l'optimisation du rôle infirmier auprès des patient·e·s transgenres. Il explique que pour améliorer la prestation des soins auprès des personnes transgenres, il faut **comprendre** et **optimiser** les **activités** dans lesquelles les infirmier·e·s s'engagent. Cela contribuera à **réduire les obstacles aux soins**. Il est aussi primordial que les **infirmier·e·s travaillent selon leur champ d'exercice complet**. Cela permettra d'améliorer la gestion des maladies chroniques, de coordonner les soins, de permettre la continuité des soins et l'accès aux soins de santé mais aussi d'amener une satisfaction des patient·e·s. Ces différents facteurs contribueront dès lors à **l'amélioration de la prestation des soins de santé auprès des personnes transgenres**.

Enfin, Allory et al. (2020) nous conseillent un manuel de référence afin d'adopter des normes inclusives dans nos soins. Il s'agit des « standards of care de WPATH » (World Professional Association for Transgender Health). Il est question d'une association professionnelle internationale et multidisciplinaire qui a pour mission de promouvoir les soins, l'éducation, les politiques publiques, la recherche et le respect des personnes transgenres dans le domaine de la santé. Sa principale fonction est de promouvoir les normes les plus élevées pour les soins de santé des personnes transgenres via le biais des normes de soins. L'objectif de ce référentiel est de fournir aux prestataires de la santé des conseils pour aider les personnes transgenres à accéder à des soins de santé sûrs et efficaces, ainsi que d'améliorer leur confort personnel. Le but visé est d'optimiser leur santé physique globale, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel (Coleman et al., 2022). Cependant, ce manuel incluant souvent des aspects pathologisants, il est nécessaire d'en avoir un regard critique (A. Dufrasne, communication personnelles, 05/05/2023)

J'appuie son idée. Il serait en effet intéressant de mettre en place un manuel à disposition dans différentes cliniques de Belgique pour informer les infirmier·e·s du bon accompagnement des personnes transgenres.

1.2. Une chirurgie transspécifique : la vaginoplastie

Ensuite, l'étude de Ding et al. (2022) était la seule de mes recherches portant sur une chirurgie d'affirmation de genre. Iels expliquent que les professionnel·le·s de la santé pourraient utiliser leur article afin de conseiller les patientes, avant et après l'opération, sur la gestion des attentes chirurgicales d'une vaginoplastie. Iels suggèrent que les patientes soient informées quant aux **complications urinaires éventuelles** et mettent en avant la nécessité d'une **prise en charge dans un environnement trans-inclusif** : appeler le/la patient·e par son prénom de confort, éviter les questions sur la transition non-pertinentes pour les soins, inclure des ressources dans la clinique où les personnes transgenres sont représentées.

De plus Ding et al. (2022) expliquent que les patientes transgenres qui soit ont subi une radiothérapie soit souffrant d'une obstruction de l'orifice vésical due à une hypertrophie bénigne de la prostate, ont un risque plus élevé de complications et ont donc besoin d'une prise en charge urologique.

Cette étude relevait donc seulement d'un type de chirurgie chez une femme transgenre. Il me semble qu'informer les patient·e·s présentant une chirurgie d'affirmation de genre/génitale quant aux risques pouvant en découler est essentiel pour un bon accompagnement et une bonne prise en soin de ceux-ci.

1.3. La prophylaxie pré-expositionnelle au VIH

L'étude Bass et al. (2022) était la seule à parler pleinement de la PrEP.

Iels expliquent l'importance de réaliser de la **prévention sur la PrEP dans un langage accessible**, de façon **transspécifique** et **culturellement appropriée**, ainsi que de toucher des personnes difficiles à atteindre dû au fait qu'elles ne fassent pas partie d'une structure accueillant des personnes transgenres telle qu'une Rainbow House.

Bass et al. (2022) prônent également une **sensibilisation par des personnes transgenres**. Cela permettrait d'optimiser les messages et transmissions d'informations sur la PrEP.

De plus, en tant que professionnelle de la santé, je devrais davantage **discuter des avantages** de la PrEP en **répondant aux préoccupations** des femmes transgenres, tout en fournissant une éducation et des messages transspécifiques, en abordant l'innocuité de son utilisation avec un traitement hormonal modifiant le genre ou résistant à d'autres traitements (Bass et al., 2022). Il serait alors nécessaire d'être formé·e à cette thématique afin de pouvoir répondre aux diverses questions et de les accompagner au mieux.

Pour appuyer l'innocuité d'une interaction de la PrEP avec un traitement hormonal, une étude de Grant et al. (2020) de 4 semaines portant sur 24 femmes transgenres et 24 hommes transgenres a révélé que la PrEP n'avait eu aucun effet sur le taux d'hormones visant à modifier l'expression de genre. Aucun·e participant·e n'a eu à modifier ses doses de traitement hormonal au cours de l'étude (Grant et al., 2020, cité dans Hosein, 2020).

Il est également primordial pour les prestataires de soins de **s'assurer de l'observance quotidienne des patientes afin d'optimiser l'efficacité du traitement** et son impact minimal éventuel sur l'utilisation d'un traitement hormonal (Bass et al., 2022).

Pour finir ce point, de Haan et al (2015) ajoutent qu'il est intéressant de fournir un **soutien instrumental, institutionnel et émotionnel** afin de faciliter l'accès aux soins et le soutien en matière de VIH.

1.4. Les traitements hormonaux visant à modifier l'expression de genre

Enfin, Kennedy et al. (2022) expliquent que les professionnel·le·s de la santé devraient **fournir plus de détails concernant l'auto-administration ou l'administration d'un traitement hormonal** visant à modifier l'expression de genre ainsi que sur les **modes spécifiques d'administration et d'initiation** auprès des personnes transgenres.

En outre, les principes de **l'égalité des genres et des droits de l'homme** dans la fourniture d'un traitement hormonal de qualité respectant le genre sont essentiels. Cela permettra d'élargir l'accès à l'injection d'un traitement hormonal modifiant l'expression de genre et de réduire les discriminations (Kennedy et al., 2022).

Finalement, de Haan et al. (2015) rendent compte de l'importance de **comprendre et d'aborder les croyances culturelles relatives à la transition de genre** et à **l'utilisation d'un traitement hormonal**.

J'en conclus qu'il est important d'avoir une approche globale de la personne et de comprendre son point de vue et ses attentes quant à sa transition pour un bon accompagnement. Cela appuie la théorie de Watson concernant la considération d'une authenticité afin de faciliter et maintenir les envies subjectives du/de la soigné·e. (Cara et al., 2008)

Il me semble aussi important de prévenir les risques que comporte un traitement hormonal modifiant l'expression de genre. En effet, Bourgeois et al. (2016) rappellent qu'il existe des effets secondaires à ces traitements où un suivi médical régulier est recommandé. La brochure « Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous.tes bien informé.e.s » de Genres Pluriels écrite par Dufrasne et al. (2020) rappelle également les divers effets secondaires possibles lors de la prise de traitements hormonaux. (Se référer à l'annexe 2)

Il est dès lors important **d'informer nos patient·e·s transgenres sur les complications possibles d'un traitement hormonal** et d'y réagir adéquatement afin d'améliorer leur accompagnement dans leurs soins de santé transspécifiques. Je soutiens également l'idée d'apporter des formations aux professionnel·le·s de la santé. J'approfondirai ce point dans les perspectives pour l'enseignement.

1.5. Apport d'un témoignage

J'ai eu la chance de pouvoir recueillir le témoignage d'un homme transgenre, Oswald, connu par mon entourage. Il m'a exposé son avis quant à l'accompagnement infirmier dans les soins de santé transspécifiques.

Il m'a partagé que pour lui, l'important était **d'être informé** sur certains points tels que les **effets secondaires** d'un **traitement hormonal** (bouffées de chaleur dans son cas) ou des **opérations** (ce qui rejoint l'article de Ding et al. Et Bourgeois et al.). En effet, certaines personnes transgenres, en raison de leur impatience de débiter une transition et de se sentir elles-mêmes, en oublient de se renseigner sur les effets secondaires de certains traitements et chirurgies et retiennent uniquement les effets bénéfiques. (Communication personnelle, 5/04/2023)

Oswald explique qu'il **ne** faut **pas**, en tant que soignant·e, essayer de **faire peur** à nos patient·e·s en citant par exemple tous les effets secondaires d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre. (Communication personnelle, 5/04/2023)

Oswald attend d'un·e infirmier·e un **accompagnement plus « familial »** en se souciant de sa santé et transition. Qu'iel veille à ce que tout se passe bien et éventuellement qu'iel informe le/la médecin s'il fallait modifier les doses du traitement hormonal ou apporter un traitement antalgique par rapport à des douleurs post-opératoires faisant suite à une chirurgie d'affirmation de genre. (Communication personnelle, 5/04/2023)

Il propose également que l'infirmier·e soit présent·e pour **répondre aux potentielles questions que la famille** se poserait afin d'apporter un regard extérieur au/à la patient·e. L'infirmier·e pourrait par exemple expliquer par quelles **étapes** leur proche devra passer ainsi que **le rôle de l'infirmier·e** dans la transition de ce dernier. (Communication personnelle, 5/04/2023)

Son témoignage apporte une valeur ajoutée à mon travail en développant ce que certains articles n'abordent pas concernant les soins de santé transspécifiques. Cependant, il ne s'agit que d'un seul témoignage, ce qui peut être faible pour répondre plus globalement à ma question.

2. Perspectives d'avenir

2.1. Pour l'enseignement

Au cours de mes 4 années d'études pour me former au métier d'infirmière, aucun cours n'a abordé les transidentités. De ce fait, rencontrer des personnes transgenres sur notre lieu de travail peut engendrer beaucoup de questions si nous n'avons pas été sensibilisé·e·s au préalable.

Il me semble alors pertinent de prévoir ne serait-ce que 3h de cours sur les transidentités afin de sensibiliser et d'informer les étudiant·e·s.

Allory et al., Ziegler ainsi que Kattari et al. prônent cette **formation** qui devrait être **pertinente** et **continue** afin de **cerner au mieux les besoins spécifiques des patient·e·s transgenres**.

Allory et al. (2020) et Kattari et al. (2020) soutiennent cette formation sur les dimensions spécifiques du public transgenre, et notamment sur les identités de genre. Celle-ci devrait traiter de la **prise en compte des diverses identités existantes**.

Ziegler et al. (2021) amènent également cette idée en marquant leur soutien à la formation continue du personnel infirmier. Par ailleurs, des réunions d'équipe et conférences de cas pourraient participer à la coordination des soins pour les personnes transgenres. De plus, une formation à la sensibilité culturelle du personnel soignant permettrait de garantir une clinique composée d'espaces sûrs pour ces personnes.

2.2. Pour des recherches futures

Pour les études futures, je pense qu'il serait intéressant de se concentrer sur un soin de santé spécifique aux personnes transgenres comme les traitements hormonaux, les différentes chirurgies d'affirmation de genre, le VIH, ... Dans le but de cibler un sujet en particulier.

Ensuite, il me semble important de rédiger les futurs articles de recherche en évitant les termes pathologisants et psychiatrisants ne respectant pas les personnes transgenres. En effet, les nombreux articles trouvés utilisant ces termes ont entravé mes recherches dans la littérature existante.

Pour terminer, il serait intéressant de cibler les personnes transgenres de moins de 18 ans afin d'avoir une approche différente de la mienne.

3. Limites de l'étude

Pour conclure, plusieurs limites à ce travail de fin d'études peuvent être identifiées.

La première limite est que 3 des études que j'ai mobilisées ciblaient essentiellement les femmes transgenres. Ma recherche pourrait alors s'axer principalement sur cette population. Ce biais d'échantillonnage constitue donc la première limite de mon étude.

La deuxième limite concerne mon faible développement des tenants et aboutissants des traitements hormonaux visant à modifier l'expression de genre. En effet, les articles portant sur celui-ci n'ont pas formulé énormément de recommandations pouvant m'aider à répondre à ma question de recherche.

La troisième limite de mon travail de recherche est que 2 de mes sources traitaient des soins de santé primaires et non transspécifiques. Cela pourrait alors biaiser mes résultats.

La quatrième limite de mon travail tient aux lieux des études retenues, ces dernières se déroulant essentiellement aux Etats-Unis. Ainsi, cela ne s'apparente pas nécessairement au système de santé belge.

La cinquième limite concerne le fait que je n'ai pas été formée pour être chercheuse et réaliser une revue comme un· chercheur/euse professionnel·le l'aurait effectué·e. Il s'agit en l'occurrence du premier travail de ce type que j'entreprends.

Pour finir, un panel de 7 articles de recherche provenant de la littérature constitue un échantillon faible, rendant plus difficile la formulation d'une réponse complète à ma question de recherche relativement large.

Chapitre 7. Apport réflexif individuel

Ce chapitre est consacré à la présentation de mon évolution personnelle et du cheminement de la réalisation de mon travail.

Tout d'abord, il m'a été compliqué de trouver un sujet pour ce travail de fin d'études. C'est en discutant avec mes proches que m'est venue l'idée d'aborder la thématique des personnes transgenres. Lors de ma 3^{ème} année d'études en soins infirmiers, je me suis penchée là-dessus pour ma remise de projet TFE. Je me suis beaucoup questionnée car je ne savais pas de quoi je voulais parler et la recherche d'articles s'est avérée difficile. Je me suis tout de même lancé ce challenge.

En commençant ce TFE, je ne connaissais pas du tout le sujet. Cependant, j'en avais déjà entendu parler autour de moi ainsi qu'à l'hôpital. Face à la difficulté de trouver des articles pertinents, accessibles et à savoir ce que je voulais aborder, j'ai dû passer par plusieurs questions de recherche. Il a été compliqué de démarrer et de rester focalisée sur 7 articles initiaux. En effet, la recherche littéraire a été un lourd travail, trouver des articles non pathologisants n'était pas facile.

Etant perfectionniste, stressée et émotive, j'ai dû, à plusieurs reprises, prendre du temps pour moi afin de ne pas me noyer dans la quantité de travail qu'il représentait. En avançant petit à petit, j'ai réussi à me donner confiance et garder la tête haute, surtout grâce à l'écoute de mes proches.

Le cadre contextuel et conceptuel a été un travail conséquent pour moi. J'avais une idée de ce dont je voulais informer mes lecteurs/trices, mais trouver des sources pertinentes n'était pas évident. Par la suite, le travail concernant la méthodologie, l'analyse des articles, la discussion et les recommandations a été plus facile. J'ai dû me lancer dans la rédaction afin d'avancer.

Ayant terminé le travail, je remarque que j'aurais pu formuler ma question autrement afin de la focaliser plutôt sur un soin de santé spécifique. J'ai essayé de répondre le plus globalement

possible à ma question, notamment en apportant une approche globale de l'amélioration du rôle de l'infirmier·e auprès du/de la patient·e. En effet, une bonne prise en charge permettra un accompagnement de qualité dans un processus de collaboration.

De plus, les savoirs expérientiels et le témoignage dans mon étude ont apporté une plus-value ainsi que des éléments de réponse très concrets afin d'améliorer cet accompagnement infirmier·e/patient·e. Cependant, il me semble que davantage de témoignages pourraient enrichir encore plus mon sujet.

Ce TFE m'a alors permis d'en apprendre davantage sur les personnes transgenres et sur les différents enjeux étant difficiles pour elles.

A la suite de mon travail, il est d'autant plus important pour moi d'être une infirmière qui porte attention à l'expérience de mon/ma patient·e, sans jugement ni discrimination et à l'écoute active.

L'empathie est une valeur cruciale que je veux garder tout au long de ma profession. Cependant, étant émotive et ressentant beaucoup de choses de manière intense, il est important de pouvoir me canaliser dans mon parcours infirmier pour ne pas perdre pied, comme j'ai pu le faire parfois au cours de la rédaction de mon TFE.

Chapitre 8. Conclusion

Pour conclure mon travail, je vais dans un premier temps réaliser la synthèse des différentes parties de celui-ci. Dans un second temps je formulerai des propositions de poursuite pour cette étude.

Pour rappel, la question de recherche à laquelle j'ai tenté d'amener des éléments de réponse était : « *Quel serait le rôle de l'infirmier·e dans l'accompagnement des soins de santé transspécifiques ?* »

A la suite de l'introduction de ma thématique, j'ai pu contextualiser la problématique actuelle de la population transgenre dans la société. Ensuite, j'ai apporté des définitions à mes différents concepts. Dans un premier temps, cela m'a permis de m'informer au mieux sur ma thématique. Dans un deuxième temps, cela aura permis d'informer mes lecteurs/trices sur ce sujet dont l'on parle peu.

Pour ce TFE, il m'a été demandé de réaliser une recherche littéraire et de retenir 7 articles apportant des éléments de réponse à ma question. Dans le chapitre de la méthodologie, j'ai pu montrer ma méthode d'échantillonnage ainsi que les divers résultats et recommandations en ressortant, en lien avec ma question de recherche.

Par la suite, j'ai réalisé l'analyse de ces articles de recherche afin d'évaluer leur pertinence en identifiant les limites et éventuels biais.

Enfin, les chapitres de « discussion » et « recommandations » m'ont permis de répondre à ma question de recherche en confrontant les différents résultats et recommandations des auteurs/trices des articles. En effet, j'ai pu mettre en évidence que l'attente principale des personnes transgenres quant à un accompagnement des soins de santé transspécifiques était d'être accueillies correctement dans un environnement trans-inclusif. Il est alors primordial, dans cette relation soignant·e-soigné·e, d'avoir une approche globale en respectant l'auto-détermination de la personne. Selon Poirier et al. (2022), il est du devoir du/de la soignant·e de respecter le libre choix du/de la patient·e en vue d'un bien-être psychique et d'une justice sociale.

De plus, il est important de pouvoir informer nos patient·e·s quant aux risques pouvant découler d'une chirurgie d'affirmation de genre ou d'un traitement hormonal modifiant l'expression de genre. Cela permettra une meilleure prise en charge. En effet, pour les différentes étapes d'une

transition, la personne transgenre aura un besoin d'informations, de conseils et de soutien (Poirier et al., 2022).

Il est également essentiel de pouvoir sensibiliser les personnes transgenres sur la PrEP au VIH dans un langage accessible de façon transspécifique et culturellement approprié. Et ce, en apportant un soutien global pour faciliter cet accès aux soins de santé.

Il serait alors intéressant de former les infirmier·e·s diplômé·e·s et étudiant·e·s afin de les sensibiliser sur cette communauté ainsi que sur les divers soins de santé transspécifiques possibles.

Après la rédaction de ces 2 parties, j'ai pu exprimer mon apport réflexif quant au déroulement de mon TFE.

Enfin, pour des recherches futures, je trouve qu'il serait intéressant de poursuivre mon travail sur un soin de santé transspécifique en particulier comme un type de chirurgie ou un traitement hormonal. Il serait également attrayant de cibler une population mineure.

Références bibliographiques

Alessandrin, A. (2022). Sociologie des transidentités. *Soins*, 67(869), 25-27. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.10.009>

Allory, E., Duval, E., Caroff, M., Kendir, C., Magnan, R., Brau, B., Lapadu-Hargue, E., & Chhor, S. (2020). The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e62. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000638>

Ballout, H. (2021). *Quelles sont les attentes que les hommes trans* ont vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal masculinisateur ?* [Travail de fin d'études, Université catholique de Louvain]. Genres Pluriels. <https://www.genrespluriels.be/Quelles-sont-les-attentes-que-les-hommes-trans-ont-vis-a-vis-de-leur-medecin>

Bass, S. B., Kelly, P. J., Brajuha, J., Gutierrez-Mock, L., Koester, K., D'Avanzo, P., & Sevelius, J. (2022). Exploring barriers and facilitators to PrEP use among transgender women in two urban areas : Implications for messaging and communication. *BMC Public Health*, 22(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12425-w>

Bhatt, N., Cannella, J., & Gentile, J. P. (2022). Gender-affirming Care for Transgender Patients. *Innovations in clinical neuroscience*, 19(4-6), 23–32.

Bourgeois, A. L., Auriche, P., Palmaro, A., Montastruc, J. L., & Bagheri, H. (2016). Risk of hormone therapy in transgender people : Literature review and data from the French Database of Pharmacovigilance. *Annales d'Endocrinologie*, 77(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2015.12.001>

Bourkia, H. (2022). Cadre juridique de la prise en charge des personnes trans. *Soins*, 67(869), 44-45. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.10.014>

Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique : *Recherche en soins infirmiers*, N° 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>

Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM: Perspective novatrice et pragmatique: *Recherche en soins infirmiers*, N° 125(2), 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>

cicic.ca. (2011, 6 décembre). *English Terminology Guide to Academic Credential Assessment in Canada*. <https://www.cicic.ca/1623/terminology.canada?id=311&histid=327>

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>

Côté, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 3(2), 81-90. <https://doi.org/10.1051/pmed:2002018>

Cour européenne des droits de l'homme. (2022). *Guide sur l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et l'article 1 du Protocole n°12 à la Convention : Interdiction de la discrimination*. https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_14_Art_1_Protocol_12_FRA.pdf

Cour européenne des droits de l'homme. (2022, 31 août). *Guide sur l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme : Droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance*. https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_fra.pdf

de Haan, G., Santos, G.-M., Arayasirikul, S., & Raymond, H. F. (2015). Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health*, 2(4), 313-323. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0128>

Dhénain, M. (septembre 2022). *Parcours de transition des personnes transgenres*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

Ding, C., Khondker, A., Goldenberg, M. G., Kwong, J. C. C., Lajkosz, K., Potter, E., Krakowsky, Y., & Perlis, N. (2022). Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women: Systematic review and meta-analysis. *Canadian Urological Association Journal*, 17(4). <https://doi.org/10.5489/cuaj.8108>

Direction de l'Égalité des chances du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES). (2018). *Guide d'accompagnement pour l'inclusion des personnes trans dans l'enseignement supérieur en fédération Wallonie-Bruxelles*. Ministère de la fédération Wallonie-Bruxelles. <http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=18743#:~:text=L'objectif%20du%20Guide%20est,e n%20place%20de%20bonnes%20pratiques.>

Dufasne, A. (2019). *Guide de santé sexuelle pour personnes trans* et leurs amant.e.s*. Genres pluriels et Ex Æquo. https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/guide_sante2019_web.pdf

Dufasne, A., Vico, P. (2022). Les patient.e.s transgenres : Une actualité et une réalité méconnues. *Revue Médicale de Bruxelles*, 41(6), 464-469. <https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/rmb-1674.pdf>

Dufasne, D., Luchthiviste, L., Nisol, M. & Werler, A. (2020). *Transgenres/Identités pluriel.le.s : Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi. . . Tous.tes bien inform.e.s* (5^e éd.). Genres Pluriels ASBL. <https://www.genrespluriels.be/Brochure-d-information-Trans-de-GPs>

Dunneman, C. (2019, octobre). *Histoire des soins infirmiers* [Présentation PowerPoint]. Moovin. <https://moodle.vinci.be/>

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : La Chenelière

Garneau, A. B. (2013). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière* [Thèse, université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10354/Blanchet_Garneau_Amelie_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Genre. (s.d.). Dans Larousse. Consulté le 23 janvier 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genre/36604>

Genres Pluriels, Equality Law Clinic, Centre Perelman, Centre de droit européen de la faculté de droit de l'Université Libre de Bruxelles, Amnesty International, Ligue des droits de l'homme, Rainbowhouse, çavaria, & arc-en-ciel Wallonie. (2016). *Loi relative à l'identité de genre, l'expression de genre et les caractères sexuels*. https://www.liguedh.be/wp-content/uploads/2016/12/rapport_loi_relative_a_l_identite_de_genre-161129.pdf

Genres Pluriels. (2018, 27 août), *L'OMS retire les transidentités des maladies mentales... Pour diagnostiquer l'incongruence de genre dans la santé sexuelle !*. <https://www.genrespluriels.be/L-OMS-retire-les-transidentites-des-maladies-mentales-pour-diagnostiquer-l>

Genres Pluriels. (2020, 2 février), *CIM-11 dépathologisation des identités transgenres*. <https://www.genrespluriels.be/CIM11-Depathologisation-des-identites-transgenres-et-des-identites-de-genres>

Genres Pluriels. (2023, 19 avril), *Invitation – réception des 5 ans du réseau psycho-médico-social trans et inter* belge – 28/04/23 18h-23h- Maison Arc-En-Ciel de la santé*. <https://www.genrespluriels.be/Invitation-5-ans-du-reseau-Psycho-medico-social-Trans-et-Inter-belge-28-04-23>

Genres Pluriels. (s.d.). FilleS ? GarçonS ? AutreS ? TransgenreS ? IntersexeS ?.

Haute autorité de santé. (juillet 2022). *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1) Autodétermination, participation et citoyenneté*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/02_tdi_rbpp_autodetermination.pdf

Hosein, S. (2020, 27 août). *Une étude révèle qu'un médicament préventif contre le VIH atteint des concentrations efficaces chez les personnes transgenres*. CATIE. <https://www.catie.ca/fr/catie-news/une-etude-revele-quun-medicament-preventif-contre-le-vih-atteint-des-concentrations>

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>

Kennedy, C. E., Yeh, P. T., Byrne, J., van der Merwe, L. L. A., Ferguson, L., Poteat, T., & Narasimhan, M. (2022). Self-administration of gender-affirming hormones : A systematic review of effectiveness, cost, and values and preferences of end-users and health workers. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(3), 2045066. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2045066>

Krol, P. J., & Lavoie, M. (2015). De l'humanisme au nihilisme : Une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson : *Recherche en soins infirmiers*, N° 122(3), 52-66. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0052>

McCreesh, N., Tarsh, M. N., Seeley, J., Katongole, J., & White, R. G. (2013). Community understanding of respondent-driven sampling in a medical research setting in Uganda : Importance for the use of RDS for public health research. *International Journal of Social Research Methodology*, 16(4), 269-284. <https://doi.org/10.1080/13645579.2012.661204>

Motmans, J., wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Être une personne transgenre en Belgique Dix ans plus tard*. Direction de l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_etre_une_personne_transgenre_en_belgique.pdf

Mottaz, A. (2012). Accompagnement. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 42-43). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi-org.ezproxy.vinci.be/10.3917/arsi.forma.2012.01.0042>

Paillard, C. (2021a). Infirmier.ière. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (éd. 5, p.289-300). Setes.

Paillard, C. (2021b). Accompagnement. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières* (éd. 5, p.4-5). Setes.

Poirier, F., Brunelle, J., & Condat, A. (2022). Spécificités et non-spécificités de l'accompagnement des personnes transgenres et/ou en questionnement. *Soins*, 67(869), 35-38. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.10.012>

preventionist.org. (2019). *Les infections sexuellement transmissibles*. Martin Thierry Plate-forme prévention sida.

Richard, G. (2022). Pourquoi (et comment) penser le soin au-delà de la sexuation des corps. *Soins*, 67(869), 22-24. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.10.008>

Romano, H. (2022). Les personnes transgenres face aux soins. *Soins*, 67(869), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.10.013>

Scruton, S. (2014). *Rapport de l'évaluation des besoins des personnes trans*. Société canadienne du sida. <https://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Rapport-de-levaluation-des-besoins-des-personnes-trans-1.pdf>

Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*.

Transgender InfoPunt. (2022a, 6 décembre). *Oestrogenen en antiandrogenen behandeling*. <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/hormonen/oestrogenen-en-antiandrogenen-behandeling>

Transgender InfoPunt. (2022b, 6 décembre). *Testosteron behandeling*. <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/hormonen/testosteron-behandeling>

Transgender InfoPunt. (s.d.). *Les hormones*. <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/hormonen>

Ziegler, E. (2021). The integral role of nurses in primary care for transgender people : A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(1), 95-103. <https://doi.org/10.1111/jonm.13190>

Lexique

- Auto-détermination : « la modification du genre enregistré à l'état civil y est fondée sur l'autodétermination et la procédure n'oblige à aucune médicalisation, psychiatrisation, aucun divorce » (Dufrasne et al., 2020, p.23). Cela renvoie au fait que la personne soit actrice de sa vie. La HAS nous informe qu'il s'agit du droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe. (Haute autorité de santé, 2022)
- CIM : classification internationale des maladies (Genres Pluriels, 2020)
- Cisgenre : Personne ayant une identité de genre qui soit identique au genre attribué à la naissance. (Bhatt et al., 2022)
- Compétence culturelle : solution favorisant la qualité et l'équité des soins dans un contexte de diversité culturelle (Garneau, 2013, p. 3). Il s'agit de planifier et affecter des soins de santé qui respecte et tienne compte des croyances, valeurs et pratiques culturelles du/de la patient.e. (Campinha-Bacote, 2002 ; de Leon Siantz, 2008 ; Munoz, 2007 cité dans Garneau, 2013, p. 18). Cela permettra de favoriser la qualité des soins ainsi que de réduire les inégalités dans les soins de santé (Garneau, 2013, p. 18).
- Diplôme d'associé : diplôme offert par un collège, université exigeant habituellement deux ans d'études à temps plein (cicic.ca., 2011).
- Gender queer : Définit une identité de genre pouvant correspondre en même temps aux identités masculines ou féminine ou bien ni masculine ni féminine, ou encore entre ces 2 genres-ci (Bhatt et al., 2022). Il s'agit de « *personnes remettant en question les normes cishétéropatriarcales binaires par son identité de genre, expression de genre, ses préférences et/ou pratiques sexuelles et/ou romantiques, ses positionnement politiques en rapport avec ces thématiques* » (Dufrasne, 2019).
- Identité de genre : Genre à laquelle une personne s'identifie, ne convenant pas spécialement au genre assigné à la naissance. Il existe une pluralité d'identités de genre tel que cisgenre, transgenre, agendre (ne s'identifiant à aucun genre), genre fluide, non binaire, ... Celle-ci est autodéfinie, auto-déclarée et légitime par la personne elle-même (Dufrasne et al., 2020 ; Dufrasne & Vico, 2022).
- IM : intramusculaire
- Intersexe : personne « *qui présente des caractéristiques physiques, génétiques et/ou hormonales qui ne sont pas exclusivement mâles ou exclusivement femelles, mais qui appartiennent soit typiquement aux 2, soit à aucun des 2.* » (Dufrasne, 2019) Il s'agit d'une proportion d'individu faible. (Dufrasne, 2019)

- Non-binaire : Personne ne s’identifiant ni au genre femme ni au genre homme.
- Orchidectomie : Ablation du tissu testiculaire (Transgender InfoPunt, s.d.).
- PrEP : il s’agit d’une prophylaxie pré-expositionnelle anti-VIH s’adressant aux personnes séronégatives, c’est-à-dire en prévention d’être atteint du virus du VIH. Il doit être pris avant et après une période d’activités sexuelle étant éventuellement à risque (Dufrasne, 2019, p33-34).
- Psychiatrisation : nous entendons par là l’exigence d’un diagnostic psychiatrique afin de permettre l’accès aux soins de santé transspécifiques. Renforce l’idée selon laquelle les personnes transgenres sont des malades mentaux/ales (Dufrasne & Vico, 2020 ; A. Dufrasne, communication personnelle, 04/05/2023).
- Rainbow house : association accueillant des personnes transgenres, non-binaire, intersexuées, ...
- Respondent driven sampling (RDS) : méthode d’échantillonnage basé sur une sélection des participant·e·s à partir d’un réseau social de membres existants de l’échantillon comme un effet « boule de neige ». L’échantillonnage commence avec un petit nombre de personnes qui ensuite vont recruter d’autres participant·e·s pour l’étude. (McCreesh et al., 2013)
- TFE : travail de fin d’étude.
- TH : traitement hormonal
- Transgenre/Trans* : personne dont l’identité de genre diffère du genre assigné à la naissance. Terme vaste permettant d’inclure diverses identités et expressions de genre (Dufrasne & Vico, 2022 ; Genres Pluriels et al., 2016, p.11). « *Est transgenre toute personne se questionnant aux rôles sociaux associés au genre qui lui a été assigné à la naissance.* » (Dufrasne & Vico, 2022).
- Transphobie : Attitude négative pouvant mener au rejet et à une discrimination des personnes transgenres. Celle-ci peut se manifester sous forme physique, verbale ou par des comportements discriminatoires ou intolérants (entretien d’embauche, logement, accès aux soins médicaux) (Dufrasne et al., 2020).
- Vaginoplastie : Construction du vagin (Transgender InfoPunt, s.d.).

1. Article 14 et 8 de la cour européenne des droits de l'homme

L'article 14 de la convention Européenne des Droits de l'Homme « ...garantit le droit de ne pas subir de discrimination dans la « jouissance des droits et libertés reconnus dans la (...) convention. » (Cour européenne des droits de l'homme, 2022a).

Cette (...) convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. (Cour européenne des droits de l'homme, 2022)

L'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme amène le « ... droit au respect de la vie privée et familiale » (Cour européenne des droits de l'homme, 2022b).

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. (Cour européenne des droits de l'homme, 2022)

2. Effets des traitements hormonaux visant à modifier son expression de genre

Effets des hormones féminisantes

– Les anti-androgènes

Va venir inhiber la production de testostérone et/ou bloquer le récepteur de la testostérone, ce qui va entraîner une diminution du désir sexuel ainsi qu'une diminution de poils corporels et un arrêt du processus de perte de cheveux (Transgender InfoPunt, 2022a, paragr. 8).

L'antiandrogène utilisé le plus fréquemment est l'acétate de cyprotérone (Androcur), qui est une alternative de la spironolactone, un diurétique qui a aussi un effet anti-androgène mais n'est pas toujours sans effets secondaires (Transgender InfoPunt, 2022a, paragr. 10).

Cependant, il est à savoir que l'androcur est proscrit. Il s'agit d'une hormone progestative artificielle qui a un effet de castration chimique (Dufrasne et al., 2020, p. 37). L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) évoque plusieurs cas de dyspnée, d'ostéoporose et d'accidents thromboemboliques (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2005 dans Dufrasne et al., 2020, p. 38). Ballout apporte qu'il y a également un risque important de méningiome (communication personnelle, 04/05/2023).

A noter que l'inhibition de la production de testostérone n'est nécessaire que lorsque la personne transgenre n'a pas subi de chirurgie génitale tel que l'orchidectomie ou une vaginoplastie où la production de testostérone (dans les testicules) n'est plus présente (Transgender InfoPunt, 2022a, paragr. 12).

– Les Œstrogènes

Ils suppriment également la production de testostérone et conduisent à la féminisation des caractères sexués secondaires tels que la croissance mammaire, la peau douce, la modification et réduction de la répartition de la graisse dites de « féminisation » qui pourra parfois faire apparaître des vergetures. Cela amène également à une réduction de la masse musculaire et une augmentation de l'émotivité. Cependant, la voix ne sera pas touchée, il faudra suivre une orthophoniste ou dans certains cas une chirurgie de la voix pour y remédier (Dufrasne et al., 2020, p.37 ; Transgender InfoPunt, 2022a, paragr. 13-15).

La qualité osseuse est préservée ou améliorée. Cependant, certaines personnes transgenres ont déjà une faible densité osseuse avant de commencer les hormones, c'est donc un point d'attention supplémentaire (Transgender InfoPunt, 2022a, paragr. 16).

On favorisera l'oestrogel afin d'éviter de saturer le foie. La dose initiale d'œstrogène est de 1,25g de gel/jour, après, cela dépendra d'une personne à l'autre (Dufrasne et al., 2020, p.36).

- La progestérone naturelle

Il existe également de la progestérone en gel ou gélule qui va vite être absorbée par la graisse se diriger vers la circulation sanguine sans passer par le foie. Cependant, d'une personne à une autre, pour des raisons médicales, la progestérone ne sera pas prescrite à chaque fois. (Dufrasne et al., 2020, p36).

La progestérone peut favoriser une meilleure répartition des graisses et un développement des seins plus harmonieux, peut réduire les états dépressifs, soulager la rétention d'eau et abaisser la pression sanguine (Dufrasne et al., 2020, p37).

- Autres effets secondaires possibles

Dysfonctionnement érectiles, éjaculation anormale, gynécomastie, diminution du volume de l'éjaculat, modification de la fonction sexuelle (Dufrasne et al., 2020, p.37), douleurs testiculaires, dépression (Merck Sharp & Dohme, 2010, cité dans Dufrasne et al., 2020, p.37).

Tous ces différents effets peuvent s'avérer réversibles ou irréversibles selon Dufrasne et al. (2020) :

Effets réversibles	Effets irréversibles
<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la musculature. - Répartition des graisses. - Diminution de la transpiration. - Diminution de la pression sanguine, des globules rouges et de la chaleur corporelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des seins. - Elargissement des aréoles. - Vergetures. - Dysfonction sexuelle irréversible (Agence des produits médicaux de Suède, 2008, cité dans Dufrasne et al., 2020).

Effets des hormones masculinisantes

Il existe également des effets dit réversibles et irréversibles (Dufrasne et al., 2020, p.40-44) :

Effets réversibles	Effets irréversibles
<ul style="list-style-type: none">- Développement de la musculature.- Changement dans la répartition des graisses.- L'arrêt des menstruations (attention que le TH ne sera pas efficace comme contraceptif !).- Épaisseur de la peau.- Accroissement de la transpiration et modification des odeurs corporelles.- Acné.- Augmentation de la pression sanguine et des globules rouges (veines apparentes et augmentation de la chaleur corporelle).- Possibilité d'une altération du taux de cholestérol.- Augmentation de la libido.- Risque de mycoses	<ul style="list-style-type: none">- Mue de la voix.- Elargissement du clitoris.- Pilosité de la face et du corps.- Implantation des cheveux masculine (recul de la ligne frontale, parfois calvitie).- Si le TH hormonal est pris avant l'arrêt de la croissance il peut y avoir une modification de la taille adulte.

Plusieurs effets peuvent donc apparaître, mais ceux-ci varieront toujours d'une personne à l'autre (Dufrasne et al., 2020, p.40-44 ; Transgender InfoPunt, 2022b).

Ensuite, il existe quelques conséquences nuisibles possibles du TH masculinisant tel que la prise de poids (l'exercice physique est donc conseillé) et le risque de mycose car la testostérone va venir modifier la flore vaginale, il est donc conseillé de consulter son/sa médecin si ceci apparaissait. (Dufrasne et al., 2020, p.40-44 ; Transgender InfoPunt, 2022b, paragr. 13)

3. Les chirurgies transspécifiques

Cette partie sera définie à l'aide du livret « Transgenres/Identités pluriel.le.s : Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi. . . Tous.tes bien informe.e.s » écrit par Dufrasne et al. (2020), p. 45-51.

Chirurgie féminisante

- Chirurgie de la poitrine : mammoplastie

Consiste au rajout d'implants en silicone ou remplis de sérum physiologique, sous la glande mammaire ou sous le muscle grand pectoral. La durée de vie de la prothèse sera différente d'une personne à l'autre.

- Chirurgies du visage

Il y a ici différentes possibilités envisageables. Cela sera un ensemble de procédures qui permettra d'atténuer les traits masculins du visage pour aller vers un visage plus féminin.

- Féminisation du front

Il y a trois zones de proéminences osseuses qui sont prises en considération tel que l'arcade sourcilière ou bosse du front où l'on réalisera un rabotage de l'arête supérieure de l'arcade sourcilière. Il y a également l'os du front qui pourra être lissé afin de former une courbe arrondie et enfin, il y aura le rebord orbitaire latéral qui se situe de part et d'autre de l'orbite, il pourra être réduit afin d'apporter des traits plus « féminins » au visage.

- Lifting frontal

Il s'agit d'une procédure féminisante courante pour le rajeunissement du visage. Cette chirurgie esthétique simple ouvre la zone des yeux et donne au visage une apparence plus jeune. Cette procédure va venir corriger l'affaissement de la peau au niveau du front, des sourcils et des paupières supérieures.

- Chirurgie d'avancement du cuir chevelu

Va permettre de changer le niveau et la forme de la racine des cheveux, ce qui amènera à un visage plus équilibré, jeune et féminin.

- Implants capillaires

Il y a possibilité d'avoir recours à des implants capillaires lorsque la calvitie est trop prononcée.

- Chirurgies du cou et de la voix
 - Chondroplastie ou laryngoplastie de réduction

Lors de la puberté, la pomme d'Adam chez les « garçons » vient augmenter de volume et devient de plus en plus visible dès l'âge de trente ans.

Le chirurgien réalisera une incision de 2 à 2,5cm dans la partie supérieure du cou, sous le menton qui permettra de cacher la cicatrice. Ce dernier va donc réduire le volume de la pomme d'Adam pour ainsi rendre cette partie-là plus plate possible.

- Thyroplastie

Il s'agit ici de la chirurgie du larynx. Cette intervention aura pour but d'améliorer la qualité de la voix, de déglutir sans fausses déglutitions et une toux efficace.

- Glottoplastie ou laryngoplastie

Il s'agit d'une chirurgie alternative qui permettra la féminisation de la voix. L'objectif sera de diminuer la masse vibrante des cordes vocales ainsi que d'augmenter la tension de manière permanente. « De ce fait, la sous-pression glottique égale, ceci se traduit par une augmentation de vibration des cordes vocales. » (Dufrasne et al., 2020, p.48). Cette technique devra être associée à un suivi avec un·e logopède.

- Chirurgies génitales
 - Vaginoplastie

L'objectif de cette chirurgie sera de créer une zone génitale féminine qui se rapprochera le plus de celle d'une femme cisgenre. Important à savoir que cette dernière va venir stériliser la personne.

Il existe plusieurs techniques dont la plus ancienne est l'inversion pelvienne qui sera utilisée par la majorité des chirurgien·nes européen·nes.

La vaginoplastie regroupera un ensemble d'actes techniques comme la création d'un néovagin, la labiaplastie (c'est-à-dire la création de petites et grandes lèvres), la création d'un néoclitoris à partir d'une partie du gland, la redirection de l'urètre.

Attention à savoir qu'un néovagin n'aura pas de lubrification naturelle, ce qui pourra entraîner des soucis au niveau de la santé sexuelle.

- Orchidectomie

Il s'agit de l'ablation des testicules.

En général, il s'agira de la seule opération pour la personne transgenre qui désire se féminiser, soit car les conditions de santé ou l'âge ne permettent pas d'opération lourde comme la vaginoplastie, soit, parce qu'il s'agit du point de confort de la personne.

Il est important de savoir qu'il y a de grosses conséquences à cette chirurgie tel qu'hormonale, une diminution de la musculature, une inhibition de la production de spermatozoïde et dont une stérilité, une baisse de la libido ainsi que de la capacité érectile et éjaculatoire.

Chirurgie masculinisante

« *Tout comme les chirurgies féminisantes, les opérations utilisées dans le but de se masculiniser ne sont pas obligatoires.* » (Dufrasne et al., 2020, p.49).

- Chirurgie du torse : torsoplastie

Cela consiste en une double mastectomie, c'est-à-dire une ablation incomplète des glandes mammaires, et la construction d'un torse à l'allure masculine.

Dans la plupart des cas, cette chirurgie est ambulatoire (la personne rentre chez elle le jour même) ou bien nécessite une ou deux nuits d'hospitalisation.

Le port d'un bandage ou d'un gilet qui permettra une compression est souvent demandé les semaines qui suivent l'opération.

- Chirurgie du visage

Cette chirurgie est en général peu utilisée pour une personne se masculinisant. Un « homme » avec un visage plus arrondi passera souvent inaperçu en rue s'il a suffisamment de pilosité faciale afin d'être identifié comme « homme ». Cependant, certaines personnes qui se masculinisent y ont recours comme la chirurgie du front, la mise d'implants temporaux, des implants au niveau des pommettes, une liposuction (retrait de la graisse au niveau des joues), une rhinoplastie, une masculinisation de la bouche en diminuant l'épaisseur des lèvres, une génioplastie d'augmentation (menton).

- Chirurgies génitales

Ces chirurgies ci-après peuvent avoir des conséquences sur la santé sexuelle, notamment, durant le temps de la cicatrisation, d'être plus à risques d'être contaminé·e en présence d'une IST/du VIH.

- Phalloplastie

Cette opération consiste à la construction d'un pénis par un lambeau prélevé sur une zone donneuse (en général, nous prendrons l'avant-bras, parfois la cuisse, la zone latérale du torse ou bien l'abdomen). Dans la plupart des cas, cette chirurgie s'accompagnera d'une extension de l'urètre qui permettra au patient d'uriner debout.

La taille du pénis fera alors environ 11cm de long et ne changera pas de taille en fonction qu'il soit au repos ou en érection après l'ajout d'une prothèse érectile.

Cette intervention comporte plusieurs risques comme nécrose, thrombose, ... qui doivent être éveillés à la conscience des personnes voulant la réaliser.

- Métoïdioplastie

Il s'agit d'une alternative à la phalloplastie. Cette intervention sera moins invasive, plus courte et moins coûteuse que la phalloplastie.

Elle ne nécessitera pas de risque de perte de sensibilité, pas de greffe de peau ni d'implant de prothèse érectile.

Cependant, l'inconvénient est la petite taille du pénis qui sera entre 4 à 10 cm et l'impossibilité de rapports avec pénétration.

- Scrotoplastie

Cette opération « *consiste en la construction d'un scrotum sur base des grandes lèvres, avec l'insertion d'implants testiculaires remplis de gel de silicone ou de sérum physiologique* » (Dufrasne et al., 2020, p.51). Celle-ci peut être effectuée à la suite d'une métoïdioplastie ou d'une phalloplastie.

- Stérilisations

Une stérilisation pourrait être demandée par une personne transgenre en connaissance de cause. Cela doit correspondre à son point de confort.

- Hystérectomie

Acte chirurgical qui consistera à enlever tout ou partie de l'utérus.

– Ovariectomie

« Elle désigne l'ablation des ovaires. Si une personne subit une ovariectomie accompagnée ou non d'une hystérectomie, son corps ne produira plus d'œstrogènes. » (Dufrasne et al., 2020, p.51). Un traitement hormonal sera alors impérativement suivi à vie car le corps aura besoin d'une certaine quantité d'hormones sexuelles pour être régulé.

4. Le VIH

Le guide de santé sexuelle de Genre Pluriels en association avec exaequo (2019) nous apporte que selon la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, la population transgenre est lourdement touchée par le VIH. Il en ressort quelques chiffres : Le taux de prévalence du VIH est inquiétant chez les personnes transgenres. Celui-ci varie de 2% chez les jeunes personnes transgenres à 45% chez les travailleurs/euses du sexe transgenres (Dufrasne, 2019, p5).

Comment est-ce que cela fonctionne ?

Si le VIH n'est pas présent dans le corps, on sera séronégatif·ve. On deviendra séropositif·ve lorsque l'on aura été infecté·e par le VIH, ce virus se sera donc infiltré dans l'organisme et va commencer à se multiplier. La personne séropositive n'aura pas spécialement des signes de la maladie (comme des éruptions cutanées, des ganglions gonflés, de la fièvre, fatigue, courbature, diarrhée), le système immunitaire continuera donc de fonctionner (Dufrasne, 2019, p.23).

Cependant, « si la personne séropositive reste sans traitement, le VIH détruira progressivement son système immunitaire et elle deviendra malade du sida. » (Dufrasne, 2019, p.23). Aujourd'hui, il existe des traitements antirétroviraux qui vont permettre de bloquer l'évolution de l'infection du VIH, mais ne l'éliminera pas. La personne qui est infectée restera donc séropositive toute sa vie (Dufrasne, 2019, p.23).

Une personne séropositive sous traitement anti-VIH avec une charge virale indétectable, n'aura pas de risque de transmettre le VIH par voie sexuelle (Dufrasne, 2019, p20).

Il est alors important de procéder au dépistage du VIH afin d'adopter des stratégies pour la réduction des risques sexuels.

Les professionnels de la santé doivent se référer à l'ensemble des options de prévention, y compris les méthodes de barrière, la prophylaxie post-exposition, pré-exposition et le traitement du VIH afin de prévenir la transmission. (Coleman et al., 2022)

Genres Pluriels et Exaequo (Dufasne, 2019) ont constaté qu'il existait un manque d'informations auprès de la population transgenre afin d'optimiser leur santé en prenant le moins de risques possibles dans leurs pratiques sexuelles.

« La réduction des risques sexuels vise la prise en mains de sa sexualité par la personne au moyen d'une information la plus complète possible sur les risques de transmission du VIH et des IST en fonction de ses pratiques sexuelles » (Dufasne, 2019, p.4).

Dufasne (2019) nous apporte quelques exemples sur le risque d'être exposé à des IST/VIH des personnes transgenres :

- *« La pression exercée par une société où la norme est la cisgenralité et/ou aux corps normés, peut conduire une personne trans à prendre des risques sexuels. »* (Dufasne, 2019, p.3).
- *« La prise d'un traitement hormonal peut entrer en interaction avec un traitement médicamenteux, comme celui contre le VIH. »* (Dufasne, 2019, p.3).
- *« Certaines opérations chirurgicales peuvent augmenter – ne fusse que momentanément – le risque de transmission du VIH/des IST. »* (Dufasne, 2019, p.3).
- *« Les personnes trans – sous traitement hormonal notamment – ne savent souvent pas ce qu'il en est de leur situation procréative, ni donc ce qui leur convient en matière de contraception. »* (Dufasne, 2019, p.4).

5. Tableaux des mots de recherche

Mots clef en français	Mots clef en anglais
Transgenre	Transgender persons
Traitement hormonal	Hormonotherapy Injections Intramuscular injection Subcutaneous injection Gender-affirming hormone therapy
Soins de santé transspécifiques	Trans-specific health care Trans health
Transition	Transitional Care Medical transition
Soins de santé	Delivery of health care Health services accessibility
Soins	Nursing Nursing care Social support Medical support Health care Delivery of health care Primary health care Quality of health care
Chirurgie	Surgery Phalloplasty Vah-ginoplasty Perioperative care Postoperative care Mastectomy Gender affirming surgery Gender-confirming surgery Vulvoplasty
VIH	HIV