

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UNE GYNÉCOLOGIE AU MASCULIN ?
DE L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS EN GYNÉCOLOGIE POUR LES
HOMMES TRANS À MONTRÉAL

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

MORGANE GELLY

NOVEMBRE 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Janik Bastien Charlebois qui m'a énormément encouragé·e et guidé·e dans l'élaboration de ma recherche.

Merci à Gabrielle Bouchard qui m'a aiguillé·e dans mon choix de sujet afin qu'il réponde aux préoccupations des communautés trans.

Je souhaite aussi remercier les participant·e·s qui m'ont accordé leur confiance et leur temps et qui surtout ont manifesté leur intérêt pour des enjeux qui me tiennent particulièrement à cœur.

Merci aussi à toutes les personnes qui ont pris le temps de relire mon projet et qui m'ont apporté leurs critiques précieuses. J'apprécie tout particulièrement que des individus touchés par les enjeux que traite cette recherche aient pu m'apporter un retour critique sur mon travail.

Un grand merci également à la Chaire de recherche sur l'homophobie qui m'a accordé une bourse pour la réalisation de ce mémoire.

Merci enfin à ma famille et mes proches qui m'ont soutenu·e financièrement et moralement dans l'élaboration de ce projet.

AVANT-PROPOS

Mes intérêts de recherche m'ont souvent conduit·e à interroger la manière de dire les choses. En effet, le langage n'a pas seulement un pouvoir narratif ; il peut, dans bien des cas, devenir performatif, c'est-à-dire créer des réalités (Austin, 1970/1962). Aussi, les choix d'écriture ne sont jamais anodins et il me semble nécessaire de clarifier ici quels ont été les miens.

Avertissement concernant le contenu

Cette recherche va aborder des enjeux qui touchent à la sexualité et à la gynécologie. Je vais donc à plusieurs reprises parler dans des termes explicites de sexe, d'organes génitaux, d'opérations de réassignation sexuelle, d'examens gynécologiques, de difficultés et/ou douleurs sexuelles, de violences gynécologiques, de pratiques sexuelles, de pratiques médicales. Pour toute personne chez qui ces thématiques peuvent déclencher de l'anxiété ou des souvenirs traumatiques, je ne recommanderais pas la lecture de ce mémoire. Le cas échéant, si vous souhaitez cependant accéder à l'information contenue dans la présente recherche, il est possible de me contacter.

Neutraliser le genre

La langue française est une écriture où le genre est omniprésent. Les noms, les adjectifs, les pronoms, les démonstratifs, tous sont des indices qui vont enfermer les personnes, mais aussi les choses dans le féminin ou le masculin. Le neutre n'étant que très

rarement une option dans notre langue, il est nécessaire d'avoir recours à tout un tas d'outils pour la rendre plus inclusive¹. Le but de cette neutralisation de la langue est multiple : d'une part, cela permet de ne pas présumer de l'identité des gens dont on parle, d'autre part, cela permet d'inclure les identités qui ne sont ni féminines, ni masculines, enfin, c'est aussi une démarche politique qui vise à contrer la masculinisation systématique de la langue (et plus particulièrement dans certains domaines que l'on va considérer comme « masculins »).

Je vais donc utiliser dans ce texte les pronoms neutres « iel » et « iels » (une contraction de il/elle et ils/elles), notamment lorsque je renvoie à un groupe indéfini de personnes. Les noms et accords seront également neutralisés par l'usage d'un point haut « · », par exemple « un·e soignant·e », « un·e patient·e ». Certains néologismes sont également utilisés pour permettre de neutraliser le langage, comme « celleux » (contraction de celles/ceux), « celui » (celle/celui), « elleux » (elles/eux), acteurice (acteur/actrice). Enfin, j'essaierai lorsque cela est possible d'avoir recours à des épicles (« personne », « population », « patientèle », « individu » etc.).

Il arrive parfois que j'utilise un langage féminin ou masculin lorsque les personnes à qui je fais référence m'ont indiqué le genre avec lequel elles s'identifient, si elles utilisent l'un ou l'autre genre pour parler d'elles (par exemple, pour les auteur·e·s, j'accorderai avec le genre qu'iels utilisent le plus récemment) ou si je fais référence à un groupe de personnes qui s'identifient à un genre (ex : les hommes trans). Dans le dernier cas, j'ai conscience que des personnes au sein de ce groupe utilisent peut-être des pronoms neutres mais j'ai fait le choix d'utiliser des accords genrés pour renforcer l'affirmation du genre exprimé par les personnes et aussi dans un souci de lisibilité.

¹ A ce sujet, des étudiant·e·s de l'UQAM ont publié un guide que j'ai mis dans la bibliographie.

Traitement des extraits d'entretiens

À plusieurs reprises dans le texte, je vais citer des passages d'entretiens. Il y a plusieurs manières de mobiliser la parole des participant·e·s. Pour ma part, j'apprécie de garder une retranscription fidèle au discours, en gardant les expressions, les prononciations particulières, les hésitations et les coupures. Cependant, dans un souci de lisibilité mais aussi pour respecter l'anonymat des participant·e·s, certains passages seront légèrement « nettoyés ». Ainsi, certaines fautes de prononciation (notamment lorsqu'elles sont liées à un accent trop reconnaissable ou lorsqu'elles ont peu d'intérêt pour l'analyse des données) seront corrigées. Par ailleurs, les mots écrits en italique doivent être lus à l'anglaise. J'espère ainsi pouvoir trouver un équilibre qui permette de garder l'aspect vivant du langage oral sans pour autant desservir les participant·e·s. Je tiens également à rappeler que le passage de l'oral à l'écrit peut toujours créer un décalage qui donne la sensation que la personne s'exprime « moins bien ». C'est tout simplement parce que ces deux registres s'inscrivent dans des temporalités et des logiques différentes : l'écrit permet de prendre le temps de construire, de choisir et d'aller droit au but lorsque l'oral s'élabore au fur et à mesure. Il est donc nécessaire de garder en tête ce décalage de registre lorsque l'on relit les extraits d'entretiens afin d'éviter tout jugement erroné sur la manière dont la personne s'exprime.

Glossaire

Je vais ici définir et expliquer l'emploi de certains termes récurrents dans le texte. Ces termes font là encore l'objet de choix personnels mais il existe rarement de consensus sur l'emploi d'un terme ou d'un autre. Par ailleurs, le langage dans les milieux militants tend à évoluer très vite et de façon peu uniforme selon les zones géographiques. Mes choix linguistiques s'inscrivent donc dans un contexte théorique, temporel et géographique mais peuvent tout à fait être questionnés et actualisés.

Cisgenre : terme inventé en miroir au terme transgenre pour désigner (mais aussi interroger) la position des personnes qui s'identifient au genre qui leur a été assigné (position souvent considérée comme « normale »).

Homme/Femme : les termes « homme » et « femme » renvoient à des catégories socialement constituées, couramment employées. Souvent l'identité de genre « homme/masculin » et « femme/féminin » est assignée en fonction du sexe biologique que l'on va catégoriser comme « mâle » ou « femelle ». Dans un souci de clarté, j'emploierai les termes « homme » et « femme » pour faire référence à ce que la société désigne comme tel·le·s, sans pour autant valider ces catégories arbitraires. Parfois, je préciserai s'il s'agit d'hommes, de femmes ou de personnes « trans » ou « cisgenres ».

Femme trans : personne ayant été assignée « homme » à la naissance mais qui s'identifie et vit en tant que femme.

Homme trans : personne ayant été assignée « femme » à la naissance mais qui s'identifie et vit en tant qu'homme.

Non-binaire : qui n'appartient pas strictement à un genre masculin ou féminin.

Patientèle : c'est un terme récent qui désigne l'ensemble des patient·e·s. Bien que les participant·e·s utilisent plutôt le terme « clientèle », j'ai choisi d'utiliser un terme qui dérive directement du terme « patient·e » (qui reçoit un soin) plutôt que de « client·e » (qui achète un bien ou un service). Je voulais un terme qui permette de rendre compte de la spécificité du groupe des patient·e·s qui ne sont pas seulement des client·e·s séparé·e·s les un·e·s des autres, mais bien plutôt un groupe de personnes partageant des besoins et intérêts collectifs, et qui en même temps entretiennent une relation particulière avec les soignant·e·s.

Trans : terme parapluie désignant de manière globale toute personne qui ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme est généralement utilisé comme adjectif (ex : personne trans, homme trans, femme trans).

Transfriendly : se dit des personnes ou structures qui soutiennent la cause trans. Par exemple les médecins *transfriendly* sont ceux qui ont l'habitude de prendre en charge des personnes trans et qui adoptent une attitude positive à leur égard.

Transition : ce terme désigne le processus d'affirmation de son genre. Cette transition peut être médicale (ex : traitements et opérations visant à masculiniser ou féminiser son apparence corporelle), sociale (ex : usage de prénoms, pronoms dans le genre ressenti, adoption de codes permettant l'identification dans le genre vécu etc.) et/ou légale (changement de la mention de genre et/ou du prénom sur les papiers d'identité). Chacun·e a un parcours différent et peut choisir de suivre ou non ces étapes. Dans tous les cas, ce ne sont pas ces dernières qui définissent l'identité de la personne.

Transitude : Il y a de nombreux débats sur les bons termes à employer pour désigner le fait d'être trans, mais il n'y a pas réellement de consensus. En France, le terme « transidentité » est couramment employé mais il est fortement remis en question au Québec puisqu'il sous-entend qu'être trans est nécessairement une identité alors que pour certaines personnes, c'est plutôt un état, une étape. Le terme « transsexualisme » quant à lui est un terme issu du milieu médical et souvent rejeté par les personnes trans. Parfois, on peut voir également les termes « transgenrisme » (Baril, 2009 p. 265), « transitude » (Baril, « La transitude comme handicap : théoriser les intersections entre les identités trans et handicapées », Colloque Une société en transition : l'émergence des recherches et militances trans* et intersexes dans les espaces francophones contemporains, 7e Congrès International des Recherches Féministes dans la Francophonie, Université du Québec à Montréal, 26 août 2015). C'est donc en fonction du contexte que j'utiliserai un terme plutôt que l'autre en gardant à l'esprit ce questionnement sémantique.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	II
AVANT-PROPOS	III
Avertissement concernant le contenu.....	iii
Neutraliser le genre	iii
Traitement des extraits d’entretiens	v
Glossaire.....	v
TABLE DES MATIÈRES	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	XII
RÉSUMÉ	XIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE : UNE GYNÉCOLOGIE AU SERVICE DES HOMMES TRANS ?	5
1.1. Des hommes pourvus d’utérus/vagin/ovaires.....	5
1.2. Suivi gynécologique et prévention sexuelle, une nécessité ?.....	7
1.3. Un accès difficile aux soins médicaux, particulièrement en gynécologie.....	10
CHAPITRE II QUESTION DE RECHERCHE ET PERTINENCE SCIENTIFIQUE	13
2.1. Une nécessaire remise en question de la gynécologie.....	13
2.2. Une recherche salutaire	14
2.3. Regard sur le milieu médical.....	14
CHAPITRE III ÉTAT DES LIEUX : UN MANQUE D’ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX POUR LES HOMMES TRANS.....	16
3.1. Portrait du milieu médical et gynécologique.....	16

3.1.1. Emergence d'une médecine autoritaire	16
3.1.2. Regard d'un médecin sur la situation médicale en France	17
3.1.3. Définir la gynécologie	19
3.2. Etat de l'accessibilité médicale pour les personnes trans	21
3.2.1. Mise en contexte : la médicalisation des personnes trans.....	21
3.2.2. La recherche francophone.....	24
3.2.3. La recherche anglophone	27
3.3. Les évolutions possibles du milieu médical	29
3.3.1. Evolution de la médecine moderne.....	29
3.3.2. Ce que devrait être un·e soignant·e	30
3.3.3. Ce que demandent les personnes trans	31
CHAPITRE IV CADRE THÉORIQUE ET OUTILS CONCEPTUELS	34
3.1. La gynécologie, au cœur d'une double critique, matérialiste et trans	34
3.1.1 Une critique matérialiste de la gynécologie.....	35
3.1.2 Des critiques trans du milieu médical et de l'hétéronormativité	43
3.2. Naviguer entre les cadres théoriques.....	47
CHAPITRE V MÉTHODOLOGIE	52
5.1. Type d'approche : <i>Grounded Theory</i> ou Théorie ancrée	53
5.2. Type de données recherchées	54
5.3. Echantillon.....	55
5.4. Processus de collecte	55
5.5. Démarche analytique.....	56
5.6. Point de vue situé et engagé	57
5.7. Questionnements éthiques et positionnement de la recherche	59
CHAPITRE VI PRÉSENTATION DU MATÉRIAU	61
6.1. Présentation des participant·e·s.....	62
6.1.1. Sandrine	63
6.1.2. Hélène.....	64

6.1.3. Emmanuelle	64
6.1.4. Matthew	65
6.1.5. Lauren	65
6.1.6. Ariane	65
6.2. Les moteurs d'un changement.....	66
6.2.1. Des motivations personnelles	67
6.2.2. Des besoins concernant les personnes trans	74
6.2.3. Le constat d'un manque d'accessibilité.....	82
6.2.4. Une évolution de la société face aux enjeux trans.....	85
6.3. Une approche médicale en évolution	87
6.3.1. Une définition extensive de la gynécologie et de la santé sexuelle.....	87
6.3.2. Le rejet de l'approche classique	92
6.3.3. Une tension entre égalité et particularité	96
6.3.4. Un renversement de la relation praticien·ne - patient·e.....	100
6.3.5. Vers une implication croissante des patient·e-s	105
6.4. Une évolution qui se heurte encore à des barrières	111
6.4.1. Des barrières personnelles	111
6.4.2. Des barrières institutionnelles – organisationnelles	117
6.4.3. Des barrières politiques	123
CHAPITRE VII DISCUSSION	129
7.1. Changer la relation : céder le pouvoir aux patient·e·s.....	130
7.1.1. De médecin savant·e autoritaire à médecin accompagnant·e.....	130
7.1.2. De patient·e passif/ve à patient·e sujet	133
7.2. Questionner la discipline : de gynécologie à santé sexuelle	137
7.2.1. Une discipline qui normalise les femmes	138
7.2.2. Une discipline qui contrôle.....	140
7.2.3. Une discipline qui exclut	142
7.2.4. Penser une discipline mixte et holistique.....	143

7.3. Critique de la normativité.....	144
7.3.1. Normes et valeurs personnelles, des freins aux soins.....	145
7.3.2. Une institution normalisatrice	146
7.3.3. Former à la diversité	149
7.3.4. Pour une politique tournée vers la diversité	150
CONCLUSION	152
ANNEXE A Grille d’entretien.....	155
ANNEXE B Modélisation de l’évolution de l’approche médicale.....	157
ANNEXE C Photographie d’une affiche dans la salle d’attente d’une gynécologue en France, Janvier 2018	158
ANNEXE D Table des matières de l’ouvrage de Lobo et al. 2016	159
ANNEXE E Table des matières de l’ouvrage de White et al. 2012	161
ANNEXE F Table des matières de l’ouvrage de DeCherney et al. 2012	162
ANNEXE G Table des matières d’un ouvrage d’andrologie (Schill et al. 2008)....	164
BIBLIOGRAPHIE	165
Littérature scientifique	165
Guides / Brochures	169
Webographie	169

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 6.1 : Présentation des participant-e-s

63

RÉSUMÉ

La gynécologie est classiquement définie comme la spécialité médicale qui a pour objet d'étude la « santé des femmes » et plus spécifiquement leur santé reproductive. Pourtant, ce ne sont pas seulement les femmes qui sont concernées par cette discipline. En effet, les hommes trans, notamment lorsqu'ils n'ont pas eu recours à une chirurgie de réassignation sexuelle, ont également des besoins similaires aux femmes cisgenres en matière de santé sexuelle. Or souvent, les services gynécologiques sont peu accessibles à cette population.

Cette recherche s'intéresse donc à la question de l'accessibilité des soins en gynécologie pour les hommes trans à Montréal. À partir d'une démarche qualitative, l'objectif est d'explorer comment la gynécologie – une discipline initialement réservée aux femmes cisgenres – peut rendre ses services accessibles aux hommes trans. Les entretiens menés avec six professionnel·le·s de la santé offrant des soins gynécologiques ont permis de faire ressortir les besoins identifiés par les soignant·e·s concernant la santé sexuelle des personnes trans, les barrières rencontrées dans l'adaptation des soins et les stratégies mises en places pour les surmonter.

Cette recherche démontre qu'il y a une évolution de l'approche médicale qui tend vers une implication croissante des patient·e·s. Cette dynamique a pour effet de modifier la relation entre soignant·e·s et patient·e·s, en offrant plus de pouvoir à ces dernier·e·s dans le processus de soin. Cette approche permet une meilleure accessibilité des services puisqu'elle laisse la possibilité à chaque patient·e d'exprimer ses besoins et de recevoir des soins adaptées à sa situation plutôt que dictés par des protocoles. Cependant, cette évolution se heurte encore à des barrières institutionnelles et personnelles qui visent à conformer les individus aux normes sociales. Aussi, la gynécologie et le milieu médical doivent être interrogés en profondeur afin de se détacher de la logique normalisatrice qui les traverse et ainsi mieux accueillir la diversité.

Mots-clefs : gynécologie, santé sexuelle, hommes trans, accessibilité, milieu médical, Montréal.

INTRODUCTION

En décembre 2013, le Québec adopte la loi 35 (en vigueur depuis Octobre 2015) qui permet le changement de mention de sexe pour les personnes trans sans avoir obligatoirement recours à une chirurgie génitale. Bien que cette loi présente encore des lacunes, elle constitue malgré tout un grand tournant dans la reconnaissance des personnes trans et la manière de concevoir le genre en marquant la fin des stérilisations obligatoires pour les individus souhaitant changer de mention de sexe. En effet, la transitude a souvent fait l'objet d'un certain cadrage, voire d'un contrôle, notamment par le milieu médical. À travers le processus de réassignation de sexe, on cherchait bien plus à produire des « hommes » et des « femmes » pouvant se fondre dans un système hétéronormatif et binaire plutôt que de réellement prendre en compte l'identité ressentie par le/la patient·e. Reconnaître une personne dans le genre auquel elle déclare appartenir sans lui demander de conformer son corps à ce que le milieu médical et scientifique nomme « corps femelle/féminin » ou « corps mâle/masculin » constitue un grand changement puisque cela signifie d'une part la reconnaissance de l'auto-identification en matière de genre et d'autre part cela va permettre l'émergence de nouvelles identités, de « nouveaux corps » qui brouillent les frontières entre les sexes et les genres. Ainsi, la société peut reconnaître des femmes pourvues de pénis et des hommes possédant vagin, utérus et ovaires. Non pas que ces réalités soient nouvelles, mais elles étaient, jusqu'alors, inexistantes aux yeux de la société (un homme trans était jusqu'alors considéré légalement comme une femme s'il n'avait

pas subi d'hystérectomie²). Leur prise en considération va donc probablement nécessiter quelques ajustements dans certains secteurs comme celui de la gynécologie, un monde habituellement réservé aux femmes (cisgenres) où des hommes (trans) vont faire leur entrée.

La gynécologie est en effet un domaine qui, comme j'ai pu l'observer au cours de précédentes recherches, est peu accessible aux hommes trans puisqu'elle a pour objet « la santé des femmes ». Que ce soit au niveau personnel ou institutionnel, les hommes trans font donc face à de multiples barrières lorsqu'ils souhaitent obtenir des soins gynécologiques. Aussi, cette recherche s'intéresse à la question de l'accessibilité des soins en gynécologie pour les hommes trans à Montréal.

Ayant fait le constat que peu de travaux sociologiques traitent de la question de manière à interroger l'institution médicale, j'ai choisi de mener une enquête de type qualitatif au cours de laquelle j'ai rencontré des soignant·e·s qui offrent des soins gynécologiques à Montréal. L'objectif était alors de comprendre comment la gynécologie, une discipline initialement destinée aux femmes cisgenres, peut rendre ses services accessibles aux hommes trans en matière de santé sexuelle. Pour ce faire, j'ai interrogé les participant·e·s sur leurs pratiques pour analyser la manière dont iels perçoivent les besoins des personnes trans, comment iels cherchent à s'y adapter mais aussi quelles barrières iels rencontrent dans ce processus. L'apport des théories féministes matérialistes et postmodernes mais aussi des recommandations émises par les communautés trans m'a permis d'approfondir l'analyse de l'institution médicale en lien avec les enjeux trans.

Mon mémoire s'articule en sept chapitres. Les deux premiers chapitres sont consacrés à la problématique de cette recherche. J'y expose les raisons pour

² Hystérectomie : ablation de l'utérus.

lesquelles l'accès aux soins gynécologiques représente un enjeu important pour les personnes trans. Je justifie dans le deuxième chapitre l'angle que j'ai choisi d'adopter (l'observation du milieu médical) afin de répondre à un manque dans la recherche scientifique.

Le troisième chapitre est à la fois un état des lieux du milieu médical actuel et de son accessibilité pour les hommes trans, mais aussi un état de l'art à ce sujet. J'y présente diverses recherches, anglophones et francophones qui font état du manque d'accessibilité des soins médicaux pour les hommes trans.

Dans un quatrième chapitre, je développe les théories et concepts qui m'ont permis d'approfondir ma réflexion et mon analyse tout au cours de ma recherche. J'y présente dans un premier temps les théories féministes matérialistes qui ont émis une forte critique à l'encontre de la gynécologie. Dans un second temps, je présente les théories postmodernes qui apportent des éléments de réflexion sur la dimension normative de l'institution médicale.

Le cinquième chapitre a pour but d'explicitier ma démarche et mes choix méthodologiques. C'est pour moi l'occasion d'expliquer comment ma position de chercheur·e non-binaire allié·e des luttes trans oriente ma recherche. J'y aborde également les questions de privilèges et d'éthique.

Dans le sixième chapitre, j'explore les résultats qui sont ressortis de mes entrevues avec les participant·e·s. J'y fais notamment le constat d'un changement dans l'approche médicale qui semble guider les pratiques des participant·e·s. J'y expose aussi les diverses stratégies mises en place par les soignant·e·s pour faire face aux barrières qui s'opposent à elleux dans leur volonté de rendre leurs soins accessibles.

Dans le dernier chapitre, j'ouvre une discussion sur l'évolution de la relation entre soignant·e et patient·e et ses conséquences sur l'accessibilité. J'y questionne ensuite la discipline gynécologique en imaginant comment celle-ci pourrait évoluer

de manière à devenir plus inclusive. Enfin j'émet une critique de la normativité médicale et de ses conséquences sur l'accessibilité des soins tout en réfléchissant aux pistes possibles pour ouvrir la médecine à plus de diversité.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE : UNE GYNÉCOLOGIE AU SERVICE DES HOMMES TRANS ?

1.1. Des hommes pourvus d'utérus/vagin/ovaires

Comme nous l'avons souligné, avant le passage de la loi 35, les personnes voulant changer de mention de sexe devaient avoir recours à une opération de leurs organes génitaux (hystérectomie pour les hommes trans, vaginoplastie³ pour les femmes trans) pour être reconnues dans le genre déclaré. Cette opération avait pour but de marquer le caractère irrévocable du changement de sexe, mais elle avait également pour conséquence de rendre stérile la personne qui la subissait. Cette condition préalable au changement de mention de sexe est d'ailleurs encore en vigueur dans certains pays (en France notamment). Avant de continuer plus avant, il est important de souligner l'importance pour les personnes trans d'être reconnues dans leur identité sur le plan juridique. En effet, dans la vie de tous les jours, le fait d'avoir une mention de sexe et/ou un prénom non conformes à l'identité affichée peut dans de nombreuses situations s'avérer problématique (contrôles d'identité à l'aéroport, retrait de colis, retrait d'argent à la banque, recherche d'emploi, etc.) et entraîner des discriminations. De ce fait, beaucoup de personnes trans étaient prêtes à subir cette opération pour accéder à

³ Vaginoplastie : opération consistant à créer un vagin pour une femme trans.

une demande vitale pour elles : avoir la bonne lettre sur leurs papiers d'identité.

Or, cette opération n'est pas toujours indispensable et ce n'est généralement pas la plus attendue par les hommes trans puisqu'elle n'apporte pas ou peu de changement visible (contrairement à la mastectomie⁴). Par ailleurs, nombreux sont ceux qui souhaitent garder leur vagin et leur utérus sans faire de chirurgie génitale. Ainsi, sur son blog, Lo (un homme trans en France) raconte qu'il a annulé son hystérectomie lorsqu'il a réalisé que celle-ci s'accompagnerait de la fermeture de son vagin, alors qu'il souhaitait continuer de l'utiliser. Son refus lui a d'ailleurs valu d'être exclu du parcours médical de transition qu'il suivait depuis des années car il semblait impensable pour les soignant·e·s qu'un homme trans utilise son vagin (Blog de LoFu, 13/10/2014). Pourtant, Bauer confirme dans un article paru en 2013 que peu d'hommes trans se font opérer des organes génitaux et qu'il est assez fréquent que certains d'entre eux pratiquent la pénétration vaginale (réceptive), parfois avec des hommes cisgenres (Bauer et al., 2013, p. 67). Par ailleurs, il arrive également que des hommes trans souhaitent conserver leurs organes sexuels dans le but de pouvoir un jour procréer et porter des enfants. Si ce cas de figure semble assez marginal, il est à penser qu'il sera de plus en plus répandu dans les années à venir grâce à cette possibilité de pouvoir changer de mention de sexe sans se faire opérer.

Enfin, il faut souligner qu'une telle opération est loin d'être anodine. En effet, l'hystérectomie est une opération douloureuse dont on met plusieurs mois à se remettre et qui nécessite ensuite de prendre un traitement hormonal à vie. C'est donc parfois contre leur volonté que des hommes trans acceptaient de se soumettre à cette opération.

Quand je me suis retrouvé sur la table d'opération, à vomir le lendemain de mon opération et tout ça, je me suis vraiment dit : si je suis ici, c'est à cause que je veux mon certificat de naissance conforme à mon identité. Je me

⁴ Mastectomie : ablation du sein (dans le cas des hommes trans, les deux seins sont retirés).

suis dit : c'est à cause d'un gouvernement trop rigide qui m'impose d'être ici. Je trouvais ça absolument inhumain, écœurant, injuste et basé complètement sur des principes discriminatoires envers les personnes trans. (Bruno) (Enriquez, 2013, p. 129)

En fait, ce prérequis chirurgical pour accéder au changement de mention de sexe constituait même une atteinte aux droits humains, comme l'a souligné Marie-France Bureau lors des consultations à l'assemblée avant le passage de la loi :

Je crois qu'il est important de mentionner que d'exiger des chirurgies, des documents médicaux, des stérilisations pour pouvoir obtenir un changement de la mention du sexe à l'état civil cause de graves problèmes d'atteinte aux droits fondamentaux. [...] On parle notamment d'atteinte au droit à l'égalité, droit à l'intégrité et à la dignité, une atteinte au droit de ne pas être discriminé en fonction du sexe, puisque le fait d'être transsexuel ou transgenre est assimilé au motif du sexe. (Bureau, consultation du 26/11/13)

C'est donc essentiellement pour cette raison et sous la pression des groupes militants trans que le Québec a décidé de retirer ce prérequis chirurgical pour changer de mention de sexe. Quelles conséquences peut-on alors attendre du passage d'une telle loi ? Puisque l'hystérectomie est une opération lourde, pas nécessairement désirée par tous les hommes trans et puisque aucune pression juridique ne les poussera plus désormais à y avoir recours, il semble probable qu'il y ait d'une part de plus en plus d'hommes trans qui fassent le choix de ne pas subir d'opération génitale ; d'autre part, il est également plausible que des personnes qui étaient actuellement considérées comme des femmes aux yeux de la loi (puisque ne voulant pas se faire opérer) soient désormais reconnues comme des hommes. En somme, on va très certainement voir augmenter le nombre d'hommes trans pourvus de vagins/utérus/ovaires.

1.2. Suivi gynécologique et prévention sexuelle, une nécessité ?

Le fait de posséder vagin, utérus et ovaires tout en étant un homme peut avoir son lot

de complexités, notamment dans certains espaces. J'ai décidé de m'intéresser au domaine de la gynécologie puisqu'il s'agit d'une discipline dont le champ d'action est défini par le sexe « féminin » de ses patient·e·s : « Fruit de la bicatégorisation sexuée, elle se distingue, parmi les spécialités médicales actuelles, par sa focalisation sur une catégorie dont on n'est pas censé·e pouvoir sortir, le sexe. Son pendant, qui n'a d'existence qu'anecdotique, serait l'andrologie. » (Ruault, 2015, p. 35). Or, on peut se demander si un homme trans qui possède les mêmes organes génitaux qu'une femme cisgenre est malgré tout concerné par cette discipline. Si l'on s'en tient seulement à la sémantique, gynécologie signifie science (logie) de « la femme »⁵ (gynéco), ce qui n'inclut pas la possibilité de s'adresser à des hommes. Cependant, la possession de vagin/utérus/ovaires expose au risque d'avoir des problèmes de santé localisés sur ces organes (mycoses, endométriose, cancer, kystes etc.) et c'est justement la gynécologie qui se spécialise dans cette zone du corps considérée comme spécifique aux femmes. Un homme trans en possession de vagin/utérus/ovaires aurait donc besoin d'avoir accès à des soins et à un suivi gynécologiques⁶.

Dans le cas d'un homme trans qui n'a pas eu de chirurgie des organes génitaux, il est suggéré de faire régulièrement un pap test et des examens gynécologiques, car il peut toujours y avoir un risque de développer un cancer du col de l'utérus, des ovaires et de l'utérus. Par contre si la personne a déjà eu une hystérectomie et une oophorectomie (ablation des ovaires), et si le col de l'utérus a été retiré, les risques diminuent. Cependant, des

⁵ « la femme » est ici au singulier car c'est généralement cette forme là que l'on retrouve dans les définitions de la gynécologie. L'emploi du singulier renvoie à une image générique de « la femme ». Je n'emploierai personnellement jamais ce terme au singulier car j'estime que cela renforce l'idée qu'il existe une catégorie homogène de personnes que l'on peut regrouper sous le terme de « femme ». Cela tend ainsi à essentialiser l'idée de « femme » tout en gommant la diversité des manières d'être « femme ». L'usage de guillemets sera donc une façon de prendre une distance critique vis-à-vis de ce terme tout en soulignant sa présence dans certains types de discours.

⁶ Nous verrons cependant plus tard que cette question du suivi gynécologique indispensable est à questionner considérant que son pendant masculin n'existe pas (ou de façon très anecdotique), ce qui revient d'une certaine façon à penser le « corps féminin » comme étant plus faible, comme étant un lieu « à haut risque ».

examens gynécologiques sont tout de même recommandés, à moins que le pap test soit impossible à réaliser en raison d'un changement d'anatomie. (ASTTeQ, 2012, p. 21)

Un autre aspect de la gynécologie qui nous intéresse ici, c'est son rôle de prévention en matière de santé sexuelle. En effet, si la gynécologie s'assure de la santé et du « bon fonctionnement » des organes génitaux, cela ne peut être détaché des comportements sexuels pouvant avoir un impact sur celui-ci. On pense notamment au risque de grossesse car, comme nous l'avons vu plus tôt, Bauer estime, à partir d'une enquête menée en Ontario en 2010, que 63,3% des hommes trans interrogés entrent dans la catégorie « Gay, Bi ou hommes ayant du sexe avec des hommes » (*Gay, Bi, Men who have Sex with Men, GB-MSM*) et que parmi eux, un tiers ont eu un homme cis comme partenaire au cours de la dernière année. Dans une autre enquête qu'il cite et qui a été menée aux États-Unis, 69% des hommes trans GB-MSM disent avoir reçu une pénétration vaginale avec un homme cis au cours de la dernière année (Sevelius, 2009, cit. par Bauer et al., 2013, p. 66-67). Or un risque de grossesse existe, notamment pour les hommes trans ne suivant pas un traitement hormonal (et il semblerait qu'il ne soit pas totalement nul non plus pour les personnes prenant de la testostérone). Il peut donc être utile d'envisager une méthode contraceptive dans certains cas et qui plus est, une méthode qui n'entre pas en concurrence avec un éventuel traitement hormonal. Par ailleurs, en cas de grossesse, un suivi gynécologique et obstétrical sera nécessaire (mais c'est un aspect que nous n'allons pas traiter dans ce travail).

L'autre type de risque que peuvent rencontrer les hommes trans dans leur sexualité concerne les Infections Transmissibles Sexuellement (ITS). En effet, les hommes trans ne sont pas épargnés par les ITS à partir du moment où ils ont une sexualité. Au contraire, il semblerait même qu'ils aient tendance à prendre plus de risques que les personnes cis en raison de différents facteurs – que nous développerons dans la troisième partie. On reporte notamment un grand nombre de personnes ayant eu des rapports non-protégés et une peur assez répandue de se faire dépister et de dévoiler son

statut sérologique (par crainte du rejet et des discriminations) (Bauer et al., 2013 ; Xavier et al., 2013). S'ajoute à cela un manque d'informations concernant les risques de transmission des maladies (Bauer et al., 2013, p. 67). En effet, comme le souligne Bauer, les campagnes préventives s'adressent souvent aux couples hétérosexuels et aux hommes gays sans prendre en compte la possibilité qu'il puisse s'agir de corps trans. Il serait donc indispensable qu'un effort soit fait pour inclure et toucher le public trans dans les actions de prévention en santé sexuelle, notamment en propageant l'information dans des lieux fréquentés par les personnes trans (par exemple les centres prodiguant des soins liés à la transition) (Bauer et al., 2013, p. 3).

Au regard des risques présentés ici, il semble indispensable que les hommes trans aient accès à des soins et à un suivi gynécologiques, leur permettant à la fois de s'assurer de leur bonne santé, mais aussi d'obtenir des informations en matière de santé sexuelle. Pourtant, on se rend compte que la gynécologie est encore peu accessible à cette population.

1.3. Un accès difficile aux soins médicaux, particulièrement en gynécologie

A la base de mon projet de recherche, un constat empirique : celui d'un manque d'accessibilité des ressources en santé pour les personnes trans. En effet, j'ai pu constater ce problème en discutant avec des ami·e·s, ce qui m'a conduit·e à faire une première recherche en France concernant le rapport des personnes trans à la santé. Cette recherche portait plus particulièrement sur les enjeux médicaux liés à la transition médicale, mais j'ai pu observer que le fait d'être trans pouvait avoir des conséquences sur la santé en général (je ne parle pas ici des possibles effets secondaires de la transition mais plutôt du rapport et de l'accès à la santé). J'ai donc cherché à identifier plus précisément les principaux facteurs réduisant l'accès à la santé pour les personnes trans, en me concentrant sur la situation du Québec. En m'appuyant sur le rapport

produit par Hébert, Chamberland et Enriquez sur la santé des aîné·e·s trans et l'enquête de Kamgain (2015) sur l'accès aux soins en CLSC pour les personnes trans, j'ai pu constater que cette population pouvait d'une part être touchée par divers facteurs de vulnérabilité (le fait d'être ou non reconnu dans son genre, ce qui peut créer des discriminations, le fait de vivre dans une zone rurale loin des spécialistes en santé trans, le manque de moyens financiers, le vécu d'expériences négatives dans le milieu médical etc.) ; d'autre part, elle se trouve confrontée à deux types de barrières : celles liées aux comportements et attitudes du personnel médical (mauvais genreage, rapports de pouvoir, discriminations, curiosité déplacée etc.) et celles ayant pour origine des problèmes structurels (psychiatisation des personnes trans, occultation institutionnelle de leur existence, coût des soins, manque d'informations, délais d'attente, manque de spécialistes etc.). L'accès à la santé en général est donc déjà problématique.

Cependant, en voulant restreindre quelque peu mon champ de recherche, j'ai cherché à voir si un domaine de la santé pouvait représenter un plus gros défi encore. La gynécologie, du fait qu'elle s'adresse spécifiquement aux femmes cisgenres, m'a semblé être d'autant plus difficile d'accès pour les hommes trans. Et en effet, des enquêtes confirment que ce secteur représente des enjeux supplémentaires. Celle menée par Xavier en Virginie (2013) souligne par exemple le fait que les assurances ne couvrent pas les frais gynécologiques pour les hommes (donc pas non plus pour les hommes trans). Bien que ce problème n'ait pas été reporté au Québec, cela démontre à quel point il paraît incongru aux yeux de la société qu'un homme fréquente un service gynécologique. On peut alors imaginer le malaise que peut engendrer le fait d'être un homme et de devoir se présenter dans un service gynécologique. Ce malaise est d'autant plus grand qu'il s'accompagne parfois de peurs. Les examens gynécologiques peuvent être perçus comme invasifs, voire douloureux, à la fois sur le plan émotionnel et physique. En effet, ils touchent à une partie du corps qui fait souvent l'objet d'une dysphorie et ils peuvent s'avérer tout particulièrement douloureux pour des personnes qui n'auraient pas régulièrement de relations sexuelles vaginales pénétratives.

« FtM⁷ participants who received pelvic exams reported that they were emotionally and physically painful, due to the insensitivity of their providers. Many FtM participants simply chose to forego gynecological care altogether. One participant reported, “My vagina is tighter than the average woman because there is no penetration, so it would be easier if doctors understood that.” » (Xavier et al., 2013, p. 8)

Enfin, la gynécologie m'apparaît comme peu accessible dans le sens où elle semble ne pas bien connaître les réalités trans. Ainsi, des personnes trans reportent que les médecins ne sont pas formé·e·s à les soigner, qu'ils ne comprennent pas leur situation, ce qui leur donne l'impression d'être exclues et aliénées (Xavier et al., 2013, p. 8). Certain·e·s soignant·e·s par exemple ne connaissent pas bien les effets de la testostérone. Ainsi, un de mes amis a été atterré lorsque sa gynécologue lui a demandé « ah bon mais la testo, ça arrête les règles ? ». Comme nous l'avons vu également, les gynécologues ont parfois des préjugés sur la sexualité des personnes trans (notamment l'idée que les hommes trans ont exclusivement des relations sexuelles avec des femmes cisgenres, qu'ils n'utilisent pas leur vagin etc.), ce qui entraîne là encore une méconnaissance et une incapacité à répondre correctement à leurs besoins (Bauer et al., 2013).

⁷ FtM : Female to Male, personne assignée femme à la naissance et qui s'identifie et vit en tant qu'homme (équivalent d'homme trans). L'inverse est MtF, Male to Female.

CHAPITRE II

QUESTION DE RECHERCHE ET PERTINENCE SCIENTIFIQUE

2.1. Une nécessaire remise en question de la gynécologie

Sur le site internet de l'OMS (Organisme Mondial de la Santé), on apprend que selon la constitution de l'OMS « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Ce « droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable ». C'est pourquoi, l'OMS a parmi ses objectifs principaux celui d'assurer l'accessibilité à la santé, ce qu'elle définit ainsi : « Les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous. L'accessibilité est composée de quatre dimensions interdépendantes : non-discrimination ; l'accessibilité physique ; l'accessibilité économique ; l'accessibilité de l'information. ». Or comme nous venons de le voir, tous ces paramètres semblent faire défaut dans le domaine de la gynécologie, ce qui m'amène à penser que cette discipline n'est pas (ou peu) accessible aux personnes trans, voire même qu'elle est inapte à les accueillir et à répondre à leurs besoins spécifiques. Cela soulève une question à laquelle je vais tenter de répondre dans cette recherche : comment la gynécologie – une discipline initialement destinée aux femmes cisgenres – peut-elle adapter ses pratiques aux besoins des hommes trans en matière de santé sexuelle ?

Pour répondre à cette question, je vais devoir d'une part chercher à comprendre quelles

sont les pratiques actuelles de la gynécologie et si cette discipline cherche à mettre en place de nouveaux dispositifs dans une volonté d'inclusivité des personnes trans ; d'autre part, je me demanderai vers quel idéal doivent évoluer ces pratiques pour permettre une meilleure prise en charge des personnes trans dans le domaine de la santé sexuelle.

2.2. Une recherche salutaire

Le moteur de ma recherche a probablement été d'avoir des ami·e·s trans qui ont été confronté·e·s à des difficultés dans leur rapport au milieu médical. J'ai alors commencé à m'intéresser à la question et plus mes recherches sur le sujet avançaient, plus des nouvelles problématiques se dessinaient. J'ai pris conscience de la vulnérabilité des personnes trans en matière de santé tout en constatant que des changements permettraient probablement d'améliorer leur situation. C'est pourquoi j'ai à cœur de faire une recherche pragmatique qui puisse apporter des outils concrets pour permettre une amélioration des conditions de prise en charge des personnes trans en matière de santé.

Mener une telle recherche s'inscrirait tout à fait dans les objectifs affichés par l'OMS puisqu'elle permettrait de donner des pistes pour améliorer l'accès aux soins en santé sexuelle. Il semble en effet essentiel d'offrir les outils nécessaires à une bonne prise en charge de la santé sexuelle pour (et par ?) les personnes trans.

2.3. Regard sur le milieu médical

J'ai fait le choix de concentrer ma recherche sur le milieu médical plutôt que sur les personnes trans. En effet, j'ai constaté que ces dernières sont très souvent (sur)sollicitées pour exposer les problèmes qu'elles rencontrent (et l'on dispose donc

déjà de beaucoup d'informations de ce côté-là). En revanche, il est assez rare que des recherches observent et interrogent le point de vue médical (souvent difficile d'accès). À mon sens, le risque d'un tel déséquilibre serait de faire porter la responsabilité des problèmes sur les personnes trans, ou du moins, de se contenter d'exposer des situations difficiles auxquelles elles sont confrontées sans jamais remettre vraiment en question les pratiques médicales qui bénéficient d'une très forte légitimité sociale du fait du grand pouvoir symbolique et institutionnel de la médecine. Or il me paraît essentiel de comprendre ce qui se passe au sein du milieu médical, non pas pour y désigner des « responsables », mais plutôt pour mieux saisir comment il serait possible d'y apporter des améliorations. Je pense donc que cette recherche permettra d'éclairer des zones d'ombre de la recherche, tout en questionnant une discipline médicale encore très marquée par une doctrine hétéronormative, que les personnes trans ne sont pas les seules à critiquer.

CHAPITRE III

ÉTAT DES LIEUX : UN MANQUE D'ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX POUR LES HOMMES TRANS

Afin de mieux cerner les enjeux de cette recherche, je vais tenter dans ce chapitre de dépeindre la situation actuelle du milieu médical. Pour cela, je vais retracer brièvement son histoire et dessiner les contours de la discipline gynécologique tout en donnant le regard critique d'un médecin sur les pratiques médicales. Je vais ensuite faire un tour d'horizon de la recherche sur l'accessibilité des soins pour les personnes trans. Enfin, je terminerai en exposant les possibles évolutions médicales qui sont envisagées ou souhaitées, en particulier par les personnes trans.

3.1. Portrait du milieu médical et gynécologique

3.1.1. Émergence d'une médecine autoritaire

L'étude de l'histoire nous permet de mieux cerner le rôle de la médecine dans la société, mais aussi de comprendre comment celle-ci a pu acquérir une forme de pouvoir sur les individus. Foucault explique ainsi qu'à partir du XVIII^e siècle en Europe se développe une politique de gestion du « corps social » qui va conduire à la mise en place d'une « médecine sociale ». Celle-ci vise à prendre en charge la santé de tout le monde – car

la contagion s'étend au-delà des frontières de classes : soigner les pauvres, c'est éviter de contaminer la bourgeoisie. C'est alors au XIXe siècle, en Angleterre qu'apparaît la « loi des pauvres » qui assure un contrôle médical des nécessiteux (perçus alors comme une menace politique et sanitaire) et qui va plus tard donner naissance à la médecine sociale anglaise.

De manière générale, on peut affirmer que, à la différence de la médecine d'État allemande du XVIIIe siècle, apparaît au XIXe siècle, et surtout en Angleterre, une médecine qui consistait principalement en un contrôle de la santé et du corps des classes nécessiteuses, pour qu'elles soient plus aptes au travail et moins dangereuses pour les classes riches. (Foucault, 2001/1977, p. 227).

C'est donc sur ces bases que se constitue une médecine qui acquiert un pouvoir croissant sur les corps. Au XXe siècle, cette médecine, au-delà de sa fonction sanitaire, apparaît comme une instance régulatrice et normalisatrice des comportements. Elle n'a plus seulement pour rôle de guérir des maladies, mais devient alors « un guide de vie concurrençant les directions de conscience traditionnelles. Elle édicte des règles de conduite, censure les plaisirs, enserre le quotidien dans un filet de recommandations. » (Moulin in dir. Courtine, 2006, p.15). Le médecin apparaît alors comme une figure d'autorité, un relais de l'institution médicale qui applique mécaniquement ses recommandations en imposant aux patient·e·s des traitements et des pratiques sur leur corps et leur vie. Plutôt que de se mettre à leur service et de les soigner, le médecin s'adonne alors parfois à des comportements de maltraitance où il cherche à assoir sa domination sur ses patient·e·s.

3.1.2. Regard d'un médecin sur la situation médicale en France

C'est pour dénoncer les dérives de cette médecine autoritaire que Martin Winckler a publié en 2016 son ouvrage *Les brutes en blanc*. Dans ce livre, il déplore les maltraitances qu'il a pu observer tout au long de sa carrière dans le milieu médical

français. Il recense alors de nombreux témoignages de ses patient·e·s qui lui ont confié toutes sortes de situations de maltraitements. Ces comportements sont, selon lui, courants dans le milieu médical qui bénéficie d'une très forte légitimité et d'un rapport de pouvoir largement en sa faveur face aux patient·e·s. Selon lui, l'institution médicale fabrique ces « brutes en blanc » au moyen d'un enseignement autoritaire qui cherche à désensibiliser et conformer les praticien·ne·s par le biais de diverses humiliations et mauvais traitements.

Mais l'enseignement médical, j'y reviendrai, est délivré de manière verticale, sans discussion, contestation ou dialogue possible. De sorte que beaucoup de médecins, après avoir passé de nombreuses années entre les quatre murs d'un CHU, reproduisent mécaniquement les habitudes héritées de leurs maîtres, sans chercher à les adapter à la pratique quotidienne et aux réalités des patients. (Winckler, 2017/2016, p.123)

Cet ouvrage de Martin Winckler est donc particulièrement intéressant car il est émis par un médecin qui a pu observer la situation de l'intérieur et qui prend le risque de porter un regard critique sur sa propre discipline, ce qui est fortement désapprouvé dans le milieu médical. L'autre intérêt de ce livre, c'est que son auteur s'est spécialisé dans la santé des femmes. Il apporte donc un éclairage sur des maltraitements très communes en gynécologie. Cela va de la réflexion déplacée du/de la médecin qui se permet de porter des jugements sur les choix de vies de ses patientes – notamment lorsque celles-ci émettent le souhait de ne pas avoir d'enfants –, aux gestes invasifs – que l'on peut parfois même qualifier de viols – lors d'examens inutiles, en passant par les refus de traitements qui conduisent parfois à des accidents, comme des grossesses non désirées par exemple. À la lecture de ce livre, on s'aperçoit alors que l'une des dérives de la gynécologie, c'est de traiter les patientes avant tout comme de potentielles reproductrices dont il faut tantôt préserver, tantôt inhiber la fertilité à l'aide d'un contrôle rigoureux, parfois intrusif. Afin de mieux comprendre pourquoi l'on observe de telles pratiques, il me paraît important de définir plus précisément ce qu'est la gynécologie.

3.1.3. Définir la gynécologie

En observant les manuels de gynécologie (voir annexes E à F) et les objectifs des programmes, on peut avoir une idée plus précise de ce que couvre réellement cette spécialité médicale. On se rend compte alors que dans ce domaine, la santé sexuelle est généralement traitée sous certains aspects plutôt que d'autres. A l'UdeM en médecine familiale, le seul manuel recommandé qui aborde la santé sexuelle est *Endocrine and Reproductive Physiology* (White et Portefield, 2012). Celui-ci aborde le système hormonal et reproducteur des hommes et des femmes, mais n'aborde pas d'autres aspects de la sexualité. En consultant d'autres ouvrages récents en gynécologie tels que *Comprehensive Gynecology* (Lobo et al., 2016) ou *Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology* (DeCherney et al., 2012) on s'aperçoit que ceux-ci abordent principalement les questions de reproduction, de fertilité et de grossesse ainsi que l'oncologie. Certains aspects socio-psychologiques de la sexualité sont rapidement abordés et il est question également de tout ce qui touche aux différentes infections et maladies vulvaires. Cependant, on y trouve très peu d'informations concernant les problèmes de dyspareunie⁸ par exemple, ou sur les pratiques sexuelles. En parcourant les manuels, je n'ai jamais vu non plus quoi que ce soit concernant les enjeux trans. De plus, la manière dont s'articulent ces manuels met vraiment l'accent sur la dimension reproductive de « la femme ».

Les objectifs affichés des programmes en gynécologie et obstétrique renforcent eux aussi une définition classique de la discipline. Ceux-ci s'alignent sur les standards de l'*American Board of Obstetrics and Gynecology* et du *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. À l'université McGill, le/la gynécologue est ainsi défini·e :

⁸ Dyspareunie : douleurs lors des rapports sexuels.

« A Gynecologist is a physician with special education and expertise in the field of women's health and reproduction. He/she has the appropriate medical, surgical and gynecologic knowledge and skills for the prevention, diagnosis and management of a broad range of conditions affecting women's reproductive health. » (Description des objectifs de formation en obstétrique et gynécologie de l'Université McGill, affichée sur leur site internet en 2018).

La définition donnée par l'Université de Montréal, est très semblable :

L'obstétricien-gynécologue est un médecin spécialisé qui utilise ses connaissances et ses habiletés spécifiques et qui intègre l'ensemble de ses autres rôles pour maîtriser la démarche clinique et ainsi contribuer au bien-être de la patiente atteinte d'un large éventail de conditions physiologiques ou pathologiques affectant la santé reproductive de la femme et nécessitant une intervention éducative, psycho-sociale, pharmacologique, chirurgicale ou obstétricale et ce, en tenant compte de son milieu de pratique et de la population en agissant en partenariat avec eux. (Description des buts du programme en obstétrique-gynécologie à l'UdeM affichée sur leur site internet en 2018).

La patientèle en gynécologie est donc clairement constituée de femmes qui sont principalement abordées en tant que potentielles reproductrices. Il est d'ailleurs intéressant de voir que si l'on cherche au rayon de la santé des hommes (bien séparé dans un autre secteur de la bibliothèque de l'UdeM), on va principalement trouver des manuels d'urologie et tous types d'ouvrages traitant de la prostate. Il y a très peu de manuels d'andrologie ou qui traitent de la santé reproductive des hommes. En revanche, lorsque la santé sexuelle des hommes est abordée, les questions de troubles de l'érection ou de l'éjaculation sont largement traitées (voir annexe G) lorsque l'orgasme, le clitoris et l'éjaculation féminine semblent absents des étagères réservées à la santé des femmes. On peut donc constater que la santé sexuelle des hommes et des femmes n'est pas traitée de manière égale. D'ailleurs, si les femmes font l'objet d'une spécialité médicale, ce n'est pas vraiment le cas des hommes. Du moins, l'andrologie reste très anecdotique et les hommes ne sont pas tenus de consulter un andrologue chaque année.

Ce rapide tour d'horizon du milieu médical et gynécologique permet de mettre en lumière le fait qu'il s'agit d'une institution qui, au-delà de sa fonction de soin, peut aussi exercer une forme de contrôle sur les individus en leur imposant des normes sociales. Par ailleurs, on voit que la gynécologie est une discipline qui s'adresse aux femmes cisgenres et particulièrement à leur fonction reproductrice. On peut donc pressentir que ce milieu est peu accessible pour les personnes trans qui viennent généralement bousculer les normes sociales de genre, et qui n'entrent pas dans la catégorie de « femme ». Nous allons donc voir ce qu'il en est réellement.

3.2. État de l'accessibilité médicale pour les personnes trans

3.2.1. Mise en contexte : la médicalisation des personnes trans

Les personnes trans ont une histoire et un rapport complexe à la médecine. En effet, si la médecine constitue pour elles un moyen de s'épanouir dans leur identité, grâce à des techniques permettant de modifier leur corps, elle est aussi celle qui les a pathologisées et par là même, délégitimées. De nombreuses recherches se sont penchées sur la pathologisation de ce que la médecine appelle « transsexualité » et sur l'évolution de cette catégorie dans le temps. Dans la littérature sociologique, j'ai pu trouver un certain nombre d'articles et d'ouvrages à propos des parcours de transition des personnes trans. On voit notamment comment la prise en charge des personnes trans a évolué – depuis les premières interrogations sur l'identité de genre avec Ulrichs dans les années 1860, puis les premières réponses médicales avec Hirschfeld (1912), Cauldwell et Benjamin dans les années 1950 – et comment l'on a créé un diagnostic de « transsexualité » permettant de justifier (et éventuellement rembourser) les traitements proposés (Hérault, 2014 ; Macé, 2010 ; Califia, 2003). Le parcours par lequel doivent passer les personnes trans s'engageant dans une transition médicale est ainsi plutôt bien documenté (du moins en ce qui concerne la France) (Hérault, 2004, 2007, 2008, 2014 ;

Bujon et Dourlens, 2012). Ces enquêtes de terrain mettent notamment en lumière la pluralité des professionnel·le·s de santé qui agissent de concert dans le processus dit de « réassignation de sexe ». Ainsi, généralement, le/la consultant·e doit d'abord passer par un·e psychiatre sensé·e établir le diagnostic de « transsexualité » et délivrer une attestation, indispensable pour obtenir un traitement hormonal auprès d'un·e endocrinologue, puis éventuellement une ou plusieurs chirurgie(s). Généralement, un·e médecin généraliste doit également fournir une attestation concernant la bonne santé du/de la patient·e. Selon que l'on passe par un parcours privé ou public, ces différent·e·s actrices de la santé seront soit indépendant·e·s et laissé·e·s au choix du/de la patient·e (mais les soins ne seront pas couverts), soit constitué·e·s en équipes dites « officielles » au sein d'un établissement public de santé (permettant une meilleure prise en charge financière du parcours mais ayant l'inconvénient d'être plus long et plus rigide sur les critères d'accès).

Au Québec, le parcours des personnes trans est assez similaire bien que quelques différences soient à relever (ASTT(e)Q, 2012). Ici, les médecins de famille⁹ généralistes et les endocrinologues peuvent prescrire des hormones (couvertes par l'assurance médicament) par consentement éclairé – en s'assurant que la personne dispose de suffisamment d'informations pour comprendre les conséquences de son choix. Cependant, la majorité des médecins préfèrent se référer à l'avis d'un·e professionnel·le en santé mentale qui peut établir un diagnostic de dysphorie de genre (comme en France). Il existe aussi des cliniques d'identité de genre qui assurent une prise en charge pluridisciplinaire mais celles-ci sont payantes (environ 3 375\$ par an) contrairement au parcours public français et les procédures sont également très longues. Depuis 2009, il n'est plus nécessaire de passer par ces cliniques pour accéder à une chirurgie de réassignation sexuelle (CRS) remboursée par la RAMQ. Néanmoins,

⁹ Il est important de noter qu'au Québec, il est très difficile de consulter un médecin généraliste autre que le médecin de famille (qui est attribué suite à de longues démarches).

pour accéder à cette CRS, il faudra, comme pour la France, les lettres de recommandation de deux professionnel-le-s en santé mentale et celle d'un-e généraliste.

Cette médicalisation, lorsqu'elle s'accompagne d'une pathologisation des personnes trans, pose problème dans le sens où elle conduit à leur stigmatisation, à une imposition de parcours rigides et donc finalement à une dépossession de leurs corps. Espineira (2011) dénonce ainsi la manière dont le milieu médical cherche à faire entrer dans la norme les personnes trans, excluant ainsi les identités et parcours non-binaires. Dans ce contexte, les médecins endossent un rôle qui n'est plus seulement celui de soignant-e mais avant tout d'« agents de contrôle social ».

C'est pourquoi les personnes trans souhaitent sortir de ce cadre pathologisant qui entraîne des formes de discrimination : « Dépsychiatriser ne suffit pas à nombre de trans' qui voudraient aussi la dépathologisation ou démedicalisation, c'est-à-dire, la sortie de la Classification internationale des maladies (CIM, OMS, 1993) et tout autre manuel. » (Reucher, 2011, 295). Cependant, comme le souligne Macé (2011), la dépathologisation de la transitude est très délicate puisque les personnes trans revendiquent généralement un accès à des transformations corporelles. Or dépathologiser les identifications trans pourrait avoir comme conséquence de réduire l'accès aux soins et à leur remboursement puisqu'ils ne seraient plus considérés comme indispensables. Il y a donc des écrits sur ce dilemme entre la nécessité de médicaliser la transitude (pour permettre un accès et un remboursement des traitements hormonaux-chirurgicaux) et la volonté des personnes trans de ne pas être pathologisées (et stigmatisées) (Butler, 2012 ; Hérault, 2014 ; Macé, 2011 ; Reucher, 2011 ; Giami, 2011). Ces recherches soulignent le rapport complexe que les personnes trans entretiennent avec le milieu médical : dépendantes des techniques médicales, elles peuvent difficilement s'affranchir de ce rapport de pouvoir dans lequel elles sont délégitimées et contrôlées par l'institution médicale. Cet aspect-là est primordial pour

comprendre la réticence, voire la méfiance que peuvent ressentir les personnes trans vis-à-vis du milieu médical et c'est d'ailleurs celui qui est le plus documenté.

3.2.2. La recherche francophone

En effet, la recherche francophone en matière de santé pour les personnes trans semble souvent se concentrer sur la question du parcours de transition mais il est plus difficile de trouver des travaux sur la santé des personnes trans en général. Au Québec, on peut toutefois citer le rapport produit par Hébert, Chamberland et Enriquez sur la santé des aîné·e·s trans, ainsi que le mémoire d'Olivia Kamgain écrit en 2015 sur l'« Accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* sur le territoire de la capitale-nationale ». Le mémoire produit par Mickael Enriquez en 2013 sur la militance trans au Québec donne également quelques éléments concernant l'accessibilité à divers services en santé. Enfin, des guides concernant la santé ont aussi été constitués par des organismes œuvrant auprès de personnes trans. Certains s'adressent aux professionnel·le·s de santé afin de mieux faire comprendre les besoins des personnes trans (ASTTE(e)Q, 2011), d'autres sont des guides informatifs à l'attention des personnes trans (ASTT(e)Q, 2012 ; ACT & CATIE, 2012). À partir de ces éléments, on peut identifier trois types de facteurs réduisant l'accès aux soins : les facteurs de vulnérabilité liés à la situation des personnes requérant des soins, les facteurs relationnels liés aux attitudes et comportements du personnel et les facteurs structurels.

Concernant la situation des personnes nécessitant des soins, on constate qu'hormis le fait d'être trans (ce qui entraîne déjà en soi des discriminations), plusieurs facteurs peuvent augmenter la vulnérabilité des individus dans la prise en charge de leur santé. Le fait d'être ou non perçu·e dans son genre d'identification en est un facteur. Lorsqu'une personne a du mal à être reconnue dans son genre par les autres (en raison de son apparence physique ou de ses papiers d'identité) cela peut l'exposer à plus de

discriminations (Hérbert et al., 2015, p. 58). Le fait de vivre dans une zone rurale, loin de grandes villes comme Montréal où se trouvent la plupart des spécialistes en matière de santé pour les personnes trans peut également s'avérer problématique. Cela oblige en effet les individus à faire de longs trajets pour accéder aux soins de santé, ce qui pourrait potentiellement réduire la fréquence des consultations (*ibid.*, p. 61). De plus, le manque de moyens financiers et le fait de dépendre de la RAMQ peut réduire le nombre de services auxquels on a accès, ce qui, là encore, renforce la vulnérabilité des individus (*ibid.*, p. 62). Par ailleurs, le fait d'avoir connu des expériences négatives dans les services de santé peut conduire certaines personnes à négliger leurs besoins pour éviter le milieu médical (Kamgain, 2015, p. 21). J'ajouterais enfin que la vulnérabilité des individus est renforcée par l'intersection des facteurs d'oppression. Par exemple, des individus séropositifs ou des travailleur·se·s du sexe subissent encore plus de discriminations (Enriquez, 2013, p. 121). Ce constat nous montre que, si le fait d'être trans constitue un frein dans l'accès aux soins, il faut également prendre en compte d'autres facteurs pouvant renforcer la vulnérabilité des individus, ainsi que les interactions entre ces facteurs.

L'autre type de facteur pouvant réduire l'accès aux soins concerne les comportements et attitudes du personnel médical vis-à-vis des personnes trans. Kamgain identifie deux types de mécanismes conduisant à des formes de discrimination des personnes trans :

Premièrement, la transphobie réfère à la peur ou la haine des personnes trans* et à la discrimination basée sur le fait d'avoir une identité ou une expression de genre qui diffère de la norme sociale (Snelgrove et al., 2012, p. 111). Deuxièmement, la cisnormativité décrit le contexte socioculturel qui nie l'existence d'identités se situant à l'extérieur de la binarité homme/femme et définit la nature systémique de l'exclusion des personnes trans* (Logie, 2012, p. 2). (Kamgain, 2015, p. 19)

Il est courant notamment d'observer des formes de malaises, de préjugés voire d'aversion de la part du personnel médical qui peuvent se manifester par de la gêne devant l'anatomie du/de la patient·e, l'omission de proposer certains soins médicaux

(notamment en rapport avec les organes génitaux), le refus de traitement etc. (Hébert et al., 2015, p. 70-77). Un autre type de comportement que rapportent très souvent les personnes trans, c'est la curiosité mal placée du personnel à leur égard, comme si le fait d'être trans faisait d'elles des sujets d'étude ou – pour parler plus crûment – des bêtes de foire (*ibid.*, p. 72). Les comportements et paroles discriminatoires sont également monnaie courante et il est souvent rapporté que le personnel s'adresse aux individus dans le mauvais genre, ce qui est généralement vécu comme un très grand manque de respect vis-à-vis de l'identité de la personne : « Monique est allée visiter une de ses amies sur son lit de mort, elle a entendu deux infirmières s'adresser à elle au masculin » (Enriquez, 2013, p. 120). Enfin, Enriquez rapporte des cas d'abus de pouvoir. En effet, le fait que le/la soignant·e ait le pouvoir de délivrer une attestation, prescrire un traitement, prendre une décision concernant une opération etc., iel peut facilement abuser de ce pouvoir, par exemple en multipliant le nombre de consultations (payantes) sans jamais délivrer d'attestation (Enriquez, 2013, p. 121). On voit donc qu'une partie du problème dans l'accès aux soins est liée à des facteurs individuels, c'est-à-dire à des personnes qui, par ignorance ou malveillance, prennent l'initiative d'opérer des discriminations envers les personnes trans.

A ces facteurs individuels, il faut ajouter les facteurs structurels. Kamgain fait ainsi le constat d'un manque d'informations concernant les réalités et besoins de personnes trans qui pourrait dissuader celles-ci d'avoir recours à des services de santé (Kamgain, 2015, p. 20). Par ailleurs, on note aussi une occultation institutionnelle des personnes trans liée à une rigidité de la différenciation des sexes. C'est pourquoi les personnes trans ont de grosses difficultés à se faire appeler par le bon prénom et à faire appliquer les bons pronoms (Hébert et al., 2015, p. 81). Les individus se trouvent également confrontés à une psychiatrisation de leur transitivité, de ce fait, les professionnel·le·s de la santé peuvent avoir tendance à considérer les problèmes des personnes trans comme relevant de la psychiatrie (*ibid.* p. 88). Il faut ajouter à cela les problèmes plus spécifiquement liés à la transition médicale. Ainsi, on constate que le coût des soins

peut constituer une nouvelle barrière (Kamgain, 2015, p. 18). Par ailleurs, les personnes trans se plaignent des délais d'attente très longs, souvent liés à des procédures administratives. Ces délais peuvent parfois décourager les individus qui vont alors se tourner vers des solutions alternatives plus dangereuses (comme chercher des hormones sur le marché noir) (Enriquez, 2013, p. 122). Kamgain constate également un manque de services spécialisés à un niveau local (ce qui oblige parfois les personnes à se déplacer dans les villes, comme nous l'avons vu). Enfin, on peut mentionner la rigidité des standards de soin et la pathologisation des personnes trans qui contraignent parfois les choix des individus dans leur parcours de transition (Giami, 2011, p. 270).

3.2.3. La recherche anglophone

Les travaux anglophones apportent également des éléments d'information quant à l'accès à la santé pour les personnes trans. On trouve quelques recherches aux États-Unis, notamment une enquête menée en Virginie « Transgender Health Care Access in Virginia : A Qualitative Study, *International Journal of Transgenderism* » (Xavier et al., 2013) qui soutient que le stigma social apposé sur le « transgénérisme » est le moteur des disparités dans la santé des personnes trans. Les observations de Xavier corroborent celles que nous avons énoncées précédemment, tout en faisant un lien avec la stigmatisation que subissent les personnes trans et qui les conduisent à être d'autant plus vulnérables : la discrimination forte au travail qui conduit souvent à se tourner vers le travail du sexe (où sont parfois vécues violences, usage de drogues, échanges de seringues etc.), le harcèlement et l'intimidation du voisinage, des forces de l'ordre, le manque d'appuis juridique, la mauvaise estime de soi (qui favorise parfois les comportements à risque). L'enquête présente aussi l'avantage d'aborder la question de l'accès aux soins gynécologiques, évoquant notamment les problèmes de mauvaise couverture des soins par les assurances (soins gynécologiques non couverts pour les hommes trans), la douleur émotionnelle et physiologique ressentie pendant les examens

gynécologiques face à des médecins trop brusques et insensibles. Est également abordée la question des prises de risques dans la sexualité ; ainsi on découvre que de nombreux·ses participant·e·s ont eu des rapports sexuels non protégés avec des hommes cis, que beaucoup hésitent à se faire dépister par peur de subir des discriminations supplémentaires et que certaines personnes cachent leur statut sérologique pour les mêmes raisons.

Concernant le Canada, on peut mentionner l'enquête *Transpulse* menée en Ontario entre 2009 et 2010 et qui a donné lieu à plusieurs articles à propos de la santé des personnes trans, parmi lesquels : « “I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives'': How Erasure Impacts Health Care for Transgender People » (Bauer et al., 2009), « Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual, or Who Have Sex with Men : Results from Ontario, Canada » (Bauer et al., 2013), « Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. » (Bauer et Hammond, 2015). L'article de Bauer paru en 2013 s'intéresse en particulier à la santé sexuelle des hommes trans, ce qui apporte des éléments très pertinents pour ma recherche. Il déconstruit les préjugés qui ont cours sur la sexualité des hommes trans, en montrant notamment que peu d'hommes trans se font opérer des parties génitales, que contrairement aux croyances, beaucoup d'entre eux (63,3%) peuvent être définis comme Gay-Bi ou « hommes ayant du sexe avec des hommes » (*Men who have Sex with Men*) et que certains pratiquent la pénétration vaginale (réceptive). C'est d'ailleurs le principal facteur de prise de risque (9,5% du panel a eu ce genre de rapports non protégés au cours de la dernière année). Il reporte également que 42,7% des hommes trans interrogés n'ont jamais été testés pour le VIH. Cette enquête montre donc l'importance qu'il y a à déconstruire certains préjugés sur la sexualité des hommes trans car elle nous fait passer à côté de leurs pratiques concrètes et donc aussi des risques qu'ils pourraient potentiellement prendre en matière de sexualité. D'autant plus que ce public semble présenter des facteurs de vulnérabilité supplémentaires (grande proportion de travailleur·euse·s du sexe, manque d'estime de soi, peur du rejet, prise

de risques, manque d'informations). Il est donc primordial de mieux comprendre ces pratiques afin d'adapter les outils de prévention et de soin en matière de santé sexuelle aux besoins des hommes trans.

3.3. Les évolutions possibles du milieu médical

3.3.1. Évolution de la médecine moderne

J'ai jusqu'à présent brossé un tableau plutôt pessimiste du milieu médical qui apparaît comme très autoritaire et peu à l'écoute des besoins des patient·e·s. Si cette observation se base sur des faits réels, il est nécessaire de nuancer quelque peu les choses. En effet, l'institution médicale est toujours en mouvement et il semblerait que la direction vers laquelle elle évolue soit plutôt encourageante. Anne-Marie Moulin dans *L'histoire du corps au XXe siècle* observe un changement dans la relation patient·e et soignant·e qui tend vers plus de symétrie.

L'augmentation du savoir-pouvoir médical a suscité l'inquiétude à la fois dans la corporation et dans le public, et nourri l'exigence que l'individu participe davantage aux décisions qui le concernent. Un double idéal de transparence s'est exprimé, transparence du corps à soi-même et transparence dans les décisions de société. (Moulin, in dir. Courtine, 2006, p. 70)

Ce mouvement conduit les patient·e·s à être plus impliqué·e·s dans la connaissance de leur corps et la prise en charge de leur santé. On pourrait d'ailleurs citer l'émergence d'internet comme l'un des facteurs ayant permis un accès très facile au savoir médical, ce qui peut avoir un fort impact sur la relation entre soignant·e·s et patient·e·s puisque ces dernier·e·s peuvent s'informer et questionner les décisions du/de la soignant·e : « L'apparition des nouvelles technologies a conforté cette mise à distance/relativisation de l'information médicale donnée par le médecin. Les patients sont aujourd'hui plus (mieux ?) informés, via internet et notamment les forums de discussion [...] » (Lamy,

2017, p. 43). Au regard de ces évolutions, Moulin imagine un·e patient·e qui aurait un pouvoir de plus en plus fort sur son corps, jusqu'à devenir son propre médecin :

[...] En une dernière étape, pleinement postmoderne, l'individu, assumant la connaissance intime de son corps propre, pourrait assurer totalement la gestion de ce corps et accomplir le projet utopique formulé par Descartes d'être le médecin de soi-même. (Moulin, in dir. Courtine, 2006, p. 70-71)

Sans nécessairement aller jusqu'à cette extrémité, on peut au moins espérer que les patient·e·s seront de plus en plus impliqué·e·s dans la prise en charge de leur santé, et que leurs besoins seront alors mieux écoutés.

3.3.2. Ce que devrait être un·e soignant·e

La critique qu'adresse Martin Winckler au milieu médical s'accompagne de recommandations pour permettre d'offrir des soins de qualité. À l'opposé de l'approche médicale autoritaire et inquisitrice qu'il critique, Winckler défend l'idée d'un·e patient·e autonome qui, une fois soigné·e, peut se passer de médecin.

Se faire soigner, c'est recevoir des soins ; ce n'est pas se soumettre à la volonté de ceux qui les dispensent. D'autant plus que l'objectif du soignant, dans l'idéal, consiste à faire en sorte que le patient se rétablisse complètement et n'ait plus besoin de lui. (Winckler, 2017/2016, p. 40)

Il défend une approche qui consiste à informer les patient·e·s pour leur permettre de prendre des décisions éclairées. Le savoir doit donc être partagé. Et cela va dans les deux sens ! En effet, Martin Winckler souligne l'humilité dont devrait faire preuve le/la soignant·e qui ne devrait jamais prendre son savoir pour acquis. Au contraire, le/la praticien·ne devrait faire preuve de curiosité et d'écoute afin d'apprendre de ses patient·e·s. Car Winckler souligne que d'une part, les patient·e·s ont avant tout besoin d'être écouté·e·s – c'est en fait une étape importante du processus de soin – et d'autre part, qu'ils donnent généralement elleux-mêmes le diagnostic en décrivant les motifs

de leur venue (p. 78-79). Le/la soignant·e selon Winckler est donc une personne qui se met au service de ses patient·e·s en restant attentif·ve à ses besoins afin de pouvoir adapter au mieux ses pratiques. L'auteur, pour appuyer son point, va jusqu'à distinguer la figure du « Docteur » – dont la majuscule souligne tout le prestige mais aussi l'orgueil associés à ce titre – de celle de « soignant », plus modeste, qui accomplit son devoir de soulager ses patient·e·s :

Le Docteur « sait », et son savoir prévaut sur tout le reste.
 Le soignant cherche avant tout à apaiser les souffrances.
 Le Docteur attend des patients et des symptômes qu'ils se conforment aux grilles d'analyse que la faculté lui a inculquées ;
 Le soignant fait de son mieux (en questionnant ses maigres certitudes) pour comprendre un tant soit peu ce qui arrive aux gens.
 Le Docteur prescrit.
 Le soignant panse.
 Le Docteur cultive le verbe et le pouvoir.
 Le soignant débrouille. (Winckler, 2017/2016, p.17)

Cette image de soignant·e que défend Winckler est très intéressante car elle permet une remise en question des pratiques en éprouvant leur validité au regard des besoins réels des patient·e·s. C'est donc aussi une posture plus souple dans laquelle le/la praticien·ne doit constamment s'adapter à ses patient·e·s et aux situations inhabituelles. Il semblerait donc que cette approche permette d'offrir des soins plus accessibles car mieux adaptés à la patientèle.

3.3.3. Ce que demandent les personnes trans

Les personnes trans ont elles aussi des attentes vis-à-vis du milieu médical. Mickael Enriquez, dans son mémoire sur la militance trans explique que l'accès à des services de santé adaptés et accueillants est un enjeu majeur pour les personnes trans :

Pour elles, il s'agit à la fois d'accéder aux soins et services répondant spécifiquement aux besoins des personnes trans (hormonothérapies,

interventions chirurgicales, suivi thérapeutique), mais également de rencontrer des professionnel·les compréhensifs et respectueux à l'égard de la transidentité de leurs patient·es. (Enriquez, 2013, p.120).

Enriquez explique alors que les militant·e·s développent des stratégies pour améliorer l'accès aux soins médicaux : remise en cause du pouvoir des praticien·ne·s, rapprochements entre militant·e·s et professionnel·le·s de la santé, éducation des soignant·e·s, listes de praticien·ne·s *transfriendly*, soins et services offerts au sein des organismes communautaires, pressions politiques pour avoir des changements institutionnels, production de ressources d'information pour les professionnel·le·s. Ainsi, en 2011, le centre communautaire ASTT(e)Q (Action Santé Travesti(e)s et Transexuel(le)s du Québec) publie *Je m'engage*, un guide adressé au personnel médical pour permettre une meilleure prise en charge des personnes trans. Ce guide permet de mieux comprendre les attentes des communautés trans envers le milieu médical. L'approche qui y est défendue est celle de la réduction des méfaits : « Plusieurs professionnels aidants considèrent plutôt la santé trans d'un point de vue holistique, appliquant un modèle de réduction des méfaits qui tient compte des facteurs socio-économiques, des aspects institutionnels qui rendent les services de base inaccessibles aux personnes trans. » (p. 13). Ce modèle s'est développé dans les milieux d'intervention auprès des utilisatrices de drogues mais aussi pour la prévention du Sida, et auprès des travailleur·se·s du sexe. Dans cette approche, on considère les personnes comme des agentes responsables de leur vie et on cherche à les informer afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées et adopter des pratiques plus sécuritaires dans leur quotidien. Il ne s'agit donc pas de pathologiser ou criminaliser les comportements mais plutôt de donner les outils nécessaires à la personne pour qu'elle puisse agir sur ceux-ci.

Concernant la santé des personnes trans, ce guide offre des recommandations au personnel médical pour améliorer l'accessibilité des soins. On peut dégager plusieurs grandes lignes : 1) proposer plus d'options pour permettre à la personne de faire des

choix sur son corps (par exemple faire signer un formulaire de consentement pour accéder à l'hormonothérapie) ; 2) offrir des ressources permettant aux personnes d'adopter des pratiques sécuritaires, même si ces pratiques sont illégales ; 3) faciliter l'accès aux soins pour les personnes ayant un statut précaire (personnes migrantes etc.), notamment en proposant des traitements moins coûteux, des facilités de paiement etc. ; 4) informer les patient·e·s (sur les effets et risques associés aux soins et traitements par exemple) pour leur permettre de prendre des décisions éclairées ; 5) consulter les populations lorsque des mesures sont prises pour répondre à leurs besoins (et donc s'informer sur leurs besoins réels), 6) s'informer sur les spécialistes pouvant accueillir la patientèle trans.

Pour aller un peu plus en détail, le guide aborde également l'importance de respecter les pronoms et prénoms usuels, même sur les ordonnances. Il donne également beaucoup de clés pour déconstruire les aprioris concernant les personnes trans et pour mieux comprendre les enjeux qui les touchent (déterminants sociaux de la santé des personnes trans, facteurs de pauvreté etc.).

En bref, les personnes trans adoptent une démarche pédagogique auprès du milieu médical et enjoignent les professionnel·le·s à mieux s'informer auprès de la population concernée afin d'adopter une démarche de réduction des méfaits, c'est-à-dire une démarche qui offre des ressources aux personnes pour pouvoir faire des choix éclairés sur leurs corps, leurs pratiques et leur vie.

CHAPITRE IV

CADRE THÉORIQUE ET OUTILS CONCEPTUELS

3.1. La gynécologie, au cœur d'une double critique, matérialiste et trans

Nous allons voir ici que la critique de la gynécologie n'est en fait pas nouvelle et ne provient pas uniquement des personnes trans. Étudier les limites de la gynécologie nécessite donc d'explorer différents cadres théoriques. En effet, le féminisme matérialiste notamment a déjà pointé la gynécologie comme étant un lieu de perpétuation de l'hétéronormativité (c'est-à-dire d'imposition de normes hétérosexuelles) et de contrôle du corps des femmes. En dénonçant à partir des années 70 la façon dont la société capitaliste et patriarcale exploitait le corps des femmes pour assurer la reproduction des ouvriers, les matérialistes ont posé les bases d'une critique des instances de contrôle du corps des femmes et de leur sexualité. Cependant, cette critique matérialiste se concentre sur la situation des femmes cisgenres, sans vraiment prendre en compte les personnes trans qui vivent des oppressions similaires voire plus fortes en raison de leur assignation comme femmes à la naissance ou à l'inverse de leur volonté d'être reconnues comme femmes. C'est pourquoi d'autres mouvements ont émergé, incluant les luttes trans. S'inscrivant dans un héritage théorique post-moderne, l'une des critiques que je vais présenter s'attaque au milieu médical en tant qu'institution de (bio)pouvoir qui pathologise les corps pour mieux les contrôler et les faire entrer dans les normes d'une société hétérosexiste. Selon ce courant théorique hyperconstructiviste, la société façonne les genres et les sexes à la fois à travers les

effets de discours, mais aussi par la modification biotechnologique des corps.

Bien que ces courants connaissent de fortes divergences sur des enjeux à la fois théoriques et empiriques, il me semble pertinent de les explorer tous deux afin de voir comment ils peuvent s'alimenter et si éventuellement on peut trouver des points de convergence dans les critiques qu'ils adressent à la gynécologie.

3.1.1 Une critique matérialiste de la gynécologie

Le matérialisme, né dans les années 70, emploie des outils marxistes (et le matérialisme historique) pour analyser la domination des hommes sur les femmes¹⁰ dans un système nommé « patriarcat ». Les féministes matérialistes déplacent la focale de la lutte entre les classes sociales à la lutte entre des classes de sexe. Selon elles, le capitalisme repose en fait sur le patriarcat qui permet l'exploitation du corps des femmes et de leur travail (non pas productif mais reproductif) qui ne fait l'objet d'aucune reconnaissance sociale, ni de rémunération. Leur analyse permet d'entrevoir des rapports sociaux de sexe où le corps féminin est souvent un lieu d'oppression et d'appropriation par les hommes. C'est pourquoi Paola Tabet souligne le caractère entièrement social de la reproduction humaine (1998, p. 84). Selon elle, il faut examiner les moyens par lesquels on assure socialement l'exposition des femmes au risque de grossesse. Elle explique alors qu'étant donnée la faible fécondité de l'être humain, il faut avoir des rapports sexuels fréquents et réguliers pour avoir des naissances. Or cette fréquence et cette régularité des rapports sexuels sont assurées par le mariage qui lui-même s'accompagne d'un appareil de pression idéologique, de contrainte physique/psychique

¹⁰ Nous allons dans cette partie utiliser le terme « femme » pour désigner des femmes cisgenres (non trans) puisque c'est de ces femmes-là dont il est question dans les analyses matérialistes. Bien évidemment, la définition de « femme » ne devrait pas se cantonner à cette seule réalité. De la même manière, le terme « homme » renvoie plus particulièrement aux hommes cisgenres dans cette partie.

afin d'assurer sa fonction d'institution reproductive. Souvent, les femmes vont faire l'objet d'une surveillance pour s'assurer que leur fécondité réponde aux besoins du groupe dans lequel elles s'inscrivent : dans certaines sociétés, on va limiter leur fécondité (comme les politiques de l'enfant unique en Chine) tandis que dans d'autres, on va au contraire encourager voire forcer la procréation des femmes. Dans les sociétés occidentales, on peut effectivement observer cette régulation de la natalité à travers un appareillage idéologique (incitations à la procréation, normes sociales concernant l'âge légitime pour enfanter, le nombre d'enfants etc.) et médical (techniques d'aide à la procréation, méthodes contraceptives etc.). Nous allons donc voir en quoi la gynécologie s'est constituée, dans nos sociétés occidentales comme le lieu privilégié de ce contrôle de la sexualité et de la reproduction des femmes, en cherchant notamment à assurer une hétéro-sexualité pénétrative, procréative où le plaisir ne semble pas avoir sa place. Nous verrons également dans quel cadre normatif elle cherche à maintenir cette sexualité (sexualité conjugale, sexualité différenciée selon l'âge etc.).

Suivant l'idée que « le privé est politique », les féministes matérialistes considèrent que « la santé est politique » (Vuille, 2006) et bien sûr, c'est de la santé des femmes qu'il va être notamment question. À la fois lieu où se concrétisent des inégalités, lieu où sont véhiculées et perpétuées des normes sociales et enfin lieu où se jouent des rapports de pouvoir et de contrôle, le domaine de la santé devient un enjeu politique majeur.

Parler de santé, c'est en outre évoquer des traitements, des soins plus ou moins reconnus et professionnalisés, des luttes pour imposer ou reconnaître des manières de soigner, y avoir accès ou y échapper, obtenir le remboursement ou la gratuité... des un·e·s et des autres. La santé est enfin un champ dont la puissance de création ou d'entretien de représentations (et de stéréotypes, sexuels entre autres) est remarquable, avec ses effets de stigmatisation ou de libération selon les cas : les professionnel·le·s de la santé « disent » ce que sont les rapports sociaux de sexe, ce que sont les femmes, les hommes, et cet effet d'imposition propage ou renforce les idées reçues du moment. (Vuille et al., 2006, p. 4)

La santé des femmes a effectivement fait l'objet de nombreux combats. Dans les années 60, c'est l'avortement qui est au centre des luttes et les femmes cherchent à se réapproprier leur corps par l'exercice de l'auto-examen gynécologique et les avortements clandestins, pratiques habituellement réservées aux médecins (Vuille et al., 2006, p. 7). Dans les années 70 et 80, la focalisation se fait sur les questions de santé sexuelle et reproductive, au risque de réduire la santé des femmes à leur seul rôle gestatif (Vuille et al., 2006, p. 8). Aujourd'hui, le secteur des *Gender Health* permet de mieux intégrer les femmes dans les recherches en santé (jusqu'alors focalisées sur l'homme comme unité de mesure), avec toutefois le danger de tomber dans un biais essentialiste et différentialiste en recherchant toujours des « sexospécificités » (*ibid.*, p.10). Dans tous les cas, on comprend que la santé peut représenter un levier de contrôle, ou au contraire, de libération du corps des femmes. Nous allons voir notamment, à quel niveau il a pu constituer un agent de « domestication » du corps des femmes.

Tout d'abord, il faut savoir que la médecine se découpe en plusieurs spécialisations. Celles-ci peuvent être définies par les techniques utilisées (homéopathie, chirurgie etc.), par les organes visés (cardiologie, neurologie etc.) et par la population ciblée (gériatrie, pédiatrie etc.). La gynécologie en l'occurrence est définie par la population à laquelle elle s'adresse : les femmes. Mais en même temps, elle délimite également son champ d'action à des fonctions spécifiques du corps des femmes (leurs organes sexuels et reproductifs). En fait, la gynécologie semble se définir par l'idée que les femmes auraient quelque chose « en plus » que les hommes n'ont pas.

L'appartenance de sexe prime pour uniformiser le groupe et sa biographie. Elle est de fait naturalisée et traitée par rapport au fonctionnement utérin présent, passé ou potentiel, élément primordial de l'altérité féminine. Le corps réglé érigé en dénominateur commun constitue un élément clé de modélisation de la santé féminine et, par suite, d'administration des soins. (Ruault, 2015, p. 39)

Son équivalent masculin, l'andrologie, n'a d'existence qu'anecdotique, ce qui porte à

croire que le corps féminin est plus fragile, qu'il s'agit d'un « sexe faible ». Il est ainsi pathologisé, perçu comme lieu à haut risque en matière de santé sexuelle : « Décrite comme complexe et agitée, souvent embarrassante ou du moins “plus sujette aux maladies” (D, 24 ans, interne), la physiologie particulière des femmes déterminerait une pesanteur et un potentiel maladif supérieurs aux corps mâles et juvéniles, référents neutres de l'épistémologie médicale. » (Ruault, 2015, p. 38). La gynécologie focaliserait donc ses pratiques sur ce qui ferait l'essence d'une femme : ses fragiles organes reproducteurs qui lui permettraient un jour de devenir la mère qu'elle semble destinée à être.

L'entrée d'une femme dans un parcours de suivi gynécologique apparaît alors comme un rite de passage. Celle-ci semble acquérir son statut de femme lors de la première visite médicale, qui correspond généralement à l'entrée dans une sexualité pénétrative hétérosexuelle.

Pour les gynécologues, le premier rendez-vous a valeur de « rite initiatique » (Borten-Krivine, 2004: 107). G (60 ans, libéral) le qualifie d'« acte adulte », tel un marqueur de la prise d'indépendance et du passage à un statut de femme sous les auspices d'une figure d'autorité médicale – chargée de vérifier la normalité de son corps. (Ruault, 2015, p. 39)

La sexualité (hétéro) semble donc structurer la carrière de patiente puisqu'on s'assure régulièrement que celle-ci puisse avoir lieu, voire, qu'elle a effectivement lieu. Par ailleurs, il y a une sorte de norme sexuelle implicite, définie par les outils du gynécologue : la taille du speculum est comme un indicateur de la normalité ou non de la sexualité de la patiente (on devra utiliser un plus petit speculum pour un vagin plus étroit ou moins lubrifié, suggérant une inactivité sexuelle).

Lors d'une consultation, A (29 ans, hospitalière) fait remarquer à une femme de 61 ans ne déclarant pas d'activité sexuelle depuis deux ans, que la sécheresse vaginale contraint à l'usage d'un « spéculum de petite vierge ». La pénétration vaginale sert donc à définir les instruments médicaux : le spéculum va de pair avec la normalité – une femme

pratiquant le coït – quand la dénomination particulière du petit spéculum est rapportée à l'inactivité sexuelle, suggérant un stade protoféminin disqualifiant, une sorte de régression. (Ruault, 2015, p. 40)

Ajoutons à cela que lorsqu'il est question de sexualité, dans le domaine de la gynécologie, on fait généralement référence à une pratique spécifique : la pénétration vaginale par le pénis, soit une relation sexuelle potentiellement procréative. En réalité, il est très peu question de plaisir, ni même à proprement parler de sexualité. Guyard souligne qu'on parle d'ailleurs très peu de la sexualité des patientes lors des consultations, comme si c'était une manière de couper la dimension potentiellement sexuelle de la situation (puisque'il s'agit d'examiner les parties génitales de la patiente).

Or, dans le cadre de la consultation gynécologique, du fait du caractère intime des parties du corps explorées et examinées, de la position corporelle requise pour l'examen gynécologique, l'interaction entre le médecin et la patiente est largement déterminée par la nécessaire neutralisation de sa dimension intime et potentiellement sexuelle. Afin d'écarter le risque de glissement du registre médical au registre sexuel, les protagonistes sont contraints d'adopter non seulement des attitudes corporelles mais également des modalités langagières spécifiques (Guyard, 2002). (Guyard, 2010, p. 46)

Souvent, la gynécologie n'est pas considérée (ni par les patient·e·s, ni par les médecins) comme un espace approprié pour parler de sexualité. Ainsi, la sexualité ne relèverait pas du domaine de la gynécologie mais plutôt de la sexologie ou psychologie. En réalité, dans la gynécologie, l'emphase est moins sur la dimension « sexualité plaisir » que sur la sexualité comme moyen de procréation. « L'attention obsessionnelle pour le déroulement des menstruations et la “phase d'activité génitale” – qui, dans le jargon médical, débute et se clôt avec les règles – fige l'usage du sexe des femmes dans la capacité procréative. » (Ruault, 2015, p. 41). En cas de difficultés sexuelles, on va généralement proposer des recours plus « techniques » pour permettre une meilleure lubrification par exemple. On cherche des solutions pour permettre la pénétration vaginale par un pénis, mais on s'interroge peu sur la place du plaisir. « Douleurs, sécheresse vaginale appartiennent au groupe des pathologies à travers lesquelles la

sexualité est, de fait, majoritairement appréhendée. Tout est mis en œuvre pour permettre aux femmes de vivre mieux une sexualité vaginale et pénétrative sans que la question du désir soit posée. » (Guyard, 2010, p. 53). Cette vision de la sexualité exclusivement vaginale, où le clitoris semble disparaître, témoigne d'une forte influence des théories freudiennes dans lesquelles la sexualité vaginale était signe de maturité : « Si l'invention de la jouissance vaginale dans le discours freudien signale l'exigence théorique de construire le vagin comme organe sexuel strictement féminin, elle révèle l'impératif de concevoir la femme comme mère (Birman, 2003: 63) et de circonscrire la sexualité à la reproduction. » (Guyard, 2010, p. 55). En réalité, ce qui se cache derrière cette vision de la sexualité féminine, c'est tout simplement une injonction à la procréation.

D'après ces récits, l'itinéraire d'une femme, borné à l'attirance hétérosexuelle, s'ordonne autour du potentiel de maternité et de maternage. En cela, la culture médicale orthodoxe corrobore les normes sociales – l'enfantement comme essence de la féminité – et institutionnelles dominantes – l'enjeu prioritaire, sur les plans sanitaire et démographique, de la surveillance des fertilités. (Ruault, 2015, p. 41)

Dans cet objectif de procréation, on va encourager un certain type de sexualité dans un cadre bien précis. Les gynécologues vont notamment s'assurer que les jeunes filles pratiquent leur sexualité dans le cadre d'une relation avec des sentiments (Guyard, 2010), puis, par la suite, on va encourager une sexualité inscrite dans une conjugalité.

L'analyse des discours alors tenus révèle la conjugalité comme cadre d'exercice légitime de la sexualité féminine. Les femmes semblent d'ailleurs l'avoir parfaitement compris puisque certaines d'entre elles, reconnaissent, souvent avec difficulté, avoir interrompu leur suivi pour avoir eu des expériences sexuelles soit multiples soit en dehors du cadre conjugal. Elles reviennent lorsqu'elles sont soit à nouveau installées en couple soit lorsqu'elles n'ont plus de partenaire sexuel. Par ailleurs, à partir de la quarantaine, les femmes sont régulièrement enjointes à faire des efforts pour préserver leur couple lorsqu'il est remis en cause par une infidélité et/ou un désintérêt du conjoint pour la sexualité conjugale. (Guyard, 2010, p. 55)

Le couple fait ici figure de foyer dans lequel pourra éventuellement naître un enfant. Et cela, bien évidemment, corrobore les normes sociales selon lesquelles il faut un homme et une femme pour former une famille. Et s'il est des normes concernant le type de relation dans laquelle exercer sa sexualité, il y en a aussi concernant l'âge. En effet, dans notre société, il y a un âge pour procréer, qui ne correspond pas nécessairement au rythme biologique. Il ne faut pas être trop jeune, ni trop vieille. Aussi, on va voir se mettre en place une hiérarchisation des âges en fonction de la capacité reproductive ou non et un contrôle de cette dernière à chaque âge de la vie (Ruault, 2015, p. 41). C'est pourquoi les femmes étant en âge (socialement accepté) de procréer reçoivent parfois des formes d'injonction à la procréation : « En outre, estimant la fécondité des femmes par nature fragile, périssable et instable, les gynécologues se sentent autorisées à émettre des rappels à l'ordre des rôles de sexe auprès de celles traversant la trentaine sans procréer. » (Ruault, 2015, p. 42). J'ai moi-même un jour été interpellé·e par une affiche (voir annexe C) dans la salle d'attente d'un cabinet de gynécologie (en France), sur laquelle un slogan demandait « Quelle heure est-il à votre horloge biologique ? » et qui indiquait ensuite le taux de fécondité décroissant à partir de 25 ans ! Les gynécologues vont donc d'une certaine manière modeler la fertilité des femmes à un rythme temporel socialement accepté.

En même temps qu'elles répondent aux demandes sociales de contraception, les gynécologues – de concert avec l'industrie pharmaceutique – enjoignent les femmes à se conformer à des rythmes spécifiques. De façon générale, cette programmation de leur vie corporelle commence par une infertilité volontaire, suivie d'un temps réservé à la procréation, lui-même entrecoupé de phases infertiles, puis d'un nouveau temps d'infertilité socialement obligatoire, qui précède l'infertilité biologique (ménopause). (Ruault, 2015, p. 44)

Les patientes sont donc largement orientées (pour ne pas dire influencées) dans leur choix de contraception et ce en fonction de leur âge. Généralement, on va proposer la pilule aux jeunes filles, ce qui les force à un suivi régulier (chaque année pour faire renouveler la prescription).

[...] pour C (59 ans, libérale et vacataire à l'hôpital), « un des gros avantages de la contraception, quand même, c'est qu'elles viennent pour renouveler leur pilule, on est donc sûr qu'elles viennent faire leur frottis ». La pilule s'apparente ainsi à un outil de domestication, mais aussi de régulation afin d'amorcer le passage à l'âge supérieur. (Ruault, 2015, p. 47)

A l'inverse, les femmes ayant passé la quarantaine (et dont on considère qu'elles ne sont plus en âge de procréer) se verront plus souvent proposer le DIU (dispositif intra utérin, ou stérilet) qui leur permet « d'avoir la paix » pendant plusieurs années. On ne leur recommandera en revanche jamais le préservatif, assimilé à une sexualité peu stable et donc peu mature (Ruault, 2015, p. 47). Finalement, la gynécologie apparaît bien là comme une institution de contrôle du corps et de la reproduction des femmes, ce qui confirme l'idée de Paola Tabet.

Le problème d'un tel cadre normatif, c'est que la gynécologie, d'une part met en place des rapports de pouvoirs entre médecins et patientes (exerçant une pression et un contrôle sur la sexualité des patientes) d'autre part exclut toutes les personnes qui sortent de ce cadre (les femmes lesbiennes, les hommes trans, les personnes assexuelles, les femmes ne souhaitant pas avoir d'enfants etc.). Potentiellement, toutes ces personnes ne se sentiront ni à l'aise ni concernées par un suivi gynécologique.

Ce cadre idéologique est source de discriminations : l'injonction à adopter une contraception, ainsi que l'inégalité d'accès aux diverses méthodes, sanctionnent certaines jeunesses – celles des femmes ne voulant pas enfanter, des femmes ayant une maîtrise estimée déviante de leur sexualité non procréative, des lesbiennes – dans la continuité du regard à la fois condescendant et effrayé, exotique et réprobateur que le corps social jette sur leurs comportements. Par cet étiquetage médical de l'irresponsabilité féminine (provisoire), l'action thérapeutique est à la croisée de plusieurs rapports de pouvoir. Elle participe directement de la construction d'une jeunesse subordonnée (Mathieu, 1991) que les assignations de sexe affermissent. Elle s'attache à faire respecter par chacune la place qui lui échoit, à freiner « les [ambitieuses] qui brûlent les étapes? » (Bourdieu, 1992: 154) – apprendre à ne pas demander avant l'âge une pose de stérilet –, à contrôler la vitesse de carrières des patientes, de carrières en féminité. (Ruault, 2015, p. 48)

En définissant un tel cadre normatif, les gynécologues, en entrepreneur de morale, exercent un contrôle sur la sexualité féminine, excluant de cette consultation des femmes aux pratiques sexuelles différentes ou confortant certaines d'entre elles dans l'idée de s'en tenir éloignées. (Guyard, 2010, p. 56)

La critique matérialiste montre donc que ce n'est pas la gynécologie qui est au service des femmes, mais plutôt les femmes qui sont au service de normes sociales, sous le contrôle de la gynécologie. Cette conception de la santé sexuelle féminine cantonnée à la reproduction est un facteur d'exclusion de toutes les personnes qui n'entrent pas dans une conception normative de « la femme » reproductrice.

3.1.2 Des critiques trans du milieu médical et de l'hétéronormativité

Comme nous avons pu le voir dans l'état des lieux, des critiques trans du milieu médical ont émergé ces dernières années, pointant du doigt des enjeux très pragmatiques auxquels sont confrontées les personnes trans nécessitant des soins médicaux. Ces critiques s'inscrivent dans des cadres théoriques différents des matérialistes. Bien qu'il y ait diverses positions au sein des milieux militants trans, on pourrait situer grossièrement une critique trans dans ce que l'on appelle le féminisme de « troisième vague », un courant qui découle notamment de la tradition postmoderne (et des théories foucaaldiennes entre autres). Ce courant s'attache notamment à montrer en quoi la société produit des discours performatifs (agissant) sur les sexes et les genres, exerçant ainsi un contrôle sur les genres et les sexualités à travers un cadre hétéronormatif. C'est notamment au sein de ce mouvement que ce sont développées des théories et stratégies *Queer* qui font du corps et de l'identité un territoire de lutte politique (mais qui ne font pas nécessairement l'unanimité au sein des militant·e·s trans). Je vais donc aborder ici quelques concepts clefs permettant de questionner l'institution médicale en tant qu'agent de production et de contrôle des genres, des sexes et des sexualités.

Foucault a proposé le concept de « bio-pouvoir » pour désigner un pouvoir qui s'exerce sur la vie. Selon lui, ce pouvoir s'est développé à partir du XVII^e siècle sous deux formes principales : « Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. » (Foucault, 1976, p. 183). Le premier pôle concerne donc la discipline du « corps-machine » que l'on cherche à dresser pour en extorquer la force de travail. Mais ce qui va le plus nous intéresser, c'est le second pôle.

Le second, qui s'est formé un peu plus tard, vers le milieu du XVIII^e siècle, est centré sur le corps-espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de *contrôles régulateurs* : *une bio-politique de la population. (ibid.)*

Un contrôle est ainsi exercé sur les corps à travers un pouvoir qui devient avant tout normalisateur (les normes ont finalement plus de poids que les lois et ce sont elles qui régissent principalement les comportements).

Le concept de « bouclier thérapeutique » proposé par Karine Espineira (2011, 2012) illustre bien cette idée d'un milieu médical qui cherche à maintenir un certain ordre en ramenant les individus dans la norme. Le terme de « bouclier thérapeutique » désigne cette tendance du milieu médical à vouloir mettre en place des « garde-fous » dans la prise en charge des parcours de transition, afin de défendre une image considérée comme légitime de la personne trans que l'on va aider. Sous couvert d'une volonté affichée de vouloir soigner et aider les individus, l'institution médicale met en fait en place des normes strictes, excluant toute personne qui risquerait d'interroger le modèle binaire hétéronormatif.

Le bouclier thérapeutique s'est constitué en entreprise d'orthopédie sociale (Foucault, 1975) qui s'ignore. Pour mieux comprendre, paraphrasons le philosophe : « On ne punit pas, et on ne contrôle pas, puisqu'on soigne des

trans' dociles et utiles à la société en fin de compte », semblent dire les partisans et acteurs de ce bouclier. Nous proposons ainsi un concept pour désigner la politique de la prise en charge : le bouclier thérapeutique, qui n'est donc pas sans évoquer un communiqué de « politique générale » de la part de l'institution médicale.

Le bouclier est ainsi le signe d'une nouvelle frontière entre ceux qui peuvent prétendre aux soins et ceux qui ne les demandent pas tels des non concernés. Le discours dénonce d'ailleurs dans le même temps la publicité donnée au thème par la télévision, et les vocations qu'elle risque d'engendrer (R.Küss en 1982, J. Breton en 1987, Bernard Cordier en 1992, etc.). (Espineira, 2012, p. 73)

Le milieu médical apparaît donc comme un instrument de maintien de l'ordre social, excluant les individus qui pourraient le mettre à mal et remettant dans la norme ceux qui ne s'y trouvent pas.

On comprend également que la sexualité devient un enjeu politique et qu'il faut donc la contrôler. Pour cela, Foucault évoque le mécanisme de la contrainte à l'aveu. Le sexe est en fait pathologisé et devient enjeu de vérité, l'aveu apparaît donc comme une nécessité.

[...] le sexe apparaît comme un champ de haute fragilité pathologique : surface de répercussion pour les autres maladies, mais aussi foyer d'une nosographie propre, celle de l'instinct, des penchants, des images, du plaisir, de la conduite. Cela veut dire aussi que l'aveu prendra son sens et sa nécessité parmi les interventions médicales : exigé par le médecin, nécessaire pour le diagnostic et efficace, par lui-même, dans la cure. Le vrai, s'il est dit à temps, à qui il faut, et par celui qui en est à la fois le détenteur et le responsable, guérit. (Foucault, 1976, p. 90)

Dans cette interaction, on ne cherche pas seulement à recueillir une vérité sur le sexe du/de la consultant-e, on co-produit un discours de vérité sur le sexe, on produit un effet sur celui ou celle à qui l'on extorque cette vérité.

En revanche l'instance de domination n'est pas du côté de celui qui parle (car c'est lui qui est contraint) mais du côté de celui qui écoute et se tait, non pas du côté de celui qui sait et fait réponse, mais du côté de celui qui

interroge et n'est pas censé savoir. Et ce discours de vérité enfin prend effet, non pas dans celui qui reçoit, mais dans celui auquel on l'arrache. (Foucault, 1976, p. 84)

Et en effet, les discours agissent, ils produisent un effet. À ce sujet, Butler, s'appuyant sur le travail du linguiste Austin (1970/62), développe le concept de « performativité du genre ». Elle démontre ainsi que le genre est façonné par les discours et que le sujet est constitué par la répétition de normes de genre.

Ainsi, pour Butler, le genre n'est toujours déjà que citation et répétition de lui-même, qui autofonde son pouvoir de réaliser ce dont il parle. Les pratiques quotidiennes de genre, par exemple pour une femme le fait de se comporter de manière féminine, de porter des vêtements féminins, de se maquiller, etc., sont des effets qui paraissent stables (mais qui ne le sont pas) de la répétition, de la citation, de l'incorporation des normes sociales hétérosexistes. Ainsi, le genre n'est jamais vrai, jamais original, mais bien une imitation, comme l'est une pratique de travestissement ou de drag. (Baril, 2007, p.66)

S'appuyant sur les travaux de Butler, Foucault et Wittig, Preciado conceptualise l'idée d'une « sexopolitique », c'est-à-dire « une des formes dominantes de cette action biopolitique qui émerge avec le capitalisme disciplinaire. » (Preciado, 2008, p. 66). Il emprunte à Foucault et Haraway le concept de technobiopouvoir « un pouvoir et un contrôle s'exerçant sur un tout technovivant connecté. » (*ibid.* p. 43) pour montrer comment la subjectivité sexuelle est gouvernée par un ensemble de technologies : les « technogenres ». Ces technogenres regroupent toutes les « techniques photographiques, biotechnologiques, chirurgicales, phramacologiques, cinématographiques ou cybernétiques [qui] constituent performativement la matérialité des sexes. » (*ibid.* p. 103). En fait, Preciado classe ces techniques en deux catégories : l'une regroupant des techniques bio-moléculaires (pilule, viagra, chirurgies, hormones etc.), la *pharmaco*, l'autre regroupant des techniques sémiologiques (magazines, publicités, etc.), la *porno*. Selon Preciado nous sommes donc dans un régime « pharmaco-pornographique » qui gouverne notre subjectivité sexuelle afin de servir les intérêts économiques du capitalisme, exploitant notre *potentia gaudendi* (notre

force désirante) qu'il transforme en profit. On voit donc, là encore, que le corps et le sexe deviennent des enjeux politiques et économiques.

3.2. Naviguer entre les cadres théoriques

À mon sens, ces deux critiques, matérialistes et trans sont assez complémentaires et donnent un éclairage très pertinent sur le milieu médical comme institution (hétéro)normative. Cependant, il est important de prendre en compte les différences, voire les divergences entre ces deux mouvements. En effet, il serait plutôt indélicat de les mélanger sans opérer cette distinction préalable. Afin de clarifier à la fois les singularités de ces courants et mon propre positionnement théorique, je vais m'appuyer sur la typologie proposée par Alexandre Baril de 4 paradigmes féministes. Dans « Sexe et genre sous le bistouri (analytique) : interprétations féministes des transidentités » (2015), Baril distingue 4 manières de concevoir les notions de sexe/genre au sein du féminisme : le déterminisme biologique, le fondationnalisme biologique, le constructivisme social révolutionnaire et le constructivisme social subversif. Nous ne nous attarderons pas sur le déterminisme biologique qui repose sur la différenciation et la complémentarité de deux sexes puisqu'il est évident que cette perspective ne permet absolument pas de prendre en compte les réalités trans.

Le second paradigme (le fondationnalisme biologique) interroge le rapport causal entre sexe et genre, proposant ainsi l'idée d'un sexe biologique et d'un genre social. Néanmoins, cette perspective ne remet pas en cause l'existence de deux sexes et voit la transidentité comme une construction et un outil du patriarcat : « la transsexualité et les stéréotypes qu'elle entretient représentent un outil du patriarcat servant à confiner les femmes dans leur rôle d'opprimées. » (Baril, 2015, p. 127).

Le troisième paradigme (constructivisme social révolutionnaire) – porté notamment par les féministes matérialistes radicales françaises – remet en cause l'existence d'un

sexe naturel et suppose que le sexe est également une construction sociale. On porte ainsi le projet utopique d'une société sans classe de sexe et de genre (à l'issue d'une Révolution), mais en attendant, c'est bien sur ce système de classes (de sexe et de genre) et les rapports sociaux qui en découlent que portent les analyses. C'est un paradigme très intéressant qui, à mon sens, a mené à une forte remise en question d'une vision essentialiste et binaire des sexes, ce qui a permis de sortir de l'impasse des explications biologisantes. Cependant, on ne sort pas non plus totalement de cette binarité puisque l'on continue de voir la société comme étant séparée en deux classes opposées, construites à partir du sexe biologique. En fin de compte, on admet que cette bicatégorisation est une construction sociale, mais on s'appuie malgré tout sur cette division pour analyser les discriminations et mettre en place des stratégies politiques. On constate alors parfois une tendance au sein de ce paradigme à condamner les personnes trans car on considère qu'en se réappropriant les catégories de genre, elles reconduiraient le sexisme (dans les cas les plus extrêmes, les hommes trans sont alors vus comme des « déserteurs » préférant adopter les privilèges masculins tandis que les femmes trans sont considérées comme des imposteurs : des « hommes » ayant nié leurs privilèges). Il n'est donc pas évident d'inclure les enjeux trans dans ce paradigme et c'est l'un des points de tension entre les matérialistes et les militant·e·s trans.

Le quatrième et dernier paradigme que propose Baril est le constructivisme social subversif, porté principalement par les féministes poststructuralistes qui soutiennent que le sexe et le genre sont performatifs, qu'ils sont « les effets d'une répétition de discours, de normes, d'actes corporels qui leur donnent leur aspect stable et naturel. » (*ibid.* p. 131). Ce qu'apporte ce courant, c'est la volonté, non pas de supprimer les catégories femme/homme mais plutôt de subvertir leur binarité et reconnaître de multiples catégories sexe/genre. C'est, selon Baril, le paradigme le plus inclusif des identités trans, et c'est généralement sur ce dernier que repose la critique trans du milieu médical.

Pour ma part, ma sensibilité théorique va plutôt au quatrième paradigme qui, selon moi, permet de reconnaître la légitimité de diverses expressions de genre tout en faisant une critique d'un système qui cherche à contraindre les identités en les maintenant dans deux catégories de sexe. Toutefois, je ne rejette pas pour autant le troisième paradigme qui apporte des outils théoriques très pertinents pour étudier le milieu médical (et plus particulièrement le milieu gynécologique). En effet, les matérialistes ont été les premières à analyser le contrôle exercé par la société (à travers des institutions comme la santé) sur le corps des femmes et la manière dont elle essayait de le contenir dans un cadre (hétéro)normatif. Le croisement de ces deux critiques m'apparaît donc comme pertinent et pourrait permettre de trouver des points de jonction et des enjeux communs sur le plan politique et théorique. C'est pourquoi je partage avec Baril la volonté de faire un usage pragmatique des paradigmes en fonction des outils qu'ils apportent pour faire évoluer ma recherche :

Je plaiderais davantage pour l'adoption d'un féminisme pragmatique et hétéroclite impliquant de sélectionner, en fonction des nécessités théoriques et politiques, les éléments de divers paradigmes et courants pour résoudre certaines inégalités et problèmes sociaux, mais également et surtout j'inviterais les féministes à s'intéresser aux travaux transféministes en plein essor qui pourraient grandement enrichir leurs analyses. (Baril, 2015, p. 133)

Je vais par ailleurs faire appel à d'autres concepts qui ne proviennent pas nécessairement des deux courants mentionnés ici – bien qu'ils y aient joué un rôle important – et qui à mon sens sont très utiles à l'analyse des rapports entre médecins et patient·e·s.

La notion d'autorité tout d'abord, transparait souvent dans l'œuvre de Foucault bien qu'il n'en donne pas une définition très précise. Ce concept hérité de Platon renvoie à l'idée d'un pouvoir auquel les personnes se soumettent car elles lui reconnaissent une légitimité (Boccond-Gibod, 2015 ; Letonturier, s. d.). Cette idée de légitimité est très importante car elle permet de comprendre l'enjeu qu'il y a pour la médecine à avoir une image infaillible et à afficher un savoir incontestable. C'est en effet cette détention

d'un savoir reconnu de tou·te·s qui lui a permis d'asseoir son autorité et de se passer de contraintes physiques pour agir sur les individus.

Un autre concept très ancien – permettant de comprendre entre autre la démarche de réduction des méfaits défendue par les communautés trans – est celui d'autonomie. Être autonome signifie se soumettre non plus à des lois externes mais à ses propres lois et ce en ayant conscience des choix que l'on fait et de leurs conséquences (Foessel, 2011). Il faut bien comprendre que cette notion d'autonomie ne signifie pas pour autant que l'individu fasse n'importe quoi. Au contraire, l'autonomie selon Kant implique que l'on se donne pour loi ce qui pourrait être appliqué comme loi universelle (*ibid.*). Être autonome, c'est donc aussi être responsable de ses choix puisque ceux-ci ne sont plus le fruit d'une simple impulsion ou d'une contrainte mais bien plutôt de la raison. L'autonomie ne peut donc exister que dans un contexte où la personne dispose d'une forme de savoir. Ainsi, dans le domaine médical, l'autonomie des patient·e·s implique le partage du savoir médical.

Un concept plus récent qui prend lui aussi tout son sens dans la démarche de soin est celui d'*empowerment*. Johanne Gagnon, professeure agrégée de la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval définit l'*empowerment* comme « un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé. » (Gagnon, 2012, p. 173). Ce concept est souvent mobilisé dans les domaines d'intervention qui cherchent à impliquer les populations dans une démarche d'amélioration de leurs conditions de vie. Selon Johanne Gagnon, ce concept peut être mobilisé dans les pratiques infirmières pour encourager les individus à trouver en elleux-mêmes les ressources nécessaires à leur guérison.

C'est donc à la lumière de tous ces éléments théoriques que je vais analyser les pratiques médicales des participant·e·s. J'espère ainsi pouvoir apporter un éclairage sur l'articulation des savoirs et du pouvoir au sein de la relation entre patient·e et

soignant·e, son évolution et la manière dont cela affecte l'accessibilité des soins en santé sexuelle pour les hommes trans.

CHAPITRE V

MÉTHODOLOGIE

Afin de voir comment la gynécologie peut s'adapter aux besoins des hommes trans en matière de santé sexuelle, j'ai cherché à recueillir des perceptions, des points de vue sur les pratiques, des discours. Comme je l'ai déjà mentionné, je souhaitais concentrer mes observations sur le milieu médical plutôt que sur les personnes trans. Ce parti pris dénote une volonté de responsabiliser le milieu médical quant à ses lacunes en matière d'accessibilité des soins. Mon dispositif d'enquête devait donc permettre de nous éclairer sur ce que les médecins font, sur ce qu'ils disent qu'ils font, sur l'idéal qu'ils promulguent, sur la perception qu'ils ont des enjeux trans et sur les éventuelles stratégies qu'ils mettent en place pour s'adapter à ces réalités. Pour cela, je me suis orientée vers une recherche de type qualitatif. En effet, ce type de méthodologie permet d'avoir une compréhension détaillée d'un problème précis, en croisant divers points de vue et donne éventuellement accès à des éléments pouvant éclairer le contexte et la situation étudiée.

« We also conduct qualitative research because we need a complex, detailed understanding of the issue. This detail can only be established by talking directly with people, going to their homes or places of work, and allowing them to tell the stories unencumbered by what we expect to find or what we have read in the literature. [...] We conduct qualitative research because we want to understand the contexts or settings in which participants in a study address a problem or issue. We cannot separate what people say from the context in which they say it-whether this context is their home, family, or work. » (Creswell, 2007, p. 40)

5.1. Type d'approche : *Grounded Theory* ou Théorie ancrée

La théorie ancrée a été développée à partir de la fin des années 60 par Glaser et Strauss, avec la volonté d'ancrer la théorie dans les données de terrain, notamment dans les interactions, les actions, les processus sociaux (Creswell, 2007, p. 63). Ces deux auteurs ont ainsi créé une méthode très structurée et systématique dans laquelle les données (généralement des entretiens) sont codées puis regroupées en catégories ou thématiques. Grâce à un jeu de mise en relation des catégories et de va-et-vient entre la collecte de données sur le terrain et l'analyse, on parvient à monter en théorisation pour former en dernier lieu une théorie. Cette méthode est particulièrement adaptée à l'étude des pratiques et processus puisque la théorie se forme autour de l'action.

« In a traditional grounded theory study, the key or basic social process is typically articulated in gerund form connoting ongoing action at an abstract level. Around this basic process are then constellated the particular and distinctive conditions, strategies, actions, and practices engaged in by human and nonhuman actors with/in the process and their consequences. »
(Clarke, 2003, p. 558)

La théorie ancrée semblait donc tout à fait appropriée pour l'étude de l'intégration des hommes trans dans les soins en gynécologie puisqu'elle permettait d'analyser les pratiques et stratégies médicales, les processus d'intégration et les interactions entre le monde médical et les personnes trans. Par ailleurs, la théorie ancrée connaît des évolutions intéressantes qui en font une méthodologie très actuelle et adaptée à l'émergence de nouveaux paradigmes en sociologie. Ainsi, Charmaz a donné une couleur plus constructiviste à la théorie ancrée afin de l'assouplir pour prendre en considération les divers mondes sociaux et réalités complexes qui constituent la situation étudiée.

« Charmaz places more emphasis on the views, values, beliefs, feelings, assumptions, and ideologies of individuals than on the methods of research, although she does describe the practices of gathering rich data, coding the

data, memoing, and using theoretical sampling (Charmaz, 2006). »
(Creswell, 2007, p.65-66)

Clarke pour sa part s'est attachée, à partir des travaux de Charmaz, à adapter la théorie ancrée aux perspectives postmodernes. Là encore, la focale est mise sur la complexité de la situation en intégrant une forme de réflexivité et de relativisme dans l'analyse, « Charmaz emphasizes that a focus on meaning-making furthers interpretive, constructivist, and I would add, relativist/perspectival understandings » (Clarke, 2003, p.559). C'est dans cette perspective que s'inscrit ma recherche, à plus forte raison étant donné le bagage postmoderne de plusieurs auteur·e·s auquel·le·s je me réfère (Foucault, Butler, Preciado etc).

5.2. Type de données recherchées

À travers cette recherche, je souhaitais obtenir des points de vue – notamment la perception que les professionnel·le·s de santé ont de leurs pratiques et la compréhension qu'ils ont des enjeux trans –, des discours – plus particulièrement ceux tenus par le milieu médical sur les enjeux trans – et des stratégies – celles mises en place par le milieu médical pour être plus inclusif des hommes trans. Le but de cette récolte de données était de voir si les enjeux trans sont pris en considération, s'il y a une bonne connaissance de ces enjeux et s'il y a une volonté manifeste de mieux y répondre pour permettre une meilleure inclusion des personnes trans. De plus, ces données devaient permettre d'observer l'éventuelle mise en place de nouvelles pratiques qui se voudraient plus inclusives mais aussi les barrières que rencontrent les professionnel·le·s de la santé pour rendre leurs services accessibles aux hommes trans.

5.3. Échantillon

Concernant l'échantillonnage, j'ai choisi de me laisser une certaine marge de manœuvre car j'avais conscience que le terrain allait être peu accessible. J'ai choisi de concentrer ma collecte de données sur la passation d'entrevues avec des personnes travaillant dans le domaine de la santé sexuelle afin de mener des entretiens semi-dirigés. J'ai donc eu la chance de rencontrer quatre médecins de famille et deux infirmières¹¹. Il ne m'a pas été possible malheureusement de rencontrer des gynécologues. Les participant·e·s étaient âgé·e·s de 27 à 51 ans (je n'avais pas fixé de limite d'âge). Je n'avais pas non plus de restriction concernant le fait de travailler ou non auprès de la population trans car je voulais obtenir l'avis de personnes étant plus ou moins familières avec ces enjeux ; aussi, quatre des participant·e·s reçoivent régulièrement des personnes trans, une en a reçu occasionnellement et enfin la dernière envisage d'en recevoir. En revanche, j'ai fixé une limite géographique et n'ai interrogé que des soignant·e·s exerçant dans le secteur de Montréal.

5.4. Processus de collecte

Concernant la prise de contact, j'ai voulu dans un premier temps contacter des CLSC (Centres Locaux de Services Communautaires) pour pouvoir faire le recrutement par le biais institutionnel. Cette démarche s'étant révélée infructueuse, j'ai décidé de contacter directement des cliniques et centres de santé qui ont relayé mon message par courriel au personnel soignant. Trois personnes ont répondu à mon appel et ont accepté

¹¹ Il est utile de préciser qu'au Québec, les médecins de famille et les infirmières assurent souvent les soins de première ligne en matière de gynécologie et pratiquent même les examens gynécologiques (ce qui est plus rare en France me semble-t-il). Pour voir un·e gynécologue, il faut d'abord avoir été référé·e par un·e médecin de famille, et cette prise en charge concernera généralement des cas plus « sérieux » qui dépassent le champ de compétences des médecins généralistes.

de passer une entrevue. L'une d'entre elle m'a ensuite donné deux autres contacts. Par le bouche à oreille, j'ai finalement réussi à rencontrer un total de six soignant·e·s aux parcours divers et travaillant dans différentes structures.

Les entrevues se sont déroulées sur une période de quatre mois entre Juin et Octobre 2017. La durée des rencontres variait de quarante-cinq minutes à une heure trente environ. J'avais mis en place en amont une grille d'entretien qui a légèrement évolué au cours du temps (voir annexe A). Celle-ci avait pour but de faire parler mes interlocuteurs/trices sur leurs pratiques, d'aborder avec eux les éventuelles contraintes qui pourraient empêcher ou limiter la bonne prise en charge des personnes trans, et enfin de discuter de pistes pour une possible évolution des pratiques. Toutes les entrevues ont été enregistrées dans le but d'être retranscrites.

5.5. Démarche analytique

Ma démarche analytique est de type inductif, c'est-à-dire qu'elle s'attache avant tout à faire ressortir des éléments théoriques du terrain. Elle s'est faite en plusieurs étapes en suivant le cheminement traditionnellement promu par la théorie ancrée (Méliani, 2013). La première étape était l'encodage des données : j'ai retranscrit l'intégralité des entretiens sur le logiciel InVivo puis j'ai créé des codes (nœuds) pour chaque idée qui s'en dégagait. J'ai ensuite procédé à une catégorisation en regroupant les codes par thématiques, elles-mêmes regroupées en thématiques mères. J'ai ensuite relevé dans chaque catégorie des variations (par exemple les différentes barrières rencontrées par les soignant·e·s, les différentes approches médicales défendues ou rejetées etc.). J'ai également cherché à voir si des contradictions semblaient apparaître au sein des catégories (comme « égalité de traitement » versus « approche personnalisée ») ou des oppositions (« prescription systématique » versus « réponse aux besoins »). J'ai également fait des liens entre les catégories (par exemple entre l'approche défendue et

les stratégies mises en place). Cette mise en relation m'a permis de dégager un phénomène général (ici, l'évolution de la relation de pouvoir entre soignant·e et patient·e). J'ai ensuite pu schématiser ce phénomène (voir annexe B) pour mettre en lumière la façon dont s'articule le pouvoir dans deux approches distinctes (celle rejetée et celle défendue par les participant·e). Enfin, j'ai amorcé une réflexion théorique sur l'évolution du milieu médical et ses conséquences sur l'accessibilité des soins pour les personnes trans.

Il est important de souligner que les étapes que je présente ici ne sont en fait pas si linéaires. En effet, l'originalité de la théorie ancrée est d'opérer un va-et-vient entre l'analyse et le travail de terrain. Aussi, le travail réflexif et analytique a débuté dès les premiers entretiens effectués. Cela m'a d'ailleurs permis d'ajuster la grille d'entretien pour pouvoir approfondir certains aspects pertinents qui émergeaient des discours des participant·e·s. D'un autre côté, l'exploration du terrain m'a amené·e à devoir mobiliser certains concepts que je n'avais pas nécessairement explorés en amont de ma recherche. Ainsi, la partie conceptuelle que j'ai exposée précédemment a évolué tout au long de ma recherche afin d'alimenter le matériau qui émergeaient du terrain.

5.6. Point de vue situé et engagé

Ma volonté de faire cette recherche n'est pas neutre puisque mon travail s'inscrit dans une perspective féministe et engagée qui ne cherche pas l'objectivité mais plutôt la transparence quant à mon positionnement. Je partage donc ma vision de la posture féministe avec Ollivier et Tremblay (pour ne citer qu'elles), pour qui « le féminisme sollicite l'engagement de la chercheuse, en tant que personne, dans le processus de la recherche. Cette invitation est rendue possible par une remise en question de l'objectivité en tant que regard extérieur, neutre, et par une valorisation des expériences personnelles de la chercheuse. » (2000, p. 48). Il me semble donc important d'exprimer

mon positionnement au sein de cette recherche et les raisons qui ont motivé mon choix de sujet.

Tout d'abord, je me présente sous la bannière LGBTQIA+ à laquelle je m'identifie et dont j'ai à cœur de défendre les intérêts. De par mon identité que je définis comme non-binaire/*genderfluid*, je suis très sensible aux enjeux trans, bien que je considère avoir des privilèges cisgenres. J'insiste sur cette notion de privilège qui a été notamment développée par les féministes intersectionnelles pour qui la conscientisation de ses privilèges est indispensable au dépassement des rapports d'oppression.

Nous n'étudions pas la mappemonde et les sociétés humaines depuis notre vaisseau spatial, avec un regard extérieur au genre terrien : nous sommes actrices de cette société et contribuons à reproduire et à réinventer les relations sociales. C'est pourquoi nous proposons de commencer en nous situant nous-mêmes au sein de cette société mondiale, en prenant conscience de notre propre position dans les rapports sociaux. Nous cherchons à cerner les privilèges qui nous sont octroyés et qui sont refusés aux acteurs et actrices avec lesquels nous souhaitons construire des relations solidaires. (Ceilis et al., p.15).

Être sensibilisée, voire révoltée, contre les conséquences de l'oppression, est une partie importante de l'équation. Reconnaître les avantages que confère cette oppression pour les membres privilégiés en est une autre. (*ibid.* p. 20)

La lecture du chapitre « Démanteler le privilège cissexuel¹² » extrait de *Whipping Girl* de Julia Serano est également importante pour comprendre le privilège cissexuel qu'elle définit comme « l'analyse à deux vitesses qui promeut l'idée que les genres transsexuels sont distincts et moins légitimes que les genres cissexuels. » (Serano, 2011/07, p.6).

¹² Le terme « cissexuel·le » désigne une personne qui vit dans le sexe qui lui a été assigné. C'est un équivalent du terme « cisgenre » sauf que Serano favorise l'emploi de « transsexuel·le » et « cissexuel·le » pour s'opposer à la distinction entre sexe et genre et donc aussi à la distinction souvent opérée entre « transsexuel·le » et « transgenre ». C'est là un exemple de réappropriation par une auteure trans d'un terme habituellement jugé stigmatisant par les communautés trans.

Selon Serano, le fait d'être cissexuel est considéré comme allant de soi tandis que les personnes trans feront toujours l'objet d'une remise en question de leur genre, perçu comme moins « naturel ». Cet état de fait va souvent conduire à l'exclusion des personnes trans de certains milieux tandis que les personnes cissexuelles bénéficieront du privilège de ne même pas prendre conscience qu'elles ont accès à certaines choses qui pour elles semblent « aller de soi ».

Pour ma part, j'ai conscience de bénéficier de certains privilèges. Il se trouve en effet que, n'ayant pas entrepris de transition physique, je suis généralement perçu·e comme une femme cisgenre et ne rencontre pas les mêmes barrières sociales que la plupart des personnes trans. On ne doute pas de mon identité de genre, on ne me pathologise pas, on ne peut pas vraiment me mégenrer (puisque je n'ai pas particulièrement de préférence), on ne présume pas que mes papiers d'identité sont faux ou volés (puisque'ils correspondent globalement à l'identité que j'affiche) et ma légitimité dans le milieu académique est probablement moins remise en cause que celle d'une personne trans (mais plus que celle d'un homme cisgenre). Par ailleurs, je ne rencontre pas toutes les difficultés liées au parcours de transition en lui-même et que j'ai évoquées précédemment, ni de difficultés dans l'accès à des services de santé (mais aussi à d'autres types de services). J'ajouterais enfin que je suis blanche et issue d'une famille de « classe moyenne », ce qui me fait là encore jouir de privilèges et d'une certaine légitimité. Je me place donc dans cette recherche comme allié·e des luttes trans plutôt que comme actrice puisque je ne partage pas l'expérience de l'oppression que vivent les personnes avec qui je souhaite travailler.

5.7. Questionnements éthiques et positionnement de la recherche

En m'engageant dans cette recherche, il était primordial pour moi de ne pas instrumentaliser les expériences trans à des fins théoriques et académiques et de choisir

un angle qui réponde aux préoccupations des communautés trans. C'est pourquoi j'ai élaboré mon objet en prenant compte des recommandations de Gabrielle Bouchard qui dirigeait à l'époque le Centre de lutte contre l'oppression des genres. J'ai également partagé mon projet (relecture ou discussion) à plusieurs reprises avec des personnes trans.

J'ai conscience qu'en étant positionné·e en faveur des personnes trans, le risque était de faire une recherche qui ne sonne que comme une accusation du milieu médical et qui pourrait éventuellement compromettre les personnes interrogées. C'est pourquoi j'avais à cœur de rester vigilant·e sur ce point, de présumer de la bonne foi des personnes rencontrées et de me positionner dans une démarche de collaboration tout en gardant un regard critique. J'espère ainsi pouvoir d'une part amener les actrices du domaine médical à interroger et adapter leurs pratiques et d'autre part outiller les militant·e-s trans pour mener des actions en vue d'une amélioration de l'accès aux services de santé.

Bien que les personnes que j'ai interrogées ne soit pas particulièrement en position de vulnérabilité, il me semblait nécessaire de prendre des précautions afin de les protéger. C'est pourquoi il était important que les entrevues soient rendues anonymes et confidentielles. Pour cela, j'ai changé les noms des participant·e-s et modifié ou retiré certaines informations pouvant permettre leur identification. J'ai également attendu l'approbation éthique du CERPE (Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains) avant de commencer les entrevues pour lesquelles j'ai fait signer des formulaires de consentement. Enfin, un résumé de mon mémoire sera remis aux personnes ayant contribué à ma recherche afin qu'elles puissent avoir un retour sur mes résultats.

CHAPITRE VI

PRÉSENTATION DU MATÉRIAU

Les entrevues que m'ont accordées les participant·e·s m'ont permis de mieux comprendre comment les enjeux trans pouvaient être appréhendés à l'intérieur du milieu médical. Après avoir dressé le profil des soignant·e·s que j'ai rencontré·e·s, je présenterai les données qui sont ressorties des entretiens et qui apportent des éléments de réponse à ma question de recherche, à savoir, comment la gynécologie – une discipline initialement destinée aux femmes cisgenres – peut adapter ses pratiques aux besoins des hommes trans en matière de santé sexuelle. J'ai décidé d'articuler ma présentation en trois temps. Tout d'abord, j'exposerai les diverses motivations qui ont pu conduire les participant·e·s à vouloir rendre leurs services plus accessibles. Cette partie nous éclairera à la fois sur le cheminement personnel des soignant·e·s qui a permis leur sensibilisation aux enjeux trans, mais aussi sur les raisons qui rendent indispensable l'évolution des soins médicaux. Dans un second temps, j'explorerai la manière dont les participant·e·s s'inscrivent dans un mouvement de transition du milieu médical par le biais de diverses stratégies qui ont pour effet de transformer la relation entre soignant·e et patient·e. Nous verrons ainsi en quoi l'évolution de l'approche médicale permet une meilleure accessibilité des soins. Enfin, je présenterai les barrières auxquelles se heurtent les praticien·ne·s qui cherchent à rendre leurs services plus accessibles. Ce sera alors l'occasion d'évoquer certaines pistes (stratégies employées, recommandations ou perspectives de lutte) soulevées par les participant·e·s pour faire

face à ces barrières.

6.1. Présentation des participant·e·s

Pour mener ma recherche, j'ai eu la chance de rencontrer six personnes travaillant dans le domaine médical à Montréal. Les parcours des participant·e·s sont plutôt variés : j'ai rencontré des infirmières et des médecins de famille, travaillant au sein de diverses structures, et étant à différentes étapes dans leur carrière (résidente, médecins établi·e·s, responsables d'établissement). Le hasard a fait que je n'ai rencontré qu'un participant s'identifiant en tant qu'homme pour cinq participantes s'identifiant en tant que femmes. L'expérience auprès des personnes trans variait d'un individu à l'autre mais tout·e·s avaient connaissance (à différents degrés) de ces enjeux et exprimaient une attitude plutôt positive à l'égard de cette patientèle – ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des soignant·e·s si l'on se base sur les témoignages des personnes trans. En effet, tou·te·s exprimaient la volonté de rendre leurs services accessibles à cette population, volonté qui pouvait se manifester par la prise en charge effective des personnes trans, par des tentatives de prise en charge ou par la simple mise en branle d'un processus de conscientisation et d'information pour ajuster les services proposés. Dans tous les cas, le fait que ces soignant·e·s aient accepté de participer à ma recherche dénote d'un certain intérêt pour les enjeux trans, ce qui explique l'inévitable biais dans mon échantillonnage. Un autre détail que j'ai trouvé pertinent de souligner, c'est que trois des participant·e·s (soit 50% de l'échantillon) ont exprimé leur appartenance à la communauté LGBTQIA+ (les trois autres ne se sont pas exprimées à ce sujet mais il n'est pas exclu qu'elles fassent également partie de cette communauté). Il s'agit là d'une surreprésentation des personnes LGBTQIA+ qui ne sont pas aussi présentes dans la population.

Tableau 6.1 : Présentation des participant-e-s

Personne	Âge	Genre exprimé	Appartenance à la communauté LGBTQIA+	Profession	Expérience avec les PT
Sandrine	36	Féminin	NPP	Infirmière	A reçu occasionnellement des PT
Hélène	51	Féminin	Oui	Infirmière	N'a jamais reçu de PT
Emmanuelle	33	Féminin	NPP	Médecin de famille	Reçoit régulièrement des PT
Matthew	27	Masculin	Oui	Médecin de famille	Reçoit régulièrement des PT
Lauren	31	Féminin	Oui	Médecin de famille	Reçoit régulièrement des PT
Ariane	31	Féminin	NPP	Médecin de famille	Reçoit régulièrement des PT

6.1.1. Sandrine

Sandrine exerce le métier d’infirmière depuis treize ans. Il y a dix ans, elle a intégré un centre de santé qui se spécialise dans la clientèle féminine. Sandrine a très peu d’expérience avec les personnes trans. Il lui est arrivé de recevoir une fois une personne trans pour une pose de stérilet. La question s’est posée dans son centre de s’ouvrir à la clientèle trans mais pour le moment la décision a été prise de ne pas le faire car cela demanderait d’importants changements dans le règlement du centre qui est actuellement réservé aux femmes (clientes et praticiennes). Son point de vue était intéressant pour comprendre les barrières auxquelles peuvent se heurter les

praticien·ne·s dans l'accueil des personnes trans. Nous avons pu par ailleurs explorer les pratiques mises en place lors d'une consultation en gynécologie.

6.1.2. Hélène

Après un parcours atypique, Hélène est devenue infirmière « sur le tard » puis directrice d'une clinique qui offre des services en avortement et depuis récemment en clinique gynécologique. Lors de l'entretien, elle a évoqué son militantisme au sein de la communauté LGBTQIA+. Par ce biais-là, elle a été au contact de personnes trans et se dit plutôt familière avec les enjeux trans et Queer. N'ayant pas d'expérience auprès des personnes trans, elle exprime aujourd'hui son désir très fort d'acquérir des compétences et connaissances nécessaires pour accueillir cette clientèle. C'est d'ailleurs ce projet de rendre accessible sa clinique aux personnes trans qui l'a poussée à accepter notre entretien. Notre rencontre nous a permis de mieux cerner les besoins que peuvent avoir les professionnel·le·s de la santé qui souhaitent rendre leurs services accessibles.

6.1.3. Emmanuelle

Emmanuelle exerce depuis cinq ans comme médecin de famille dans une clinique qui se spécialise dans le traitement du VIH et des ITS. Elle a commencé à faire le suivi de personnes trans il y a environ trois ans car il y avait une demande forte et parce qu'elle possédait de bonnes connaissances en hormonothérapie. Elle reçoit donc régulièrement des patient·e·s trans. Lors de l'entretien, elle a pu m'expliquer comment se déroulaient des consultations avec cette clientèle et ce qu'elle mettait en place pour s'adapter.

6.1.4. Matthew

Matthew est un jeune médecin de famille. Durant sa formation en médecine, il a cherché à faire des stages auprès des personnes trans dans le but de mieux connaître cette population faisant l'objet de nombreux préjugés, même au sein des milieux LGBTQIA+ dans lesquels il évoluait. Ce contact avec cette clientèle lui a donné le goût de se spécialiser auprès des patient·e·s trans qui représentent aujourd'hui une part importante de sa pratique. Lors de notre entretien, nous avons pu explorer les normes qui régissent le milieu médical et de quelle manière il cherche à s'en détacher dans sa pratique pour mieux accueillir la diversité.

6.1.5. Lauren

Lauren s'est réorientée en médecine familiale après avoir travaillé dans le domaine de la recherche en santé publique. La variété et l'aspect relationnel qui commençaient à faire défaut dans son précédent emploi l'ont poussée à se tourner vers la médecine où elle a le plaisir de rencontrer une clientèle diversifiée avec laquelle elle bâtit une relation particulière. Aujourd'hui résidente en médecine familiale, elle souhaite consacrer une partie importante de sa pratique au suivi de personnes trans et reçoit actuellement plusieurs hommes trans comme patients. Nous avons pu ensemble discuter des stratégies qu'elle met en place pour mettre à l'aise ses patient·e·s mais aussi des difficultés politiques et institutionnelles que peuvent rencontrer les jeunes médecins qui veulent exercer leur métier auprès d'une clientèle trans.

6.1.6. Ariane

Ariane est médecin de famille et reçoit exclusivement des personnes trans comme

patient·e·s (à part lorsqu'elle travaille en sans rendez-vous). Elle a fait ce choix de favoriser la clientèle trans car l'accès aux hormones était très difficile pour cette population lorsqu'elle a commencé sa carrière il y a cinq ans. Si la situation s'est un peu améliorée aujourd'hui, l'accès aux hormones reste un besoin primordial et c'est pourquoi elle continue de se spécialiser auprès des populations trans. Dans notre entretien, elle a pu me parler des besoins spécifiques des personnes trans et de sa manière d'aborder la santé sexuelle avec ses patient·e·s. Nous avons pu également approfondir la notion de consentement éclairé qui semble être centrale dans sa pratique.

Au regard des parcours et des caractéristiques des participant·e·s, on constate que cet échantillon présente un profil plutôt atypique qui n'est probablement pas représentatif de la population générale des soignant·e·s. Cela est sans nul doute lié au fait que les personnes qui ont répondu à ma recherche l'ont fait car elles avaient un intérêt pour mon sujet (que je n'ai pas cherché à dissimuler), mais aussi parce que j'ai obtenu certains contacts par le bouche-à-oreille (on m'a donc mis·e en contact avec des personnes touchées par les enjeux trans). Il s'agit d'un biais que j'avais anticipé et qu'il faut garder à l'esprit car cela a un impact important sur ma recherche. En effet, celle-ci n'a donc pas pour objectif de brosser un tableau représentatif du milieu médical actuel, mais plutôt de mettre en lumière une dynamique dans laquelle se situent les personnes que j'ai rencontrées.

6.2. Les moteurs d'un changement

Le changement est un mouvement qui nécessite généralement une adaptation, et donc un effort. Il peut être difficile pour un·e soignant·e d'éprouver son savoir-faire et adopter de nouvelles pratiques, d'autant plus que le milieu médical bénéficie d'une légitimité rarement contestée. On peut donc se demander quelles sont les raisons qui poussent les praticien·ne·s à vouloir faire évoluer l'accessibilité des soins pour les

personnes trans. Pour le savoir, j'ai cherché au fil des entretiens à faire émerger les facteurs qui pouvaient motiver les participant·e·s à remettre en question leur pratique pour mieux l'adapter aux patient·e·s. Nous verrons que les participant·e·s ont souvent des raisons très personnelles de s'intéresser aux enjeux trans. Celles-ci peuvent expliquer en partie pourquoi ce sont ces soignant·e·s plutôt que d'autres qui cherchent à amorcer un changement. À ces raisons s'ajoutent d'autres facteurs plus pragmatiques : les personnes trans ont des besoins spécifiques qui doivent être pris en compte et qui ne le sont pas nécessairement. Ainsi, les participant·e·s font tou·te·s le constat d'un manque d'accessibilité pour cette population. Un constat révoltant sur lequel iels ont à cœur d'agir, chacun·e à leur échelle.

6.2.1. Des motivations personnelles

Familiarité avec les enjeux trans

Parmi les participant·e·s, quatre se disent plus familièr·e·s que la moyenne avec les enjeux trans. Si cette familiarité s'est probablement développée dans la pratique auprès de personnes trans, j'ai pu constater que plusieurs des participant·e·s avaient déjà une certaine sensibilisation à ces enjeux avant de travailler auprès de ce public. Ariane par exemple explique qu'elle connaissait la communauté trans lorsqu'elle a commencé à se spécialiser auprès de cette patientèle : « J'connais de loin quelques personnes trans donc ça m'paraissait pas particulièrement étranger. [...] j'étais quand même au fait de la communauté trans à Montréal à c'moment là ». Hélène quant à elle n'a aucune expérience avec les personnes trans mais, de par son appartenance à la communauté LGBTQIA+, elle se tient informée des enjeux trans et Queer.

Euh j'dirais que j'suis peut-être un peu plus que modérément familière euh... j'me considère personnel- moi j'me considère *Queer*, j'suis lesbienne, j'ai pendant plusieurs années euh j'ai fait partie de- de plusieurs organisations

donc je connais- je connais les enjeux [...] j'dirais que j'suis quelqu'un qui généralement se tient au courant des enjeux. (Hélène, infirmière)

Lauren évoque également son appartenance à la communauté LGBTQIA+ et sa proximité avec des personnes trans lorsque je lui demande quel est son degré de familiarité avec ces enjeux.

Euh, j'suis pas trans [...] mais j'fais partie de cette communauté et j'ai des ami·e·s, des ex·e·s, des ex-amants, ex-conjoints qui sont trans donc je... j'ai quand même eu cette expérience euh... niveau comme social et... ces enjeux. (Lauren, médecin de famille).

Matthew pour sa part exprime son appartenance à la communauté gay. Selon lui, les connaissances des réalités trans étaient plutôt limitées dans ce milieu mais c'est justement cette raison qui l'a poussé à s'intéresser à ce sujet sur lequel il se tient régulièrement informé depuis.

Par ailleurs, ces quatre participant·e·s m'ont dit avoir parfois des conversations sur les enjeux trans avec leur entourage proche, soit, en dehors du cadre strictement professionnel. On constate donc que parmi les cinq personnes qui souhaitent travailler ou qui travaillent déjà auprès de personnes trans, quatre d'entre elles/eux expriment une certaine proximité avec les milieux LGBTQIA+ et donc un contact avec les réalités des personnes trans. Peut-être est-ce ce profil particulier qui les a amené·e·s à développer un intérêt pour cette population.

Intérêt pour la diversité

L'intérêt, défini ici comme une curiosité, une attention portée à quelqu'un ou quelque chose, peut être un moteur de l'action. Dans le cas des participant·e·s, il apparaît souvent comme un facteur de motivation dans le choix de carrière. En effet, les quatre personnes qui se sont orientées en médecine familiale ont dit que ce métier répondait à leurs intérêts, comme le souligne Ariane lors de son entretien : « Ben j'pense de façon générale la médecine répondait à... à beaucoup d'mes intérêts côté carrière. ». Travailler

dans le domaine médical ouvre en effet un large éventail de possibilités car les soignant·e·s peuvent ensuite se spécialiser dans des domaines et/ou auprès de populations perçus comme plus stimulants. Ainsi, cinq des participant·e·s ont choisi ou envisagent de travailler auprès de la population trans parce que celle-ci, pour diverses raisons, attirait leur attention. Matthew par exemple, explique que son attachement à la diversité et son attrait pour les personnes ayant une identité de genre non-conforme a déterminé sa pratique. Cet anticonformisme entre d'ailleurs en résonance avec le reste de son discours dans lequel il se présente comme quelqu'un qui cherche perpétuellement à questionner la normativité et les préjugés.

Une chose que j'remarque beaucoup dans notre euh, t'sais dans notre société c'est que on est- on essaye d'*fiter* une image t'sais. [...] Mais euh... J'me questionne toujours sur ces aspects-là t'sais. Pourquoi est-ce que l'monde essaye d'se conformer à un idéal tandis qu'c'est tellement beau d'voir toutes sortes de personnes différentes ? (Matthew, médecin de famille)

Pour lui, travailler auprès de personnes exprimant un genre non-conforme est à la fois une source d'enrichissement intellectuel et un moyen de soutenir et encourager cette diversité. Ariane pour sa part trouve que le fait de se spécialiser auprès des personnes trans lui a permis d'avoir une carrière qui est « intéressante puis qui est dynamique ». En effet, elle a appris beaucoup au contact de ses patient·e·s qui ont des parcours très variés et a ainsi dû s'adapter aux objectifs de chaque individu : « ça m'a un peu exposée à la diversité des façons de prendre des hormones, des durées de traitements euh la non-binarité aussi. ». De son côté, Emmanuelle apprécie sa patientèle trans qui sort de l'ordinaire : « c'est des gens euh, c'est des gens colorés, on va dire qu'c'est une clientèle qui est pas ennuyante. ». Pour elle, se spécialiser auprès de cette population apporte une certaine complexité dans son travail puisqu'elle est également confrontée à des enjeux psychologiques : « T'sais c'est des cas qui sont relativement complexes là, relativement... beaucoup de comorbidités psychiatriques aussi donc ça prend quand même beaucoup d'temps. Mais euh c'est très intéressant. ».

Mais l'intérêt n'est pas seulement un moteur pour se tourner vers la clientèle trans, il apparaît aussi lors des entretiens comme un facteur indispensable pour accéder à des connaissances sur les enjeux trans. En effet, comme le souligne Sandrine, la formation médicale ne prépare pas les futur·e·s infirmier·e·s à travailler auprès de populations marginales :

Faque tu sors de d'là pis si t'as pas d'intérêt pour aller t'faire former par quelqu'chose en spécifique t'en auras pas d'formation t'sais tu vas être une bonne infirmière d'hôpital avec la clientèle plus gériatrique, plus pédiatrique ou générale mais t'as pas- aucune formation spécifique t'sais pour accueillir des gens qui rentraient pas dans un créneau ben... ben normal là. (Sandrine, infirmière)

Même son de cloche du côté des médecins de famille qui ont également développé leurs connaissances après leur formation, en fonction de leurs intérêts, comme l'explique Emmanuelle : « C'est vraiment une sur-spécialité qu'tu vas vraiment aborder selon ton milieu d'pratique puis tes intérêts une fois que t'as terminé ton... ». Ce n'est donc pas par hasard que nos participant·e·s se sont tourné·e·s vers cette population mais bien parce que celle-ci apparaît comme stimulante intellectuellement, de par sa complexité et sa diversité.

Volonté de se remettre en question

Une autre des raisons personnelles qui a poussé certain·e·s participant·e·s à prendre en charge les personnes trans a été le fait de remettre en question leur pratique en explorant des enjeux qu'ils maîtrisaient peu. C'est une raison qui a été en effet évoquée par deux participant·e·s et qui semblait particulièrement intéressante puisque le milieu médical est souvent critiqué pour son manque de réflexivité. Matthew explique en effet que ses connaissances concernant les enjeux trans étaient très limitées malgré son appartenance à la communauté LGBTQIA+. C'est cette raison qui l'a poussé à faire un stage dans une clinique qui recevait cette patientèle afin d'en apprendre plus et de dépasser ses

préjugés.

Mais t'sais moi j'avais juste cette vision-là, ou bien, la vision des personnes dans l'avillage des- des- des personnes hautement vulnérables dans l'avillage, des trans qui sont vraiment vraiment dans la misère sociale. Faque j'avais juste cette vision-là donc j'avais beaucoup d'préjugés déjà... moi je trouvais. Puis moi quand j'ai tendance à avoir des préjugés, j'aime ça me questionner sur ça, pourquoi j'ai ces préjugés-là. Faque, moi j'ai comme juste une personnalité où j'me mets dans un- dans un pétrin là... pour essayer d'me challenger [...] Moi, pour ça j'me suis dit, j'connais rien sur cette clientèle-là, puis j'ai des préjugés, j'me dis, pourquoi j'pourrais pas- j'aimerais ça apprendre plus t'sais. Faque là j'me suis mis dans ce stage-là [...]. (Matthew, médecin de famille)

Pour sa part, Hélène a eu un déclic après ce qu'elle décrit comme une « faute professionnelle ». En effet, dans un contexte où sa clinique recevait beaucoup d'appels malveillants, elle a raccroché à une personne ayant une voix masculine qui souhaitait prendre rendez-vous pour un avortement, croyant qu'il s'agissait d'une farce. Elle a immédiatement réalisé qu'elle avait peut-être raccroché à une personne trans et cela lui a fait prendre conscience de la nécessité de se préparer pour ne pas reproduire une telle situation :

Et souvent j'me rappelle de ça et j'me dis "Il va falloir que j'fasse quelque chose". [...] t'sais des fois ça prend quelque chose pour... Et ça l'a déclenché dans ma tête, ok, premièrement moi j'ferai plus jamais cette erreur-là dans les questions que j'vais poser quand j'ai un doute sur la voix, [...] J'veux dire... Il faut que j'fasse quelque chose pour que personne d'autre fasse cette erreur-là à la clinique. (Hélène, infirmière)

La capacité à prendre conscience de ses erreurs et la volonté de mieux s'informer pour ne pas les reproduire peut donc également être un moteur puissant pour défendre des populations souvent victimes de préjugés et de discriminations. D'ailleurs, Matthew explique qu'une des cliniques dans lesquelles il travaille a cette volonté de s'éduquer, ce qui permet une évolution positive de l'accueil des personnes trans : « Mais je sais que y'a une grande ouverture à l'Avenir aussi de- d'essayer de mieux s'éduquer, comprendre puis accueillir ces personnes-là. ».

Désir de travailler en faveur de l'inclusion sociale

Ce qui est également souvent ressorti des entretiens, ce sont les motivations altruistes qui poussent les participant·e·s à accueillir les personnes trans : la volonté d'agir selon ses valeurs et engagements, de se sentir utile, d'accueillir tout le monde, de répondre à un besoin. En effet, le fait de prendre en charge la population trans concorde souvent avec des valeurs et des engagements personnels. Comme nous l'avons vu, Matthew par exemple est très attaché à la diversité de l'identité humaine. Travailler auprès de personnes trans lui permet donc de s'engager dans l'accueil et l'acceptation de cette diversité qui lui est chère. Hélène pour sa part est engagée dans le milieu LGBTQIA+. Elle a parlé de son passé militant et explique qu'elle s'implique aujourd'hui encore en faveur des droits pour les familles homoparentales. Il était donc normal pour elle de prolonger cet engagement au sein de son travail d'infirmière.

Donc quand que j'suis devenue infirmière, c'est devenu un peu d'mise que j'travaille encore un peu dans... même si c'est pas communautaire la clinique comme telle. C'est quand même un soin, un service communautaire. Et euh. Ben on m'a offert le poste puis c'est comme, j'étais militante quand j'étais jeune. C'est comme.... c'est venu d'soi quand j'suis devenue infirmière je trouverais un emploi qui serait- qui irait dans l'même sens un peu. (Hélène, infirmière)

De la même manière, les participant·e·s expriment la volonté d'offrir un accueil à tou·te·s, et que chacun·e puisse se sentir à l'aise. Sandrine explique ainsi que s'il n'y avait pas des contraintes administratives, elle aurait aimé adapter les services de la clinique aux personnes trans, dans le but d'accueillir tout le monde : « Être un peu différentes puis changer nos choses pour qu'tout l'monde se sente le bienvenu puis euh, accueilli d'la même façon là. Ça ça nous rejoint au bout t'sais j'trouve ça nous ressemble. ». Hélène trouve aussi qu'il est important de pouvoir être prêt·e à accueillir tout le monde.

On a beaucoup de- on a beaucoup- on a eu quelques lesbiennes qui sont venues pour les services d'avortement et ça aussi ça m'a comme... Ok, bon,

faut être capable de recevoir tout l'monde. D'intégrer nos services pour que- quand l'opportunité se présente on est là. (Hélène, infirmière).

La volonté d'aider et de se sentir utile est souvent un facteur qui pousse les participant·e·s à s'engager dans la relation de soin, comme l'exprime Sandrine : « Dans la vie j'voulais un travail où j'avais l'impression qu'j'allais aider. ». Matthew nous dit qu'il veut pouvoir aider les personnes trans à atteindre leurs objectifs, à exprimer leur identité de genre : « Dans l'sens que t'sais, leur identité d'genre elle est c'qu'elle est puis on veut- on veut faire en sorte que les soins qu'on apporte à ces personnes-là soient pour les aider à c'que- t'sais à c'que elles se- à s'affirmer dans leur identité d'genre. ». Pour les soignant·e·s, le fait de pouvoir répondre à un besoin semble être gratifiant, valorisant : « C'est tellement quelque chose qui est mh... C'est euh... très... Comment dire ? Valorisant pour un... un médecin, pour un... professionnel d'la santé de donner ça, d'avoir donné accès à ça en fait là. » (Emmanuelle, médecin de famille). Lauren par exemple sent qu'elle peut faire la différence en répondant à un besoin criant dans notre société : « Mais aussi y'a tellement de demande. Comme, c'est tellement un besoin non comblé dans notre système. Donc je vois que... j'pourrais être comme, j'pourrais faire la différence, facilement parce que y'a tellement de besoins. ». Finalement, c'est parfois le constat de ce besoin qui a conduit nos participant·e·s à se spécialiser dans l'accueil de personnes trans, comme le souligne Ariane qui a commencé à recevoir cette population en réponse à une demande importante : « Puis côté pour euh, la santé trans... C'était pas tant un choix que une constatation qu'il y avait des besoins dans la communauté donc j'ai commencé à voir les personnes trans. ». Finalement, tou·te·s les participant·e·s ont reconnu qu'il y avait une demande importante de prise en charge des personnes trans, mais également des besoins spécifiques à cette population et auxquels il est nécessaire de s'adapter.

6.2.2. Des besoins concernant les personnes trans

Reconnaître et comprendre les besoins des personnes trans est un premier pas indispensable pour amorcer un changement dans l'accessibilité des soins. En effet, c'est souvent en étant confronté·e·s aux besoins non comblés de leurs patient·e·s – que ce soit par le biais d'expériences personnelles, de formations, sur le terrain ou grâce à la médiatisation croissante des enjeux trans – que les participant·e·s ont eu une prise de conscience et qu'ils ont eu la volonté de faire évoluer leurs services. Aussi, lors des entretiens, nous avons cherché à établir quels étaient les besoins perçus par les participant·e·s. Nous verrons que si les personnes trans en partagent certains avec le reste de la population, elles ont également certaines particularités qui peuvent amener les soignant·e·s à questionner et adapter leurs pratiques.

Certains besoins touchant toute la population

Lorsque je les ai interrogé sur les besoins des personnes trans, les participant·e·s ont généralement commencé par énoncer des besoins généraux relatifs à la santé sexuelle. Le contrôle de la reproduction (contraception, avortement) et la prévention sont des enjeux qui sont souvent ressortis et qui ne sont pas spécifiques aux patient·e·s trans. En fait, c'est principalement sur ces points-là qu'agissent les praticien·ne·s que j'ai rencontré·e·s lorsque leurs consultations concernent la santé sexuelle. En termes de contrôle de la reproduction, Hélène évoque le besoin d'avoir accès à l'avortement. En effet, les hommes trans n'ayant pas subi d'opération des organes génitaux partagent ce besoin avec les femmes cisgenres car il existe un risque de grossesse en cas de relations sexuelles avec un homme cisgenre et en l'absence de méthode contraceptive. De fait, si la testostérone a parfois pour effet de stopper la fertilité, elle n'est pas considérée comme un moyen de contraception fiable (et n'est par ailleurs pas prise par tous les hommes trans), comme l'explique Emmanuelle : « Les hommes trans en fait, on sait que la testostérone ne va pas nécessairement tout l'temps supprimer l'ovulation, t'sais

on sait qu'ça arrête les menstruations mais on suggère une méthode de contraception aussi ». Le besoin d'avoir accès à une méthode contraceptive est donc lui aussi présent dans certains cas pour des hommes trans. Cependant, nous verrons plus tard que toutes les méthodes contraceptives ne sont pas adaptées à cette population.

Par ailleurs, les hommes trans ont, comme le reste de la population, besoin d'accéder à des méthodes de prévention en matière de santé sexuelle. Aussi, les participant·e·s ont majoritairement (cinq participant·e·s sur six) évoqué la nécessité d'avoir accès à des dépistages des ITS, à des tests Pap (pour détecter la présence éventuelle de cellules cancéreuses) et des examens de routine : « [...] les hommes trans ont besoin d'examens de routine comme les autres personnes qui ont leurs organes gynécologiques. Euh les Pap tests, les dépistages ITS, le questionnaire régulier de santé sexuelle, de contraception etcetera. » (Ariane, médecin de famille). Matthew m'a également parlé d'autres méthodes de prévention des ITS, comme la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition sexuelle), un traitement combinant deux antirétroviraux pour réduire le risque d'infection au VIH. Cependant, bien que la patientèle trans ait principalement des besoins communs avec le reste de la population, les participant·e·s distinguent certaines spécificités.

Pratiques sexuelles au sein de la population trans

Pour comprendre les besoins des hommes trans en matière de santé sexuelle, il semble pertinent de soulever la question des pratiques sexuelles. Ce qui ressort des entretiens, c'est qu'on ne peut pas réellement considérer les hommes trans comme un groupe homogène en termes de pratiques sexuelles. En effet, les participant·e·s ont dégagé certaines tendances mais il ressort que les pratiques sexuelles de cette population sont très diversifiées et dépendent beaucoup d'un individu à un autre. Par exemple, Matthew constate que beaucoup de ses patient·e·s n'ont pas de relations sexuelles du fait qu'ils ne sont pas toujours à l'aise avec leur corps, mais il affirme aussi que d'autres au

contraire sont très épanouie·s sexuellement :

Souvent chez les personnes trans j' remarque que y'a beaucoup d' personnes trans qui sont inactives- euh inactives sexuellement parce que... euh... sont pas bien dans leur sexualité. Tandis qu'y'en a d' autres aussi qui sont très très très épanouies dans leur sexualité. Ca dépend. Ca varie beaucoup. (Matthew, médecin de famille)

Lauren et Emmanuelle constatent que les hommes trans ont rarement pour partenaires des hommes cisgenres (ou personnes ayant un pénis) : « Mais pour des hommes qui ont des relations avec des hommes qui produisent du sperme, c'est quand même, c'est comme une sous-population des hommes trans c'est... » (Lauren, médecin de famille), « [...] en fait y'a beaucoup d' hommes trans qui vont avoir des partenaires féminines- féminins- féminines (rire)... avec un vagin (rire). » (Emmanuelle, médecin de famille). Pourtant Emmanuelle dit aussi au cours de l' entretien que les hommes trans utilisent souvent leur vagin : « Souvent quand ils sont jeunes, j' veux dire ils l' utilisent quand même leur vagin [...] ». Matthew confirme également avoir des patients trans qui ont des relations sexuelles avec des hommes cisgenres : « t' sais j' ai des hommes trans qui couchent avec des hommes cisgenres. ». Il semblerait donc que, comme dans le reste de la population, on trouve dans ce groupe une diversité dans l' orientation sexuelle – relations entre partenaires de sexes et/ou genres différents, relations entre partenaires de même sexe et/ou genre – et une diversité des pratiques sexuelles – sexualité active ou inactive, utilisation ou non du vagin.

Emmanuelle a cependant soulevé une spécificité qui selon elle serait propre à cette population (mais plutôt du côté des femmes trans), c' est la présence plus élevée de travailleur·se·s du sexe « mais y'a beaucoup de, de travailleurs du sexe aussi dans ces populations-là donc euh... », ce qui peut être un critère à prendre en compte pour évaluer les risques encourus par les patient·e·s.

Facteurs de risques

Il est ressorti des discussions que la population trans était vulnérable et exposée à plus de risques : des risques concernant les pratiques sexuelles, la santé mais aussi l'aspect psychosocial. Emmanuelle a effectivement présenté la population trans comme étant souvent « à risque » sur le plan des pratiques sexuelles. Il semblerait que cette affirmation soit corrélée au fait qu'elle ait constaté une présence plus accrue de travailleur·se·s du sexe dans la population trans, mais peut-être aussi parce que certains hommes trans ont des pratiques sexuelles avec des hommes gays qui sont eux aussi considérés comme étant plus à risque.

Parce que si c'est un homme trans qui est physiquement comme un homme, qui a une relation avec un homme, l'autre homme est probablement gay t'sais. Faut voir ça d'même, c'est un peu euh... Faque j'les traiterais les deux dans l'fond comme des populations à risque donc, à plus de gono¹³ possiblement résistante. (Emmanuelle, Médecin de famille)

La stratégie d'Emmanuelle est donc de pratiquer les mêmes examens qu'à des hommes gays mais aussi d'informer ses patient·e·s des risques. Elle ajoute cependant que lorsqu'un·e patient·e trans est investi·e dans une relation stable et honnête, iel n'est pas plus à risque que le reste de la population : « T'sais (inaudible) même si t'es un homme trans ou femme trans, j'veux dire sont partenaires stables depuis des années, j'veux dire y sont pas plus à risque pour moi qu'un autre là. ». Finalement, l'évaluation des risques se fait plus en fonction des pratiques déclarées par les patient·e·s que de leur appartenance à une catégorie de population : « En général, honnêtement j'base mes questionnaires vraiment sur c'qu'ils vont m'répondre puis je- ça va être un peu les mêmes questionnaires que chez les hommes euh chez hommes et femmes cisgenres. » (Emmanuelle, médecin de famille).

¹³ Raccourci du terme « gonorrhée » qui est une infection bactérienne transmissible sexuellement.

En revanche, il y a des risques de santé qui sont vraiment spécifiques à la population trans, notamment du fait de la prise d'un traitement hormonal. Emmanuelle explique qu'il y a des risques cardio-vasculaires en cas de prise prolongée de traitements hormonaux. Elle ajoute, à l'instar de Matthew, Lauren et Ariane que la testostérone peut créer une atrophie des tissus vaginaux, ce qui peut, selon Matthew avoir des répercussions sur la vie sexuelle :

Par exemple t'sais chez les hommes trans sous testo, ça peut atrophier un peu la paroi vaginale, faque ça peut faire de la sècheresse, ça peut être douloureux à la pénétration si y'ont des relations sexuelles avec des partenaires avec- avec un pénis. [...] Faque c'est sûr qu'ça peut nuire à leur sexualité à quelque part [...]. (Matthew, médecin de famille)

Selon Ariane, cette atrophie de la muqueuse la rend « plus friable, plus à risque de saignements donc théoriquement plus à risque de transmission d'infections. ».

Le fait d'être trans expose aussi à des risques psycho-sociaux, ce que les participant·e·s ont évoqué à plusieurs reprises. Les personnes trans sont en effet plus exposées à des discriminations, ce qui rend l'accès à l'emploi plus difficile : « Y'en a beaucoup qui ont pas d'emploi aussi, y'en a beaucoup qui sont ostracisés [...] » (Emmanuelle, médecin de famille). Sandrine, qui a suivi une formation offerte par un centre communautaire axée sur les enjeux trans, a principalement retenu cette question de la vulnérabilité des personnes trans qui sont exposées à une forte marginalisation, ce qui peut entraîner des situations économiques précaires et créer des difficultés sur le plan de la santé mentale :

[...] pis aussi, ils disaient aussi qu'au niveau d'la santé mentale aussi ça pouvait l'être là, qu'y sont euh, qu'y'a quand même un peu plus de toxicomanie et tout que, t'sais que la population générale parce que, c'est pas... c'est pas évident.

Selon Lauren, cette vulnérabilité psycho-sociale est plus importante encore chez les femmes trans. Mais elle reste dans tous les cas un facteur à prendre en compte pour mieux adapter les services à cette population.

Des besoins propres à la population trans

Outre les risques liés aux pratiques sexuelles, les personnes trans ont des besoins liés plus spécifiquement à leur transitude. En effet, les hommes trans peuvent être confrontés dans certains cas à un rapport au corps complexe et à des effets secondaires lorsqu'il y a une transition médicale. Ils doivent également faire face à des discriminations sociales fréquentes et à la difficulté à faire reconnaître leur identité de genre, ce qui peut affecter fortement leur qualité de vie. Tous ces facteurs doivent être pris en compte par les soignant·e·s pour pouvoir offrir des services accessibles.

Le fait d'être trans entraîne dans certains cas un rapport au corps délicat. En effet, le corps peut subir des changements sous l'effet de traitements hormonaux et/ou d'interventions chirurgicales. Parfois, il ne correspond pas encore à l'image que la personne voudrait renvoyer et peut faire l'objet de dysphorie, ce qui rend les consultations gynécologiques plus complexes : « [...] puis évidemment aussi plusieurs personnes qui ont d'la dysphorie importante ont beaucoup d'anxiété par rapport à l'examen. » (Ariane, médecin de famille), « Euh... tu fais plus attention, des fois c'est comme beaucoup d'dysphorie par rapport à leurs organes génitaux faque t'es plus délicat » (Matthew, médecin de famille). L'exposition du corps, et plus particulièrement des organes génitaux peut s'avérer embarrassante, intimidante. Les mots utilisés pour les désigner peuvent également renforcer le sentiment de dysphorie, c'est pourquoi il est nécessaire de choisir le vocabulaire avec soins, voire même de valider avec la personne quelle terminologie utiliser.

Mais souvent j'essaye de- c'est difficile de savoir quel mot va être difficile pour un homme trans parce que parfois un nom très médical comme "col" peut quand même évoquer des euh des stress pour la personne donc comme si on utilise des mots que médicaux c'est quand même problématique [...] mais j'pense que ça fait une grande différence de comme essayer de demander c'est quoi les-les mots et c'est apprécié beaucoup par les patients. (Lauren, médecin de famille).

Le fait même de parler de sexualité est parfois compliqué selon Matthew car « c'est un sujet très délicat chez cette clientèle-là ». Il semble donc important de prendre beaucoup de précautions quant à la manière d'aborder ce type de discussion et redoubler de délicatesse lorsqu'il s'agit d'effectuer un examen gynécologique.

Comme nous l'avons vu précédemment, la prise d'un traitement hormonal peut assécher, voire atrophier les parois vaginales, ce qui rend parfois l'examen gynécologique plus douloureux que pour une femme cisgenre. Ariane explique ainsi qu'elle a plus souvent dû donner des anxiolytiques et antidouleurs à ses patient·e·s trans « pour que la procédure soit tolérable. ». Par ailleurs, elle explique que les patient·e·s n'osent pas toujours parler des effets secondaires de la testostérone sur leur sexualité (brûlures, démangeaisons, sécheresse) et ne savent pas nécessairement que des traitements existent pour soulager leurs symptômes. C'est pourquoi il est nécessaire d'anticiper ces symptômes et d'aborder le sujet avec les patient·e·s : « [...] les gens vont pas [en] discuter spontanément mais lorsque questionnés, j'vois qu'y'ont des symptômes donc y'a des options d'traitement. » (Ariane, médecin de famille).

Le processus de transition est un cheminement dans l'affirmation d'un genre. Un homme trans voudra généralement être reconnu en tant qu'homme et pour cela, va chercher à minimiser les attributs associés au féminin et renforcer ce qui est associé au masculin. Le/la soignant·e peut, à plusieurs niveaux, accompagner ses patient·e·s dans leur affirmation de genre. Tout d'abord en respectant le prénom et les pronoms choisis par ceux-ci. Il s'agit là d'un point très important car la peur d'être mégenré·e cause beaucoup d'anxiété aux patient·e·s comme l'explique Lauren : « Mais c'est une des choses difficiles parce que les patients trans sont stressés par comme euh d'être mégenrés, d'être adressés par le mauvais prénom etcetera. ».

D'autre part, le choix de contraception ne pourra pas être fait au hasard. En effet, la méthode contraceptive la plus répandue (la pilule) fonctionne avec des œstrogènes qui ont souvent pour conséquence de « féminiser » le corps (augmentation des formes dites

« féminines » notamment). Il est donc nécessaire de trouver des méthodes n'incluant pas d'œstrogènes et si possible qui arrêtent les saignements menstruels jugés trop féminisants (s'ils n'ont pas déjà été stoppés par la prise de testostérone). Les méthodes principalement recommandées sont le stérilet hormonal sans œstrogènes ainsi que les injections de Depo-provera (à la progestérone) : « Mais l'Depo-provera j'l'aime bien parce que ça- c'est parce que une grande partie euh y'ont plus d'règles après un an. Le stérilet, moi j'aime bien le stérilet parce que tu l'mets, c'est bon pour cinq ans, ça arrête les menstruations. » (Matthew, médecin de famille). Dans certains cas, on peut également envisager des méthodes permanentes (ligature des trompes, hystérectomie) ou tout simplement utiliser des méthodes barrières (capes cervicales, préservatif etc).

Le fait que les personnes trans appartiennent à un groupe marginalisé crée d'autres besoins spécifiques. Matthew et Sandrine soulignent l'importance pour les personnes trans de pouvoir être accueillies comme les autres, dans la discrétion : « t'sais ils aiment ça ne pas nécessairement être comme *on- on the spot* là. Mais t'sais passer assez incognito comme les autres et tout. » (Sandrine, infirmière). Ce point est d'autant plus important que, comme le souligne Matthew, certaines personnes ne sont pas encore *out* auprès de leur entourage et souhaitent rester discrètes. De plus, du fait que les personnes trans subissent souvent des discriminations, il est important pour elles de pouvoir être accueillies sans jugement, comme le précise Lauren : « le plus important comme les personnes trans c'est l'accessibilité psychologique, c'est de savoir qu'ils peuvent aller voir le médecin sans être jugés ».

Enfin, les participant·e·s ont souvent évoqué le besoin d'avoir accès à des ressources légales, sociales et psychologiques : « Faque qu'clairement qu'y'aurait besoin de plus de support mais ce serait du support un peu social là : psychologues, sexologues, travailleurs sociaux, t'sais pouvoir avoir accès à ça pour eux ça serait génial. » (Emmanuelle, médecin de famille). Bien que cela ne dépende pas vraiment de nos participant·e·s, il pourrait être bénéfique que les médecins puissent facilement référer

leurs patient·e·s à ce type de ressources.

6.2.3. Le constat d'un manque d'accessibilité

La connaissance des réalités trans est donc indispensable pour mieux cerner les besoins de cette population et offrir des soins adaptés. Elle permet également de comprendre que certains services ne sont malheureusement pas accessibles ; non seulement parce qu'ils ne répondent pas aux besoins des patient·e·s, mais aussi parce que ces dernier·e·s peuvent rencontrer plus de difficultés que le reste de la population lorsqu'il s'agit d'accéder à des soins médicaux.

Définition de l'accessibilité

Lorsque j'ai demandé aux participant·e·s de définir l'accessibilité, plusieurs points ont été soulevés. L'accessibilité revêt en effet différents aspects comme l'explique Lauren : « Et comme accessibilité c'est- c'est les deux côtés : physique et psychologique, social, financier, légal [...] ». En effet, un service doit pouvoir être accessible physiquement (par exemple accessible en fauteuil roulant) et dans un temps adapté à la situation : « Euh, ben idéalement des soins accessibles ce serait des soins dans les- dans des délais appropriés. » (Ariane, médecin de famille). Mais il doit également être accessible sur le plan psycho-social. Ainsi Lauren explique que les personnes doivent pouvoir y être bien reçues et respectées « sans être jugé[e]s sans êtres comme *misgendered* ». Elle ajoute que le service doit aussi être accessible légalement, par exemple que l'accès ne soit pas refusé à des personnes n'étant pas couvertes par la RAMQ. Par ailleurs, les services doivent être accessibles sur le plan financier. Hélène précise ainsi que concernant l'avortement, « l'accessibilité, c'est la gratuité ». Ce point semble d'autant plus important du fait que les populations marginalisées aient souvent des situations financières plus précaires.

Enfin, l'accessibilité, c'est aussi, selon Matthew, le fait de disposer de moyens pour offrir un service de qualité qui réponde aux besoins : « L'accessibilité c'est avoir des outils nécessaires pour répondre aux besoins d'la personne, de la population en termes de besoins spécifiques. ». Enfin, Hélène et Ariane soulèvent la nécessité d'avoir le choix dans les services « avec une option de choisir le médecin qu'on veut consulter. » (Ariane, médecin de famille), ce qui n'est pas toujours le cas actuellement pour les personnes trans.

Un manque d'accessibilité

Au cours des entretiens, les six participant·e·s ont fait état d'un manque d'accessibilité des soins pour les personnes trans. Selon Ariane si certains services sont peu accessibles à la population en général – il est très difficile notamment d'avoir un médecin de famille au Québec – la situation est pire encore pour la patientèle trans. Sur la question des médecins de famille par exemple, la difficulté à en obtenir un peut être un problème important pour les personnes trans car si le médecin qui leur a été attribué n'est pas capable de les accueillir correctement, il sera très difficile d'en changer.

[...] un des problèmes qui est pas discuté en fait c'est qu'une fois qu't'as un médecin d'famille, tu peux plus changer. T'es pris avec. Et si tu t'entends pas si bien mais, tu peux pas faire grand chose. [...] C'est très difficile de changer. Faut qu'tu retournes au bout d'la liste, que tu attendes encore plusieurs années avant d'avoir un autre médecin. (Ariane, médecin de famille)

De plus, Matthew explique que peu de médecins à Montréal accueillent les personnes trans, ce qui diminue encore les chances d'accéder à un·e praticien·ne compétent·e dans ce domaine : « C'est sûr qu'on n'est pas beaucoup là, on est p't'être une dizaine qui va- qui voient des patients trans à Montréal. » (Matthew, médecin de famille). Mais le manque d'accès ne concerne pas seulement les soins spécifiques à une transition médicale (comme le suivi en hormonothérapie). Les soins généraux en santé physique ou mentale sont eux aussi peu accessibles : « Mais c'est- y'a un manque d'accès à des

soins. [...] Puis pas t'sais, j'parle même pas d'hormonothérapie, y'a un manque d'accès à des soins généraux aussi. » (Matthew, médecin de famille). Lauren ajoute qu'il y a peu de psychologues et/ou travailleurs sociaux à l'aise de travailler avec les personnes trans alors que c'est un besoin courant dans cette population. Les médecins de famille ont alors de la difficulté à référer leurs patient·e·s à d'autres professionnel·le·s de santé car il n'est pas toujours garanti qu'ils seront bien reçu·e·s :

« Ca serait idéal qu'on puisse référer à n'importe qui de façon non-nominative puis en confiance que la personne sera bien reçue. C'est pas le cas présentement mais- mais j'pense que y'a quand même plusieurs médecins qui sont des allié·e·s dans l'système de santé présentement. » (Ariane, médecin de famille).

Deux participant·e·s confirment ce manque d'accessibilité, de par leur propre expérience d'offrir des services peu accessibles. Ainsi, Hélène – qui pense avoir raccroché le téléphone à une personne trans souhaitant prendre rendez-vous en avortement – a conscience que cela constitue un frein pour accéder aux services : « [...] l'obstacle peut être avec moi tout d'suite à l'appel téléphonique [...] ». Sandrine, pour sa part, trouve que sa collègue et elle ont mal géré l'accueil d'un homme trans car l'équipe n'avait pas été prévenue et l'a pris pour un accompagnant : « J'trouve que... en tous cas moi puis mon autre collègue qui sommes les coordinatrices, on a mal géré la situation » (Sandrine, infirmière). Par ailleurs, elle explique lors de l'entretien que sa clinique a finalement décidé de ne pas ouvrir les services à la patientèle trans, car la capacité d'accueil ne le permettait pas et car cela demandait d'importants changements dans les règlements de l'établissement. On voit donc que les services en santé sont encore loin d'être accessibles aux personnes trans.

Une évolution de l'accessibilité

Cependant, on constate malgré tout une évolution dans l'accessibilité des soins pour les personnes trans. Petit à petit, on voit plusieurs cliniques s'informer sur ces enjeux

et certaines commencent même à se spécialiser dans l'accueil des personnes trans comme le rapporte Lauren :

[...] j'ai une amie qui travaille à une clinique et elle fait beaucoup d'santé trans, elle est en pratique depuis plusieurs années. Et mon... l'autre personne dont j'parlais tantôt, Cédric va la joindre un ou deux jours par semaine dans cette clinique, donc on commence un peu à avoir une spécialité dans cette clinique.

Pour sa part, Ariane explique que, bien que l'accès à l'hormonothérapie soit encore difficile, il a lui aussi évolué positivement depuis qu'elle a commencé à travailler auprès de personnes trans il y a cinq ans.

On voit donc qu'il reste encore du chemin avant que les services de santé soient accessibles aux personnes trans. Cependant, selon Matthew, la visibilité croissante des enjeux trans dans les médias pourrait permettre une évolution positive – déjà amorcée – de l'accès aux soins de santé pour cette population.

6.2.4. Une évolution de la société face aux enjeux trans

Matthew, Hélène et Lauren ont tou·te·s trois évoqué l'évolution de la société quant aux enjeux trans. Selon elleux, ces enjeux sont de plus en plus médiatisés et deviennent inévitables, ce qui conduit le milieu médical à s'y intéresser progressivement.

Des enjeux de plus en plus médiatisés

Hélène explique que quand elle est devenue infirmière, on ne parlait pas des enjeux trans. Aujourd'hui pourtant, ils sont de plus en plus médiatisés : on trouve des personnages trans dans les films et séries, des personnalités publiques ont parlé ouvertement de leur transitude : « J'sais qu'y'a l'exemple de Caitlyn Jenner là mais... dans les dernières années là y'a eu beaucoup beaucoup plus de personnes trans à la télé

euh dans les- dans les personnages populaires que auparavant. » (Matthew, médecin de famille). Pour Hélène et Matthew, cette médiatisation est positive et pourrait permettre d'avancer sur les droits trans : « j'pense que la... la discussion dans les médias, dans les formations, dans les organisations, dans les conférences va pousser à vraiment comme aller plus loin avec ça et pouvoir- et vouloir vraiment intégrer in- avoir la capacité d'intégrer les services pour les [personnes trans]. » (Hélène, infirmière).

Des enjeux inévitables

Finally, du fait que l'on entende de plus en plus parler de la situation des personnes trans, cela suscite un intérêt de la part des politiques mais aussi de différentes institutions qui ne peuvent désormais plus fermer les yeux sur ces enjeux. En effet, le gouvernement canadien commence, sous la pression des groupes militants, à accorder plus de droits aux personnes trans : « T'sais j'pense qu'au Canada on est très avancés là-dedans là. Pour être honnête t'sais on a- on a le changement d'nom légal et de sexe en même temps euh, y'a même pas besoin d'être approuvé par un médecin là. » (Matthew, médecin de famille). En parallèle, on observe un intérêt croissant du milieu médical pour cette population et la question de rendre accessibles les services aux personnes trans commence à faire son chemin. De plus en plus de professionnel·le·s de la santé semblent ainsi avoir la volonté de rendre leurs services accessibles à la population trans, à l'instar d'Hélène qui pense que ces enjeux sont désormais inévitables : « On va avoir un homme qui va avoir besoin d'un avortement. C'est certain, c'est certain. ». Matthew constate de son côté que les gens autour de lui semblent intéressés lorsqu'il discute avec eux des enjeux trans. Lauren elle aussi remarque qu'il y a de plus en plus de jeunes médecins qui souhaitent travailler auprès de cette patientèle : « Parce qu'y'a plein de nouveaux médecins de mon âge comme des finissants dans les prochaines années qui sont intéressés à ça. ». Cet intérêt du milieu médical pour les enjeux trans ne se traduit cependant pas toujours par une amélioration des services, comme on a pu le voir avec le centre de santé de Sandrine qui, après avoir

réfléchi à la question, a choisi de ne pas accueillir de patient·e·s trans pour le moment. Mais le changement prend parfois du temps et la prise de conscience est une première étape qui va probablement nécessiter des discussions, des négociations et des ajustements avant de se concrétiser en une réelle amélioration.

6.3. Une approche médicale en évolution

Les entretiens avec les participant·e·s révèlent un véritable mouvement dans l'approche médicale. En effet, il semblerait que ceux-ci aient un regard critique sur la définition « classique » de la gynécologie mais aussi sur certaines pratiques médicales qui apparaissent comme problématiques. Nous verrons que les participant·e·s cherchent à se détacher d'une approche médicale autoritaire pour adopter des pratiques qui – afin de mieux répondre aux besoins de tou·te·s – transforment la relation entre soignant·e·s et patient·e·s et encouragent une plus grande implication des individus dans la prise en charge de leur santé.

6.3.1. Une définition extensive de la gynécologie et de la santé sexuelle

Nous avons établi plus tôt que la gynécologie est une discipline qui a pour objet d'étude les « conditions physiologiques ou pathologiques affectant la santé reproductive de la femme »¹⁴. Cependant, j'ai voulu chercher à connaître la définition que les participant·e·s avaient de la gynécologie et plus largement de la santé sexuelle. Il est important de préciser avant toute chose que les participant·e·s ne sont pas des gynécologues mais des médecins de famille et des infirmières, et que de ce fait, bien

¹⁴ Définition donnée dans les objectifs de formation en gynécologie et obstétrique de l'UdeM et qui s'aligne sur les objectifs du Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

qu'assurant des services en santé sexuelle et en gynécologie, leur définition et leur approche de la gynécologie peuvent différer de celles d'un·e gynécologue dont la pratique n'est pas tout à fait la même.

Une définition classique de la gynécologie

Lorsqu'interrogé·e·s sur la définition de la gynécologie, Matthew et Ariane ont admis que c'était une notion difficile à définir. Généralement, les participant·e·s commencent par donner une définition commune de la gynécologie avant d'en étendre les contours. Matthew semble ainsi d'emblée prendre un recul sur celle-ci en précisant que c'est la définition des « personnes cisgenres » : « En général la gynécologie chez les personnes cisgenres c'est l'étude de... (rire) je sais pas c'est la science qui étudie euh la santé euh des organes génitaux euh biologiquement féminins euhm... ». Lauren pour sa part commence par la définir en tant que spécialité médicale. Elle distingue ainsi la gynécologie qui peut être pratiquée par des médecins de famille, et le titre de gynécologue qui correspond à des spécialistes dans le domaine de la gynécologie :

Donc gynécologue c'est une spécialité chirurgicale. C'est cinq ans de résidence au moins euh, c'est des spécialistes qui euh apprennent à faire des chirurgies, des césariennes, plein de chirurgies euh impliquant l'utérus, les ovaires (rire) comme les organes génitaux, et ça c'est... (Lauren, médecin de famille)

Hélène pour sa part commence par définir la gynécologie comme un service : à la fois un service que l'on donne, mais aussi un service que l'on reçoit. Pour qualifier ce service, quatre points sont principalement ressortis des définitions données par les participant·e·s (chaque point est ressorti trois fois parmi les quatre personnes à qui j'ai clairement demandé de définir ce qu'est la gynécologie). Tout d'abord, la gynécologie peut être définie par sa clientèle – les femmes – comme le souligne Lauren qui, elle aussi, prend un certain recul quant à cette idée : « Mais c'est vrai que normalement lorsqu'on discute de gynécologie en médecine, dans les papiers, dans les conférences

dans... aux études en médecine, on discute d'la santé d'la femme. » (Lauren, médecin de famille). Par ailleurs, il ressort que la gynécologie concerne les organes génitaux, soit : « [...] utérus, ovaires, trompes, euh, ben t'sais plancher pelvien euh, vulve, vagin, clitoris... » (Ariane, médecin de famille). Enfin, les participant·e·s ont défini la gynécologie par les fonctions sur lesquelles elle se concentre : d'une part, la santé reproductive (avortement, contraception, planning familial etc), d'autre part, la santé sexuelle (cancers, dépistages, traitements des ITS, problèmes physiologiques liés à des traumatismes sexuels).

Étendre la définition

Les praticien·ne·s ont cependant cherché à questionner et parfois élargir les contours de cette définition classique de la gynécologie. Ainsi Hélène – après avoir défini la gynécologie comme des services « dans la santé généralement reproductive des femmes » – se reprend et ajoute qu'il ne s'agit pas seulement de reproduction :

H (coupe) : J'veux juste spécifier, excuse-moi...

M : Oui. Pas d'soucis.

H : J'veux pas dire nécessairement santé reproductive parce que j'ai un- un problème avec ce terme.

M : Ok.

H : C'est aussi santé sexuelle parce que... la santé des femmes n'est pas nécessairement en lien avec la reproduction.

Elle ajoute également que la gynécologie ne touche pas que les femmes : « Mais quand j'dis des femmes, je sais très bien que je pourrais voir euh des hommes trans qui auraient encore besoin de ces services. En pensant à élargir la définition. ». Ariane s'interroge d'ailleurs sur la terminologie à utiliser si l'on veut pouvoir inclure les personnes trans : « C'est les soins d'santé euh, (souple) pour les organes euh typiquement dits féminins là t'sais mais j'pense que dans l'contexte des soins trans particulièrement peut-être que y'a une nouvelle terminologie à utiliser mais... ».

En effet, parler d'organes génitaux « féminins » semble peu adéquat dans ce contexte.

D'une part parce que l'on parle d'organes génitaux appartenant à des hommes, d'autre part parce que l'on peut avoir affaire, dans le cas de personnes trans, à des organes génitaux qui diffèrent de ceux des femmes cisgenres (parfois sous l'effet des traitements hormonaux et/ou chirurgies) : « faut qu'tu t'attendes aussi à c'que le corps des personnes trans soit pas c'que tu- pas des choses auxquelles tu t'attends nécessairement toujours » (Matthew, médecin de famille). Le fait d'intégrer les hommes trans dans la patientèle en gynécologie permet donc de questionner l'idée que cette discipline ait pour cible les organes génitaux « féminins ». D'ailleurs, les soignant·e·s ne se contentent pas d'agir sur ces derniers puisqu'ils ont aussi un rôle d'information et de prévention : « Sinon [...] l'aspect comme gynécologique en médecine familiale, souvent c'est le planning familial donc on discute de euh, des contraceptifs, ou stérilets ou avortement euh, santé sexuelle tout ça. » (Lauren, médecin de famille). La gynécologie, dans une vision plus extensive, ne s'appliquerait donc pas seulement aux organes génitaux féminins mais plus globalement à la santé sexuelle des patient·e·s.

Gynécologie vs santé sexuelle

Le terme de « santé sexuelle » semblait quant à lui plus large que celui de gynécologie. À travers cette définition, les participant·e·s sont allé·e·s plus loin dans l'exploration des divers aspects se trouvant au carrefour entre santé et sexualité.

[...] j'donne un exemple : une f- une femme qui va rentrer pour euh une histoire de contraception, c'est d'la santé sexuelle parce que justement, on aborde un sujet qui est- qui a trait à sa sexualité puis c'est- c'est ça qui a trait à sa santé à elle, sa santé physique. (Matthew, médecin de famille)

La « santé sexuelle » est un champ plus large que la gynécologie car selon Lauren « ça a rien à faire avec le genre ». En effet, celle-ci touche tous les individus, quel que soit leur genre. De plus, selon Matthew, la santé sexuelle « regroupe plus que des organes génitaux ». Quand il parle de santé sexuelle, il inclue également l'impact qu'un

problème physique peut avoir sur la sexualité (et pas seulement sur la reproduction). Il pointe aussi l'aspect psychologique en donnant l'exemple d'une personne ayant subi des traumatismes pouvant affecter sa vie sexuelle. Enfin, pour Ariane, la santé sexuelle dépasse le cadre de la médecine puisqu'elle concerne également les « soins personnels que les gens font dans leur vie personnelle et sexuelle. ».

Finalement, lorsqu'on parle de santé sexuelle, les participant·e·s évoquent à la fois des aspects physiologiques mais aussi émotionnels, psychologiques. Plutôt que de parler seulement de problèmes de santé touchant les organes génitaux, on va plutôt parler des facteurs qui affectent la sexualité : « Mais aussi on discute souvent des problèmes érectiles par exemple, des problèmes de douleurs lors des relations sexuelles, les problèmes de difficultés de- d'orgasme. » (Lauren, médecin de famille). La prévention et les dépistages des ITS sont par exemple des points importants dans la santé sexuelle et ne concernent effectivement pas le seul cadre médical et féminin. Cependant, on pourrait interroger cette distinction nette entre gynécologie et santé sexuelle et se demander à partir de quel moment un enjeu qui touche à la santé sexuelle n'entre plus dans le cadre gynécologique. La réponse la plus évidente serait la limite de genre, auquel cas la gynécologie se restreindrait à la santé des femmes lorsque la santé sexuelle impliquerait tout le monde. Peut-être pourrait-on également circonscrire la gynécologie par son champ d'action : celle-ci ne concernerait que la sphère médicale tandis que la santé sexuelle concernerait aussi la sphère personnelle et les pratiques quotidiennes. Ou bien encore, par son approche : la gynécologie aurait une approche plutôt physiologique de la sexualité tandis que la santé sexuelle engloberait aussi l'aspect psychologique, la question du plaisir et des pratiques. Finalement, en cherchant à élargir la définition « classique » de la gynécologie, les participant·e·s se rapprochent de la définition qu'ils donnent de la « santé sexuelle », comme si cette dernière notion permettait de s'affranchir du cadre restrictif de la gynécologie et donc d'adopter une pratique peut-être plus inclusive. Cette manière qu'ont eue mes interlocuteur·rice·s de définir la gynécologie de manière « classique » pour ensuite en questionner les limites

fait d'ailleurs écho à la façon qu'iels ont eu par la suite de me présenter l'approche médicale à laquelle iels adhéraient en se distinguant d'une approche médicale « classique ».

6.3.2. Le rejet de l'approche classique

Les participant·e·s, en discutant de l'approche de la santé sexuelle qu'iels adoptaient, l'ont souvent fait en opposition avec une approche qualifiée de « traditionnelle », « typique » ou « standard » : « [...] on essaye de pas faire une clinique médicale typique. » (Hélène, infirmière). Ainsi se dessine en trame de fond une critique de l'institution médicale dans sa forme classique, dont les participant·e·s tentent de se distinguer.

Critique de l'hégémonie médicale

La médecine classique est souvent présentée par les participant·e·s comme étant rigide. Cela se manifeste notamment par une forme d'hégémonie médicale où le/la médecin est présenté·e comme celui qui sait tout et qui prend les décisions. Ainsi, ce que Hélène appelle « clinique médicale typique » est une clinique « médicalisée ça veut dire euh que la médecin est... est celle qui décide. Ça c'est, pour moi c'est médicalisé ». Elle dit également qu'elle cherche à ne pas avoir une approche trop « académique ou vraiment robotique » ce qui semble sous-entendre que la médecine, telle qu'elle est enseignée apparaît comme automatisée et inflexible. Sandrine explique que dans sa clinique, l'approche cherche avant tout à réduire les risques plutôt que de partir du principe que le/la soignant·e a la solution. Aussi, elle semble critiquer le fait que ses études d'infirmière soient axées sur la prise en charge de l'autre (sous-entendu que l'autre n'a plus de pouvoir de décision). Matthew se montre lui aussi critique d'une approche trop interventionniste de la médecine et défend plutôt la liberté des patient·e·s. Il dit ainsi

que ceux-ci peuvent désormais refuser des examens, que l'on ne leur impose plus des soins comme c'était le cas avant :

La santé [ce n'est] plus quelque chose qu'on dicte, les médecins [...]. On n'est plus des- des- justement comme j'disais, la notion de- d'être patriarcal là c'était beaucoup ça dans l'passé en médecine où l'médecin disait quoi faire puis c'était- c'était euh- c'était ça ou rien d'autre et pis tu t'ferme la yeule puis bla bla. De nos jours on- t'sais on sait que la moitié des pilules pour les hypertensions sont pas prises par le patient. Pourquoi ? Probablement parce qu'on discute pas assez t'sais. (Matthew, médecin de famille)

Critique de la prescription systématique

Comme le soulève Matthew, cette rigidité médicale semble s'accompagner d'une forte tendance à prescrire à tout prix des traitements que les patient·e·s ne prennent pas. Selon Sandrine, les médecins prescrivent les traitements pour se donner bonne conscience sans chercher à savoir ce que les patient·e·s en font après.

Tandis qu'y'a des places on dirait que pour soulager la conscience les gens ils veulent prescrire de quoi absolument puis ils vont faire... t'sais après qu'elle prenne ou pas ça leur appartient plus mais ils vont avoir l'impression d'avoir faite la bonne chose en prescrivant quelque chose... (Sandrine, infirmière)

Là encore, ce qui est reproché à certains médecins (et à l'approche médicale classique), c'est d'appliquer de façon rigide les protocoles sans chercher à s'adapter aux besoins et situations des patient·e·s. Le/la soignant·e, en voulant imposer des soins perd finalement l'effet recherché puisque le/la patient·e ne suivra pas les prescriptions dès lors que l'autorité médicale n'aura plus de contrôle direct.

Critique de la normativité médicale

Un autre point que critiquent les participant·e·s, c'est la normativité et le conformisme présents dans le milieu médical. Selon Matthew, l'école de médecine enseigne la

méthode « traditionnelle ». Ainsi, les normes sociales (comme les normes de genre) sont reproduites dans l'enseignement plutôt que d'être interrogées. Matthew explique qu'on lui a appris qu' « un homme c'est ça ça ça ça, puis une femme c'est ça ça ça ça. ». Hélène pour sa part se rappelle d'une professeure dont le discours était très stigmatisant pour les hommes gays :

Et le professeur euh disait euh... parlait d'un cas qu'elle a lu que c'étaient deux hommes gays et que le partenaire avait pénétré la stomie¹⁵ après que l'anus avait été cousu, il avait pénétré la stomie et tout. Et c'est ça wash ! Wash ! Wash ! T'sais. Puis là elle avait dit "faut dire à nos patients gays de pas faire ça". Mais... Ok c'est comme t'as vu un cas dans un livre de quelqu'un qui a fait ça mais c'est quoi la sexualité gay en général ? Qu'est-ce que tu dirais à ton patient qui vient de perdre une partie importante de sa vie se- mais premièrement tu sais pas si c'était une partie importante de sa vie sexuelle la pénétration anale. Faque tu t'informes. (Hélène, infirmière)

Cet enseignement peut ensuite avoir des conséquences sur les pratiques puisque les praticien·ne·s ne sont pas formé·e·s à appréhender convenablement des situations qui sortent des normes. Il revient donc aux médecins de faire la démarche de se questionner et d'adapter le savoir qui leur a été transmis (ce que tou·te·s ne font pas).

La normativité ne concerne pas seulement le contenu de l'enseignement, elle s'applique également aux individus qui étudient en médecine. Matthew critique ainsi le fait que l'on force les étudiant·e·s à entrer dans un moule :

C'est un peu la même chose quand on est en médecine on est *trainés à fitter* un moule euh à bien paraître, à étudier, à bien parler, à bien vulgariser, à bien faire ça, comment bien poser ces questions-là. [...] C'est parce que on s'fait constamment surveiller pour comment on est puis on essaye de- d'être

¹⁵ Stomie : déviation d'un conduit naturel comme l'intestin qui va généralement permettre un embranchement à une poche au niveau du ventre. Cette chirurgie est généralement pratiquée lorsqu'il y a des lésions importantes de l'intestin.

conformes dans cette conformité là. Puis on célèbre pas justement l'approche différente de quelqu'un. (Matthew, médecin de famille)

Selon lui, la réussite des étudiant·e·s repose plus sur leur capacité à se fondre dans le moule plutôt que sur leurs compétences réelles : « C'est pas nécessairement parce qu'[une personne] est plus intelligente qu'elle va s'ramasser en chirurgie par exemple. ». Finalement, les futur·e·s praticien·ne·s sont poussé·e·s à devenir des « médecins standards », ce qui est ensuite renforcé par les décisions politiques, comme l'explique Lauren : « Barrette présentement veut que tous les médecins d'famille soient comme le standard du médecin d'famille : en bureau tous les- tous les jours, qu'ils voient des patients normaux pour des suivis d'médecine familiale euh... et fassent du sans rendez-vous. ». Lauren explique ainsi que certaines spécialisations sont particulièrement encouragées (gériatrie, traitement du diabète) tandis que les spécialisations auprès des personnes les plus vulnérables (personnes trans, réfugiées, toxicomanes) restent très marginales.

Critique de la hiérarchie

Par ailleurs, le milieu médical, dès l'entrée en école de médecine, est un milieu très compétitif et hiérarchisé. Matthew dénonce le fait que la relation entre étudiant·e·s et médecin soit fortement marquée par la hiérarchie, ce qui, d'une certaine manière, ne permet pas la remise en cause du savoir : « [...] ça nous apprend la méthode traditionnelle mais souvent c'est, c'est pas tant ça qui est un problème plus que t'sais le- l'espèce de... On est toutes des p'tits étudiants qui suivent le grand médecin euh, la hiérarchie, [...] ». De plus, cette hiérarchie s'instaure aussi entre les différentes professions médicales : la place de chirurgien par exemple est perçue comme plus prestigieuse que celle de médecin de famille, ellui-même étant hiérarchiquement au-dessus des infirmier·e·s. Cette hiérarchie s'observe d'ailleurs en pratique puisque les infirmières s'adressent généralement aux médecins en cas de doute et leur confient les cas plus sérieux. A l'inverse les médecins délèguent parfois des tâches aux infirmières :

« même si les nouveaux- les nouveaux- les nouveaux médecins on est moins à l'aise avec ça¹⁶ faque souvent on délègue aux infirmières. » (Matthew, médecin de famille),
 « Et euh... ensuite euh, je prépare la salle pour la rencontre avec la médecin. » (Hélène, infirmière).

On voit donc que les participant·e·s cherchent à se distinguer d'une démarche médicale hégémonique qui ne ferait qu'appliquer des protocoles et défendent au contraire une approche moins rigide et plus centrée sur la personne : « C'est- c'est- c'est- c'est... l'organe, le *target* au niveau des soins physiques mais au niveau de l'approche et tout ça c'est pas l'organe c'est la personne. » (Hélène, médecin de famille)

6.3.3. Une tension entre égalité et particularité

Les participant·e·s défendent en effet une approche plus souple de la médecine qui permette d'inclure tout le monde tout en tenant compte des spécificités de chacun. Ainsi, si les participant·e·s expriment la volonté de traiter tout le monde de façon égale, iels cherchent à le faire tout en tenant compte des différences de chacun. Nous allons donc chercher à comprendre de quelle manière ces notions d'égalité et de différence peuvent s'articuler dans les pratiques médicales.

Traiter tout le monde de manière égale

L'idée d'égalité semble être quelque chose qui sous-tend le discours des praticien·ne·s que j'ai interrogé·e·s. En effet, comme nous l'avons vu plus tôt, le fait d'offrir des soins

¹⁶ Matthew fait ici référence au fait de pratiquer des prises de sang pour des personnes séropositives, ce que personne ne voulait faire à une époque où le Sida était très stigmatisé. Dans sa clinique au contraire les médecins avaient une fierté à exercer ces prises de sang pour montrer leur engagement auprès des personnes séropositives. Il explique que les nouveaux médecins sont cependant moins à l'aise à pratiquer ces prises de sang et délèguent alors cette tâche aux infirmières.

accessibles à tou·te·s est souvent un moteur qui les a poussé·e·s à se spécialiser auprès de la population trans. On souhaite ainsi pouvoir accueillir tout le monde de façon à ce que chacun se sente à l'aise, sans jugement donc également sans insister sur la différence de chacun comme le souligne Sandrine :

Puis, dans l'fond c'qu'ils veulent c'est des, t'sais des bonnes personnes non jugeantes pour les, pour dans l'fond les recevoir parce que, ça ajoute quand t'es malade, que tu vas voir un médecin puis en plus de t'ça tu sens que la personne en face de toi elle t'juge, elle a pas d'ouverture puis... [...] Faque on est une place qu'on aime les accueillir différemment.

Il semble donc important de traiter les patient·e·s trans comme n'importe quel·le autre patient·e car, comme le souligne Emmanuelle, « ils aiment pas ça s'faire mettre dans des cases. ». D'ailleurs, Ariane renforce cette idée que les personnes trans soient des patient·e·s comme les autres, avec les mêmes besoins : « Pour les hommes trans euh, besoins spécifiques... J'aurais tendance à dire non dans l'sens où les hommes trans ont besoin de- d'examens de routine comme les autres personnes qui ont leurs organes gynécologiques. ». Dans cette perspective, les praticien·ne·s cherchent à traiter les patient·e·s de façon égale : « J'veux, t'sais j'veux que les gens soient traités comme tout l'monde. » (Hélène, infirmière.). Ainsi, Emmanuelle explique qu'elle pose les mêmes questions aux personnes trans qu'aux personnes cisgenres, qu'elle donne les mêmes conseils : « Mais honnêtement ça ressemble à t'sais- y'a rien qui est différent de mes conseils euh... [...] cisgenre là, vraiment. ».

Pourtant, Sandrine reconnaît que cette idée de traiter tout le monde de façon égale a des limites. Ainsi, elle se rend compte de son erreur qui a été de croire que cette égalité de traitement suffirait à pouvoir accueillir les personnes trans :

Parce que j'me disais oh, va avoir un traitement, c'est sûr parce que nous tout l'monde est traité égaux t'sais y'a pas d'préjugés faque j'étais comme "Ah ! ça va ben aller !". Ouais non, y'a comme une affaire de base qui est d'habitude y'a pas d'gars (rire) faque t'sais si tu fais rentrer un gars, sois sûre

au moins qu't'avisés l'équipe ! Faque on a comme oublié ça tu vois on a manqué notre coup. (Sandrine, infirmière)

Dans cet extrait, elle pointe du doigt le fait que pour pouvoir traiter tout le monde de façon égale, il faut parfois faire certains ajustements pour s'adapter aux situations particulières, afin d'éviter justement que la personne se sente exclue de par sa différence.

Mais reconnaître les besoins spécifiques

Les participant·e·s ont en effet reconnu que malgré les nombreux besoins que les personnes trans partagent avec le reste de la population, elles ont aussi des spécificités qui nécessitent de prendre certaines précautions. Ainsi, les participant·e·s ont généralement expliqué qu'iels adaptaient leurs pratiques pour les rendre plus accessibles aux personnes trans. Par exemple, dans la clinique de Matthew, le personnel essaie d'être vigilant sur les pronoms utilisés et sur l'approche des personnes trans : « On essaye [...] de faire attention quand ils savent que c'est une référence pour une personne trans de- d'être euh... [...] de faire attention à c'que- aux pronoms qu'ils utilisent, comment ils abordent la personne... ». Matthew prend également plus de précautions lors des examens gynécologiques : « Faque tu fais plus précautieusement chez ces personnes-là parce que justement y'ont des- t'sais des insécurités par rapport à leur corps. ». La contraception fait elle aussi l'objet d'une adaptation :

Si c'est vraiment pour un besoin d'contraception euh... Souvent ce que j'propose c'est soit le Depo-provera ou le euh... ou le stérilet, surtout en hormones parce que les hommes trans veulent pas prendre de l'œstrogène donc c'est comme, souvent j'peux expliquer toutes les options mais euh... Souvent c'est ça qu'ils- qu'ils choisissent. Ou bien comme d'autres options non-hormonales. (Lauren, médecin de famille)

Cependant, si les praticien·ne·s reconnaissent certaines spécificités aux personnes trans, elles ajoutent qu'il y a aussi des différences entre les personnes trans et que ce serait une erreur d'appliquer une procédure à toutes les personnes trans : « Faque là j-,

c'est là qu'j'ai rencontré plein d'personnes différentes euh avec des parcours différents » (Matthew, médecin de famille), « Puis chaque personne est très unique donc y'a pas une approche *one size fits all*. » (Ariane, médecin de famille), « J'me vois pas dire "ok tu es trans donc faut qu'j'te mette dans telle position ou..." » (Hélène, infirmière). Finalement, il semblerait que les spécificités et donc le besoin d'adaptation tiennent moins à une catégorie de population qu'à des individus, tous différents.

L'égalité de tou-te-s dans la particularité de chacun-e

Les patient·e·s sont effectivement tou-te·s différent·e·s et chacun a des besoins spécifiques, comme l'explique Hélène : « Euh... Comme toute personne est un individuel. Toute personne a besoin d'un soin spécifique à lui ou à elle ou à eux donc euh... oui. ». Ainsi, les participant·e·s prônent plutôt une approche personnalisée qui, plutôt que d'appliquer des procédures automatiques, va plutôt chercher de nouvelles manières de s'adapter à chaque patient·e : « une approche plus personnalisée que globale, ça veut dire que on n'applique pas toutes les mêmes- les mêmes façons avec toutes les mêmes personnes. On peut changer notre approche selon la situation. » (Hélène, infirmière). Lauren explique ainsi que les soins sont centrés sur l'individu. Celui-ci devient alors le point de départ de la procédure de soins : « Euh... Et c'est ça la médecine familiale, c'est vraiment c'est comme... [...] *Patient centered care*, ben... les soins centrés sur la personne là sur la patiente c'est comme l'une des... des valeurs fondamentales de la médecine familiale. ». Finalement, on cherche à comprendre les besoins de chacun plutôt que de vouloir catégoriser les patient·e·s et appliquer les procédures qui y correspondraient. Ainsi on ne va pas présumer des spécificités d'une personne et de ses besoins du fait qu'elle appartienne à une catégorie de population :

Puis moi si la personne répondait pas assez, j'serais incapable de savoir le genre de pratiques là. T'sais j'veux dire. C'est variable d'une personne à l'autre de toute façon. Mais t'sais j'ai... j'ai pas de... c'est ça j'ai pas de référent t'sais, est-ce que la pénétration vaginale a encore sa place si c'est un homme trans ? Je sais pas t'sais. Y'a-tu des grands classiques euh, ben

du monde le sache puis moi je le sais pas ? Aucune idée. (Sandrine, infirmière)

Pour mieux s'adapter, les praticien·ne·s s'appuient donc sur des éléments factuels, en posant par exemple des questions très concrètes à tou·te·s les patient·e·s pour mieux comprendre leurs pratiques et leurs besoins : « Euh, j'pense que l'approche là-dessus c'est : c'est quoi les organes présents ? C'est quoi les pratiques sexuelles ? Parce que, qu'il soit une personne cis, soit une personne trans on ne peut pas assumer les pratiques sexuelles de quelqu'un. » (Ariane, médecin de famille)

Reconnaître que chaque individu est différent a pour double effet de permettre d'assouplir les pratiques médicales (en rejetant l'idée d'avoir des procédures systématiques) et de ne pas faire une distinction entre un groupe marginalisé et les autres. On part du principe que c'est au médecin de s'adapter à chaque patient·e et donc cela permet de mettre la responsabilité de l'accessibilité sur les professionnel·le·s de la santé et non sur les patient·e·s. Ce n'est plus le/la patient·e·s qui n'est pas adapté au système mais le système qui n'est pas adapté aux patient·e·s. « Euh est-ce que les médecins ont besoin de compétences particulières, oui. Euh ça c'est clair mais est-ce que les patients ont des besoins particuliers non. J'pense que les patients ont les mêmes besoins que une autre personne. » (Ariane, médecin de famille). Finalement, l'enjeu ne porte pas vraiment sur les patient·e·s qui seraient différent·e·s mais plutôt sur les médecins qui doivent avoir des compétences spécifiques permettant d'accueillir tout le monde.

6.3.4. Un renversement de la relation praticien·ne - patient·e

La figure du médecin autoritaire est donc petit à petit remplacée par celle d'un·e soignant·e au service et à l'écoute de ses patient·e·s. Ces derniers ne sont plus des « cas » à traiter sur lesquels le/la praticien·ne agit mais bien des individus exprimant

des besoins, des objectifs. Aussi le/la soignant·e, afin d'adapter ses soins, doit reconnaître leur capacité à exprimer leurs besoins. Les patient·e·s ont donc un savoir à transmettre aux soignant·e·s qui doivent perpétuellement réviser leurs connaissances à leur contact. La relation qu'entretiennent soignant·e·s et patient·e·s prend donc une tout autre couleur.

La relation comme enjeu central

Lors des entretiens, il est ressorti que la relation entre praticien·ne·s et patient·e·s avait une grande importance, comme l'explique Lauren : « Et la relation entre les patientes et le médecin c'est aussi fondamental. ». Le/la soignant·e n'est donc pas seulement quelqu'un qui traite mais aussi une personne avec qui l'on construit une relation de confiance : on se confie à ellui, on la/le laisse ausculter son corps, on s'en remet à son expertise. Sandrine explique ainsi qu'elle cherche à créer un lien avec ses patient·e·s en leur offrant un environnement où iels se sentent respecté·e·s et où iels auront envie de revenir : « Les femmes se sentent, dans l'fond euh... Ben en fait elles se sentent respectées puis on a beaucoup d'femmes qui reviennent faque j'pense que ça nous prouve aussi que ça fonctionne, le lien là... ». Pour pouvoir développer un lien d'honnêteté avec ses patient·e·s, Sandrine, leur offre un espace où le refus est accepté : « Moi euh, j'ai pas envie qu'elle parte avec une méthode qu'elle va pas utiliser. J'préfère qu'on ait développé un lien honnête pis qu'elle m'dise "j'en veux pas" ». Pour Lauren aussi, ce lien est important, c'est pourquoi elle exprime sa préférence à travailler auprès de « ses » patient·e·s avec qui elle peut développer une relation plutôt qu'avec des inconnu·e·s au sans rendez-vous :

[...] j'aime plutôt les... les suivis avec mes propres patients parce que j'ai la chance de comme... les connaître un peu. De développer un peu de relation.
[...] Ça c'est avec mes patients qui sont enregistrés à moi-même, c'est les personnes que je vois de façon comme répétitive. Je les vois en suivi, je développe une- comme une relation de confiance avec. Et c'est ça qui est beau avec la médecine familiale, c'est... Ça devient plate de seulement voir

des- des étrangers au sans rendez-vous avec qui j'avais comme jamais les revoir. (Lauren, médecin de famille)

Cette relation durable et plus profonde avec les patient·e·s est importante car elle permet un suivi régulier et donc une prise en charge plus holistique :

Bah, les trans honnêtement c-c'est rare que j'les prends pas en charge parce qu'j'avais les voir aux trois mois [...]. Euh donc j'fais en fait toute, j'fais comme un peu le rôle de l'endocrinologue [...] mais en plus le rôle du médecin d'famille. Donc j'prends en charge pas mal la-le patient dans... dans toute sa globalité là. (Emmanuelle, médecin de famille)

Le suivi régulier permet ainsi d'avoir une meilleure vision des besoins des patient·e·s. Les médecins peuvent ainsi savoir à quel moment il faudra leur faire passer certains examens préventifs. Cela a aussi l'avantage d'installer une confiance graduelle et de laisser le temps aux soignant·e·s de préparer leurs patient·e·s à des rencontres jugées plus délicates (lorsqu'il faudra aborder des questions de sexualité, ou pratiquer un examen gynécologique par exemple) :

Euh ben (tousse) en général comme j'vois mes patients assez régulièrement euh j'avais les aviser quand ils sont dûs pour faire leur examen pelvien de routine. Euh en général pour les Pap test si c'est toujours des Pap tests qui ont été normaux c'est aux deux trois ans. Donc en général ça nous donne le temps de prévoir d'avance quand est-ce qu'on va discuter de la santé pelvienne. Des fois les gens veulent le faire le jour même. Des fois ils préfèrent le faire ultérieurement pour se préparer donc euh, on fixe un temps adéquat là. (Ariane, médecin de famille).

Les praticien·ne·s cherchent donc à établir une relation d'accompagnement. Contrairement à l'approche classique que les participant·e·s ont dénoncée, le/la médecin ne fait plus figure d'autorité. Iel est là au contraire pour soutenir les patient·e·s dans la gestion de leur santé. Matthew explique par exemple qu'il les encourage lors des examens gynécologiques : « Dès qu'tu dis "Bon, ça va faire mal présentement. Est-ce que t'es prêt ?" Faque là tu motives la pers- c'est un peu euh c'est comme un peu un coach dans l'aspect gynécologique. ». Hélène également défend cette posture d'accompagnement en cherchant à être présente pour répondre aux besoins de ses

patient·e·s :

L'approche c'est vraiment une approche euh... Genre euh... On n'est pas là pour euh, on est là pour vous accompagner. Dans l'sens que vous avez des questions, vous avez besoin des services, on est là pour vous informer, pour vous aider autant qu'possible ou vous référer. (Hélène, infirmière)

Le/la soignant·e apparaît finalement comme étant un·e guide au service du/de la patient·e. Iel ne va pas le/la forcer à suivre telle ou telle démarche pour prendre soin de sa santé mais va plutôt chercher à l'accompagner dans ce cheminement en établissant un lien de confiance et en étant présent·e pour répondre à ses besoins.

La remise en question des praticien·ne·s

Nous avons vu que les participant·e·s rejetaient une posture hégémonique de la médecine où tout le savoir est détenu par l'autorité médicale. Dans la pratique, cette rupture dans l'approche se manifeste par le fait que les praticien·ne·s démontrent une capacité à reconnaître leurs erreurs et à exprimer leurs doutes auprès des patient·e·s. Selon Lauren, il est en effet nécessaire de ne pas prendre pour acquis que l'on sait tout si l'on veut ouvrir son champ de connaissances :

On a besoin de l'intérêt et l'exposition et la connaissance de c'est quoi les enjeux trans en général. Et comme la sensibilité de ne pas comme prendre pour acquis que tu sais c'est quoi la situation pour les personnes trans. (Lauren, médecin de famille)

Prendre conscience de ne pas tout savoir peut d'une part pousser les praticien·ne·s à se renseigner pour mieux comprendre les besoins des personnes trans ; d'autre part, cela leur permet de reconnaître qu'iels puissent se tromper, et dans ce cas-là, de s'excuser. Quatre des participant·e·s ont ainsi évoqué, au cours de l'entretien, des situations, où iels sont amené·e·s à s'excuser auprès des patient·e·s. Matthew par exemple reconnaît qu'il lui arrive encore de faire des erreurs de pronoms ou de prénom, ce qui le met particulièrement mal à l'aise. Dans ce genre de situation, il n'hésite pas à s'excuser

auprès du/de la patient·e :

Je sais qu'j'ai encore plein d'choses à apprendre. Pis, ça m'arrive encore de- des fois de m'tromper dans l'pronom, j'm'excuse toujours à chaque fois puis j'me sens vraiment mal. Ou euh... D'oublier le nom qu'ils préfèrent utiliser. Ca m'a- ça m'arrive, puis à chaque fois que j'le fais c'est comme moi qui m'excuse. (Matthew, médecin de famille)

Hélène pense d'ailleurs qu'il est inévitable de faire des erreurs et que la meilleure approche possible consiste donc à savoir se remettre en question et s'excuser auprès des patient·e·s. Ainsi – et cela rejoint l'idée de développer une relation de confiance et d'honnêteté – il semble important pour les praticien·ne·s de pouvoir exprimer aux patient·e·s leurs doutes et questionnements :

Et j' imagine que la meilleure approche c'est d'être soi-même et de poser les questions et d'avouer notre- notre- *our lack of knowledge*. [...] Écoute, j'veux dire, "quel pronom t'aimes utiliser ?" Ok, bon. Ok. Euh "Quel service t'as besoin aujourd'hui ? Euh, ton inquiétude, qu'est-ce qui te fait penser que... ?" t'sais, c'est ça. C'est- c'est, dis-moi c'que tu as besoin puis j'vais passer voir qu'est-ce qu'on peut faire pour t'aider. (Hélène, infirmière)

On voit ici qu'Hélène envisage de poser des questions à ses patient·e·s pour mieux comprendre leurs besoins. En faisant cela, elle les reconnaît alors comme des personnes compétentes qui ont un savoir à transmettre au/à la soignant·e et qui peuvent ainsi l'aider à mieux les soigner.

Le/la patient·e comme source de savoir

Les patient·e·s sont en effet vu·e·s comme détenteur·trice·s d'un savoir : « t'es toujours la- le plus expert sur ta propre santé » (Lauren, médecin de famille). Lauren explique que souvent, se sont elleux qui vont être un déclencheur pour que le/la médecin se renseigne sur les enjeux qui leurs sont propres. Par exemple, un·e médecin ayant un·e patient·e qui souhaite commencer une hormonothérapie va se renseigner sur les traitements hormonaux. Mais au-delà même de pousser les médecins à acquérir de

nouvelles connaissances, les patient·e·s peuvent être elleux-mêmes source d'apprentissage, comme le souligne Ariane – non sans reconnaître le poids que cela peut parfois représenter.

Euh j pense que le plus gros de mon- de mon apprentissage ça a été au contact des patients. Et j'ai été chanceuse euh, que mes patients ont été très volontaires à m'éduquer. Malheureusement j pense que c'est l'cas de beaucoup de professionnels de la santé puis le fardeau est sur le dos des patients. (Ariane, médecin de famille)

Ainsi, les participant·e·s sont souvent amené·e·s à interroger les patient·e·s pour adapter leurs pratiques. Finalement, en posant des questions et en reconnaissant que les personnes trans sont les plus à même de connaître leurs besoins, les praticien·ne·s les impliquent dans le processus de soin.

6.3.5. Vers une implication croissante des patient-e-s

L'approche médicale que proposent les participant·e·s est en effet une approche dans laquelle les patient·e·s semblent plus impliqué·e·s. Les soignant·e·s ne vont pas se contenter de « prendre en charge » les patient·e·s en leur disant ce qui est bon pour elles/eux ou en leur prescrivant des traitements de manière systématique. Il y a plutôt un dialogue qui s'engage où les patient·e·s sont impliqué·e·s pleinement dans le processus de soin. Iels sont vu·e·s comme responsables de leur propre santé et l'approche consiste à les amener à adopter les pratiques qui sont les plus adaptées à leurs besoins mais aussi à informer les patient·e·s pour leur permettre de faire des choix éclairés.

Des besoins définis par le/la patient-e

L'évaluation des besoins s'effectue de concert entre les patient·e·s et les praticien·ne·s. Cette évaluation commence lorsque ces dernier·e·s demandent quelle est la raison de

la consultation, ce qui va permettre de mieux l'orienter : « puis c'est elle en fait qui va nous dire c'qu'elle veut- la raison d'consultation. » (Sandrine, infirmière), « on va... dans la salle et je leur demande comme c'est quoi la raison qu'il ou elle est venu·e et on aborde les enjeux que la personne veut discuter. » (Lauren, médecin de famille). Afin de préciser la situation et les besoins des patient·e·s, les praticien·ne·s posent des questions, comme Matthew qui cherche à mieux comprendre où la personne est rendue dans son processus de transition pour savoir ce qu'il doit examiner :

[...] puis euh c'est bien aussi de questionner t'sais "où est-ce que tu en es dans ta transition ? Est-ce que t'es- est-ce que t'as subi des opérations ? Est-ce que- est-ce que t'as fait des interventions ? Est-ce que t'as fait des changements ?". C'est- j'pense ça peut "Est-ce que t'as encore des organes génitaux de naissance ?" euh où est-ce que t'sais, poser ces questions-là pour savoir un peu, ok, vers quoi est-ce que, sur quoi- qu'est-ce que j'examine ? (Matthew, médecin de famille)

Les questions portent également sur les pratiques afin de mieux évaluer les risques pris par les patient·e·s et donc d'adapter les dépistages en fonction de la situation. Selon Emmanuelle, les questions posées sont les mêmes pour tou·te·s les patient·e·s et permettent de recueillir des informations précises et factuelles sur les pratiques : « C'est pas mal ça en général on pose des questions générales qu'on pose à la population en fait. [...] Puis j'regarde, j'évalue le risque en fonction des réponses. » (Emmanuelle, médecin de famille), « Si j'veux un test pour la chlamydia, ok, "où est ton inquiétude au niveau d'la chlamydia ?", "Ah j'ai eu beaucoup d'relations orales.". Donc on va pas aller tester pour la chlamydia au niveau du col de l'utérus. » (Hélène, infirmière).

Au-delà de l'évaluation initiale des besoins en début de consultation, les praticien·ne·s vont tout au long de la consultation interroger les patient·e·s pour adapter leurs gestes et leurs pratiques. Cela peut passer par le fait de demander aux patient·e·s quelles sont les terminologies adaptées lorsque vient le moment de parler des organes génitaux ou encore interroger la personne sur ses préférences concernant le déroulement de la consultation :

C'est sûr que y'a toujours l'idée de savoir est-ce que la personne voudrait être seule pendant qu'elle se change. Puis si oui euh par exemple comment elle va me signifier qu'elle est prête à ce que j'ouvre le rideau ou que je réintègre la salle. Est-ce qu'elle va entrouvrir la porte ou est-ce qu'elle va dire quelque chose. Ensuite euh, est-ce que la personne veut du gel sur le speculum ou non, est-ce qu'elle voudrait que je réchauffe le speculum ou non, ça c'est des questions que j'demande. [...] Euh puis euh, ou j'demande à la personne t'sais combien d'explications ils veulent pendant la procédure. (Ariane, médecin de famille)

Finalement, il y a une sorte de négociation qui permet à la fois au/à la patient·e d'exprimer ses besoins et au/à la praticien·ne d'adapter ses pratiques. Plutôt que de suivre des protocoles qui ne peuvent prévoir toutes les situations, les participant·e·s essayent de s'adapter au cas par cas en précisant avec les patient·e·s quels sont leurs besoins spécifiques :

C'est un peu ça comme... du cas par cas dans l'fond. On n'a pas de protocole qui dit si quelqu'un veut garder son hijab qu'est-ce qu'on fait, si quelqu'un... t'sais, j'ferais pas un protocole sur comment recevoir une personne trans. C'est- c'est pas un protocole c'est une personne. (Hélène, infirmière)

Informé·e le/la patient·e

Informé·e le/la patient·e est aussi un moyen de l'impliquer dans la démarche de soins. En effet, les participant·e·s ont souvent souligné leur rôle d'éducation et d'information, à la fois pour rassurer les patient·e·s sur ce qu'on leur fait, mais aussi pour leur permettre de prendre des décisions éclairées quant à leur santé. Ainsi, Matthew, Lauren et Ariane essayent d'informer à chaque étape de la consultation : familiariser la personne avec le speculum, expliquer le but de l'examen, ce qu'ils vont observer. Lauren offre même la possibilité de voir son propre col dans un miroir :

Euh mais, moi j'discute toujours avant d'le faire, d'expliquer- discuter c'est quoi le processus et montrer le speculum. [...] Euh... J'essaye d'utiliser des mots comme, ben de leur dire exactement ce que je fais à chaque étape. Euh... Je leur offre comme un miroir aussi parce que y'a du monde- ben ça c'est... ben pour n'importe qui si la personne veut voir son propre col c'est

pas quelque chose qu'on peut voir normalement beaucoup donc j'pourrais leur offrir un miroir pour voir lors de l'examen pour être un peu plus impliqués et savoir un peu plus sur leur propre corps. (Lauren, médecin de famille)

Par cette démarche, les praticien·ne·s permettent aux patient·e·s d'avoir une meilleure connaissance de leur propre corps et de mieux comprendre la manière dont il réagit. Matthew et Ariane donnent ainsi des explications sur les effets que les traitements peuvent provoquer : « Souvent j'les avise, bon ben "si j'te prescris la testo ça s'peut qu'tu sois plus irritable, que ton anxiété augmente, ça s'peut qu'tu sois plus fatigué en fin d'dose, l'humeur peut changer." » (Matthew, médecin de famille). Informer les patient·e·s leur permet également d'avoir une meilleure compréhension des enjeux de santé et donc aussi de potentiellement mieux accepter les examens médicaux et les traitements qui leurs sont proposés : « Donc euh tu les prépares en leur disant un peu c'est quoi l'VPH¹⁷ puis c'est quoi un peu les conséquences sur la santé, puis que c'est important d'faire des Pap test aux deux à trois ans » (Emmanuelle, médecin de famille). En offrant ainsi aux patient·e·s un savoir sur leur corps et leur santé, les médecins leur donnent la possibilité de prendre des décisions éclairées et d'avoir un pouvoir sur leur propre bien-être. Ariane a d'ailleurs beaucoup insisté sur la notion de consentement éclairé qui est l'approche qu'elle utilise et qui consiste à s'assurer que le/la patient·e a suffisamment d'informations pour être en capacité de consentir aux soins proposés en toute connaissance de cause.

Essentiellement c'est que en consentement éclairé dès qu'on détermine que la personne est apte, puis ça prend beaucoup pour déterminer que quelqu'un est pas apte là t'sais faudrait par exemple être dans psychose vraiment active là. Euh, il faut s'assurer qu'on a donné toute l'information pour qu'la personne puisse faire un choix éclairé, c'est la partie éclairée du consentement [...]. Donc si la personne peut pas démontrer une compréhension des conséquences d'une hormonothérapie, à ce moment-là j'dois passer plus de temps à m'assurer qu'elle comprend. [...] puis la

¹⁷ Virus du Papillome Humain.

personne doit comprendre aussi qu'on connaît pas tout des effets secondaires. On n'a pas énormément de bonnes études longitudinales ben pour dire euh dans trente ans est-ce que vous allez avoir des problèmes cardio-vasculaires par exemple. Il faut que la personne puisse comprendre euh, l'apport euh le risque associé aussi. (Ariane, médecin de famille)

Responsabiliser le/la patient·e

Dans l'approche proposée par les participant·e·s, la décision ne dépend pas seulement du/de la professionnel·le de santé. Les soignant·e·s vont généralement proposer plusieurs options aux patient·e·s et c'est finalement à ces dernier·e·s que revient la responsabilité de faire un choix pour leur propre santé.

Aussi j'donne pour des dépistages ITSS j'donne toujours l'option de... Y'a trois options pour un dépistage. C'est soit un échantillon du col, que j'fait avec un examen de speculum. Ou bien un échantillon euh, fait par la personne elle-même. Euh, comme juste mis à l'intérieur et donc, et c'est presque aussi valable. Ou bien si les deux sont vraiment pas une option on peut toujours faire un test- dépistage urinaire qui est pas aussi eff- aussi sensible pour des euh... les personnes qui n'ont pas d'pénis (rire). (Lauren, médecin de famille)

Comme Lauren le suggère ici, il est parfois possible même de laisser le/la patient·e faire certaines actions par elle-même, ce qui l'implique encore plus dans la prise en charge de sa santé. Le dépistage des ITS peut ainsi être fait par auto-prélèvement dans certains cas, si la personne n'a pas de symptômes. De son côté, Ariane propose même à ses patient·e·s d'insérer elleux-mêmes le speculum : « La personne a toujours l'option aussi, par exemple d'insérer le spéculum lui même s'il le désire mais la plupart des gens préfèrent ne pas l'faire dans ma pratique. ». Le/la patient·e prend alors un rôle actif dans le processus de soin : iel mesure les informations qu'on lui donne, prend des décisions et a même parfois la possibilité de faire ellui-même certains gestes médicaux. Par ailleurs, en lui laissant plus de libre arbitre, les praticien·ne·s lui laisse aussi la possibilité d'exprimer ses limites et de prendre la décision de refuser des soins.

Respecter les limites

Les participant·e·s affirment en effet respecter le choix des patient·e·s de refuser un traitement ou un examen. À partir du moment où la personne est bien informée des conséquences, sa décision sera respectée puisqu'elle est considérée comme responsable et éclairée :

Donc, c'est toujours leur choix, c'est des choix éclairés donc si la personne ne veut pas faire un test Pap et comprend c'est quoi et on dépiste pourquoi et c'est quoi les risques et c'est quoi la raison qu'on fait ça et la personne le veut pas c'est- c'est toujours leur choix. (Lauren, médecin de famille)

T'sais c'est... J'pense que c'est important aussi de respecter les limites de la personne, t'sais d'offrir c't'examen là, expliquer pourquoi on l'fait. Puis si la personne est pas à l'aise avec ça, la personne est pas à l'aise avec ça. C'est son droit aussi. [...] c'est- c'est correct de refuser un examen gynécologique aussi. » (Matthew, médecin de famille)

Matthew souligne ici l'importance qu'il y a à respecter les limites des patient·e·s. Pour cela, il peut être nécessaire de s'adapter à leur rythme, de chercher des alternatives si la personne n'est pas confortable : « T'sais... Quelqu'un qui m'dit "j'suis pas confortable à cause de..." puis on va discuter ensemble qu'est-ce qu'on peut faire pour changer. » (Hélène, infirmière), de ne pas non plus forcer la discussion : « Si la personne me dit "je ne désire pas en parler aujourd'hui" c'est pas un problème. » (Ariane, médecin de famille) et aussi de laisser la possibilité à la personne de retirer son consentement à tout moment en mettant fin à un examen par exemple : « Euh, puis évidemment comme j'le disais tout à l'heure je rappelle à la personne qu'elle peut arrêter l'examen à n'importe quel moment puis ça ça va être respecté. » (Ariane, médecin de famille).

Ainsi, dans cette approche, l'individu n'est plus seulement traité comme un·e « patient·e » qui, comme son nom l'indique, subit un traitement. Au contraire, le rôle du médecin va être de l'outiller pour devenir actrice de sa santé. À l'écoute de ses propres besoins et pouvant désormais les exprimer, le/la patient·e s'informe sur sa santé

pour prendre des décisions éclairées, peut agir sur celle-ci et poser ses limites face au corps médical qui ne peut alors plus imposer ses pratiques.

6.4. Une évolution qui se heurte encore à des barrières

Ce mouvement d'implication des patient·e·s et donc aussi d'ouverture de la médecine à des pratiques plus souples et mieux adaptées se heurte toutefois à des barrières qui en freinent l'évolution. Je vais donc ici rapporter les difficultés auxquelles les participant·e·s ont dû faire face dans leur volonté de rendre leurs services plus accessibles. Nous verrons également de quelle manière les praticien·ne·s font face à ces difficultés et quelles sont les pistes sur lesquelles il serait, selon elleux, nécessaire d'agir pour permettre d'améliorer l'accessibilité des soins en santé sexuelle.

6.4.1. Des barrières personnelles

Le premier type de difficultés auxquelles peut se heurter un·e soignant·e dans la prise en charge des personnes trans, ce sont ses barrières personnelles. Qu'il s'agisse d'un manque de volonté liés à des préjugés et une réticence au changement ou bien d'un manque de confiance en ses capacités à accueillir une population sur laquelle on est peu informé, les barrières personnelles peuvent être un frein très fort dans la démarche d'adaptation des soins.

Préjugés, ignorance

Trois des participant·e·s ont évoqué l'ignorance et les préjugés des soignant·e·s comme barrière dans l'adaptation des services aux personnes trans. Dès sa formation pour devenir infirmière, Hélène a souvent dû se battre contre des préjugés sexistes et homophobes colportés par ses enseignant·e·s. Quand je lui demande si elle a souvent

été confrontée à ce type de comportements dans le milieu médical, elle s'empresse de me répondre : « Ah oui oui ! L'homophobie, euh la sexophobie euh, on s'endra même pas à la transphobie parce que... Quand j'suis devenue infirmière c'était en 2000 ben début des années 2000, euh... On n'en parlait pas là. » (Hélène, infirmière). Comme le souligne Hélène, les enjeux trans n'étaient pas une réalité que l'on évoquait dans le milieu médical dans les années 2000. Bien que le sujet commence doucement à se démocratiser, pour bon nombre de médecins, ces enjeux sont totalement en dehors de leur réalité, ce qui donne lieu à des incompréhensions et à une vision souvent altérée de ce que sont les réalités trans : « Y'a aussi les gens ben *straight*, ben trop normal qui comprennent pas toute mais... » (Sandrine, infirmière), « Euh c'est ça que j'ai réalisé, le monde assume que dès que t'es trans ben on va faire une transition hormonale puis on va faire une chirurgie puis on va avoir un- un pénis. » (Matthew, médecin de famille). Selon Matthew, cette incompréhension vient souvent du vécu personnel des soignant·e·s qui ne devrait pourtant pas influencer la pratique médicale :

Même chez les- même chez les grands médecins euh, sommités dans leur domaine, y'a encore beaucoup d'incompréhensions puis ça ça vient... beaucoup de- d'un *background* personnel que j'trouve dommage parce que c'est comme- en tant qu'médecin souvent on est confrontés à toutes sortes de personnes fait qu'on est- on est supposés être les plus objectifs possible puis quand on applique nos croyances, ça devient une- j'trouve une mauvaise pratique. (Matthew, médecin de famille)

Cette ignorance des réalités trans peut conduire à la négation des besoins de cette population, ce qui crée là encore une barrière importante pour rendre les soins accessibles. Une barrière qui, selon Hélène, pourrait tomber facilement par l'éducation et la formation aux enjeux trans :

Ca pourrait être la réticence euh... la réticence du staff à reconnaître le besoin. Euh une incompréhension de la- du vécu des personnes trans... Mais basé sur mes années ici euh, même l'incompréhension et la non reconnaissance du besoin euh ça tombe assez vite comme barrière lorsque y'a une bonne formation, une bonne discussion. (Hélène, infirmière)

Manque d'adaptabilité

La connaissance des enjeux trans n'est cependant pas suffisante pour permettre de modifier ses pratiques. Certain·e·s praticien·ne·s ayant déjà des habitudes dans leur pratique ont parfois du mal à les changer. Sandrine évoque ainsi les difficultés qu'elle a pu éprouver à utiliser les bons pronoms étant donné qu'elle a l'habitude de ne recevoir que des femmes cisgenres et que la venue d'une personne trans dans sa clinique était exceptionnelle. En fait, il ne suffit pas d'avoir la volonté de changer sa pratique, il s'agit aussi de déconstruire des habitudes pour en adopter de nouvelles. Aussi, certain·e·s soignant·e·s sont habitué·e·s à recevoir un type de population et ont du mal à s'adapter à une patientèle moins habituelle puisque cela nécessite de réviser leurs connaissances et de s'adapter à des problématiques nouvelles. Ainsi Ariane pense que des médecins qui voient rarement des personnes trans n'auraient « pas les mêmes réflexes par rapport à suggérer les moyens d'contraception. ». Pour sa part, Emmanuelle s'est chargée d'accueillir les femmes et les personnes trans dans sa clinique car elle avait des connaissances en santé des femmes et en hormonothérapie, ce qui n'était pas le cas de ses collègues :

Les médecins de l'Avenir étaient un peu plus âgés, étaient habitués avec leurs hommes gays, VIH et tout. Donc ils étaient pas très à l'aise avec, ben en général moins à l'aise avec les patientes femmes, et encore moins avec l'hormonothérapie des trans. (Emmanuelle, médecin de famille)

L'exposition à des patientèles inhabituelles lors de la formation pourrait donc permettre de palier à ce malaise que peuvent ressentir les praticien·ne·s lorsqu'ils sortent de leurs habitudes : « Mais c'est sûr qu'une journée ou deux de- juste de patients trans ça pourrait ça pourrait être super le fun là comme pratique comme cours en médecine de famille juste pour... » (Matthew, médecin de famille).

Peur de mal faire

Le fait de ne pas être habitué·e à travailler avec la population trans peut par ailleurs

créer une peur chez les soignant·e·s de mal faire, de ne pas être capable d'accueillir cette patientèle. Certain·e·s ne savent en effet pas quelle est la bonne attitude à adopter ni comment poser les questions :

Des fois c'est comme, juste, comment poser la question j'trouve c'est- c'est difficile pour certains médecins puis souvent c- t'sais c'est ceux qui ont pas l'habitude de travailler avec la clientèle trans qui ont d'la difficulté à poser ces questions-là par crainte soit de blesser la personne avec les questions un peu brusques ou mal posées » (Matthew, médecin de famille)

Sandrine rapporte ainsi que sa collègue était gênée de demander des précisions à la personne trans qui venait se faire poser un stérilet. Le malaise était d'autant plus grand qu'elle a en premier lieu commis l'erreur de l'accueillir comme un « accompagnant » puisque seules les femmes sont prises en charge dans cet établissement.

« Puis c'est d'être à l'aise après, t'es un peu mal à dire "mais pourquoi t'sais tu veux qu'est-ce tu veux t'sais ? Pas avoir de menstruations ou c'est parce que...". Elle a pas osé t'sais parce que, déjà qu'en lui disant "ah t'accompagnes qui ?". Faque. » (Sandrine, infirmière)

Pourtant, poser les questions est essentiel au/à la soignant·e·s pour mieux cerner les besoins des patient·e·s et pour leur offrir un service adapté.

Si lui il a un vagin mais il a pas d'relations avec quelqu'un qui a un pénis, ou il a un vagin mais il utilise juste son anus t'sais... Faque t'sais faut quand même que j'sache toute ça puis des fois c'est- je sens des fois qu'est un peu euh... Ca peut être des zones un peu particulières aux euh... [...] Mais en même temps, t'sais quand t'as un malaise, la meilleure chose c'est d'le nommer là. (Emmanuelle, médecin de famille)

Nommer le malaise où le manque d'assurance peut alors être une stratégie pour surmonter la peur de mal faire. C'est la stratégie que privilégie Hélène qui sait qu'elle peut faire des erreurs, ne « pas tout l'temps dire la bonne chose ». Bien qu'elle n'ait pas peur de reconnaître son manque de connaissances en posant des questions et en s'excusant « j'ai pas trop peur d'avoir l'air niaiseuse », elle exprime pourtant le fait qu'elle ne « [veut] pas avoir l'air niaiseuse. ». À travers l'ensemble de son discours, on

comprend que le sens qu'elle donne dans cette deuxième affirmation « j'veux pas avoir l'air niaiseuse » pourrait exprimer la peur, non pas de montrer un manque de connaissances mais plutôt de commettre une erreur comme elle l'a déjà fait dans le passé en raccrochant à un·e patient·e potentiel·le. Finalement, reconnaître son manque d'expertise permet de sauter le pas et de tenter d'entrer en dialogue avec la patientèle trans plutôt que de leur fermer la porte par peur de mal faire.

Manque de connaissances

Au bout du compte, Matthew pense que souvent, c'est avant tout le manque de connaissances qui crée un blocage chez beaucoup de praticien·ne·s : « Mais souvent c'est... J réalise c'est pas tant par malice qu'le monde euh que c'est difficile pour le monde de poser ces questions-là. C'est juste par euh parce qu'ils connaissent pas ça. ». Tout comme Matthew, Ariane constate ce manque de connaissances des professionnel·le·s de santé sur les enjeux trans, ce qui nuit fortement à l'accessibilité. En effet, les soignant·e·s se trouvent parfois démuni·e·s dans certaines situations où iels n'ont pas les connaissances suffisantes pour traiter le cas qui se présente à elleux :

On a vu une personne pis on savait même pas quoi faire avec la médication qu'y prenait t'sais. Parce que on n'est pas habituées fait qu'on était là : qu'est-ce ça fait ça la testostérone ? Ça bloque-tu vraiment l'ovulation ou ça fait que oui sa voix, sa pilosité j'comprends mais... (Sandrine, infirmière)

Si chaque participant·e a pu me citer plusieurs moyens d'accroître ses savoir sur les enjeux trans, Emmanuelle trouve toutefois qu'il n'y a pas beaucoup de ressources pour les médecins à ce sujet et m'explique qu'il n'y a pas de lignes directrices concernant la santé des personnes trans. Il est vrai que les ressources concernant les enjeux trans ne se présentent pas directement aux soignant·e·s et demandent parfois un effort de recherche. Pour pallier à ce manque de connaissances, les soignant·e·s utilisent alors diverses stratégies. Nous avons vu plus tôt que certain·e·s n'hésitent pas à questionner leurs patient·e·s et apprennent beaucoup auprès d'elleux. Mais les entretiens ont révélé

qu'il y avait d'autres sources d'apprentissage. Il est possible en effet de trouver des réponses dans les guides de pratiques, les lectures, auprès d'organismes communautaires ou bien même sur internet. Par ailleurs, cinq des participant·e·s ont évoqué l'apprentissage par les pairs. En effet, il arrive souvent que les soignant·e·s s'adressent à leur pairs en cas de questions ou de doutes : « puis si j'sais pas ben j'demande à un collègue. C'est toujours, c'est la même chose en médecine, toujours demander à un collègue si tu sais pas. » (Matthew, médecin de famille). Certain·e·s participant·e·s comme Matthew, Ariane et Lauren sont même devenu·e·s des personnes ressources lorsque leurs collègues avaient des questions concernant la santé trans :

[...] puis j'suis en contact courriel particulièrement avec les médecins qui sont en région. Pour les patients euh t'sais qui seraient trop loin pour se déplacer à Montréal. Ou des médecins qui veulent faire l'hormonothérapie eux-mêmes. Pas juste l'hormonothérapie mais la santé d'la personne trans eux-mêmes. Ils peuvent m'appeler, ils peuvent m'écrire des courriels. (Ariane, médecin de famille)

C'est un peu dans les manières informelles que ça va s'propager parce que... c'est avec elle et avec un autre médecin que j'ai eu ma formation et moi j'suis maintenant en train... c'est- c'est- ridicule que j'suis encore en formation moi-même mais j'suis en train de former d'autres... (Lauren, médecin de famille)

Face aux barrières personnelles que rencontrent les soignant·e·s, la meilleure stratégie reste celle de l'éducation et de la sensibilisation aux enjeux trans. Aussi, plusieurs des participant·e·s cherchent à faire ce travail pédagogique en discutant de ces enjeux avec leurs collègues, en donnant des formations (comme Lauren et Matthew) ou parfois en mettant en place des pratiques qui permettent de visibiliser les réalités trans :

T'sais j'veais essayer de sensibiliser le monde à ça puis dans mes notes j'veais écrire, quand c'est des personnes non-binaires, j'veais écrire, t'sais j'veais écrire euh t'sais souvent on parle “patient rapporte bla bla bla”, moi j'veais écrire “patient point E” (patient.e). (Matthew, médecin de famille)

6.4.2. Des barrières institutionnelles – organisationnelles

Le second type de difficultés que rencontrent les praticien·ne·s concerne les barrières institutionnelles. En effet, bien que les participant·e·s soient (à différents degrés) plutôt sensibilisé·e·s aux enjeux trans, leur bonne volonté se heurte parfois à des contraintes pratiques. En effet, les soignant·e·s ne disposent pas toujours des outils permettant une bonne prise en charge des hommes trans et se heurtent de surcroît à des freins institutionnels qui ont souvent pour conséquence d'exclure les personnes trans de la prise en charge médicale.

Manque de formation

Si les soignant·e·s ont parfois la sensation de manquer de connaissances, c'est probablement parce que la formation médicale ne les prépare pas aux enjeux trans. En effet, les six participant·e·s affirment que ces enjeux n'ont jamais été abordés lors de leurs études médicales. Lauren se rappelle toutefois avoir eu un cours abordant l'existence des personnes trans mais les questions de santé n'étaient pas discutées : « Eum... Y'avait pas de cours là-dessus du tout. J'pense que y'avait un cours sur comme la santé LGBT qui est comme l'existence trans (rire) a été comme abordée mais sans discuter, sans discuter les aspects médicaux. ». De manière plus générale, les participant·e·s soulignent que la formation médicale est très classique et ne forme pas à des patientèles spécifiques qui sortiraient de la norme : « Mais t'sais notre euh... Au Québec c'est pas, c'est pas formé vraiment sur des clientèles particulières là. [...] t'as pas- aucune formation spécifique t'sais pour accueillir des gens qui rentreraient pas dans un créneau ben... ben normal là. » (Sandrine, infirmière). Il apparaît en fait que la formation se concentre sur des points peu pertinents au détriment d'enjeux importants comme la sexualité :

J'ai faite trois crédits universitaires sur euh faire des tableaux t'sais comme faire des organigrammes t'sais apprendre à faire des organigrammes que

dans la vie tu fais pas ça quand t'es au service. Mais beaucoup moins d'temps à parler de choses comme la sexualité puis ces choses-là (sourire). Faque t'sais, tout c'qui est dépistage ITSS, comment l'faire puis quand l'faire puis comment traiter, c'est des formations qu'j'ai prises quand j'ai travaillé ici t'sais. (Sandrine, infirmière)

Finally, on voit que Sandrine a pu recevoir une formation aux enjeux de santé sexuelle grâce à la clinique dans laquelle elle travaille. Les praticien·ne·s souhaitant se spécialiser dans des domaines peu conventionnels doivent en effet chercher elleux-mêmes à se former, que ce soit par l'intermédiaire de stages, de formations, ou par la pratique sur le terrain : « Euh, donc moi j'ai vraiment, j'ai dû comme faire mon propre stage. J'ai comme trouvé des médecins avec qui travailler pour avoir cette expérience clinique. » (Lauren, médecin de famille). Selon Lauren, les programmes en médecine ont récemment changé mais lorsqu'elle a eu la possibilité d'offrir un séminaire optionnel sur les enjeux trans aux finissants de médecine, elle a alors constaté que les étudiant·e·s n'avaient en fait jamais abordé ces enjeux en quatre ans d'études. Selon elle, il serait important d'avoir plus d'exposition aux réalités trans lors du parcours en médecine. En effet, c'est seulement ainsi que les futur·e·s soignant·e·s pourront être confronté·e·s à une diversité qu'un séminaire ne saurait suffire à embrasser : « Euh mais la diversité est tellement grande, c'est pas quelque chose qu'on peut enseigner dans une conférence de deux jours. » (Ariane, médecin de famille).

Manque d'harmonisation

Si la formation et l'exposition aux enjeux trans semblent nécessaires, il serait important également, selon Ariane, d'harmoniser les pratiques médicales : « Euh, y'a un intérêt certainement à avoir des pratiques plus uniformisées puis plus conformes aussi. » (Ariane, médecin de famille). En effet, les pratiques ne sont actuellement pas standardisées, ce qui fait que les outils disponibles pour adapter les soins sont à la discrétion de chaque centre médical ou hôpital : « Euh, à ma connaissance, la plupart des grands hôpitaux ont pas eu des formations systématiques sur les enjeux trans »,

« puis, aussi c'est que les pratiques sont pas standardisées. Y'a des gens qui fonctionnent par consentement éclairé, t'en as qui fonctionnent avec références avec lettre de psychologue » (Ariane, médecin de famille). À cause de cela, il est difficile de garantir l'accessibilité de tous les centres médicaux pour les personnes trans. Dans certains lieux, des politiques seront mises en place pour assurer un meilleur service mais ça ne sera pas forcément le cas ailleurs.

À cela s'ajoute un autre problème, c'est que les soignant·e·s qui prennent en charge les personnes trans ne sont pas référencé·e·s, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de liste officielle¹⁸ qui recense les médecins spécialisé·e·s dans l'accueil de personnes trans. Il est donc difficile pour les patient·e·s de trouver des praticien·ne·s compétent·e·s, mais il est difficile également pour les médecins de savoir à qui référer leurs patient·e·s.

Donc euh, pour les patients, de devoir se trouver un médecin de famille c'est- c'est aller voir Projet 10, aller voir ASTTEQ puis leur demander "y sont où les médecins qui voient les personnes trans ?". Puis après ça appeler un à un puis demander "c'est quoi votre liste d'attente ? Est-ce que votre médecin prend encore des patients ? Comment est-ce que j'peux être référé ?". (Ariane, médecin de famille)

[...] l'histoire de centraliser les références c'est pour les médecins de famille qui voient une population absolument générale, qui suivent mille, mille cinq cents patients puis dans leur mille cinq cents patients y'ont un patient trans là t'sais disons pour le dire comme ça puis ils sont pas compétents pour partir les hormones, mais ces médecins de famille ne savent pas où référer leurs patients. [...] Puis y ont pas de façon de trouver un collègue qui connaît la transsexualité. C'est pas documenté nulle part avec la RAMQ. (Ariane, médecin de famille)

Pour remédier à ce problème, Ariane pense que la Régie de l'Assurance Maladie du

¹⁸ Les centres communautaires comme ASTTEQ font pour leur part circuler des listes de médecins « *transfriendly* » permettant aux patient·e·s de trouver un·e praticien·ne. Mais dans ce cas, le travail de recherche d'un·e médecin compétent·e repose sur les patient·e·s et sur la communauté trans alors que le système médical pourrait faire ce travail de référencement pour faciliter l'accessibilité des soins.

Québec (RAMQ) devrait référencer les médecins compétent·e·s pour accueillir des personnes trans et centraliser la prise de rendez-vous pour orienter les patient·e·s vers des professionnel·le·s qui sauront répondre à leurs besoins.

Problèmes de prise en charge

En voulant accueillir les personnes trans, les soignant·e·s peuvent parfois être confronté·e·s à des difficultés concernant la déclaration des soins et leur remboursement par la RAMQ. En effet, les patient·e·s trans n'entrent généralement pas dans les critères permettant une bonne prise en charge par la RAMQ. Matthew et Emmanuelle m'ont par exemple expliqué que les patient·e·s ayant besoin d'un suivi plus régulier (comme les personnes souffrant de diabète, dépression lourde, anxiété, cancer, hépatite, VIH etc.) ont un code de vulnérabilité, ce qui permet aux médecins de bénéficier de forfaits monétaires pour favoriser leur prise en charge. Or les patient·e·s trans n'ont pas de code de vulnérabilité alors que, selon Emmanuelle, c'est une population qui demande parfois plus d'efforts et de temps aux médecins. Les médecins doivent donc parfois trouver des moyens détournés pour entrer les patient·e·s sous d'autres codes de vulnérabilité :

Faque ça c'est une autre affaire qui limite un peu l'accessibilité à un médecin d'famille pour les trans c'est que... si t'es un trans, t'as besoin d'un suivi aux trois mois avec une hormonothérapie, t'as besoins de... d'une spécialiste [...] puis ça demande un effort de plus au médecin mais c'est pas plus rentable pour les médecins. Tandis qu'un diabétique lui mettons il a un code de vulnérabilité t'sais. [...] Quelqu'un qui a une maladie d'Crohn a un code de vulnérabilité mais un trans non. Faque là faudrait plus comme essayer, "t'as déjà faite des attaques de panique ?", tu réussis à trouver des affaire qui fait que ça *by-pass*, t'sais ils les rentrent sous un autre code mais y'a pas d'code trans t'sais. (Emmanuelle, médecin de famille)

Selon Emmanuelle, il semblerait que la prise en charge des personnes trans ne soit donc pas « rentable » pour les médecins puisqu'elle demande plus d'efforts et plus de temps sans donner accès à des aides financières. On peut donc se demander si cela conduit

certain·e·s médecins à refuser cette patientèle. Plus problématique encore, Hélène m'explique que certains soins ne peuvent même pas être facturés à la Régie. En effet elle s'est rendu compte qu'elle ne « pouvai[t] pas charger le cas d'avortement à une personne autre qu'une femme ». Cela veut dire que si elle offrait un service d'avortement à un homme trans, cet acte ne serait pas remboursé par la suite. Ce serait alors à la clinique de payer de sa poche. Si elle se dit prête à faire les démarches pour régler le problème auprès de la Régie d'assurance, elle pense que tout le monde ne ferait pas cet effort, ce qui pourrait alors constituer un frein dans l'accès aux avortements.

Et ça c'est une barrière parce que moi confrontée à la situation j'avais pas nier l'avortement à cette personne parce que j'peux pas facturer. J'avais trouver une façon, j'avais appeler la Régie tout ça, et même si y'a un gros problème puis si l'avortement doit être faite là parce que y'a plusieurs raisons, on va l'faire pareil même si on peut... Mais j'imagine que ça serait pas l'cas partout. (Hélène, infirmière)

Rigidité institutionnelle

Le problème soulevé par Hélène est d'autant plus important sachant qu'il est difficile pour les professionnel·le·s de la santé de négocier avec le système institutionnel. Dans un cas comme celui des avortements, les soignant·e·s risquent de se confronter à un système rigide qui nécessite parfois une certaine ténacité pour pouvoir faire bouger les choses : « C'est tout simplement un problème informatique. [...] C'est vraiment niaisieux hein ! [...] Mais faut tomber sur la bonne personne à la Régie pour le changer. Et tomber sur la bonne personne à la Régie pour d'autres raisons c'est impossible (rire). » (Hélène, infirmière). Matthew fait lui aussi état de cette rigidité institutionnelle et reconnaît avoir du mal à se battre pour faire évoluer les choses :

Euh mais t'sais des fois c'est juste ces affaires là quand faut qu'en discute à un organisme, ça ça devient vraiment problématique. Pour essayer d'expliquer pis de justifier puis d'argumenter. Moi j'trouve ça- t'sais j'aime ça faire mes affaires, j'aime ça être dans mon coin. Moi j'ai jamais été

quelqu'un d'très compétitif dans la vie là. [...] Faque t'sais j'aime ça faire mes affaire puis aider les gens qui sont autour de moi à atteindre leurs objectifs puis j'aime pas ça me battre t'sais. (Matthew, médecin de famille)

Selon Hélène, pour faire évoluer le système, il faut qu'un cas problématique se présente afin d'en montrer les failles : « Il faut un cas parce que tu vas appeler ils vont dire "Ben non, tout va être beau, tout va être correct". Il faut que ça l'aille mal pour changer. ». Et les failles sont nombreuses quand il s'agit de prendre en charge les personnes trans. Qu'il s'agisse de déclarer un avortement à un homme ou tout simplement d'entrer le prénom d'usage de la personne, les soignant·e·s sont confronté·e·s à des systèmes informatiques capricieux qui rendent l'accessibilité plus difficile : « une des choses qui est super difficile maintenant à ma clinique c'est d'avoir le nom choisi comme nos archives refusent de mettre le nom choisi dans le dossier [...] comme nom principal. On peut l'mettre comme nom usuel [...] » (Lauren, médecin de famille). Chaque clinique doit alors mettre en place des stratégies pour adapter le système.

Dans certains cas même, la rigidité institutionnelle sera une barrière infranchissable dans l'accès aux soins de santé pour les hommes trans. Ainsi, il a été décidé, dans le centre où travaille Sandrine, de ne pas ouvrir les soins à la patientèle trans car cela nécessiterait de changer entièrement le règlement qui stipule que les patientes et praticiennes doivent être des femmes.

Après ça c'est... C'est la réalité du dossier t'sais. Nous on voit que des femmes, [...] c'est toute t'sais au féminin, [...] nous c'est compliqué un peu dans l'sens où on est un organisme communautaire avec des règlements, avec un t'sais un CA qui ont voté des lignes directrices pis t'sais nous c'est marqué pour avoir accès au Centre t'es une femme. Mais quand est-ce t'es plus une femme t'sais ? Parce que si t'es un homme trans avec un utérus, tu rentres-tu dans l'critère des femmes ? T'sais faudrait aussi aller jusqu'à dans la profondeur de l'existence du Centre, aller rechanger les règlements qui sont là. (Sandrine, infirmière)

Les barrières institutionnelles sont donc des freins qui dépassent les individus. Pour les surmonter, cela nécessite d'agir sur un système relativement inflexible, ce qui demande

de la persévérance et de l'organisation. En effet, les changements institutionnels demandent généralement l'action de plusieurs personnes pouvant faire poids face à des règles solidement ancrées et qui sont souvent les conséquences de choix politiques.

6.4.3. Des barrières politiques

Vouloir s'adapter au public trans demande une certaine volonté car les soignant·e·s n'y sont pas encouragé·e·s. En effet, bien que la société commence à évoluer concernant les enjeux trans, on se rend compte que les choix politiques ne vont pas nécessairement vers une amélioration de l'accessibilité des soins de santé pour cette population. Aussi, les praticien·ne·s doivent parfois faire face à un manque de moyens qui peut limiter leur champ d'action, mais aussi défendre une pratique marginale qui ne va pas dans le sens de ce que le gouvernement cherche à promouvoir.

Manque de moyens

Offrir un bon service en santé demande des moyens en termes de financements, d'effectifs, de temps. Or les participant·e·s soulignent certains manques dans ces domaines. L'absence d'un code de vulnérabilité pour les personnes trans par exemple se traduit par le fait que le gouvernement n'alloue pas de budget spécifique pour prendre en charge cette population pourtant exposée à une plus forte vulnérabilité (physique mais aussi psycho-sociale). Nous avons vu que cela pouvait peut-être rebuter certain·e·s médecins à prendre en charge cette patientèle plus complexe et « peu rentable ». À cela s'ajoute un autre problème, c'est qu'il y a également un manque de budget pour permettre aux personnes trans d'avoir accès à des services psycho-sociaux. Or, souvent, les personnes trans ont besoin de ces services (ne serait-ce que pour obtenir une lettre d'un psychologue afin d'accéder à des traitements hormonaux ou des chirurgies) et sont contraintes de les payer de leur propre poche lorsqu'elles n'en ont

pas toujours les moyens. Lauren explique que dans ce cas, ce sont alors parfois les médecins qui doivent pallier à ce manque de budget en prenant financièrement en charge ces services.

[...] un médecin tout seul sans avoir des psychologues, des travailleurs sociaux qui sont à l'aise avec la population trans c'est difficile. Parce que souvent c'est ça qu'ils ont besoin. Et encore pour des chirurgies pour référer en chirurgie ils ont besoin d'une lettre du psychologue c'est ridicule mais c'est encore le cas et donc mes patients trans n'ont jamais l'argent comme pour euh... pour payer ces services de psychologie donc, c'est vraiment avoir une équipe interdisciplinaire qui va aider. Donc Ariane elle paye un travailleur social de sa propre poche pour avoir ce service. Euh pour offrir à ses patients. Parce qu'y'a pas de fond du gouvernement pour soutenir ça. (Lauren, médecin de famille)

Par ailleurs, on constate aussi un manque d'effectif dans le milieu de la santé (notamment du côté des infirmières) qui peut là encore devenir une barrière dans l'adaptation des services aux personnes trans. Ainsi, Sandrine explique que son équipe n'est pas suffisante pour accueillir toutes les patientes et que cela a été l'une des raisons pour ne pas ouvrir le Centre à une plus large clientèle : « on fournit pas la demande actuelle. C'est-à-dire sans rajouter d'la clientèle on réussit pas à donner les rendez-vous, faut qu'on réfère des femmes ailleurs, on réussit pas à accueillir toutes les femmes. ». De son côté, Hélène constate elle aussi ce manque d'effectif qui l'a poussée à continuer sa pratique clinique lorsqu'elle a obtenu un poste de direction : « [...] quand j'suis devenue directrice j'ai faite encore beaucoup d'clinique parce que euh... Manque de personnel ».

Ce manque d'effectif est d'autant plus criant lorsque l'on s'intéresse au nombre de soignant·e·s qui accueillent plus particulièrement la clientèle trans. Ariane explique ainsi qu'au Québec, il n'y a qu'un seul centre de chirurgie remboursé par la RAMQ qui pratique des chirurgies d'affirmation sexuelle. Quant aux médecins de famille, ils sont là encore peu nombreux à Montréal. Ainsi, Matthew qui travaille dans une clinique spécialisée dans l'accueil des personnes trans est en fait le seul médecin de famille de

cette clinique et ne peut donc pas offrir un service « d'accès adapté » (permettant d'avoir un rendez-vous plus rapidement en cas d'urgence). Cette situation l'a même poussé à prendre en charge une patiente trans par téléphone parce qu'il n'était pas présent à la clinique et que celle-ci ne peut offrir un sans-rendez-vous par manque d'effectif : « t'sais c'est juste qu'à Salmacis on n'est pas assez d'médecins pour faire un sans rendez-vous. On n'a pas- on n'est pas le staff pour faire un sans rendez-vous. ». Ce manque d'effectif crée un cercle vicieux car il y a de fait moins de médecins pour former de futur·e·s praticien·ne·s spécialisé·e·s en santé trans : « c'est sûr que nous on a- les dix médecins là, *ish* on a pas mal les patients trans d'la région faque c'est sûr qu'c'est un peu difficile d'accueillir les quelques centaines de... d'étudiants en médecine à chaque année là. » (Matthew, médecin de famille).

Le manque de soignant·e·s cause également des délais plus longs dans l'accès aux soins. D'une part, nous avons vu que le temps d'attente pour avoir un médecin de famille était très long (plusieurs années), mais il est difficile également d'obtenir des rendez-vous ou des soins de santé rapidement :

Mais des fois on a des saignements durant l'hormonothérapie qu'on comprend pas trop. Euh, des fois on a- des fois t'sais on a besoin d'une biopsie de l'endomètre, on a besoin d'une éco pelvienne euh mais ça c'est pas juste les gynécologues qui peuvent gérer ça là mais des fois c'est juste difficile d'avoir accès à ces soins-là rapidement.

[...] des fois on appelle le médecin d'famille puis c'est trois sem- trois mois euh sans rendez-vous euh on peut pas prendre un rendez-vous là. (Matthew, médecin de famille)

Difficulté d'obtention des PREM

Lors de ma rencontre avec Lauren, celle-ci semblait très préoccupée par une problématique qui la touchait de près : l'obtention d'un PREM (Plan Régional des Effectifs Médicaux). Matthew m'explique qu'un PREM « c'est un poste qui est limité en nombre dans chaque région pour répartir un peu les médecins selon les régions

éloignées. ». Autrement dit, lorsque l'on devient médecin dans le secteur public, il faut obtenir un permis de pratique pour exercer dans une région où l'on doit offrir un certain nombre d'heures : « Faque moi mon PREM est à Longueuil [...] j'ai des activités médicales que j'dois performer à Longueuil, faque douze heures minimum de prise en charge à Longueuil. C'est ma clinique principale faque j'fais deux ou trois jours par semaine là-bas. » (Matthew, médecin de famille). Lauren, qui va bientôt devoir appliquer pour une demande de PREM m'apprend qu'ils sont très difficiles à obtenir dans la région de Montréal. À cause de cela, de nombreux médecins n'ont pas pu avoir l'autorisation d'exercer à Montréal et se sont vus contraints de quitter la province du Québec pour échapper à cette obligation. Lauren aimerait avoir un PREM à Montréal car c'est un endroit stratégique pour avoir accès à la population trans, plus concentrée dans cette région, et parce que deux de ses ami·e·s travaillent dans une clinique en centre-ville qui commence à se spécialiser dans l'accueil des personnes trans. Mais sans PREM elle ne pourra pas exercer ici. Selon elle, c'est une barrière importante qui empêche d'augmenter l'accessibilité des personnes trans car elle connaît des soignant·e·s qui seraient intéressé·e·s à se spécialiser dans les enjeux trans mais encore faut-il pouvoir travailler dans une zone accessible à cette patientèle. Malheureusement, elle ajoute qu'il est d'autant plus difficile d'obtenir un PREM si on veut se spécialiser auprès de la population trans :

Et en plus le gouvernement veut que dans l'application pour un PREM, ce qu'il veut c'est de dire "Ok, je veux faire la prise en charge générale" et ça va certainement pas m'aider de dire "j'veux avoir une pratique spécialisée en santé trans" parce que selon le ministre Barrette les règles établies devraient être des médecins d'famille standards sans avoir des spécialisations etcetera. (Lauren, médecin de famille)

Lauren va donc devoir mentir sur ses intentions de se spécialiser auprès du public trans afin d'avoir plus de chances d'obtenir un PREM.

« Donc moi j'vais pas pouvoir dire dans mon application pour un PREM que c'est ça que j'veux faire parce que ça va être super- comme ça va me

nuire énormément si je dis que j'veux faire les avortements, que j'veux faire la santé trans parce que c'est pas ça que l'gouvernement veut donc... J'veis devoir comme mentir et essayer d'avoir un PREM dans une région que j'pourrai comme arranger pour avoir cette pratique. » (Lauren)

Priorités politiques

Nous avons vu que la formation médicale cherchait à former des « médecins standards », on s'aperçoit que par la suite, ce sont à ces mêmes « médecins standards » que l'on va accorder des PREM en priorité. Cela fait par ailleurs écho aux critères d'attribution des codes de vulnérabilité, où, là-encore, les patient·e·s trans ne sont pas pris en compte. Cette volonté de prioriser une pratique classique et généraliste (au détriment des populations marginalisées) semble donc découler d'un parti pris. Selon Lauren, la raison qui sous-tend ce choix est avant tout politique. En effet, les populations minoritaires ne représentent pas un vaste électorat. Aussi, les dirigeants politiques auraient tendance à prioriser des enjeux qui touchent une population plus large afin de gagner les faveurs de l'électorat.

Et aussi c'est- c'est politique aussi parce que, il veut que tout l'monde qui vote aie un médecin d'famille avant, avant les prochaines élections et c'est sûr que les patients vulnérables comme les patients trans sont pas sur la liste de priorité pour eux. (Lauren, médecin de famille)

Pour dépasser les barrières qui s'opposent à la prise en charge des hommes trans dans les soins en santé sexuelle, il serait donc nécessaire que les enjeux trans soient mieux visibilisés. Cela permettrait d'une part de sensibiliser les praticien·ne·s aux problématiques qui touchent cette population. Mieux informé·e·s, les soignant·e·s seraient ainsi plus outillé·e·s pour recevoir cette patientèle peu habituelle. D'autre part, une plus grande visibilité des enjeux trans permettrait peut-être aux dirigeant·e·s d'en prendre la pleine mesure et d'adopter les décisions qui s'imposent pour améliorer l'accessibilité des soins.

Ce que l'on peut en tous cas retenir de ces entretiens, c'est qu'il existe des allié·e·s au sein du milieu médical qui souhaitent œuvrer pour rendre les soins plus accessibles à la patientèle trans, dans un contexte où les pratiques médicales évoluent vers une plus grande implication des patient·e·s. Cet intérêt croissant pour les enjeux trans est très encourageant bien qu'il soit fragile face aux nombreux obstacles que devront affronter les soignant·e·s qui souhaitent s'engager auprès des personnes trans. Aussi, il semble nécessaire que les allié·e·s au sein du milieu médical puissent facilement se reconnaître et se regrouper, à la fois pour partager les ressources dont iels disposent, mais aussi pour constituer une masse suffisamment forte face à la rigidité institutionnelles. Par ailleurs, il semble également indispensable d'instaurer un dialogue et une collaboration entre ces allié·e·s du milieu médical et les communautés trans. Cela permettrait d'une part de s'assurer que les mesures prises dans le milieu médical soient les mieux adaptées aux besoins réels des patient·e·s, et d'autre part, cela permettrait encore une fois de faire poids dans le jeu politique.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

La mise en relation des entretiens avec les diverses critiques que j'ai exposées précédemment permet de faire émerger une réflexion sur le milieu médical et la gynécologie. Nous allons voir ici comment les participant·e·s s'inscrivent dans une évolution de l'approche de soin et en quoi cela entre en dialogue avec les critiques et attentes à l'égard du milieu médical. Dans un premier temps, c'est sur la relation de soin que va porter la discussion et plus particulièrement sur la manière dont le pouvoir circule entre soignant·e et patient·e. Je vais chercher à analyser la manière dont la circulation du pouvoir évolue en fonction de l'approche médicale adoptée et en quoi cela affecte l'accessibilité des soins. Ce sera l'occasion de revenir sur les recommandations faites par les communautés trans concernant la prise en charge des patient·e·s et de voir si les participant·e·s répondent à ces préoccupations. Dans un second temps, je vais chercher à questionner les fondements de la discipline gynécologique en imaginant comment celle-ci pourrait se transformer pour devenir plus inclusive et mieux répondre aux enjeux actuels qui touchent la santé sexuelle. L'héritage des critiques matérialistes permettra ici d'enrichir la discussion. Enfin, dans un troisième temps, j'explorerai la dimension normative de la médecine, souvent pointée du doigt par les théoricien·ne·s postmodernes. Nous verrons comment se constitue un appareillage de contrôle normatif au sein du milieu médical, quels sont les enjeux de ce contrôle et comment il s'applique. Nous pourrions alors explorer quelques pistes qui permettraient d'orienter les pratiques médicales vers une meilleure prise en charge de la diversité.

7.1. Changer la relation : céder le pouvoir aux patient·e·s

De la discussion avec les participant·e·s, il est ressorti clairement que la relation entre patient·e·s et soignant·e·s était un enjeu primordial dans la prise en charge médicale. Les participant·e·s s'appliquent donc à bâtir une relation de confiance et de dialogue où le/la patient·e a plus liberté de décision. Cette approche qui rompt avec les pratiques médicales autoritaires est une manière de redonner le pouvoir aux patient·e·s dans la prise en charge de leur santé.

7.1.1. De médecin savant·e autoritaire à médecin accompagnant·e

Au cours des entretiens, les participant·e·s ont unanimement cherché à se distinguer de la figure du médecin autoritaire qui applique des protocoles et qui prescrit de manière automatique sans prendre en considération les besoins réels des patient·e·s. Ce qui est rejeté, c'est une approche médicale paternaliste où le/la soignant·e impose ses décisions de façon robotique, sans jugement critique ni adaptation à la patientèle qui n'a pas son mot à dire puisque ne détenant pas le Savoir médical. Celui-ci est d'ailleurs difficilement critiquable ou remis en question. En effet, la formation médicale se fait de façon très unilatérale et verticale. Les témoignages d'Hélène et Matthew ont montré que celle-ci ne semble pas encourager l'esprit critique : les étudiant·e·s écoutent le médecin sans poser de questions, les enseignant·e·s divulguent des stéréotypes sur les pratiques sexuelles sans s'interroger sur ce qu'il en est réellement. Ces affirmations appuient le constat de Martin Winckler (2017/16) qui émet une forte critique de l'enseignement médical en France. Et cela vient en même temps nuancer la position de l'auteur qui – et c'est peut-être le point faible de son livre – semble idéaliser la situation à Montréal où il s'est expatrié. Si la pédagogie québécoise semble meilleure qu'en France, les témoignages des participant·e·s montrent bien qu'il y a encore du chemin à faire pour sortir de cette transmission verticale des savoirs.

Cette façon de former les soignant·e·s les conduit souvent à adopter par la suite une position rigide où les protocoles sont appliqués de façon systématique. Cette attitude est un frein important à l'accessibilité car d'une part, elle ne permet pas une réelle écoute des patient·e·s et de leurs besoins : le/la soignant·e ne peut donc pas s'adapter aux cas particuliers qui seront alors mal traités ou pas traités du tout. Sandrine dénonçait ainsi le fait de prescrire des traitements sans se préoccuper du fait que le/la patient·e les prenne ensuite. C'est une attitude dangereuse et peu professionnelle car prescrire un médicament que le/la patient·e ne prendra pas (pour diverses raisons) revient à ne pas le/la soigner. Cette critique du milieu médical émise par les participant·e·s fait encore une fois écho au livre de Martin Winckler qui déplore lui aussi le manque d'écoute et l'inadéquation des soins. Les témoignages qu'il rapporte montrent que le fait de prescrire des traitements inadaptés sans prendre en considération les besoins réels des patient·e·s peut être lourd de conséquences – par exemple prescrire une pilule que le/la patient·e n'a pas les moyens d'acheter peut entraîner une grossesse non désirée (Winckler 2017/16, p. 137-38).

Un autre reproche parfois adressé aux soignant·e·s, c'est le fait de ne pas informer suffisamment les patient·e·s. La désinformation prive en fait la patientèle d'un pouvoir décisionnel quant à sa santé et accroît par là-même l'autorité de l'institution médicale qui apparaît alors comme la seule instance légitime à faire des choix concernant la santé des patient·e·s. L'autorité n'est effectivement possible que si les individus reconnaissent une légitimité au pouvoir auquel ils se soumettent (Boccond-Gibod, 2015 ; Letonturier, s. d.). Or l'institution médicale tient cette légitimité de son savoir : elle possède un savoir que ses patient·e·s n'ont pas et c'est pourquoi ces dernier·e·s s'en remettent à elle et acceptent ses directives. La désinformation des patient·e·s pourrait donc ressembler à une stratégie de maintien de l'autorité car c'est justement cette asymétrie du savoir qui donne tout son pouvoir à la médecine. Pourtant, on peut observer un contre-effet de cette désinformation que Matthew pointe du doigt. Selon lui, le manque d'informations conduit certaines personnes à ne pas suivre correctement

les traitements (et donc les directives médicales). Si l'on se réfère à Moulin (2006), il apparaît en effet que la croissance du pouvoir médical ait suscité de l'inquiétude parmi la population qui exige désormais plus de transparence. Il semblerait donc qu'il y ait une brèche dans cette stratégie de désinformation puisqu'elle peut entraîner la méfiance des patient·e·s qui refusent alors de se plier à des consignes qu'ils ne comprennent pas.

C'est pourquoi les participant·e·s défendent une posture différente dans laquelle le/la médecin n'apparaît plus comme un savant autoritaire mais plutôt comme un·e accompagnant·e critique de ses propres pratiques. Plutôt que de chercher à démontrer son savoir, son pouvoir et son autorité, cette figure du/de la soignant·e doute, essaye, se trompe, sait se remettre en question, accepte de ne pas tout savoir et admet ses erreurs face aux patient·e·s : « T'sais c'est comme ça et on va faire des faux pas, on va faire des erreurs et il faut juste être capable d'admettre et de s'excuser d'notre erreur. » (Hélène, infirmière). Cette capacité à accepter l'échec et à briser l'image du médecin infailible est indispensable pour rendre les soins accessibles car comme le dit Martin Winckler (2017/16) « Pour soigner, il faut savoir penser “ hors des cases”. Par exemple, en invitant les patients à s'installer autrement sur une table d'examen. » (p. 114). Or « sortir des cases », c'est toujours une prise de risque car il n'y a plus de guides de pratique pour légitimer et justifier les actions. « Sortir des cases », ça veut dire prendre ses propres responsabilités et ne plus se cacher derrière des protocoles. C'est donc se rendre plus vulnérable, plus humains aussi, et potentiellement commettre des erreurs.

Cette posture nécessite donc une certaine humilité qui permet aussi de rétablir un équilibre entre soignant·e et patient·e : « L'humilité n'est pas seulement indispensable à la réflexion scientifique, elle est aussi le meilleur moyen de montrer au patient qu'il est respecté. » (*ibid.* p. 36). L'humilité permet au/à la soignant·e de reconnaître le savoir du/de la patient·e qui surpasse parfois le sien. C'est d'ailleurs très courant dans le cas de populations marginalisées comme les personnes trans puisque l'enseignement

médical est très maigre, voire inexistant à ce sujet. Il n'est donc pas rare que les patient·e·s trans soient mieux informé·e·s que leurs médecins concernant leur santé et leurs besoins – d'autant plus à une époque où internet permet de se renseigner facilement. C'est pourquoi les praticien·ne·s devraient adopter une posture d'écoute, voire de questionnement à l'égard des patient·e·s pour pouvoir leur offrir des soins adaptés. Ainsi les participant·e·s n'hésitent pas à poser des questions aux patient·e·s pour se renseigner sur les termes à employer (pronoms, désignations des organes sexuels etc.), sur leurs pratiques et leurs objectifs (par exemple pour prescrire une méthode contraceptive adaptée). En faisant cela, les soignant·e·s se mettent en posture d'apprentissage. La relation avec les patient·e·s s'en trouve donc modifiée puisqu'il y a non plus un rapport unilatéral où le/la praticien·ne sait et décide, mais un échange où iel reçoit de l'information, propose des solutions adaptées et offre à la personne la possibilité de choisir ce qui est le mieux pour elle. Iel devient alors un·e accompagnant·e qui guide le/la patient·e dans le processus de soin.

7.1.2. De patient·e passif/ve à patient·e sujet

Les patient·e·s deviennent donc des sujets actifs. Iels ont un espace pour exprimer leurs besoins, leurs inquiétudes et leurs limites. Ce sont elleux qui déterminent la direction de la consultation : dès le début de la rencontre, lorsqu'on les interroge sur l'objet de leur visite, puis tout au long de celle-ci lorsque les soignant·e·s leur demandent comment chaque étape doit se dérouler (quels termes la personne veut utiliser, comment elle souhaite se déshabiller, si elle veut du gel sur le speculum, si elle veut ou non l'insérer elle-même, quelle quantité d'informations elle souhaite avoir, si elle veut mettre fin à l'examen etc.). Cette implication des patient·e·s est essentielle car elle permet à la personne de guider le/la praticien·ne dans sa pratique pour qu'elle soit parfaitement adaptée à ses besoins. Il peut sembler contraignant pour un·e soignant·e habitué·e à appliquer machinalement des protocoles de poser toutes ces questions et

donc de prendre le risque de devoir modifier sa pratique. Pourtant, c'est la seule garantie d'offrir un traitement égal à tou·te·s en s'assurant de respecter les différences de chacun. Par exemple, une personne souffrant de dyspareunie aura peut-être besoin de plus de temps lors de l'insertion du speculum. Il ne s'agit pas alors de prendre tout ce temps pour chaque patient·e·s (certain·e·s préféreront peut-être en avoir plus pour discuter etc.) mais de le prendre lorsqu'il est nécessaire et éviter alors une maltraitance grave sur le corps du/de la patient·e – ce qui pourrait en plus conduire celui-ci à ne plus vouloir revivre d'examen gynécologique. Par ailleurs, en agissant ainsi, il n'est alors plus nécessaire de connaître tout l'historique de la personne (qu'elle souhaite peut-être garder pour elle) afin de la soigner correctement : plutôt que de chercher à savoir si la personne a vécu des traumatismes sexuels par exemple, on se contente de lui demander si elle est confortable avec l'introduction du speculum et à quel rythme cela doit se faire. Elle sera libre ensuite d'en dire plus ou non.

Impliquer le/la patient·e, c'est aussi lui permettre de prendre des décisions éclairées concernant sa santé et son corps. Ariane a insisté longuement sur la notion de consentement éclairé qui consiste à s'assurer que la personne possède toutes les informations nécessaires, qu'elle a la capacité de les comprendre et qu'elle est libre ainsi de faire des choix en connaissance de cause. Il est donc indispensable d'informer les patient·e·s : les informer sur les éventuels problèmes et/ou maladies qui les touchent, les informer sur les effets et risques des traitements qu'on leur propose, les informer sur les risques et les moyens de prévention dans différentes pratiques, et enfin les informer sur leur corps (par exemple en expliquant ce que l'on voit lors de l'examen si la personne le souhaite, ou en offrant la possibilité de voir dans un miroir, comme Lauren le suggérait). Plus la personne a de savoir, plus elle a de pouvoir sur son corps et plus elle a également le potentiel d'informer d'autres personnes autour d'elle, comme le souligne Martin Winckler : « Partager l'information avec les patients, c'est leur permettre d'informer – et, donc, de soigner – les autres. » (2017/16, p. 34). Cela demande, encore une fois, pour le/la soignant·e, de bien vouloir se départir de sa

position de savoir-pouvoir en partageant ces derniers.

La posture défendue par les participant·e·s est intéressante car elle semble compatible avec la démarche préconisée par les communautés trans. En effet, les points que l'on pouvait dégager du guide *Je m'engage* (ASTT(e)Q, 2011) sont généralement ressortis lors des entretiens et plusieurs propositions intéressantes ont été dégagées par les participant·e·s : 1) Concernant les options pour que la personne puisse faire des choix sur son corps (commencer une hormonothérapie, demander une chirurgie), Ariane a largement développé l'avantage de fonctionner par consentement éclairé, ce qui rejoint la proposition d'ASTT(e)Q d'avoir recours à un formulaire de consentement. 2) Pour ce qui est des ressources permettant aux individus d'adopter des pratiques sécuritaires, il a surtout été question d'informer les patient·e·s, notamment sur les pratiques sexuelles à risques. 3) Pour faciliter l'accès aux soins, Lauren a pointé du doigt les décisions politiques qui empêchent les personnes migrantes notamment d'accéder aux services de santé, et qui dissuadent les soignant·e·s de se spécialiser auprès de populations spécifiques. Matthew et Emmanuelle ont quant à elleux souligné l'avantage qu'il y aurait à créer un code de vulnérabilité pour permettre une meilleure prise en charge financière des patient·e·s. Hélène enfin a soulevé le problème des avortements qui ne peuvent être reconnus et pris en charge pour des hommes trans. Pour permettre une évolution sur la question de l'accessibilité financière, il faudrait donc que les soignant·e·s et militant·e·s trans agissent de concert pour faire pression sur les institutions et les pouvoirs politiques. 4) Concernant l'information, les participant·e·s ont souvent abordé l'importance d'informer les patient·e·s, que ce soit sur les effets des traitements (surtout dans une approche de consentement éclairé), ou sur le corps du/de la patient·e afin qu'iel puisse mieux se connaître et aussi mieux comprendre ce qu'on lui fait. 5) La consultation des populations concernées n'a pas forcément été évoquée pour ce qui est des prises de décisions institutionnelles ; en revanche, les participant·e·s, et notamment Hélène, ont mis l'accent sur l'apprentissage auprès des patient·e·s et sur l'importance de leur poser des questions pour mieux

comprendre leurs besoins. 6) Pour ce qui est de la connaissance des spécialistes capables d'accueillir les personnes trans, Ariane a expliqué qu'il serait pratique de les répertorier pour qu'il soit plus facile pour les professionnel·le·s de référer leurs patient·e·s en toute confiance.

L'approche des participant·e·s – tout comme celle défendue par ASTT(e)Q – semble s'inspirer du modèle de réduction des méfaits. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que l'on retrouve cette posture dans le discours des participant·e·s sachant que plusieurs d'entre eux ont aussi travaillé auprès de personnes toxicomanes, séropositif·ve·s, travailleur·se·s du sexe. Or c'est dans ces milieux d'intervention que cette démarche s'est développée et le fait d'avoir été formé·e·s à ce type de terrain a probablement eu un impact sur la pratique des praticien·ne·s. Cette approche de la santé permet aux patient·e·s d'être autonomes, c'est-à-dire de se soumettre, non plus à une autorité médicale, mais à leurs propres lois (Foessel, 2011) tout en agissant pour le bien collectif. En effet, lorsque les patient·e·s sont bien informé·e·s des risques liés à certaines pratiques et des choses à mettre en place pour minimiser ces risques, iels sont alors à même d'adopter librement des comportements plus bénéfiques à leur santé mais aussi à celle de la collectivité. On pourrait dire aussi que les participant·e·s adoptent des pratiques favorisant l'*empowerment*, c'est-à-dire l'accroissement du pouvoir des individus sur leur propre vie et donc sur leur propre santé. Johanne Gagnon (2012) souligne l'intérêt de ce concept qui peut être mobilisé dans les pratiques infirmières en encourageant les capacités personnelles du/de la patient·e pour optimaliser sa façon de vivre. C'est finalement ce même procédé que l'on retrouve dans l'approche de réduction des méfaits que préconisent les organismes communautaires : là aussi, on encourage la personne à opérer elle-même des choix qu'elle jugera être les meilleurs dans sa situation.

La démarche que défendent les participant·e·s mais aussi les communautés trans permet donc d'outiller les individus pour leur permettre d'avoir un plus grand pouvoir

sur la prise en charge de leur santé. Ainsi, les patient·e·s ne sont plus seulement de simples « cas » passifs qui reçoivent les traitements qu'on leur impose. Au contraire, iels deviennent les actrices de leur santé et peuvent négocier les soins afin qu'ils répondent au mieux à leurs besoins. Cette implication des patient·e·s apparaît donc comme un progrès indispensable pour rendre les soins accessibles à tou·te·s, tout en respectant les particularités de chacun·e. Cependant, pour qu'une telle approche médicale puisse être réellement qualifiée d'accessible, il faudrait qu'elle puisse impliquer tout le monde. Or concernant la santé sexuelle, se sont principalement les femmes (cisgenres) qui sont invitées à s'impliquer.

7.2. Questionner la discipline : de gynécologie à santé sexuelle

Ce qui a été l'élément déclencheur de cette recherche, c'est le constat qu'il existe une forme de contradiction dans le fait de recevoir des soins gynécologiques lorsqu'on est un homme trans, puisqu'il s'agit d'une discipline réservée aux femmes (cisgenres). Cette contradiction se manifeste par des barrières que rencontrent les personnes trans qui souhaitent recevoir des soins : barrières psychologiques¹⁹ pour cette population qui peut ressentir un malaise à consulter un gynécologue, barrières du milieu médical qui refuse parfois d'accueillir cette patientèle, barrières administratives qui rendent l'accès à ces soins difficile. La question qui se pose alors, c'est de savoir si l'on peut rendre la gynécologie accessible aux hommes trans et si cela ne nécessiterait pas de repenser les

¹⁹ J'ai eu l'occasion en 2015 d'aborder le sujet avec un homme trans au cours d'une précédente recherche : « Mais c'est vrai que je ne vois pas de gynéco, c'est trop, heu, comment dire... "au dessus de mes forces". Psychologiquement, c'est quelque chose que j'arrive pas à me résoudre à faire. Je sais qu'il faudrait, mais je peux juste pas. Comme je disais, je fais le plus souvent abstraction de mon corps, et ça se passe bien. Je vivrais vraiment très mal d'être confronté aussi brutalement à la "féminité" de mon corps de cette façon. C'est une stratégie d'évitement, en quelque sorte. [...] Je sais que je prends un risque, mais ça semble un peu vague et lointain, et puis on pense toujours que "ça n'arrive qu'aux autres". C'est vrai que ce serait le comble de l'ironie d'être un mec trans et de mourir d'un cancer du col de l'utérus ou d'un cancer du sein. » (Entretien avec Sébastien, 2015)

fondements mêmes de cette discipline. Car, en plus de s'adresser à une patientèle uniquement féminine (ce qui exclut de fait les hommes trans), elle apparaît également comme une instance de contrôle de la reproduction féminine, ce qui a pour double effet d'imposer aux femmes un contrôle sur leur corps tout en les réduisant à un rôle de reproductrices.

7.2.1. Une discipline qui normalise les femmes

Lorsqu'interrogé·e·s sur la définition de la gynécologie, les participant·e·s ont généralement commencé par donner une définition communément admise de la gynécologie : une « science qui étudie la santé des organes génitaux biologiquement féminins » (Matthew, médecin de famille), des soins « dans la santé généralement reproductive des femmes » (Hélène, infirmière). Cette définition est donnée avec une certaine prise de recul. En effet, les participant·e·s soulignent aussi les limites de cette définition. Selon Hélène, la santé des femmes est plus large que les fonctions reproductives et par ailleurs, les hommes trans sont aussi concernés. Lauren explique d'ailleurs qu'en termes de santé sexuelle et reproductive « tout l'univers fait partie des soins offerts par les médecins d' famille. ». On se demande alors si c'est la définition de la gynécologie qui est restreinte par rapport à ce que couvre réellement la discipline, ou bien si elle est en effet un champ qui ne traite que certaines facettes spécifiques de la santé sexuelle. L'observation des manuels de gynécologie et des objectifs de programmes confirmait en tous cas que la gynécologie avait pour objet d'étude la santé et notamment les fonctions reproductives des femmes. Le fait qu'une discipline réservée aux femmes se concentre principalement sur la santé reproductive de celles-ci est assez révélateur de la manière dont elle conçoit les femmes, ou devrait-on dire dans ce cas, « la femme ». Nous avons vu en effet avec Ruault (2015) qu'il y a plusieurs éléments qui vont marquer l'entrée d'une jeune fille dans sa vie de femme. Le premier événement est l'apparition des menstruations qui signalent le début de sa période

fertile. Pour Ruault, c'est ce corps réglé (et donc fertile) qui constitue l'objet même de la gynécologie. Le second évènement important est l'entrée de « la femme » dans la vie sexuelle pénétrative hétérosexuelle. Généralement, la combinaison de ces deux évènements va conduire à un troisième qui est la première visite médicale chez une gynécologue. Selon Ruault, ce moment apparaît comme un rite initiatique où la jeune fille va acquérir son statut de femme. La gynécologie apparaît donc presque comme une institution qui crée « la femme » puisque c'est elle qui délimite les critères définissant sa patientèle : les femmes à qui elle s'adresse doivent être réglées et avoir une sexualité pénétrative hétérosexuelle. Toutes les personnes qui n'entrent pas dans ces catégories sont donc exclues de cette discipline et ainsi de ce « rite de passage » qui fait d'elles des « femmes ».

En définissant ainsi les femmes comme de potentielles reproductrices, la gynécologie occulte alors la question du plaisir et se focalise seulement sur la capacité des femmes à vivre une sexualité pénétrative vaginale potentiellement féconde (Guyard, 2010). À l'inverse, on a pu observer dans les manuels médicaux que la santé sexuelle des hommes était plutôt traitée sous l'angle de leur capacité à avoir une érection et à jouir. Si ces capacités apparaissent comme nécessaires à la reproduction, elles sont quand même abordées en lien avec la question du désir et de la libido (voir annexe G). C'est précisément ce que Preciado (2014/2008) pointe du doigt : pour les hommes, on a développé le Viagra qui a pour but de rendre le corps masculin viril et sexuel tandis que les hormones dites « féminines » ne sont développées que pour contrôler la fertilité et la sexualité des femmes. Selon lui, ce traitement différent de la santé des hommes et des femmes selon le rôle sexué qui leur est imposé est une tentative de « normaliser et capitaliser le vivant ». En d'autres termes la sexualité des hommes et des femmes est à la fois dirigée et contrôlée afin de servir des intérêts économiques : Preciado démontre que le plaisir masculin rapporte notamment beaucoup aux industries pornographique (par les images consommées) et pharmaceutique (par le biais du viagra) tandis que les femmes dépensent beaucoup pour se plier aux exigences de féminité, mais aussi pour

contrôler leur fertilité – la pilule est une bonne affaire pour l'industrie pharmaceutique ! – en même temps qu'elles assurent la reproduction de la force de travail. La fertilité des femmes devient alors un enjeu important qui fait l'objet d'une forme de « sacralisation » s'accompagnant d'un contrôle tout particulier.

« L'attention portée à la maternité explique que les femmes soient très tôt enserrées dans un réseau de prescriptions médicales. Le gynécologue n'a, d'ailleurs, pas d'équivalent masculin. Le corps des femmes est d'abord pour les médecins un corps enceint qu'il faut guider jusqu'à un accouchement sans danger puis mettre au service du nourrisson. » (Sohn 2006, p. 109)

7.2.2. Une discipline qui contrôle

Anne-Marie Sohn (2006) explique comment la contraception féminine s'est accompagnée d'une forme d'intrusion du milieu médical vis-à-vis du corps des femmes qui devient alors l'objet d'une régulation permanente, d'exams fréquents, d'observations de plus en plus invasives à l'aide de technologies qui se perfectionnent.

La contraception hormonale fait basculer le pouvoir reproducteur vers le deuxième sexe. [...] Elle implique, toutefois, une surveillance médicale renforcée. La première visite au gynécologue et la prescription de la pilule marquent souvent pour une jeune fille le début de sa vie sexuelle. Le suivi obstétrical occasionnel est remplacé par une gestion à vie, de la contraception à l'avortement, sans oublier les échographies de grossesse qui modifient la perception du corps enceint, et les traitements hormonaux de substitution. (*ibid.* p. 110)

Martin Winckler dénonce d'ailleurs ces examens systématiques qui sont selon lui inutiles, désagréables et potentiellement dangereux. Il parle même de « prévention maltraitante » (Winckler 2017/16, p. 165). En effet, à trop vouloir chercher de tumeurs cancéreuses, il arrive que l'on en trouve là où il n'y en a pas, et que l'on traite par prévention – avec tous les effets secondaires très lourds et les angoisses que cela génère – des patient·e·s chez qui des cancers ne se seraient jamais déclarés (*ibid.* p.75). De

plus, certains examens (comme les échographies intra-utérines) effectués sans le consentement du/de la patient·e s'apparentent à des viols, car, comme il le rappelle « pour l'article 283 du Code pénal, “toute pénétration sexuelle sans consentement est un viol” ». Et cela, *quelle que soit la nature de la pénétration*, examens médicaux compris. » (*ibid.* p.188).

Mais le contrôle médical ne s'arrête pas seulement à l'observation. Martin Winckler (*ibid.*) dénonce également les injonctions à la procréation qui sont faites aux femmes. Celles-ci sont en effet souvent rappelées à leur rôle maternel qui constituerait l'essence de la féminité (Ruault, 2015, p.41). Ainsi, les gynécologues n'hésitent pas à accrocher dans les salles d'attente des affiches enjoignant aux femmes de se dépêcher d'avoir des enfants – comme j'ai pu l'observer chez ma gynécologue en France –, iels n'hésitent pas non plus, comme le rapporte Winckler (*op cit.*), à désapprouver le choix des patient·e·s qui ne veulent pas d'enfant, et à inventer n'importe quoi pour les pousser à en faire. Il rapporte ainsi qu'une patiente s'est fait dire « Si vous avez mal pendant vos règles, c'est parce que votre corps réclame une grossesse. » (p.119).

Le contrôle de la fertilité des femmes passe enfin par la contraception. Là encore, Martin Winckler (*ibid.*) rapporte que les choix de certain·e·s patient·e·s en matière de contraception ne sont pas toujours respectés. En France, il est encore difficile pour une femme nullipare de se faire poser un stérilet et plus encore de se faire ligaturer les trompes (ce qui prouve là encore à quel point la grossesse apparaît comme un passage obligatoire). Finalement, on voit que la gynécologie a eu vite fait de se réapproprier le pouvoir qu'avaient gagné les femmes sur leur fertilité. Et cela n'est pas étonnant car comme nous l'avons vu avec Paola Tabet (1998), la fertilité des femmes joue un rôle bien trop important sur la régulation démographique pour leur laisser un tel pouvoir. Dans toutes les cultures, il y a donc toujours un contrôle exercé sur leur sexualité pour s'assurer que l'espèce humaine se reproduise.

7.2.3. Une discipline qui exclut

La gynécologie, en cherchant à prendre en charge la santé reproductive des femmes, exclut de fait toutes les personnes qui n'entrent pas dans la case de la « femme » telle qu'elle la définit. Elle écarte donc, par sa définition, les hommes cisgenres bien sûr, mais aussi les hommes trans, toutes les personnes n'étant pas nées avec des organes génitaux dits « féminins » et « conformes » – femmes trans, personnes intersexuées –, les femmes n'ayant pas de sexualité potentiellement reproductive – lesbiennes, asexuelles. À cela s'ajoutent toutes les personnes marginalisées pour qui l'accès au milieu médical en général est très difficile : travailleuses du sexe, toxicomanes, personnes racisées, précaires etc. Les entretiens avec les participant·e·s confirment que dans les faits, l'accès aux soins gynécologiques est très restreint pour les personnes trans : les connaissances se limitent à la population de femmes cisgenres, le système administratif ne permet pas toujours le remboursement de soins pour des hommes trans, et ces derniers ne semblent pas forcément les bienvenus dans des lieux dédiés à la santé des femmes. L'un des problèmes de cette exclusion est évidemment qu'une partie de la population n'aie pas accès à des soins dont elle a besoin : que ce soient les hommes trans qui peinent à obtenir des soins adaptés, ou les femmes lesbiennes par exemple qui consultent moins de gynécologues alors qu'elles ont les mêmes besoins que les femmes cisgenres (Lobo et al., 2016, p. 178).

L'autre problème de cette spécialisation réservée aux femmes, c'est qu'elle exclut les hommes de la question de la reproduction : toute la responsabilité du contrôle de la fertilité est portée par les femmes – les recherches portant sur une possible contraception masculine sont peu nombreuses et les avancées dans ce domaine se font rares. Cela peut être vu comme un pouvoir des femmes mais aussi comme un poids au vu du contrôle alors exercé sur elles, des effets secondaires de la contraception (très souvent hormonale) ou de la culpabilisation en cas d'accident.

Les hommes sont également exclus de la prise en charge de la « santé sexuelle » dont la responsabilité revient une fois encore aux femmes : ce sont elles qui se font examiner régulièrement pour vérifier qu'elles n'ont pas d'infections, de chlamydia, de papillomavirus, de vaginite etc. Pourtant, tout le monde est susceptible d'attraper ces maladies et de les transmettre, quel que soit le genre. Il semble donc injustifié qu'une seule moitié de la population veille à sa santé sexuelle quand l'autre a droit à une certaine insouciance. De plus, toutes les relations ne sont pas hétérosexuelles, donc il ne suffit pas de contrôler la santé des femmes pour faire barrage aux épidémies. Les pouvoirs sanitaires semblent d'ailleurs en avoir pris conscience puisqu'il y a de plus en plus de prévention faite autour des dépistages sexuels – qui concernent tout autant les hommes. Cependant, l'étude Pixel réalisée au Québec en 2017 montre que les jeunes femmes sont mieux informées que les jeunes hommes concernant les ITSS, et qu'elles sont beaucoup plus nombreuses à se faire dépister :

La proportion de jeunes adultes ayant cherché à passer un test de détection des ITSS renseigne sur la perception du besoin d'un tel test. Au cours de l'année précédant l'enquête, 16 % des hommes et 35 % des femmes sexuellement actifs âgés de 17-20 ans ($p < 0,05$), ainsi que 24 % des hommes et 43 % des femmes âgées de 21-29 ans ($p < 0,05$) ont cherché à passer un test de détection des ITSS. (Lambert et al. 2017, p. 75)

Il semblerait donc pertinent d'impliquer tout le monde dans la prise en charge de la santé sexuelle en imaginant une discipline qui soit plus inclusive.

7.2.4. Penser une discipline mixte et holistique

Au cours des entretiens, les participant·e·s ont généralement préféré le terme de « santé sexuelle » à celui de « gynécologie » car il était plus large et inclusif. En effet, contrairement à la « gynécologie », la « santé sexuelle » ne renvoie pas à un sexe en particulier. De plus, elle ne concerne pas seulement les fonctions reproductives mais tous les aspects qui touchent au sexe (la prévention, les soins et pratiques au quotidien,

le traitement des ITS, les aspects émotionnels et psychologiques de la sexualité etc.). Au Québec, ce sont plutôt les médecins de familles qui semblent prendre en charge cet aspect de la santé. Cependant, peut-être pourrait-on imaginer une discipline qui, à l'instar de la gynécologie, se spécialise dans la santé sexuelle mais en offrant une prise en charge complète de tous ses aspects et pour toute la population. En fait, on peut même se demander si la gynécologie ne pourrait pas évoluer vers une telle discipline.

Cela permettrait de mettre fin à la dichotomie femmes égal reproduction versus hommes égal plaisir en impliquant tout le monde dans ces deux sphères. On pourrait alors réfléchir à des méthodes contraceptives mixtes (si possible non-hormonales) offrant à chacun·e un contrôle de sa fertilité quel que soit son genre, ce qui diminuerait peut-être la forte responsabilité – et devrait-on dire la suspicion ? – attribuée aux femmes dans ce domaine. Aller au-delà du champ de la reproduction permettrait de repenser la question du plaisir indépendamment du genre et peut-être de prendre un peu plus au sérieux toutes les problématiques qui, sans affecter les capacités reproductives, affectent la vie sexuelle et le bien-être (douleurs menstruelles, dyspareunie, problèmes de libido etc.). Cela permettrait aussi d'inclure toutes les personnes qui ne sont pas concernées par une sexualité potentiellement reproductive (les personnes homosexuelles, asexuelles, infertiles etc.) et celles qui ne se reconnaissent pas dans le genre féminin conventionnel et défini par la gynécologie (personnes trans, non-binaires, intersexuées etc.).

7.3. Critique de la normativité

Si le courant féministe matérialiste permet de comprendre pourquoi le corps des femmes fait l'objet d'un tel contrôle, il ne permet pas cependant de saisir pleinement le phénomène d'exclusion des hommes trans des soins gynécologiques. En effet, si l'on suit la logique matérialiste, le corps des femmes serait utilisé pour permettre de

reproduire l'espèce humaine (ou plus précisément, la force de travail). Pourquoi alors ne voit-on pas dans le corps des hommes trans, une nouvelle opportunité de reproduire la force de travail ? En effet, s'il est possible pour certains hommes trans de concevoir des enfants, ce comportement n'est absolument pas encouragé. Bien au contraire, la stérilisation a longtemps été un critère indispensable à l'acquisition d'une identité légale masculine. En réalité, on se rend compte que le contrôle exercé par la médecine n'a pas seulement des fins matérielles, il fonctionne également selon une logique normalisatrice qui dépasse d'ailleurs le cadre des soins du corps. Nous l'avons vu plus tôt, la médecine avait un rôle de contrôle des populations pauvres qui représentaient non seulement un danger sanitaire, mais aussi un danger politique (Foucault 2001/1977, p.209-10). Elle apparaissait donc comme une instance régulatrice des comportements au service de l'État – notamment en rendant « pathologiques » les comportements qui dérogeaient à la norme. Elle a alors pris le pas sur la religion qui avait cette fonction d'assurer « un ordre social ». Aujourd'hui encore, on trouve, dans le milieu médical, des manifestations de cette logique normalisatrice, ce qui nuit évidemment aux populations marginalisées qui souhaitent accéder à des soins.

7.3.1. Normes et valeurs personnelles, des freins aux soins

Le premier niveau où les normes créent une barrière aux soins, c'est à un niveau personnel. Matthew, Hélène et Sandrine ont tou·te·s trois dénoncé les préjugés et barrières personnelles que pouvaient avoir certain·e·s soignant·e·s face à des populations sortant des normes. Selon Hélène, les personnes trans pourraient se heurter à la réticence des certain·e·s praticien·ne·s à reconnaître leurs besoins. Cela peut conduire à une mécompréhension des patient·e·s et donc à des comportements maladroits voire maltraitants. Matthew rapporte ainsi que certains médecins fermés d'esprit s'obstinent à utiliser les mauvais prénoms, posent des questions maladroites ou, plus grave, refusent de prendre en charge les personnes trans :

J'pense qu'y'a beau- y'a du monde qui s'freine dans l'entrai- dans l'soin des personnes trans à cause de leurs... de leurs croyances personnelles, de leurs valeurs personnelles puis c'est... ça a pas d'lieux de- c'est pas quelque chose qui devrait s'faire en médecine. Mais ça s'fait là t'sais. Euh... Ca s'fait. (Matthew, médecin de famille)

Les barrières personnelles conduisent parfois à des comportements très graves. Matthew raconte ainsi qu'un pharmacien a refusé de vendre la pilule du lendemain à une de ses amies dont le condom s'était fendu. Martin Winckler (2017/16) recense de nombreux témoignages de patientes ayant subi des réflexions déplacées, des injonctions à faire des enfants, des refus de soins ou de prescriptions et même des délations (une travailleuse du sexe s'est faite signaler à la police par son médecin). Il dénonce donc lui aussi cette attitude non professionnelle qu'ont certain·e·s soignant·e·s qui cherchent à conformer leurs patient·e·s aux normes sociales.

En l'occurrence, on a la nette impression que ce que veulent certains médecins, ce n'est pas soutenir et accompagner, ni même reconforter, mais soumettre à une idéologie qui n'a rien à voir avec les droits de la personne. Et conformer des personnes autonomes à des « critères sociaux » (ou moraux ?) qui relèvent du conformisme le plus momifié. (p. 154)

7.3.2. Une institution normalisatrice

Il faut bien comprendre que ce conformisme qu'imposent les médecins s'inscrit dans un système qui dépasse le niveau individuel. En réalité, cette logique normalisatrice fait partie intégrante de la formation médicale qui cherche à fabriquer des médecins conformes, relais d'une institution normative. Matthew explique ainsi comment, dès sa formation, on cherchait à le faire entrer « dans un moule » : ne jamais montrer de signe de faiblesse, devoir tout connaître, s'exprimer de façon « éloquente ». Le médecin lui-même doit incarner l'institution médicale : une figure autoritaire, rigide, conforme aux normes sociales.

Le contenu de la formation est donc sans surprise peu axé sur la diversité et ne prépare pas les étudiant·e·s à recevoir des patient·e·s en dehors des normes. Tou·te·s les participant·e·s ont affirmé que les enjeux trans n'avaient jamais été abordés dans leurs cours. Au contraire, on va avoir tendance à encourager la prise en charge de certaines patientèles plus « classiques » : gériatrie, pédiatrie, troubles cardiaques, diabète etc. L'enseignement médical n'encourage pas non plus les étudiant·e·s à développer un regard critique et des capacités d'adaptation. Le savoir est rarement remis en question et l'approche semble consister à trouver les cases (pathologies) dans lesquelles mettre les patient·e·s selon leurs symptômes. Les manuels de gynécologie par exemple répertorient des listes de pathologies avec chacune ses symptômes associés. En revanche, l'adaptation à des populations marginales est peu ou pas abordée²⁰. Parmi ceux que j'ai consultés, un manuel (Lobo et al., 2016) aborde la santé des lesbiennes mais se contente de dire que cette population présente un plus fort taux de suicide, qu'elle a tendance à moins consulter en santé sexuelle mais qu'elle nécessite les mêmes soins que les femmes hétérosexuelle. Il aurait pourtant été intéressant d'évoquer certains enjeux spécifiques comme la question de l'examen gynécologique parfois délicat chez cette population.

Toutes ces observations nous permettent de constater que les services médicaux ne sont pas adaptés à la prise en charge de patientèles qui sortent du cadre normatif. Mais Foucault va plus loin encore en amenant le concept de bio-politique. Ainsi, selon lui, l'État exerce un pouvoir sur les corps et sur la vie à travers la médecine. La manière dont Preciado se réapproprie le concept de Foucault permet de bien saisir comment la médecine peut devenir un instrument de contrôle normatif des corps. Par exemple, selon les normes sociales, les femmes doivent correspondre à une sorte d'idéal : elles sont féminines, sensibles, ont une faible pilosité, une peau lisse, des formes rondes, une

²⁰ Observation de trois livres de gynécologie (Lobo et al., 2016 ; DeCherney et al., 2012 ; Bruce White et Portefield, 2012)

libido inexistante (car l'homme doit être à l'initiative de la sexualité). En prescrivant la pilule contraceptive aux femmes, on ne fait pas que réguler leur fertilité, on leur donne aussi des hormones qui ont pour effet d'accentuer ces caractéristiques dites « féminines ». En effet, on compte parmi les effets secondaires : grossissement des seins, prise de poids, disparition de l'acné, diminution de la pilosité, perte de libido, hypersensibilité (ou dérèglement de l'humeur). Et ce qui est encore plus fort, c'est que ce sont les femmes elles-mêmes qui choisissent chaque soir d'avaler leur pilule ! Selon Preciado, le système du panoptique – qui conduit chaque individu à se soumettre de son propre chef à une surveillance supposée – vient se nicher jusque dans nos cellules par l'intermédiaire de l'institution médicale. Une autre façon d'analyser ce bio-pouvoir, c'est avec la notion de bouclier thérapeutique de Karine Espineira (2011, 2012). Ainsi selon elle la prise en charge des parcours trans se fait de manière à remettre les individus dans les normes de genre, dressant ainsi un bouclier contre tous les parcours qui permettraient une transgression des normes. Par exemple, les médecins n'auront aucun problème à pratiquer une hystérectomie à un homme trans ayant suivi un parcours « classique de transition » puisque cela permettra de le faire correspondre aux normes masculines. En revanche, si un homme trans souhaitait subir une mastectomie sans prendre de testostérone, il s'agirait d'une transgression des normes et le milieu médical lui opposerait probablement son « bouclier ». Il est d'ailleurs intéressant de voir que si une femme demandait une hystérectomie, ou bien même une simple ligature des trompes pour ne plus être fertile, cela lui serait probablement refusé, car ce serait une transgression de son genre féminin. Winckler (*op cit.*) explique d'ailleurs qu'en France, un médecin peut invoquer une « clause de conscience » (c'est-à-dire refuser une intervention en raison de ses convictions) face à une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse ou une demande de stérilisation à visée contraceptive (*ibid.* p.132). Au regard de cette logique normalisatrice, il n'est pas étonnant que les praticien·ne·s ne soient pas formé·e·s à poser un DIU (Dispositif Intra-Utérin) ou à prescrire une méthode contraceptive à un homme trans, car cela lui

permettrait d'avoir des relations sexuelles avec son vagin (une transgression majeure aux normes de genre). On peut imaginer également qu'il sera très difficile voire impossible pour un homme trans d'obtenir un accompagnement médical dans le but de tomber enceint.

7.3.3. Former à la diversité

Il semble donc nécessaire, comme l'ont préconisé les participant·e·s, de former aux enjeux trans (mais aussi à d'autres enjeux spécifiques) et d'exposer les étudiant·e·s à ces patientèles moins conventionnelles. Bien sûr, comme le faisait remarquer Ariane, il n'est pas possible de couvrir toute la diversité des situations dans une formation. Cependant, on devrait former les futur·e·s praticien·ne·s, à improviser, à trouver les ressources pour s'adapter et leur signifier que l'adaptation fait partie du métier.

C'est précisément face à la situation ou au patient « surprenants », source d'inconfort ou de perplexité, que l'ouverture d'esprit, la curiosité, la capacité à improviser et l'imagination sont de puissants outils : ils permettent au soignant d'adapter son attitude, de nouer le contact, de rattraper la situation au lieu de la laisser dérapier.

Or la médecine française a peur de l'imagination, de l'improvisation – autrement dit : de lâcher prise. Quand on a appris à se soumettre sans discussion aux diktats de mandarins obtus, la tentation est grande d'imposer à son tour des directives rigides. (Winckler 2017/2016, p. 313)

Faire évoluer l'enseignement vers plus de souplesse nécessiterait donc une fois encore de rompre avec l'idéal du médecin tout-puissant détenant un savoir exhaustif.

Par ailleurs, il serait bon de favoriser la diversité des soignant·e·s pour faire évoluer la médecine vers plus d'accessibilité. En effet, le milieu médical ne devrait pas être réservé aux personnes qui parviennent à se conformer et entrer dans le moule. Il faudrait au contraire encourager les personnes qui, de par leurs origines sociales où les milieux dans lesquels elles évoluent, connaissent les enjeux qui touchent différents

groupes. Avoir plus de mixité parmi les praticien·ne·s (en formation puis en exercice) donnerait plus de visibilité aux enjeux des populations marginalisées dans le milieu médical. On peut d'ailleurs constater que parmi les participant·e·s que nous avons rencontré·e·s et qui souhaitent faire évoluer l'accessibilité des soins, trois d'entre eux ont confié appartenir à la communauté LGBTQIA+. Ce sont souvent ces personnes qui font avancer le milieu médical en essayant d'adapter leurs pratiques, en cherchant de l'information et en sensibilisant leurs collègues. Leur présence en plus grand nombre serait sans aucun doute bénéfique à l'évolution du milieu médical.

De plus, il semblerait qu'il puisse être intimidant pour des personnes marginalisées d'aller dans un centre médical où elles ne seront confrontées qu'à des personnes blanches, hétérosexuelles, d'un statut social élevé. Matthew soulève d'ailleurs ce point puisque l'une des cliniques dans laquelle il travaille est très réputée et peut apparaître comme « intimidante » pour les personnes trans :

[...] mais juste à cause de c'te, de cette réputation-là qui s'est développée au cours des années j'pense que ça intimide beaucoup euh... l'accès à ces soins là parce qu'ils se disent bon ben c'est... c'est très euh... c'est très hommes gays blancs (rire). (Matthew, médecin de famille)

Une plus grande diversité parmi les soignant·e·s pourrait donc donner une image plus accessible du milieu médical.

7.3.4. Pour une politique tournée vers la diversité

Enfin, la diversité doit être reconnue à un niveau plus large encore : par la société et donc aussi par les institutions politiques. Pour permettre l'accessibilité des soins aux populations marginalisées, il faudrait que les choix politiques soient orientés vers une société diversifiée et équitable. Lauren faisait état des difficultés qu'elle rencontrait dans ses démarches de demande de PREM étant donné qu'elle voulait se spécialiser

auprès de la population trans, ce qui n'est pas encouragé par le gouvernement. Emmanuelle pour sa part regrette que les personnes trans n'aient pas droit à un code de vulnérabilité, ce qui en fait une population « peu rentable » pour les médecins. Cela prouve que des décisions politiques peuvent être lourdes en répercussions, mais aussi qu'elles ont un fort pouvoir sur l'accessibilité des soins. C'est d'ailleurs ce que soulignait Vuille pour qui « la santé est politique » (2006). En effet, elle souligne que la santé peut être source de stigmatisation ou au contraire de libération pour les individus et représente donc un enjeu politique majeur. Reconnaître la vulnérabilité des populations marginalisées et leur allouer des financements serait ainsi un grand pas pour faire avancer l'accessibilité des soins. Si ce pas n'a pas encore été franchi, c'est probablement parce que cela demande de faire des efforts pour des populations qui ne sont pas « rentables », ni sur le plan financier, ni sur le plan politique. En effet, les populations les plus vulnérables sont souvent minoritaires (en terme de population et donc aussi d'électorat). On pourrait cependant faire valoir le fait qu'une plus grande accessibilité des services médicaux profiterait au final à un très grand nombre de personnes qui se sentent actuellement exclues du système médical ou mal prises en charge : les personnes trans, homosexuelles, asexuelles, intersexuées, les personnes racisées, les personnes vivant avec un handicap, celles issues d'un milieu social précaire (et la liste est non exhaustive). Par ailleurs, avoir une plus grande ouverture à la diversité permettrait d'évoluer vers une médecine qui sait mieux s'adapter aux spécificités de chacun·e, sans chercher à imposer des normes qui sont si artificielles qu'elles ne conviennent au final à (presque) personne.

CONCLUSION

A la question « comment la gynécologie – une discipline initialement destinée aux femmes cisgenres – peut-elle adapter ses pratiques aux besoins des hommes trans en matière de santé sexuelle ? » on peut donc répondre en plusieurs temps.

Tout d'abord, ce qui est implicite dans cette question, c'est le « pourquoi ». En effet, on peut se demander pour quelles raisons la gynécologie devrait adapter ses pratiques aux besoins des hommes trans. Cette recherche, je l'espère, a démontré combien l'accès aux soins en santé sexuelle était un enjeu important pour les hommes trans qui bien souvent ont des besoins similaires aux femmes cisgenres (qui elles, disposent de soins spécifiques). D'un autre côté, nous avons vu que les soins nécessitaient certaines adaptations afin d'être accessibles, ce qui n'est actuellement pas le cas et qui conduit à une exclusion des hommes trans des soins en santé sexuelle. En cherchant à démontrer la nécessité d'adaptation, il a été possible également d'élargir le cadre de la patientèle trans en constatant qu'elle n'était pas la seule population exclue ou mal prise en charge par la gynécologie. Ainsi, cette dernière ne devrait pas seulement concentrer ses réflexions sur la manière d'adapter ses soins aux personnes trans, mais plus globalement à la manière dont elle peut s'adapter à chaque individu pour rendre ses services accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin.

Cela m'amène à questionner l'aspect plus pragmatique du « comment », à savoir, de quelle manière la gynécologie peut concrètement devenir plus accessible. Nous avons vu que penser une discipline en santé sexuelle qui soit accessible et ouverte à la diversité nécessite tout d'abord de repenser la relation entre patient·e et soignant·e. En effet, pour offrir des soins appropriés à une population, il est indispensable d'être à

l'écoute de ses besoins et de l'outiller pour lui donner plus de savoir et de pouvoir sur sa santé. Les soignant·e·s doivent donc prendre le rôle d'accompagnant·e·s plutôt que de se comporter comme le relais d'une institution normalisatrice. Repenser la gynécologie signifie aussi repenser la sexualité et le sexe selon les enjeux actuels : une sexualité majoritairement non-reproductive, traversée par une grande variété de pratiques, de configurations relationnelles ; un sexe ou plutôt des sexes eux aussi très divers, et qui ne définissent en rien le genre des personnes ou leur rôle dans la société. Enfin, on pourrait imaginer qu'un enseignement qui ne forme pas seulement des spécialistes des hormones et fonctions sexuelles « masculines » d'un côté, « féminines » de l'autre, offrirait probablement plus d'outils permettant la compréhension des cas de figure qui n'entrent pas dans une case ou l'autre.

Penser une telle restructuration de la gynécologie pose enfin la question du chemin pour y parvenir et donc aussi du déclenchement de ce processus. On peut ainsi se demander comment l'on peut initier ce mouvement et le rendre suffisamment important pour qu'un véritable changement s'opère. Sur ce point, on a pu voir que la question de la prise de conscience était un élément primordial pour déclencher l'action. Les participant·e·s ont tout·e·s dû à un moment donné prendre conscience qu'il existait un besoin pour avoir la volonté d'y répondre. Or cette conscientisation ne peut pas survenir de nulle part. Elle demande une sensibilisation et une exposition aux réalités trans. Rendre plus visibles les enjeux trans est donc une première étape indispensable ; informer sur les besoins de cette population serait la seconde. Cette sensibilisation doit par ailleurs viser les personnes qui ont un pouvoir d'action sur l'accessibilité des soins, à savoir, les soignant·e·s mais aussi (et peut-être avant tout) les pouvoirs politiques. Ces stratégies de visibilité sont déjà celles mises en place par les milieux militants trans. On voit aussi qu'il existe des soignant·e·s allié·e·s dans le milieu médical qui cherchent à sensibiliser d'autres praticien·ne·s. Mais pour avoir plus de poids, il paraît nécessaire de tisser des alliances entre les différent·e·s actrices qui s'engagent dans le milieu médical auprès des personnes trans, mais aussi entre soignant·e·s et

militant·e·s.

La redéfinition de la gynécologie devra donc se faire par la collaboration des praticien·ne·s de santé et des communautés concernées afin d'apporter des réponses adaptées aux populations visées. Cela signifie que la dynamique de pouvoir qui place l'institution médicale au cœur des décisions ne peut plus perdurer et doit être abandonnée au profit d'une médecine qui serait un outil aux mains des patient·e·s. Un tel changement de paradigme bénéficierait à tou·te·s : à la fois aux personnes qui sont aujourd'hui exclues de la gynécologie (et plus largement du milieu médical), mais aussi à celles qui en bénéficient et qui font le constat regrettable de ne pas toujours y être soignées correctement, voire pire, de faire l'objet de maltraitances médicales.

ANNEXE A

GRILLE D'ENTRETIEN

Introduction

Tout d'abord, merci beaucoup d'avoir accepté de me rencontrer. Cet entretien a lieu dans le cadre de ma recherche de maîtrise qui porte sur l'accessibilité des soins en santé sexuelle pour les hommes trans. Il s'agit d'un entretien sociologique donc vous pouvez prendre le temps que vous souhaitez pour répondre, il n'y a pas de mauvaise réponse. Vous pouvez également choisir de ne pas répondre. L'entretien est enregistré afin d'être retranscrit, il sera alors rendu anonyme et confidentiel. Vous pouvez à tout moment demander à mettre l'enregistrement sur pause ou mettre fin à l'entretien. Avez-vous des questions avant de commencer l'entretien ?

Les pratiques en gynécologie / santé sexuelle (~ 15 min)

- Comment définiriez-vous la **gynécologie** ? Et plus largement la **santé sexuelle** ?
- Pourriez-vous me décrire votre **métier** ?
- Quel est votre **rôle** en tant que praticien·ne ? (ex : description d'une consultation)
- Comment décririez-vous votre **approche** de la santé sexuelle ?
- Pourquoi ce **choix** de métier ?
- Quelle **formation** préalable ?

Familiarité avec les enjeux trans + influence de l'environnement et des pairs (~ 15 min)

- À quelle fréquence recevez-vous des hommes trans comme patients ?
- À quel point êtes-vous **familier·e** avec les enjeux trans ?
- Qu'est-ce qui vous a poussé·e à vous **intéresser** aux besoins des personnes trans ?

- Ces enjeux ont-ils été abordés lors de votre **formation** ? Et si oui, de quelle manière ?
- À quel point ces enjeux sont-ils évoqués dans votre **entourage professionnel** ? Et **personnel** ?
- Comment votre intérêt pour ces enjeux est-il **perçu** dans votre environnement professionnel ?
- Votre intérêt pour ces enjeux a-t-il un **impact sur votre carrière** ? Si oui, lequel ?

Rendre accessibles les pratiques (~ 20 min)

- Comment est-ce que vous définiriez l'**accessibilité** ?
- Selon vous, quels seraient les **besoins spécifiques** des hommes trans en matière de santé sexuelle ? (contraception, ITS, autres problèmes de santé, la consultation en elle-même)
- Quelles sont les choses que vous mettriez/mettez en place pour **adapter une consultation** aux besoins d'une personne trans ? (contraception proposée, conseils/informations, dépistages/examens, gestes pratiqués, outils utilisés, prescriptions, langage employé)

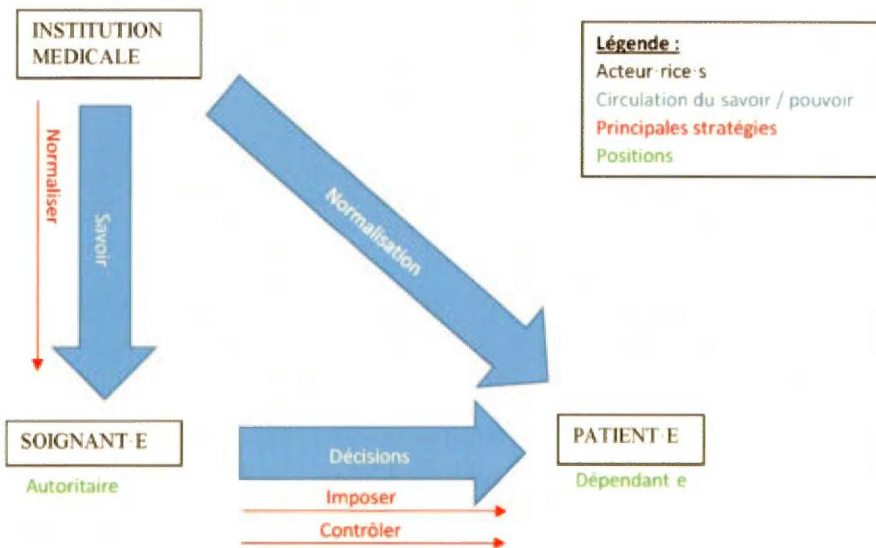
Faire évoluer le milieu médical (~ 10 min)

- Quels sont les **outils** actuellement **disponibles** pour permettre de s'adapter aux besoins des hommes trans ? (Informations, techniques, temps, outils pédagogiques à partager, matériel adapté, traitements médicaux)
- Quels sont les outils que l'on devrait **mettre en place** pour s'adapter aux besoins des hommes trans ?
- Quels sont les **obstacles** rencontrés et qui pourraient empêcher la bonne prise en charge des hommes trans ?
 - structurels (temps, budget, administration, manque de personnel, de structures etc)
 - personnels (méconnaissance, désintérêt, confusion, peur, incompréhension, morale, valeurs personnelles, croyances etc).
- Y'a-t-il autre chose que vous souhaiteriez **ajouter** ?

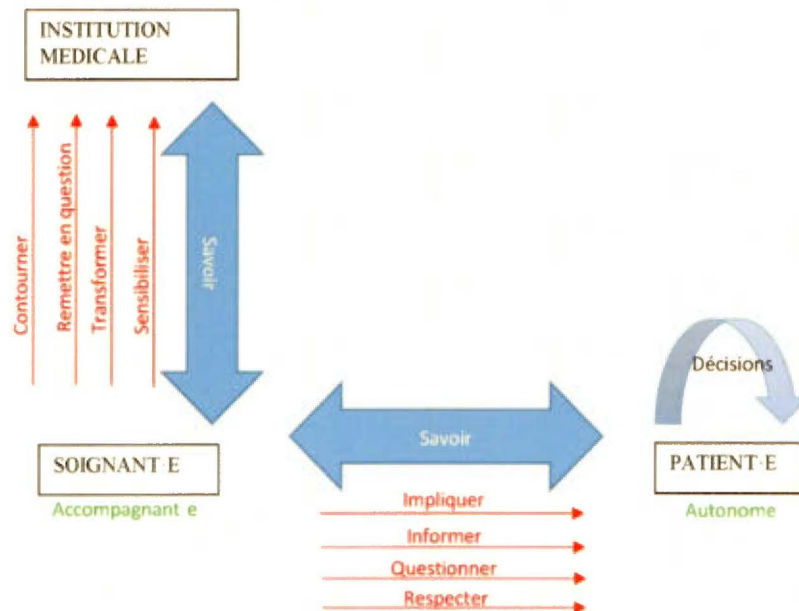
ANNEXE B

MODÉLISATION DE L'ÉVOLUTION DE L'APPROCHE MÉDICALE

Approche médicale autoritaire



Approche médicale accompagnante



ANNEXE C

PHOTOGRAPHIE D'UNE AFFICHE DANS LA SALLE D'ATTENTE D'UNE
GYNÉCOLOGUE EN FRANCE, JANVIER 2018

ANNEXE D

TABLE DES MATIÈRES DE L'OUVRAGE DE LOBO ET AL. 2016

Contents

Part I BASIC SCIENCE

1 Fertilization and Embryogenesis	1	12 Pediatric and Adolescent Gynecology	219
Meiosis, Fertilization, Implantation, Embryonic Development, Sexual Differentiation <i>Thomas M. Price</i>		Gynecologic Examination, Infections, Trauma, Pelvic Mass, Precocious Puberty <i>Eduardo Lara Torre and Fidel A. Valea</i>	
2 Reproductive Genetics	22	13 Family Planning	237
Jennifer Bushman Gilner, Jeffrey A. Kuller, and Fidel A. Valea		<i>Katherine Rivlin and Carolyn Westhoff</i>	
3 Reproductive Anatomy	48	14 Menopause and Care of the Mature Woman	258
Gross and Microscopic, Clinical Correlations <i>Fidel A. Valea</i>		Endocrinology, Consequences of Estrogen Deficiency, Effects of Hormone Therapy, and Other Treatment Options <i>Roger A. Lobo</i>	
4 Reproductive Endocrinology	77	15 Breast Diseases	294
Neuroendocrinology, Gonadotropins, Sex Steroids, Prostaglandins, Ovulation, Menstruation, Hormone Assay <i>Nataki C. Douglas and Roger A. Lobo</i>		Detection, Management, and Surveillance of Breast Disease <i>Samith Sandadi, David T. Rock, James W. Orr, Jr., and Fidel A. Valea</i>	
5 Evidence-Based Medicine and Clinical Epidemiology	108	16 Spontaneous Abortion and Recurrent Pregnancy Loss	329
<i>Jonathan R. Foote and Laura J. Havrilesky</i>		Etiology, Diagnosis, Treatment <i>Sanae Keyhan, Lisa Muasher, and Suheil J. Muasher</i>	
6 Medical-Legal Risk Management	119	17 Ectopic Pregnancy	348
<i>James M. Kelley III and Gretchen M. Lentz</i>		Etiology, Pathology, Diagnosis, Management, Fertility Prognosis <i>Rosanne M. Kho and Roger A. Lobo</i>	

Part II COMPREHENSIVE EVALUATION OF THE FEMALE

7 History, Physical Examination, and Preventive Health Care	129	18 Benign Gynecologic Lesions	370
<i>Vicki Mendiratta and Gretchen M. Lentz</i>		Vulva, Vagina, Cervix, Uterus, Oviduct, Ovary, Ultrasound Imaging of Pelvic Structures <i>Mary Segars Dolan, Cherie Hill, and Fidel A. Valea</i>	
8 Interaction of Medical Diseases and Female Physiology	144	19 Endometriosis	423
<i>Sarah K. Dotters-Katz and Fidel A. Valea</i>		Etiology, Pathology, Diagnosis, Management <i>Arnold Advincula, Mireille Truong, and Roger A. Lobo</i>	
9 Emotional Aspects of Gynecology	153	20 Anatomic Defects of the Abdominal Wall and Pelvic Floor	443
Depression, Anxiety, Posttraumatic Stress Disorder, Eating Disorders, Substance Use Disorders, "Difficult" Patients, Sexual Function, Rape, Intimate Partner Violence, and Grief <i>Deborah S. Cowley and Gretchen M. Lentz</i>		Abdominal Hernias, Inguinal Hernias, and Pelvic Organ Prolapse: Diagnosis and Management <i>Anna C. Kirby and Gretchen M. Lentz</i>	
10 Endoscopy: Hysteroscopy and Laparoscopy	190	21 Lower Urinary Tract Function and Disorders	474
Indications, Contraindications, and Complications <i>Sarah M. Carlson, Jay Goldberg, and Gretchen M. Lentz</i>		Physiology of Micturition, Voiding Dysfunction, Urinary Incontinence, Urinary Tract Infections, and Painful Bladder Syndrome <i>Anna C. Kirby and Gretchen M. Lentz</i>	

Part III GENERAL GYNECOLOGY

11 Congenital Abnormalities of the Female Reproductive Tract	205	22 Anal Incontinence	505
Anomalies of the Vagina, Cervix, Uterus, and Adnexa <i>Beth W. Rackow, Roger A. Lobo, and Gretchen M. Lentz</i>		Diagnosis and Management <i>Gretchen M. Lentz and Mukta Krane</i>	
		23 Genital Tract Infections	524
		Vulva, Vagina, Cervix, Toxic Shock Syndrome, Endometritis, and Salpingitis <i>Carolyn Gardella, Linda O. Eckert, and Gretchen M. Lentz</i>	

24	Preoperative Counseling and Management 566 Preoperative Evaluation, Informed Consent, Perioperative Planning, Surgical Site Infection Prevention, and Avoidance of Complications <i>Jamie N. Bakkum-Gomez, Sean C. Dowdy, and Fidel A. Valea</i>		34	Fallopian Tube and Peritoneal Carcinoma 781 <i>Kathleen M. Schmeler and David M. Gershenson</i>	
25	Perioperative Management of Complications 583 Fever, Respiratory, Cardiovascular, Thromboembolic, Urinary Tract, Gastrointestinal, Wound, and Operative Site Complications; Neurologic Injury; Psychological Sequelae <i>Leslie Clark and Paola Alvarez Gehrig</i>		35	Gestational Trophoblastic Disease 787 Hydatidiform Mole, Nonmetastatic and Metastatic Gestational Trophoblastic Tumor: Diagnosis and Management <i>Geneviève Bouchard-Fortier and Allan Covens</i>	
26	Abnormal Uterine Bleeding 621 Etiology and Management of Acute and Chronic Excessive Bleeding <i>Timothy Ryntz and Roger A. Lobo</i>		36	Molecular Oncology in Gynecologic Cancer 801 Immunologic Response, Cytokines, Oncogenes, and Tumor Suppressor Genes <i>Premal H. Thaker and Anil K. Sood</i>	
Part IV GYNECOLOGIC ONCOLOGY			Part V REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY AND INFERTILITY		
27	Principles of Radiation Therapy and Chemotherapy in Gynecologic Cancer 635 Basic Principles, Uses, and Complications <i>Judith Ann Smith and Anuja Jhingran</i>		37	Primary and Secondary Dysmenorrhea, Premenstrual Syndrome, and Premenstrual Dysphoric Disorder 815 Etiology, Diagnosis, Management <i>Vicki Mendiratta</i>	
28	Intraepithelial Neoplasia of the Lower Genital Tract (Cervix, Vagina, Vulva) 655 Etiology, Screening, Diagnosis, Management <i>Mila Pontremoli Salcedo, Ellen S. Baker, and Kathleen M. Schmeler</i>		38	Primary and Secondary Amenorrhea and Precocious Puberty 829 Etiology, Diagnostic Evaluation, Management <i>Roger A. Lobo</i>	
29	Malignant Diseases of the Cervix 666 Microinvasive and Invasive Carcinoma: Diagnosis and Management <i>Anuja Jhingran and Larissa A. Meyer</i>		39	Hyperprolactinemia, Galactorrhea, and Pituitary Adenomas 853 Etiology, Differential Diagnosis, Natural History, Management <i>Roger A. Lobo</i>	
30	Neoplastic Diseases of the Vulva 685 Lichen Sclerosus, Intraepithelial Neoplasia, Paget Disease, and Carcinoma <i>Michael Frumovitz and Diane C. Bodurka</i>		40	Hyperandrogenism and Androgen Excess 865 Physiology, Etiology, Differential Diagnosis, Management <i>Roger A. Lobo</i>	
31	Malignant Diseases of the Vagina 704 Intraepithelial Neoplasia, Carcinoma, Sarcoma <i>Diane C. Bodurka and Michael Frumovitz</i>		41	Polycystic Ovary Syndrome 881 <i>Roger A. Lobo</i>	
32	Neoplastic Diseases of the Uterus 714 Endometrial Hyperplasia, Endometrial Carcinoma, Sarcoma: Diagnosis and Management <i>Pamela T. Soliman and Karen H. Lu</i>		42	Infertility 897 Etiology, Diagnostic Evaluation, Management, Prognosis <i>Roger A. Lobo</i>	
33	Neoplastic Diseases of the Ovary 733 Screening, Benign and Malignant Epithelial and Germ Cell Neoplasms, Sex-Cord Stromal Tumors <i>Robert L. Coleman, Pedro T. Ramirez, and David M. Gershenson</i>		43	In Vitro Fertilization 924 <i>Janet Choi and Roger A. Lobo</i>	
			Index 937		

ANNEXE E

TABLE DES MATIÈRES DE L'OUVRAGE DE WHITE ET AL. 2012

1. Introduction to the Endocrine System
 2. Endocrine Function of the Gastrointestinal Tract
 3. Energy Metabolism
 4. Calcium and Phosphate Homeostasis
 5. Hypothalamus-Pituitary Complex
 6. The Thyroid Gland
 7. The Adrenal Gland
 8. Life Cycle of the Male and Female Reproductive Systems
 9. The Male Reproductive System
 10. The Female Reproductive System
 11. Fertilization, Pregnancy, and Lactation
- Appendix A: Answers to Self-Study Problems
- Appendix B: Comprehensive Multiple-Choice Examination
- Appendix C: Hormone Ranges
- Appendix D: Abbreviations and Symbols

ANNEXE F

TABLE DES MATIÈRES DE L'OUVRAGE DE DECHERNEY ET AL. 2012

Section I. Reproduction Basics

Chapter 1. Anatomy of the Female Reproductive System

Chapter 2. Embryology of the Urogenital System & Congenital Anomalies of the Genital Tract

Chapter 3. Genetic Disorders & Sex Chromosome Abnormalities

Chapter 4. Physiology of Reproduction in Women

Chapter 5. The Breast

Section II. Normal Obstetrics

Chapter 6. Normal Pregnancy and Prenatal Care

Chapter 7. Normal & Abnormal Labor & Delivery

Chapter 8. Maternal Physiology during Pregnancy & Fetal & Early Neonatal Physiology

Chapter 9. Normal Newborn Assessment & Care

Chapter 10. The Normal Puerperium

Chapter 11. Imaging in Obstetrics

Section III. Pregnancy at Risk

Chapter 12. Assessment of At-Risk Pregnancy

Chapter 13. Early Pregnancy Risks

Chapter 14. Late Pregnancy Complications

Chapter 15. Congenital Fetal Infections

Chapter 16. Disproportionate Fetal Growth

Chapter 17. Multiple Gestation

Chapter 18. Third-Trimester Vaginal Bleeding

Chapter 19. Malpresentation & Cord Prolapse

Chapter 20. Operative Delivery

Chapter 21. Postpartum Hemorrhage & the Abnormal Puerperium

Chapter 22. Neonatal Resuscitation

Chapter 23. Critical Care Obstetrics

Chapter 24. Obstetric Analgesia & Anesthesia

Section IV. Surgical & Medical Complications of Pregnancy

Chapter 25. Surgical Disorders in Pregnancy

Chapter 26. Hypertension in Pregnancy

- Chapter 27. Cardiac & Pulmonary Disorders in Pregnancy
Chapter 28. Renal & Urinary Tract Disorders in Pregnancy
Chapter 29. Gastrointestinal Disorders in Pregnancy
Chapter 30. Dermatologic Disorders in Pregnancy
Chapter 31. Diabetes Mellitus & Pregnancy
Chapter 32. Thyroid & Other Endocrine Disorders during Pregnancy
Chapter 33. Nervous System & Autoimmune Disorders in Pregnancy
Chapter 34. Hematologic Disorders in Pregnancy
Section V. General Gynecology
Chapter 35. Gynecologic History, Examination, & Diagnostic Procedures
Chapter 36. Imaging in Gynecology
Chapter 37. Pediatric & Adolescent Gynecology
Chapter 38. Complications of Menstruation & Abnormal Uterine Bleeding
Chapter 39. Benign Disorders of the Vulva & Vagina
Chapter 40. Benign Disorders of the Uterine Cervix
Chapter 41. Benign Disorders of the Ovaries & Oviducts
Chapter 42. Urinary Incontinence & Pelvic Floor Disorders
Chapter 43. Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infections
Chapter 44. Antimicrobial Chemotherapy
Chapter 45. Perioperative, Intraoperative, & Postoperative Complications in Gynecologic Surgery
Chapter 46. Therapeutic Gynecologic Procedures
Section VI. Gynecologic Oncology
Chapter 47. Premalignant & Malignant Disorders of the Vulva & Vagina
Chapter 48. Premalignant & Malignant Disorders of the Uterine Cervix
Chapter 49. Premalignant & Malignant Disorders of the Uterine Corpus
Chapter 50. Premalignant & Malignant Disorders of the Ovaries & Oviducts
Chapter 51. Gestational Trophoblastic Diseases
Chapter 52. Radiation for Gynecologic Cancers
Section VII. Reproductive Endocrinology & Infertility
Chapter 53. Infertility
Chapter 54. Amenorrhea
Chapter 55. Hirsutism
Chapter 56. Endometriosis
Chapter 57. Assisted Reproductive Technologies: In Vitro Fertilization & Related Techniques
Chapter 58. Contraception & Family Planning
Chapter 59. Menopause & Postmenopause
Section VIII. Psychological & Social Issues
Chapter 60. Domestic Violence & Sexual Assault

ANNEXE G

TABLE DES MATIÈRES D'UN OUVRAGE D'ANDROLOGIE (SCHILL ET AL. 2008)

springer.com

Table des matières

Introduction

Andrologie : Définition, problèmes cliniques et prévalence
 Organisation et guide d'utilisation de l'ouvrage
 Considérations Générales
 Médecine basée sur les preuves en médecine de la reproduction et en andrologie
 Coûts économiques et rapports coût/efficacité
 Ethique de la recherche et des traitements en médecine de la reproduction
 Tissus humains destinés à la recherche

I Diagnostic et solution des problèmes cliniques

- I.1 Problème : dysphorie de genre et anomalies de la différenciation sexuelle**
 I.1.1 Dysphorie de genre
 I.1.2 Anomalies de la différenciation sexuelle
- I.2 Problème : développement pubertaire anormal**
- I.3 Problèmes de fécondité liés à l'homme**
 I.3.1 Approche consensuelle du diagnostic et de la prise en charge standardisés de l'homme infécond
 I.3.2 Organigramme diagnostique recommandé par l'OMS
 I.3.3 Implications des étiologies multifactorielles dans le diagnostic et la prise en charge de l'infécondité masculine
 I.3.4 Dysfonction sexuelle et fécondité masculine
 I.3.5 Valeurs de référence des paramètres spermatiques et leur interprétation
 I.3.6 Paramètres spermatiques normaux et anomalies isolées du plasma séminal
 I.3.7 Causes immunologiques
 I.3.8 Causes iatrogènes des anomalies des paramètres spermatiques
 I.3.9 Causes systémiques de l'infécondité masculine
 I.3.10 Anomalies congénitales et infécondité masculine
 I.3.11 Pathologies testiculaires acquises
 I.3.12 Cause : Varicocèle
 I.3.13 Infection/Inflammation des glandes sexuelles accessoires
 I.3.14 Facteurs endocriniens
 I.3.15 Oligo-Asthéno-Térazoospermie sans cause démontrable (O-A-T Idiopathique)
 I.3.16 Anovulation
- I.4 Problème : dysfonction sexuelle**
 I.4.1 Dysfonction érectile
 I.4.2 Déformation érectile, incluant la maladie de La Peyronie
 I.4.3 Dysfonction éjaculatoire : éjaculation prématurée, éjaculation retardée, anéjaculation, éjaculation de faible volume, éjaculation rétrograde et éjaculation douloureuse
 I.4.4 Dysfonction orgasmique
 I.4.5 Troubles de la libido
 I.4.6 Déviations sexuelles et paraphilies
- I.5 Controverses : L'usage des spermies masculines**
 I.5.1 Controverses concernant la prise en charge après vasectomie
 I.5.2 Reperméabilisation après vasectomie
 I.5.3 Contraception masculine
 I.5.4 Méthodes traditionnelles

I.6 Problème : Infections de l'appareil reproducteur

- I.6.1 Infections de l'appareil reproducteur/infections sexuellement transmises
 I.6.2 Infection par le VIH
- I.7 Problème : urgences en andrologie**
 I.7.1 Torsion du testicule
 I.7.2 Traumatisme fermé du testicule
 I.7.3 Fractures du pénis
 I.7.4 Priapisme
 I.7.5 Douleur du testicule et autres syndromes douloureux
- I.8 Lésions bénignes et tumeurs malignes de l'appareil génital masculin**
 I.8.1 Lésions bénignes du scrotum, kyste de l'épididyme, tumeurs de l'épididyme
 I.8.2 Cancer du testicule, CIS, Microcalcifications, Classification TNM
 I.8.3 Inflammations du pénis
 I.8.4 Cancer du pénis
 I.8.5 Circoncision

I.9 Problème: maladies de la prostate (Infection, hyperplasie bénigne de la prostate, cancer)

- I.9.1 Hyperplasie bénigne et cancer de la prostate
 I.9.2 Prostatite
- I.10 Problème : maladies du sein chez l'homme**
 I.10.1 Gynécomastie et hyperplasie bénigne du sein, incluant les causes iatrogènes
 I.10.2 Maladies cutanées du mamelon chez l'homme
 I.10.3 Cancer du sein chez l'homme
- I.11 Problème : vieillissement masculin**
 I.11.1 Régulation neuroendocrine des fonctions testiculaires
 I.11.2 Vieillesse masculine : l'usure du temps
 I.11.3 Insuffisance organique et maladies courantes de l'homme vieillissant

II Rationnel

- II.1 Anatomie et fonctions normales**
 II.1.1 Anatomie et histologie de l'appareil génital masculin
 II.1.2 Différenciation et développement sexuels
 II.1.3 Physiologie de la spermatogenèse
 II.1.4 Physiologie de la fonction sexuelle
 II.1.5 Régulation endocrine
 II.1.6 Immunologie du testicule et des voies excrétrices
 II.1.7 Contribution masculine à la biologie de la conception et de la fécondation
- II.2 Mécanismes des dysfonctions et pathologies**
 II.2.1 Anomalies du développement sexuel prénatal
 II.2.2 Troubles endocriniens et rôle des perturbateurs hormonaux
 II.2.3 Infection/inflammation de l'appareil génital masculin à l'origine d'anomalies spermatiques
 II.2.4 Urétrite, infections sexuellement transmises (IST), syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
 II.2.5 Anomalies du flux sanguin : dysfonction veineuse et artérielle/sexuelle et varicocèle
 II.2.6 Effets du mode de vie et des produits toxiques
 II.2.7 Influence des maladies systémiques et des facteurs iatrogènes sur les fonctions sexuelles et reproductives

II.2.8 Mécanismes pathogéniques des cancers urogénitaux

II.3 Outils diagnostiques

- II.3.1 Anamnèse et examen clinique pour problèmes andrologiques
 II.3.2 Analyse de sperme et tests fonctionnels des spermatozoïdes
 II.3.3 Analyse cytomorphologique du sperme
 II.3.4 Microbiologie clinique
 II.3.5 Bilan hormonal de l'infécondité et de la dysfonction sexuelle
 II.3.6 Marqueurs tumoraux en andrologie
 II.3.7 Explorations complémentaires incluant les procédures d'imagerie : Doppler, IRM, TEP, échographies en cas de tumeurs
 II.3.8 Explorations complémentaires incluant les procédures d'imagerie : Doppler Couleur et thermographie pour la détection d'un reflux en cas de varicocèle
 II.3.9 Evaluation des biopsies testiculaires d'un point de vue clinique
 II.3.10 Génétique et infécondité masculine
 II.3.11 Génétique des tumeurs (Prostate/testicule/verge)

II.4 Options thérapeutiques

- II.4.1 Introduction au chapitre sur la chirurgie
 II.4.2 Techniques chirurgicales en andrologie
 II.4.3 Technique de vasectomie
 II.4.4 Vasovasostomie et vasoepididymostomie
 II.4.5 Traitement non chirurgical de la varicocèle par embolisation percutanée de la ou des veines spermatiques avec un adhésif tissulaire
 II.4.6 Traitement hormonal de l'infécondité
 II.4.7 Contraception hormonale chez l'homme
 II.4.8 Traitement des dysphories de genre
 II.4.9 Traitement des dysfonctions sexuelles
 II.4.10 Options thérapeutiques pour hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) et cancer de la prostate
 II.4.11 Déficit partiel en androgènes chez l'homme vieillissant (PADAM) et supplémentation en testostérone : utilisation, mauvais emploi ou abus?
 II.4.12 Utilisation abusive des androgènes
 II.4.13 Hormones exotiques
 II.4.14 Nutrition anti-vieillesse et supplémentation alimentaire
 II.4.15 Aliments et supplémentation alimentaire dans le traitement de l'infécondité masculine
 II.4.16 Techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP)
 II.4.17 Cryopréservation des spermatozoïdes et du tissu testiculaire incluant l'autotransplantation de l'épithélium germinatif
 II.4.18 Recherches actuelles et perspectives de la thérapie génique en andrologie
 II.4.19 Thérapie comportementale et accompagnement
 II.4.20 Insémination par sperme de donneur, dons d'ovocyte et d'embryon
 II.4.21 Andrologie esthétique : interventions chirurgicales
 II.4.22 Andrologie esthétique : soins cutanés chez l'homme – esthétique masculine et procédures esthétiques en dermatologie

Index

BIBLIOGRAPHIE

Littérature scientifique

AUSTIN John Langshaw. 1970/1962, *Quand dire, c'est faire*, Éditions du Seuil : Paris, 208p.

BAUER Greta R., Rebecca Hammond, Robb Travers, Matthias Kaay, Karin M. Hohenadel, Michelle Boyce. 2009, « "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People », *Journal of the association of nurses in AIDS care*, vol. 20 n°5, p. 348-361.

BAUER Greta R., Nik Redman, Kaitlin Bradley & Ayden I. Scheim. 2013, « Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual, or Who Have Sex with Men : Results from Ontario, Canada », *International Journal of Transgenderism*, vol. 14, n°2, p. 66-74.

BAUER Greta R., Rebecca Hammond. 2015, « Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 24 n°2, p.1-11.

BARIL Alexandre. 2007, « De la construction du genre à la construction du "sexe" : les thèses féministes postmodernes dans l'œuvre de Judith Butler », *Recherches féministes*, vol. 20, n°2, 2007, p. 61-90, consulté en ligne le 22/10/2016, URI: <http://id.erudit.org/iderudit/017606ar>.

_____ 2009, « Transsexualité et privilèges masculins : fiction ou réalité ? », in dir. Chamberland, Line, *Diversité sexuelle et constructions de genre*, p.263-295.

_____ 2015, « Sexe et genre sous le bistouri (analytique) : interprétations féministes des transidentités », *Recherches féministes*, vol. 28, n°2, p. 121-14.

BOCCON-GIBOD Thomas, 2015. « Vérité du pouvoir et puissance de l'autorité Foucault et les voies de la critique », *Raisons politiques*, vol. 2, n° 58, p. 101-118.

BUTLER, Judith. 2006/1990, *Trouble dans le genre*, Edition La découverte : Paris, 276p.

_____ 2012, *Défaire le genre*, Edition Amsterdam : Paris, 331p.

CALIFIA Pat. 2003, *Le mouvement transgenre : Changer de sexe*, EPEL : Paris, 384p.

CELIS Leila, Maude Chalvin, Blandine Juchs, Mélissa Leblanc et Gada Mahrouse. 2011, *Notre solidarité : un territoire à décoloniser*, Ile de la tortue : Montréal.

CLARKE Adele E. 2003, « Situational Analyses : Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn », *Symbolic Interaction*, vol. 26, n°4, p.553-576.

CRESWELL John W. 2007, *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Approaches* (second edition), Sage Publication : Thousand Oaks, 416 p.

ENRIQUEZ Mickael. 2013, « Un mouvement trans au Québec ? Dynamique d'une militance émergente », travail de mémoire en sociologie au sein de l'UQAM.

ESPINEIRA Karine. 2011, « Le bouclier thérapeutique : discours et limites d'un appareil de légitimation », *Le sujet dans la cité*, vol.1, n° 2, p. 189-201.

ESPINEIRA Karine, Maud-Yeuse Thomas et Arnaud Alessandrin. 2012, *La Transyclopédie. Tout savoir sur les transidentités*, édition « Des Ailes sur un Tracteur », 338p.

FESSEL Michaël. 2011, « Kant ou les vertus de l'autonomie », *Études* vol. 3, tome 414, p. 341-351.

FOUCAULT Michel. 1976, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Gallimard, 211p.

_____ 2001. « La naissance de la médecine sociale (conférence prononcée en 1974 à l'université d'État de Rio de Janeiro et publiée en 1977) », *Dits et Écrits, tome 2 : 1976 - 1988*, Paris: Gallimard, p.207-28.

GAGNON Johanne. 2012. « Empowerment », in dir. Formarier, Monique, Ljiljana Jovic, *Les concepts en sciences infirmières*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », p. 172-175.

GIAMI Alain. 2011, « Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers », *L'Information psychiatrique*, vol. 87, n°4, p.269-277.

GUYARD Laurence. 2010, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29, n°3, p. 44-57.

HEBERT Billy, Line Chamberland et Mickaël Chacha Enriquez, avec la collaboration de l'Aide aux Trans du Québec. 2015, *Mieux intervenir auprès des aîné.e.s trans*, Montréal, Chaire de recherche sur l'homophobie, UQAM.

HÉRAULT Laurence. 2004, « Constituer des hommes et des femmes : la procédure de transsexualisation », *Terrain* n°42, p. 95-108.

_____ 2007 « La métamorphose transsexuelle comme renaissance », communication présentée aux Rencontres internationales « Le corps et la loi » du début à la fin de 2007.

_____ 2008 « Les transformations des corps masculins et féminins dans le parcours de transsexualisation », communication présentée aux Journées d'étude « le corps en Représentation ».

_____ 2014, « La chirurgie de transsexuation : une médecine entre réparation et amélioration », in dir. Bujon, Thomas., Christine Dourlens, Gwenola Le Naour, *Aux frontières de la médecine*, Éditions des archives contemporaines, p.209-220. Consulté sur HAL archives ouvertes.fr.

KAMGAIN Olivia. 2015, « Accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* sur le territoire de la capitale-nationale », mémoire présenté à l'École Nationale d'administration publique dans le cadre du programme de Maîtrise en administration publique pour l'obtention du grade de Maître ès science (M. Sc.).

LAMBERT, Gilles, Sara Mathieu-C, Patricia Goggin, Emilie Maurais, et les membres de l'équipe PIXEL. 2017, « Étude PIXEL, Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes québécois », Institut national de santé publique du Québec.

LETONTURIER, Eric. s. d. « Autorité », *Encyclopædia Universalis [en ligne]*, consulté le 5 avril 2018. URL : <http://www.universalis-edu.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/encyclopedie/autorite/>

MACÉ Eric. 2010, « Ce que les normes de genre font aux corps / ce que les corps trans font aux normes de genre », *Sociologie*, vol. 1, n°4, PUF, p.497-515.

_____ 2011, « Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans' », *L'Information psychiatrique*, vol. 87, n°4, p.291-293.

MATHIEU Nicole-Claude. 1991, *L'anatomie politique catégorisations et idéologies du sexe*, Côté-femmes : Paris, 291p.

MELIANI Valérie. 2013, « Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode », *Recherches Qualitatives* (hors-série), n°15 p.435-452.

MOULIN, Anne-Marie. 2006, « Le corps face à la médecine » in dir. Jean-Jacques Courtine, *Histoire du corps. Les Mutations du regard. Le XXe siècle*, Paris : Le Seuil, p.15-40.

OLLIVIER, Michèle et Manon Tremblay. 2000, « Quelques principes de la recherche féministe », in *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Montréal: L'Harmattan, p.17-58.

PRECIADO B. Paul. 2014 /2008, *Testo Junkie : sexe, drogue et biopolitique*, édition J'ai lu : Paris, 410 p.

REUCHER Tom. 2011, « Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique », *L'Information psychiatrique*, vol. 87, n°4, p.295-299.

RUAULT Lucile. 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 34, n°1, p. 35-50.

SERANO, Julia. 2011/2007, « Démanteler le privilège cissexuel », *Whipping girl, a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*, traduit par Le collectif MTF, consulté sur <http://infokiosques.net>, p.5-26.

SOHN, Anne-Marie. 2006, « Le corps sexué », in dir. Jean-Jacques Courtine, *Histoire du corps. Les Mutations du regard. Le XXe siècle*, Paris : Le Seuil, p.95-132.

TABET Paola. 1998, « Fertilité naturelle, reproduction forcée », *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, l'Harmattan : Paris, p.76-110.

VUILLE Marilène, Séverine Rey, Catherine Fussinger, Geneviève Cresson. 2006, « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25, n°2, p. 4-15.

WINCKLER, Martin. 2017, *Les brutes en blanc*. Paris : Point, 184 p.

XAVIER Jessica, Judith Bradford, Michael Hendricks, Laretta Safford, Ryan McKee, Elaine Martin & Julie A. Honnold. 2013, « Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study », *International Journal of Transgenderism*, vol. 14, n°1, p.3-17.

Guides / Brochures

ACT et CATIE. 2012, « Le sexe au féminin : Un guide de santé sexuelle pour les femmes queer ».

ASTTE(e)Q (Jackson Ezra). 2011, « Je m'engage : Un manuel pour les professionnels en santé et services sociaux qui travaillent avec des personnes trans ».

ASTT(e)Q (Jackson Ezra). 2012, « Je me réfère : Un guide de santé et de survie pour les personnes trans du Québec ».

Etudiant·e·s anonymes de l'UQAM. 2018, Petit guide des enjeux LGBTQIA+ à l'Université. À l'attention des professeur·e·s et chargé·e·s de cours à l'UQAM, Téléchargeable sur <http://setue.net/wp-content/uploads/2018/04/Guide-enjeux-LGBTQIA-UQAM-2017.pdf>

Webographie

Site de l'OMS, consulté le 26/04/2016 à l'adresse suivante : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

Blog de LoFtU : <http://loftu.skyrock.com> consulté le 30/04/2015

Travaux de l'assemblée sur le projet de loi 35 consultables sur <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-35-40-1.html>. Site consulté le 17/12/2015.

Autres sources

DECHERNEY, Alan H., Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin, Neri Laufer, et Ashley S. Roman. 2012. *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology, Eleventh Edition*. 11 édition. New York: McGraw-Hill Education / Medical.

LOBO, Rogerio A., David M. Gershenson, Gretchen M. Lentz, et Fidel A. Valea. 2016, *Comprehensive Gynecology*, 7e. Philadelphia: Elsevier.

SCHILL Wolf-Bernhard, Frank H. Comhaire, Timothy B. Hargreave. 2008, *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens*, Springer Verlag : Paris, 644p.

WHITE, Bruce, et Susan Portefield. 2012, *Endocrine and Reproductive Physiology: Mosby Physiology Monograph Series*. 4e édition. Philadelphia, PA: Elsevier Canada.