

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE POUR LES SOINS D'AFFIRMATION DE GENRE : LA PERSPECTIVE
DES PATIENT·ES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

À LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

WOLFGANG KAYITALIRE

NOVEMBRE 2024

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.12-2023). 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 la Chaire de recherche du Canada sur les trajectoires de consommation de substances psychoactives chez les personnes de la diversité sexuelle et de genre (TRADIS), qui a fourni les fonds pour le dédommagement des participantes de recherche.

Je remercie également Jorge Flores Aranda, mon directeur préféré, qui a su me guider à travers les hauts et les bas de la recherche queer avec le sourire.

DÉDICACE

Je dédicace ce mémoire de recherche à Ines Rosell-Montagut et Louis Kayitalire, sans lesquels je ne serais pas à l'UQÀM, ni à la maîtrise, ni en vie d'ailleurs.

I owe it all to you.

AVANT-PROPOS

Ce mémoire a été rédigé en employant les accords féminins comme accords « neutres » dans une optique féministe. L'utilisation traditionnelle des accords masculins comme accords neutres universalise les expériences masculines et invisibilise la contribution des femmes et autres minorités de genre à la société. Le langage inclusif, alternative au masculin neutre, populaire parmi la communauté transgenre, n'a pas pu être utilisé dans l'intégralité de ce mémoire par souci de lisibilité et de temps. Le féminin est donc utilisé ici pour désigner des types de personnes (patientes, chirurgiennes, professionnelles de la santé mentale) ainsi que pour désigner un groupe de personnes qui inclut au moins une femme. Le langage inclusif apparaît seulement en référence directe à des individus qui utilisent des accords neutres (par exemple, un·e participant·e non binaire).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iii
AVANT-PROPOS.....	iv
TABLE DES MATIÈRES	v
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	viii
GLOSSAIRE.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Transitude et transition	3
1.2 Contexte historique et évolution.....	4
1.2.1 Transsexualisme : un rapport au corps	5
1.2.2 L'origine de l'EOTM	6
1.2.3 Transgenre : changement de paradigme	7
1.2.4 XXI ^e siècle : Identités non conformes et politisées.....	8
1.3 Aujourd'hui	9
1.3.1 L'accès à la transition médicale au Québec.....	9
1.3.2 L'EOTM aujourd'hui.....	11
1.4 Les enjeux contemporains.....	12
1.4.1 La difficulté d'accès	12
1.1.1 Les expériences positives entourant l'EOTM	13
1.4.2 L'évaluatrice : gardienne des soins de transition ?	13
1.4.3 Non-binarité et non-conformité de genre.....	14
1.4.4 L'autonomie corporelle	14
1.4.5 La pathologisation	15
1.4.6 La prise de décision et le regret.....	15
1.5 Objectif et questions de recherche	17
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL	18
2.1 Cisgenrisme et cisnormativité	18

2.2	Intersectionnalité.....	19
2.3	Transnormativité	20
2.4	Savoirs situés.....	20
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE		23
1.2	La stratégie générale de recherche	23
3.1	Rigueur scientifique	23
1.3	Critères de sélection des sujets et modalités de recrutement.....	26
1.4	La collecte de données	28
1.5	Risques et avantages de la participation	30
1.6	L'analyse des données	32
3.2	Confidentialité et consentement.....	32
3.3	Forces et limites de la recherche	33
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....		35
4.1	Aperçu sociodémographique.....	35
4.2	Le vécu de l'EOTM.....	37
4.2.1	En amont de l'évaluation : recherche et préparation	37
4.2.2	Transnormativité et gardiennage des soins	40
4.2.3	L'expérience lors de l'évaluation	41
4.2.4	L'utilité de l'EOTM	42
4.2.5	La prise de décision.....	42
4.2.6	Les griefs et recommandations pour le système de santé	43
4.3	La théorisation de la pratique.....	45
4.3.1	La fonction de la pratique selon les participantes.....	45
4.3.2	La pertinence de l'EOTM selon les participantes	47
4.3.3	La nécessité de l'EOTM selon les participantes.....	47
4.3.4	L'évaluatrice idéale selon les participantes	49
4.3.5	Les recommandations des participantes pour les évaluatrices	50
4.3.6	Les différentes perspectives sur l'EOTM	51
CHAPITRE 5 DISCUSSION		54
5.1	Résumé des résultats	54
5.2	L'expérience lors de l'évaluation	55
5.3	Analyse des résultats à la lumière du cadre conceptuel	55
5.3.1	Cisnormativité.....	55
5.3.2	Cisgenrisme et pathologisation	57
5.3.3	Transnormativité	60
5.3.4	Intersectionnalité.....	61
5.4	Rôle de l'évaluatrice et utilité de l'évaluation pour les patientes.....	63

CHAPITRE 6 RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTES	67
CONCLUSION	69
ANNEXE A AFFICHES DE RECRUTEMENT	71
ANNEXE B FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	74
ANNEXE C ORGANIGRAMME : ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À PARTICIPER	81
ANNEXE D GUIDE D'ENTRETIEN	82
ANNEXE E PLAN D'ACTION : IDÉATION SUICIDAIRE.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

EOTM : Évaluation obligatoire pour transition médicale

WPATH : World Professional Association for Transgender Health

SoC : Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People

PSM : Professionnelle de la santé mentale

2SLGBTQIA+ : Two-Spirit, Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Queer, Intersex, Asexual, etc.

UQÀM : Université du Québec à Montréal

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

RAMQ : Régime de l'assurance maladie du Québec

GLOSSAIRE¹

Cisgenre : une personne dont l'identité de genre correspond à son genre assigné à la naissance.

Dysphorie de genre : mal-être résultant d'une incongruence entre son genre assigné à la naissance et son genre auto-identifié.

Trans : inclut toutes les identités non-cisgenres, dont transgenre et transsexuel.

Trans-féminin : dit d'une personne trans assignée homme à la naissance dont l'identité de genre est féminine.

Trans-masculin : dit d'une personne trans assignée femme à la naissance dont l'identité de genre est masculine.

Transition médicale : le processus de modification corporelle qui a pour but d'aligner le corps de la personne avec son expression de genre souhaitée.

Transitude : traduction du mot anglais *transness*, qui décrit le fait d'être trans (Dupont, 2023).

Transgenre : une personne dont l'identité de genre ne correspond pas à son genre assigné à la naissance.

Transsexuel : une personne qui entreprend un processus médical d'affirmation de genre afin de modifier ses caractéristiques sexuelles (Coleman *et al.*, 2012). Ce mot qui provient du monde médical peut être vu aujourd'hui comme arriéré et pathologisant. Certaines personnes correspondant techniquement à sa définition rejettent cette appellation.

Non binaire: une personne qui ne s'identifie ni comme une femme ni comme un homme, ne s'inscrivant pas dans la binarité de genre.

Passing : terme anglais désignant le fait de ressembler physiquement au sexe auquel on s'identifie, plutôt qu'au sexe auquel on a été assigné à la naissance.

Queer : identité politisée centrée sur une fierté dans la non-conformité genrée et sexuée ainsi qu'un refus de s'assimiler dans un statu quo, qu'il soit hétérosexuel ou même homosexuel. Les théories queers rejettent la normativité, le but étant de détruire la binarité normal/anormal, plutôt que d'intégrer les personnes LGBT dans la norme (Warner, 1999a, 1999b).

1 La source des définitions ci-dessus est [\(Aide aux Trans du Québec, 2021\)](#) sauf indication du contraire.

RÉSUMÉ

Afin d'accéder à des traitements médicaux d'affirmation de genre, les personnes trans doivent souvent faire l'objet d'évaluations psychologiques dans l'espoir de recevoir une lettre de recommandation, sans laquelle l'accès à certains soins devient impossible. Ces évaluations font l'objet de nombreuses critiques dans la littérature, quant à la violation de l'autonomie corporelle des patientes, le gardiennage (ou *gatekeeping* en anglais) des soins d'affirmation de genre, la pathologisation et la reproduction de la transnormativité.

Ce projet de recherche a pour objectif de comprendre et documenter les vécus des patientes qui ont fait l'objet d'une telle évaluation, ainsi que de produire des recommandations pour la pratique basées sur ces vécus. L'épistémologie des savoirs situés, ainsi que les concepts du cisgenrisme, de la transnormativité et de l'intersectionnalité ancrent ce projet dans un courant féministe et critique. Des entretiens individuels semi-dirigés (n=13) ont été conduits avec de telles patientes. Une analyse thématique inductive indique une lourde charge dans la préparation à l'évaluation, et des expériences d'évaluation angoissantes, mais ne causant pas d'enjeu majeur. Les perspectives théoriques des participantes sur la pratique sont divisées, mais la plupart sont ambivalentes face à l'existence de la pratique. La transnormativité ressort comme un enjeu clé selon les participantes, alors que le concept de la pathologisation est quasi absent de leurs discours. Des données sur la discrimination cisgenriste en milieu hospitalier ont également émergé, et de possibles voies pour l'adaptation des services aux besoins de la communauté trans sont discutées. Des recommandations ont été émises sur les moyens pour l'évaluatrice de réduire le sentiment d'anxiété chez l'usagère et rendre l'évaluation aussi confortable que possible.

Mots clés :

Transgenre, hormonothérapie, chirurgie d'affirmation de genre, évaluation psychologique, transnormativité, cisnormativité, EOTM

ABSTRACT

In order to access gender affirming medical care, trans people must often undergo a psychological evaluation in the hopes of receiving a referral letter, without which access may be impossible. These evaluations are the subject of numerous critiques in scientific literature: they are accused of violating the bodily autonomy of patients, of being a form of gatekeeping of gender care, of being pathologizing for the patient, and of reproducing transnormativity.

This research project aims to understand and document the experiences of patients that have undergone such an evaluation, and to produce recommendations for this evaluative practice that is based off of those experiences. The use of concepts such as standpoint theory, cisgenderism, transnormativity and intersectionality anchors this project in the legacy of critical feminist research. Semi-structured individual interviews were conducted with such patients (n=13), and a thematic inductive analysis was used to organise the data. This analysis reveals how burdensome it can be for patients to book an evaluation and prepare for it, and how anxiety-inducing the evaluation itself can be, even though participants mostly had decent, if not positive experiences in the end. Their theoretical perspectives on the practice are divided, with most respondents nonetheless being weary about it and unsure if it should exist. Transnormativity arises as one of the major issues for the respondents, while pathologisation is hardly mentioned. Data emerges on experiences of discrimination in Montreal hospitals, and potential avenues are proposed to better adapt medical services to a trans clientele. Lastly, recommendations for practice are discussed that can help decrease the feeling of anxiety within the patient and make evaluations more accessible.

Keywords : Transgender, Gender-affirming care, Top surgery, Bottom surgery, Hormone Replacement Therapy, Mandatory Psychological Evaluation, Surgery Readiness Assessment, Transnormativity, Gatekeeping

INTRODUCTION

Les dernières années ont vu l'essor des discours anti-trans et anti-transition, dans les médias comme dans les projets de loi. Les modalités d'accès aux soins d'affirmation de genre sont remises en question et certaines actrices poussent au durcissement des limites et barrières à l'accès (Dryden et Lee, 2024). Au Québec, le gouvernement provincial récemment poursuivi en justice par le Centre de lutte contre l'oppression des genres qui demandait plus de droits pour les personnes trans, et ayant fait appel de la décision de la Cour en faveur du Centre (*Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec*, 2021), a une relation conflictuelle avec les organismes et activistes trans. La création récente du Comité des Sages sur l'identité de genre nourrit ce conflit et est la cible de nombreuses critiques de la part des secteurs académique, communautaire et activiste (*Appel – Contre le comité de « sages »*, 2024). Ce comité, dont la mission est de dresser un état des lieux sur les politiques liées à l'identité de genre au Québec, regroupe des personnes qui ne sont ni trans elles-mêmes, ni des expertes reconnues dans le domaine des études trans québécoises (ICI.Radio-Canada.ca, 2023). La formation de ce comité illustre la façon dont le climat politique actuel peut favoriser des débats sur « la question trans » qui ne sont pas ancrés dans la perspective des personnes concernées.

Ce projet de recherche vise à contrer cette tendance en étudiant, du point de vue des patientes trans, l'évaluation psychologique obligatoire qui sert de test d'entrée pour la transition médicale. Le premier chapitre explique l'origine de cette pratique évaluative, ainsi que ses enjeux actuels, et termine en introduisant la question et les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre détaille les concepts scientifiques mobilisés pour l'analyse des données, ainsi que l'épistémologie qui sous-tend cette recherche : la théorie des savoirs situés. J'y explique que cette théorie et cette recherche valorisent les savoirs par et pour, situés dans l'oppression, qui remettent en question les systèmes de pouvoir. Les concepts qui encadrent ce projet sont le cisgenrisme, la cisnormativité, la transnormativité et l'intersectionnalité. Le troisième chapitre décrit les choix méthodologiques opérés pour répondre à la question de recherche, rester fidèle aux objectifs et assurer le bien-être des participantes. Je justifie ensuite le choix de faire des entretiens individuels semi-dirigés suivis d'une analyse thématique inductive. Les données sont détaillées dans le quatrième chapitre, puis analysées à la lumière de la littérature dans le cinquième chapitre. Le quatrième chapitre décrit le vécu émotionnel et matériel des patientes avant et pendant l'évaluation, leurs angoisses et stratégies d'adaptation en lien avec l'évaluation, ainsi que leurs diverses perspectives théoriques au sujet de cette pratique. Ces perspectives sont ensuite comparées à la

littérature scientifique et comprises au travers du prisme du cadre conceptuel. Une comparaison entre le vécu des participantes et les standards de soins qui régissent la pratique évaluative clôt ce chapitre. Le sixième chapitre résume ensuite les recommandations des participantes à destination des professionnelles qui effectuent ces évaluations. La conclusion, quant à elle, récapitule brièvement les apports théoriques et pratiques de cette étude et identifie les éléments qui nécessiteraient davantage de recherche.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, je vais d'abord introduire les concepts suivants : la transitude, la transition médicale et l'évaluation psychologique obligatoire (EOTM). Je situerai ces concepts dans leur contexte historique et expliquerai leur évolution jusqu'à aujourd'hui. J'apporterai ensuite une recension des écrits sur l'état actuel de l'EOTM en Amérique du Nord. Dans le cadre de ce mémoire, j'utiliserai le mot « transitude » pour décrire le fait d'être trans, et le mot « trans » comme un descriptif intemporel englobant plusieurs concepts historiquement situés, dont transgenre et transsexuel.

1.1 Transitude et transition

Une personne transgenre est une personne qui ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance (Aide aux Trans du Québec, 2021). Le genre assigné est le genre écrit sur le certificat de naissance et déterminé par les organes génitaux. Une personne cisgenre, au contraire, s'identifie au genre assigné à sa naissance. Le préfixe « trans », d'origine latine, décrit un passage d'un côté à l'autre, alors que le préfixe « cis » indique le fait de rester d'un même bord (Mary, 2021).

La transition permet aux personnes trans de vivre plus en harmonie avec leur identité de genre. Une transition peut être sociale, ce qui inclut un *coming-out* et (souvent) une modification superficielle de l'apparence, et elle peut également être médicale, ce qui implique des modifications corporelles nécessitant des soins médicaux. Les soins médicaux d'affirmation de genre sont multiples, mais les plus communs sont l'hormonothérapie, la chirurgie et l'électrolyse. Pour les personnes transféminines, la prise d'œstrogènes, de progestérone et/ou de bloqueurs d'androgènes apporte une féminisation du corps, et pour les personnes transmasculines, la testostérone permet une masculinisation du corps. Le corps peut être davantage masculinisé par le biais de chirurgies visant à aplatir le torse, ainsi que la création d'organes génitaux masculins. La féminisation du corps peut également inclure des options chirurgicales, telles que la création d'organes génitaux féminins, les implants mammaires ou fessiers et la féminisation du visage (*GrS Montréal | Chirurgie d'affirmation de genre | Les Chirurgies, s. d.*). L'électrolyse, mobilisée majoritairement par les personnes transféminines, permet une épilation permanente de la barbe, ou de toute autre pilosité corporelle. Les interventions nécessaires au *passing* (mot anglais désignant le fait de ressembler au sexe auquel on s'identifie, plutôt qu'au sexe auquel on a été assigné) sont dites « reconstructives » plutôt que « cosmétiques », car elles constituent des traitements médicalement

nécessaires pour la dysphorie de genre, plutôt que des traitements électifs dont la seule finalité serait esthétique (Robinson *et al.*, 2008). La dysphorie que vivent les personnes dont le corps ne correspond pas à leur genre ou expression souhaitée peut causer de la détresse cliniquement significative et la transition est alors le meilleur traitement disponible (Coleman *et al.*, 2022).

Du point de vue du droit international, les Principes de Jogjakarta Plus 10 défendent et protègent le droit à la transition de genre. Les Principes de Jogjakarta Plus 10, qui est la version mise à jour des Principes de Jogjakarta datant de 2006, sont des énoncés sur l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (*A propos des principes – Yogyakartaprinciples.org*, s. d.). Ces principes ont été produits par un groupe international de personnes expertes en droits humains, incluant des juges, des chercheuses et des membres d'organismes non gouvernementaux. Deux contributeurs notables sont le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe et l'ancien Haut-Commissaire aux droits de l'homme des Nations Unies. Parmi ces énoncés se trouve le Principe 13, qui pose que le droit humain à la sécurité sociale et autres mesures de protection sociale doit inclure le droit à la transition médicale, comme tous les autres soins médicaux. Le Principe 17 énonce que le droit humain à jouir du plus haut niveau possible de santé doit inclure la possibilité d'accéder à des soins d'affirmation de genre, et « *le pouvoir de prendre leurs propres décisions concernant les traitements et les soins médicaux (...) sur la base d'un consentement véritablement informé.* » (International Commission of Jurists, 2017).

1.2 Contexte historique et évolution

Le concept occidental de la personne trans est né dans le champ de la sexologie, au début du XX^e siècle. À cette époque, l'étude scientifique de ce qui est nommé la « déviance » sexuelle et genrée se développe considérablement et l'on assiste à une évolution des conceptualisations cliniques à cet effet ; on passe alors de la sodomie (un acte) à l'homosexuel (une personne prédisposée à cet acte) (Devor, 2002). Cette catégorisation a mené à une plus fine distinction entre différents types de non-conformité de genre et de sexualité. Henry Benjamin inventera finalement le mot transsexuel pour distinguer les personnes qui souhaitent changer de sexe de celles qui veulent avoir des relations avec des personnes du même sexe (Benjamin, 1953).

1.2.1 Transsexualisme : un rapport au corps

C'est donc dans le monde scientifique et médical que s'est développé le concept trans pendant encore plusieurs décennies. Cela s'est traduit dans les définitions cliniques du transsexualisme, qui se concentraient sur le changement médical du corps. Selon Person et Ovesey, par exemple, le transsexuel est défini par son désir d'accéder à des traitements hormonaux et chirurgicaux de « *réassignation de sexe* » (Person et Ovesey, 1974). Certains chercheurs ont encore créé deux sous-catégories de transsexuels : le transsexuel primaire et le secondaire. Le transsexuel primaire mâle² est une personne assignée homme à la naissance, dont le désir de changer physiquement et socialement de sexe débute à la petite enfance et perdure sans interruption. Cette personne ne s'identifie pas avec une communauté d'hommes homosexuels, et n'a pas, ou presque pas, de vie sexuelle. Elle doit finalement ressembler à une femme comme les autres et ne surtout pas avoir une féminité « *exagérée* » (Block et Fisher, 1979). La féminité « *exagérée* » était associée aux transsexuels secondaires, qui sont décrits comme étant avant tout des hommes homosexuels ou des hommes travestis, qui développent éventuellement le désir de changer de sexe. Le transsexuel primaire était vu comme « plus trans » que le secondaire, et certaines cliniques refusaient l'accès à la chirurgie génitale aux transsexuels secondaires (Block et Fisher, 1979). Selon la littérature du XX^e siècle, une personne trans ayant une identité homosexuelle, un sentiment d'appartenance à une communauté homosexuelle et/ou exprimant une féminité qui diffère de celle d'une femme hétérosexuelle typée n'est donc « pas vraiment trans ». Plus une femme trans ressemblait à une femme cisgenre, plus elle avait de chances d'avoir accès à une réassignation de sexe. Certains chercheurs disaient même juger les femmes trans selon leur degré d'attirance sexuelle ; plus une patiente était perçue comme étant « sexy », plus elle avait de chances d'accéder à la chirurgie (Kessler et McKenna, 1978). La validité du genre de la personne trans se mesurait à la conformité à des standards sexistes cisgenres et hétérosexuels (Namaste, 2000).

2 La recherche se concentrait particulièrement sur les personnes transféminines, qui étaient surreprésentées dans les demandes de services à l'époque.

1.2.2 L'origine de l'EOTM³

L'accessibilité des soins de transition se développa en Amérique du Nord à partir des années 1960, quand la recherche sur la « transsexualité » et la « réassignation de sexe » prirent leur élan (Denny, 2002). Ces soins de transition étaient expérimentaux et avaient donc lieu au sein de projets de recherche dans des contextes universitaires. Afin d'accéder à ces soins, les individus devaient correspondre aux critères de sélection établis par les chercheurs⁴, ce qui incluait un diagnostic de transsexualisme. Les psychiatres-chercheurs faisaient donc des évaluations psychologiques de chaque participante potentielle pour établir, ou non, son éligibilité. L'importance du diagnostic clinique était soulignée ainsi que la nécessité d'ignorer l'auto-identification des patients (Ross, 1986). La littérature scientifique sur laquelle se basaient ces évaluateurs n'était dénuée de préjugés : elle provenait quasiment exclusivement d'auteurs hommes cisgenres, présentait des biais LGBTQphobes et ne reflétait pas la réalité ou la diversité des vécus de la communauté trans (Stone, 1987). En conséquence, des critères discriminatoires étaient employés pour déterminer l'accès aux soins de transition, uniquement accessibles à travers ces projets de recherche. Ces psychiatres-chercheurs détenaient donc un pouvoir considérable sur la communauté trans, décidant entre eux qui était vraiment trans et qui avait le droit de faire sa transition. C'est pourquoi cette évaluation était perçue comme un obstacle à l'obtention de soins de transition, comme une sorte d'examen à passer (Stone, 1987). Les évaluateurs eux-mêmes pouvaient ressentir cette dynamique et avoir l'impression d'être des « juges » (Knorr *et al.*, 1968). Ils remarquaient également que leurs patientes avaient tendance à adapter leurs récits de vie afin de se conformer à l'idée psychiatrique d'une personne trans, dans le but de réussir leurs évaluations (Worden et Marsh, 1955). Il existait en effet tout un réseau de soutien trans où les gens partageaient des astuces pour la réussite de l'évaluation et l'obtention de soins de transition (Denny, 2002). La littérature scientifique à ce sujet portait souvent un jugement moral sur les personnes trans afin d'expliquer leurs « mensonges », les qualifiant de manipulatrices narcissiques et obsessives (Stone, 1987). Ces comportements commencent aujourd'hui à être reconnus comme étant le symptôme

3 Veuillez noter que certaines des sources citées dans cette sous-section sont très datées parce qu'il s'agit de sources historiques qui réfèrent directement aux phénomènes nommés, plutôt que des sources analytiques qui étudient ces phénomènes *a posteriori*.

4 Veuillez noter que dans cette sous-section, le choix a été fait d'utiliser le masculin plutôt que le féminin pour faire référence aux divers professionnels. Ceci a pour but de refléter le fait que, au XX^e siècle, la majorité écrasante des psychiatres, chercheurs et évaluateurs étaient des hommes, et que leurs pratiques et productions scientifiques étaient teintées de misogynie, comme ce sera exposé plus bas. L'utilisation du féminin neutre dans ce contexte masquerait la présence d'une masculinité toxique que je tente de démontrer.

d'un système de santé problématique plutôt qu'une pathologie individuelle (Bockting *et al.*, 2006 ; Sarkisova, 2015).

Le monopole universitaire sur les soins de transition fut ébranlé en 1979 avec la publication de *Sex Reassignment : Follow-up* de Meyer et Reter. Cet article disait démontrer que les soins de transition n'amélioraient pas le fonctionnement ou le bien-être des patients et ne devraient donc pas être remboursés. Ces résultats furent vivement critiqués (Fleming *et al.*, 1980) mais leur impact fut tout de même énorme et les cliniques universitaires de dysphorie de genre fermèrent leurs portes l'une après l'autre (Denny, 2002). La pratique de l'évaluation psychologique obligatoire, par contre, a perduré jusqu'à aujourd'hui.

1.2.3 Transgenre : changement de paradigme

Le concept trans occidental a beaucoup évolué. Via le militantisme de la communauté trans, ce concept a été progressivement élargi, dépathologisé, démedicalisé et politisé. Cette évolution est criante dans la différence entre le diagnostic portant sur la transitude du DSM-III, la première édition à traiter de ce sujet, et celui du DSM-V-R, la version la plus à jour. Dans le DSM-III, le diagnostic de transsexualisme se concentre sur le corps du patient, incluant comme critère diagnostic un désir de changer ses organes génitaux (American Psychiatric Association, 1987). Le nom du diagnostic lui-même, transsexuel, met l'accent sur le processus physique de modification du corps sexué et implique nécessairement une transition de mâle à femelle ou de femelle à mâle. Cette édition décrit le désir d'être du sexe opposé comme un « désordre », pathologisant explicitement la transitude, alors que le diagnostic de dysphorie de genre du DSM-V-R décrit la détresse que peuvent ressentir les personnes trans, et non leur identité même (American Psychiatric Association, 2013). Ce changement reflète la dépathologisation progressive du concept trans dans les domaines scientifiques. La cinquième édition offre également une nouvelle définition de la personne trans ; un individu qui souhaite subir ou a déjà subi une transition sociale d'un genre à l'autre, ce qui peut inclure une transition médicale, mais pas forcément. Nous voyons donc que la définition s'élargit pour inclure les personnes qui ne souhaitent pas modifier leur corps, ainsi que les personnes non binaires qui ne s'identifient ni à leur genre assigné ni au genre binaire opposé.

Ce changement de paradigme peut être crédité à la littérature grise et aux sciences humaines, notamment les œuvres provenant d'auteurs trans (Bolin, 1983 ; Bornstein, 1994 ; Boswell, 1991). À partir des années 1980, un réseau de soutien transgenre commence à se développer aux États-Unis (Stone, 1987). Dans ce partage communautaire en dehors des limites, paramètres et cadres conceptuels psychiatriques, de nouvelles formes d'expériences et d'identités trans ont pu voir le jour (Denny, 2002 ; Desrochers, 2018). Un exemple notable est le livre *Men who chose to live as women*, dans lequel Virginia Prince décrit son expérience en tant que personne assignée homme à la naissance qui a fait une transition sociale pour vivre en tant que femme, mais ne veut pas de chirurgie génitale (Prince, 1969). Elle est alors la première à utiliser le mot transgenre pour décrire le fait de s'identifier avec son sexe de naissance, mais pas son genre assigné.

L'influence de Foucault sur les études trans est également notable. Son ouvrage *Histoire de la Sexualité* offre une analyse des discours occidentaux sur la sexualité qui contribuera à la prolifération de perspectives postmodernes et socioconstructivistes sur le genre et la sexualité (Foucault, 1976). L'idée que le genre est une construction sociale contribua à légitimer et dépathologiser les formes d'expression et d'identité de genre qui correspondent moins aux idéaux sociaux. La non-conformité de genre commence alors à être explorée dans toute sa diversité et sa complexité, et l'hégémonie des modèles médicaux transsexuels est petit à petit ébranlée (Denny, 2002 ; Drescher, 2010).

1.2.4 XXI^e siècle : Identités non conformes et politisées

Ce changement de paradigme ouvre donc la porte à l'existence de personnes non binaires, c'est-à-dire qui ne s'identifient ni comme femme, ni comme homme, et donc ne souhaitent pas passer « d'un sexe à l'autre » selon la dyade homme-femme. La littérature académique et grise emploie souvent la métaphore du parapluie pour expliquer l'agrandissement du concept trans et la pluralité des expériences et identités qui peuvent y correspondre (Davidson, 2007). Loin de l'époque des transsexuels primaires et secondaires, plusieurs identités qui revendiquent spécifiquement une non-conformité aux stéréotypes de genre sont à présent documentées. Cette non-conformité peut s'exprimer et se vivre de plusieurs façons ; certaines personnes peuvent changer de sexe, mais avoir une expression de genre qui ne corresponde pas à leur nouveau sexe, d'autres choisissent de ne jamais modifier leur corps à l'aide d'interventions médicales, quand d'autres encore peuvent sélectionner leurs interventions médicales « à la carte », optant seulement pour des hormones, ou pour certaines chirurgies, *etc.* (Coleman *et al.*, 2022).

L'identité transgenre peut également avoir une dimension politique. La politisation de la transitude découle d'une analyse critique des normes occidentales de genre et de sexualité, et du rôle que peuvent jouer l'État et les institutions médicales dans le renforcement de ces normes. Si l'assignation d'un genre à la naissance est un outil de contrôle sociopolitique, alors le refus de se conformer aux limites de ce genre peut être vu comme une résistance politique. Selon cette analyse, la non-conformité de genre et l'identification libre en dehors du genre prescrit ont un potentiel libérateur, voire révolutionnaire, qui menace le statu quo et donc les institutions médico-légales qui le maintiennent (Currah *et al.*, 2008).

Cette perspective rejoint le courant culturel, politique et académique dit « *Queer* ». Ce mot anglophone était originellement une insulte à l'encontre des hommes perçus comme étant homosexuels ; l'équivalent francophone serait le mot « tapette ». La communauté 2SLGBTQIA+ se réappropria finalement cette insulte pour exprimer une fierté dans la non-conformité genrée et sexuée, ainsi qu'un refus de s'assimiler dans un statu quo, qu'il soit hétérosexuel ou même homosexuel (Barker et Scheele, 2016). Les théories queers rejettent la normativité, le but étant de détruire la binarité normale/anormale, plutôt qu'intégrer les personnes LGBT dans la norme (Bourcier, 2017 ; Warner, 1999 a, 1999 b).

1.3 Aujourd'hui

1.3.1 L'accès à la transition médicale au Québec

Cette déconstruction du concept rigide du transsexuel a mené à une plus grande flexibilité dans l'accès aux soins de transition. Il n'y a plus d'obligation à suivre une trajectoire linéaire partant des hormones et se terminant par une chirurgie génitale (Coleman *et al.*, 2022). Un diagnostic clinique de dysphorie de genre n'est plus nécessaire pour accéder aux traitements, même s'il est encore souvent obligatoire de faire l'objet d'une évaluation psychologique.

Pour accéder à une chirurgie d'affirmation de genre couverte par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), une patiente a besoin d'une lettre de recommandation⁵. Et pour recevoir cette lettre, elle doit faire l'objet d'une évaluation psychologique, lors de laquelle son évaluatrice décide si elle est ou non une bonne candidate pour ladite procédure. À la conception de cette recherche, l'évaluatrice devait être une professionnelle de la santé mentale, soit une psychologue, psychiatre, psychothérapeute ou une travailleuse sociale titulaire d'une maîtrise (Coleman *et al.*, 2012). À présent, toute personne experte en santé trans, ayant une bonne connaissance des sciences psycho-comportementales et détenant une maîtrise, peut conduire une telle évaluation et rédiger une lettre de recommandation (Coleman *et al.*, 2022). La définition s'est donc élargie, mais la majorité des évaluations continuent d'être menées par des professionnelles de la santé mentale (TransEstrie et Conseil Québécois LGBT, 2024).

Une lettre de recommandation n'est pas obligatoire pour l'accès à l'hormonothérapie transaffirmative, mais beaucoup de médecins demandent tout de même à leurs patientes d'en obtenir une. En effet, les cliniques de santé et les médecins qui choisissent d'utiliser un modèle de consentement éclairé sans lettre de recommandation sont minoritaires et ont des listes d'attente si longues qu'elles les rendent hors d'atteinte (Centre for Gender Advocacy, 2018). Avec ce modèle, la médecin traitante obtient elle-même le consentement de la patiente, en lui expliquant la nature du traitement médical, les résultats attendus, les risques et, parfois, les autres options de traitement disponibles (The Canadian Medical Protective Association, s. d.). Le personnel médical qui opère selon ce modèle laisse donc les patientes décider pour elles-mêmes si elles veulent commencer une hormonothérapie, et ne requièrent pas l'approbation de ce choix par une évaluatrice externe. Le modèle de consentement éclairé est la norme dans le monde médical, et l'EOTM est l'exception qui est employé quasi exclusivement dans le cadre des procédures transaffirmatives (Cavanaugh *et al.*, 2016).

⁵ Il existe des chirurgiens en pratique privée, dont le travail n'est pas remboursé par la RAMQ, qui offrent des chirurgies d'affirmation de genre sans lettre de recommandation, à des prix naturellement très élevés et donc souvent inaccessibles.

1.3.2 L'EOTM aujourd'hui

Comme expliqué plus haut, la pratique de l'EOTM a été créée en vue de sélectionner des participantes pour de la recherche expérimentale. Aujourd'hui, les soins de transition ont prouvé leurs sécurité et efficacité, et n'ont plus lieu dans le cadre de projets de recherche. Pourtant, la pratique de l'EOTM persiste, bien qu'elle ait évolué au fil des ans. Les balises de la pratique sont actuellement émises par *le World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) qui un organisme interdisciplinaire à but non lucratif qui publie des lignes directrices sur les soins d'affirmation de genre. Le WPATH est reconnu internationalement et ses standards de soins, appelés *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People* (SoC), tout en n'étant pas légalement contraignants, sont les standards de l'industrie de soins transaffirmatifs. Le centre GrS de Montréal, le seul centre chirurgical d'affirmation de genre dont les soins sont remboursés par la RAMQ, dit s'aligner avec les SoC (Centre de recherche communautaire, 2024).

Selon la dernière version des SoC, le but de l'évaluation est de confirmer la présence d'une incongruence de genre chez l'usagère, d'identifier, s'il y a lieu, des enjeux de santé mentale, d'offrir des informations sur la transition médicale, d'aider l'usagère à peser les risques et bénéfices d'une intervention, de confirmer la capacité de consentement de l'usagère, ainsi que sa capacité à évaluer pour elle-même si l'intervention en question serait bénéfique (Coleman *et al.*, 2022). L'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ) offre sur son site web un modèle de lettre que leurs membres peuvent utiliser, ce qui permet d'avoir une idée de l'information qui est censée être recueillie (Ordre professionnel des sexologues du Québec, s. d.). Dans ce modèle, l'évaluatrice est censée établir :

- le contexte de l'évaluation/du suivi de la personne ;
- les éléments pertinents en lien avec l'identité de genre et le désir de faire une transition hormonale ;
- la confirmation du consentement et de la capacité à consentir ;
- l'information sur les facteurs de protection et les facteurs limitatifs.

Le centre GrS de Montréal propose également un modèle de formulaire pour les chirurgies transaffirmatives (GrS Montréal, 2024). Les sections à remplir sont les suivantes :

- information sur la dysphorie et l'incongruence de genre de la patiente ;

- information sur les étapes de transition effectuées jusqu'alors ;
- information sur les diagnostics de santé mentale, s'il y a lieu ;
- information sur les attentes et objectifs de la patiente ;
- la connaissance de la patiente concernant les soins postopératoires ;
- information sur le réseau de soutien social, la capacité financière, la salubrité et la sécurité du logement, l'hygiène de vie de la patiente.

Ce qui distingue une EOTM d'un consentement médical typique est donc la confirmation d'une incongruence de genre, l'identification de potentiels enjeux de santé mentale et le fait que l'évaluatrice soit extérieure à l'équipe de soins. L'EOTM pour une chirurgie est plus approfondie que celle pour une hormonothérapie et inclut une évaluation psychosociale plus globale de la patiente dans le but de confirmer sa capacité à être soutenue et en sécurité pendant son rétablissement post-chirurgical.

1.4 Les enjeux contemporains

1.4.1 La difficulté d'accès

Le fait de devoir consulter à l'externe peut être problématique pour la patiente. Quand la professionnelle médicale qui va offrir le soin recueille elle-même le consentement, elle peut le faire pendant le rendez-vous médical qui aurait lieu de toute façon. Mais le fait de consulter à l'externe force la patiente à trouver elle-même une évaluatrice compétente et à assister à des rendez-vous additionnels, ce qui demande du temps et de l'énergie. Ceci peut également entraîner une perte de revenus, pour celles qui doivent prendre sur leur temps de travail pour assister au(x) rendez-vous (Villalobos *et al.*, 2018). De plus, il est quasiment impossible d'être évaluée dans le système public au Québec, alors les patientes doivent payer de leur poche une professionnelle de la santé mentale du secteur privé. La RAMQ ne rembourse pas ces rendez-vous, bien qu'il s'agisse d'une étape obligatoire dans le processus d'obtention de soins, qui eux sont remboursés car considérés comme essentiels. Cet enjeu financier risque de porter préjudice aux membres moins privilégiés de la communauté trans.

1.1.1 Les expériences positives entourant l'EOTM

Certaines personnes ont eu des expériences d'EOTM positives et habilitantes. Dans leur recherche sur les expériences d'EOTM au Canada, Frohard-Dourlent *et al.*, (2017) et Villalobos *et al.*, (2018) remarquent que certaines évaluatrices arrivent à créer un espace sécurisant (ou *safe space*) pour que l'usagère puisse s'exprimer librement et être elle-même. Plusieurs éléments semblent contribuer à la création de cet espace sécurisant. Premièrement, le lien de confiance : les personnes qui sont évaluées par une professionnelle avec qui elles ont déjà un lien de confiance ont souvent de meilleures expériences (Villalobos *et al.*, 2018). Il faut également que l'évaluatrice connaisse les enjeux trans et queer, le vocabulaire et la taxonomie 2SLGBTQIA+, pour mettre l'usagère à l'aise. Les professionnels médicaux peuvent présenter ces qualités, mais ce n'est pas forcément leur spécialité, comme c'est le cas pour les évaluatrices.

Parmi les participantes des projets de recherche susmentionnés, certaines rapportent que l'évaluation leur a été utile en les aidant à mieux comprendre les détails médicaux du traitement et du rétablissement post-chirurgical (Frohard-Dourlent *et al.*, 2017b). Bien que les professionnelles de la santé mentale puissent être spécialistes des enjeux trans au niveau psychosocial, les détails techniques des procédures médicales relèvent de l'expertise de la médecin traitante ou chirurgienne. Dans ce cas-ci, il est malaisé d'évaluer dans la littérature quelle est la plus-value apportée par l'évaluatrice par rapport à un consentement éclairé médical habituel.

1.4.2 L'évaluatrice : gardienne des soins de transition ?

La pratique contemporaine de l'évaluation vise à aider l'usagère dans sa prise de décision, plutôt que de poser un diagnostic clinique, comme c'était le cas avant. Le WPATH met l'accent sur la collaboration entre l'évaluatrice et l'usagère dans la prise de décision, mais cet idéal ne reflète pas forcément le vécu des personnes en transition. Encore aujourd'hui, la littérature nord-américaine démontre que beaucoup de personnes trans perçoivent l'évaluatrice comme une *gatekeeper*, ou gardienne, bloquant leur accès à des soins de santé essentiels (Frohard-Dourlent *et al.*, 2020 ; Johnson, 2016 ; Sarkisova, 2015 ; Schulz, 2018). Il est clair que le langage a beaucoup évolué dans la littérature sur l'EOTM : on ne recommande plus à l'évaluatrice d'ignorer l'auto-identification de l'usagère ou le désir auto-déclaré de faire une transition afin de rester impartiale. Au contraire, le WPATH souligne que la transition est un choix personnel que l'usagère

doit faire, et que l'évaluatrice n'est là que pour la soutenir dans ce processus décisionnel. Mais la structure de la pratique n'a pas changé autant que le langage : l'usagère a toujours besoin de la lettre de recommandation, et l'évaluatrice peut toujours décider de ne pas l'écrire. Les évaluatrices détiennent donc encore un pouvoir décisionnel sur le corps des personnes trans. Ceci peut créer *de facto* une dynamique de pouvoir nuisible au lien de confiance et à l'esprit égalitaire que nécessite une réelle collaboration. La crainte de ne pas recevoir de lettre pousse encore certaines usagères à cacher ou modifier certaines informations lors de l'évaluation, ce qui peut réduire la qualité de l'accompagnement qu'elles reçoivent. Les changements apportés à la pratique de l'EOTM depuis sa conception n'ont pas totalement réussi à assainir la relation entre l'évaluatrice et l'usagère : le pouvoir que détient l'évaluatrice sur le parcours de transition des usagères peut toujours nuire à sa capacité à les soutenir dans leur transition (Frohard-Dourlent *et al.*, 2020).

1.4.3 Non-binarité et non-conformité de genre

L'évaluation peut être particulièrement anxiogène pour les personnes non binaires et non conformes dans le genre. Puisque leurs vécus et leurs genres sont historiquement moins représentés dans la littérature professionnelle et dans les médias, les personnes non binaires sont plus à même d'être perçues comme n'étant « pas vraiment trans » (Plesz, 2020). En conséquence, ces individus ont plus de risques d'échouer, ou d'avoir peur d'échouer, leur EOTM (Sarkisova, 2015 ; Vipond, 2015). Les personnes non binaires sont parmi les plus marginalisées dans la communauté de pluralité des genres, et la pratique de l'EOTM peut contribuer à cette marginalisation en rendant anxiogène, laborieux ou impossible l'accès aux soins de transition (Nicolazzo, 2016).

1.4.4 L'autonomie corporelle

L'autonomie corporelle est un principe de bioéthique décrivant le droit à faire ses propres choix, autonomes et indépendants, par rapport à son corps et ses interventions médicales (Beauchamp *et al.*, 1995). Selon les critiques, l'EOTM prive l'usagère de son autonomie corporelle en mandatant la validation de son choix par une évaluatrice externe (Lev, 2006 ; Sarkisova, 2015 ; Schulz, 2018). Ces autrices soulignent souvent les doubles standards qui exigent une évaluation psychologique d'une personne

transmasculine souhaitant une ablation mammaire, mais pas d'une femme cisgenre qui désirerait une augmentation mammaire. En effet, les chirurgies transaffirmatives sont les seules chirurgies plastiques qui nécessitent une évaluation psychologique. L'irréversibilité des modifications corporelles cisnormatives n'est jamais justifiée pour remettre en question le choix des patientes, comme c'est le cas avec les soins de transition de genre. Cette comparaison sert à souligner la psychiatrisation et la psychopathologisation de la non-conformité de genre.

1.4.5 La pathologisation

Comme il a été dit dans ce chapitre, ce qui distingue l'EOTM d'un consentement médical typique est, entre autres, l'identification d'éventuels enjeux de santé mentale. Les partisans du mouvement pour la dépathologisation de la transitude cherchent à comprendre pourquoi il est jugé nécessaire de remettre en question la santé mentale des personnes souhaitant recevoir des soins médicaux seulement lorsque celles-ci sont trans. Elles argumentent que l'EOTM renforce l'idée que la non-conformité de genre est un problème psychosocial qui doit être géré par une professionnelle, plutôt qu'une partie saine de la diversité humaine (Suess Schwend, 2020). Cette idée a longtemps circulé dans les domaines psychologique et psychiatrique, qui, il n'y a pas si longtemps, décrivaient la transitude comme une maladie mentale. Ce qui a causé un grave préjudice à la communauté trans qui le ressent encore aujourd'hui (Namaste, 2000 ; Serano, 2007 ; Winters, 2009). L'obligation de consulter une évaluatrice peut être stigmatisante pour les usagères (Bockting *et al.*, 2004), ce qui peut contribuer à ce problème. Le mouvement contre la pathologisation de la transitude pousse actuellement pour que les soins de transition soient reconnus comme des soins de santé non reliés à une pathologie, comme par exemple les soins de santé liés à la grossesse (Theilen, 2014). Ceci impliquerait une dépsychologisation des parcours de transition et donc la fin de l'obligation d'une évaluation psychologique.

1.4.6 La prise de décision et le regret

La finalité de l'évaluation est donc, en grande partie, la prise de décision quant à la transition médicale (Coleman *et al.*, 2012). Si une patiente exprime le désir d'être soutenue professionnellement dans sa prise de décision, une évaluatrice ou toute autre professionnelle de la santé mentale pourrait être habilitée à le faire. Mais si une patiente dit avoir pris une décision ferme, elle sera tout de même obligée de consulter

une évaluatrice pour « *l'aider à faire un bon choix* », et dans les faits, les personnes qui prennent rendez-vous pour une évaluation le font justement parce qu'elles ont déjà décidé d'amorcer un traitement d'affirmation de genre et que leur médecin leur demande une lettre. Souvent, le fait d'aider une patiente à faire un choix qu'elle a déjà fait est décrit comme une précaution pour éviter qu'elle prenne une décision précipitée qu'elle pourrait regretter un jour (MacKinnon *et al.*, 2021).

Cette idée du regret face à la transition médicale crée un débat public dans les médias occidentaux (Heyer, 2019 ; Knox, 2019 ; Salin, 2023). La peur que certaines usagères se précipitent sur l'hormonothérapie ou la chirurgie transaffirmative pour de mauvaises raisons alimente des revendications pour un renforcement du gardiennage de ces procédures. L'EOTM joue un rôle central dans cet arsenal de gardiennage, son but étant originalement « *to prevent individuals from making precipitous decisions of such an irreversible nature* » (Petersen et Dickey, 1995). En réalité, la littérature suggère des taux de regret d'environ 1 %, de hauts taux de satisfaction post-transition ainsi qu'une amélioration de la santé mentale après les soins de transition (Bustos *et al.*, 2021 ; Colizzi *et al.*, 2014 ; Hess *et al.*, 2014 ; van de Grift *et al.*, 2018 ; White Hughto et Reisner, 2016). De plus, la détresse liée au manque d'accès aux soins de transition est bien plus courante que celle liée au regret post-transition. Parmi tous les membres de la communauté trans, les personnes souhaitant faire une transition, mais ne l'ayant pas encore achevée, sont les plus sujettes à la suicidalité et aux tentatives de suicide, alors que les personnes ayant mené à terme leur transition sont les moins exposées à ces problèmes (Bauer *et al.*, 2013).

Bien sûr, il ne faut pas ignorer la détresse des personnes qui regrettent leur transition juste parce qu'elle est statistiquement mineure. Il est important de continuer d'étudier le phénomène de la détransition afin de comprendre comment accompagner ces individus, et comment, si possible, éviter que d'autres personnes regrettent leurs soins d'affirmation de genre. MacKinnon, qui étudie ce phénomène au Canada, souligne que les patientes qui arrêtent un traitement hormonal ou cherchent à inverser une chirurgie transaffirmative ne rentrent pas toutes dans le récit de la détransition complète accompagné d'un regret amer (MacKinnon *et al.*, 2023). Bien que ce narratif soit le plus présent dans les médias, des narratifs alternatifs commencent à émerger dans lesquels la « détransition » peut être une étape nécessaire dans un long cheminement d'autodécouverte.

En fait, l'EOTM n'existe pas seulement pour protéger les patientes, mais également pour protéger le corps médical. En demandant une évaluation d'une tierce partie, les médecins et chirurgiennes peuvent se

protéger d'éventuels procès pour faute professionnelle de la part de patientes qui regretteraient leur transition (MacKinnon *et al.*, 2021). MacKinnon *et al.* remettent en question l'idée que les patientes qui regrettent un traitement d'affirmation de genre vont tenir le corps médical pour responsable et entamer un procès au lieu d'assumer elles-mêmes la responsabilité de leur choix. Cette publication met également en doute l'idée que l'offre d'un soin d'affirmation de genre à une patiente dont l'identité ou l'expression de genre finit par changer est forcément une faute ou un échec médical. En réalité, les procès contre les médecins sont très rares, comme les *detransitioners* (ceux qui vivent une détransition). Aux États-Unis, entre 1970 et 2020, seulement 26 procès liés à une transition ont été initiés, dont plusieurs sont en lien avec des erreurs médicales lors d'une chirurgie, et non d'une détransition de la part de la patiente (Brozynski *et al.*, 2024).

1.5 Objectif et questions de recherche

Plusieurs constats découlent de cette problématique. L'EOTM se révèle parfois difficile d'accès, ce qui peut causer préjudice aux patientes disposant de moins de temps, d'argent ou d'énergie à accorder au processus. La nécessité d'une lettre de recommandation pour l'accès aux soins est susceptible d'entraver l'autonomie corporelle dont une patiente adulte est censée jouir quel que soit le contexte médical. Nous avons également noté que l'EOTM peut contribuer à la pathologisation de la communauté trans, et que son utilisation pour prévenir le regret d'une transition n'est pas suffisamment soutenue par la littérature scientifique. La responsabilité de l'évaluatrice est de collaborer avec l'usagère pour arriver conjointement à une décision sur la transition, mais la dynamique de pouvoir en place nuit à cette collaboration. La perception de l'évaluatrice comme une gardienne des soins peut être anxiogène et avoir un impact négatif sur la qualité de l'intervention. Cela étant dit, l'évaluation peut aussi être une expérience positive et utile pour certaines.

Face à ces enjeux, la question de recherche pour ce mémoire est la suivante : comment les personnes trans confrontées à l'EOTM vivent-elles cette pratique ? Les objectifs de recherche sont de comprendre et documenter le vécu des personnes trans concernant l'EOTM ainsi que de formuler des recommandations pour la pratique basés sur ces vécus.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

La présente recherche repose sur une compréhension du genre, du sexe et de l'oppression issue des études féministes. Dans ce chapitre, je définis les concepts de cisgenrisme, cisnormativité et transnormativité, ainsi que la théorie de l'intersectionnalité. Ce cadre conceptuel m'outille pour analyser l'obligation à l'évaluation psychologique, dans le cadre de l'oppression structurelle vécue par la communauté trans et de l'idéologie cisgenre dominante. J'explique ensuite l'épistémologie des savoirs situés, ce qui me permet de me positionner en tant que chercheur et de réfléchir à la validité et l'utilité de ma recherche.

2.1 Cisgenrisme et cisnormativité

L'oppression des personnes trans est souvent décrite et analysée à travers le cadre conceptuel de la transphobie. La transphobie est la peur et/ou le dégoût envers les personnes trans qui mène un individu à rejeter et à discriminer ces personnes (Serano, 2007). Cette notion est utile pour décrire les expériences d'agression et de micro-agression que la communauté trans peut vivre au jour le jour, mais elle ne permet pas de conceptualiser la dimension structurelle, politique et institutionnelle de l'oppression anti-trans (Ansara et Hegarty, 2012). Le concept du cisgenrisme comble cette lacune, décrivant une « idéologie culturelle » plutôt qu'une phobie personnelle (Lennon et Mistler, 2014). Comparable au sexisme et au racisme, le cisgenrisme décrit l'oppression des personnes trans par les personnes cisgenres à tous les niveaux de la société ; sur les plans juridique, médical, économique, institutionnel et normatif (Baril, 2013). Il est clair que, historiquement, l'EOTM fut une forme d'oppression médicale des personnes trans. Je voulais donc m'assurer de disposer d'un concept qui permette d'appréhender l'EOTM dans son contexte historique, et d'analyser s'il y a lieu les vestiges de cette oppression.

La cisnormativité est la dimension normative du cisgenrisme. Ce concept décrit l'attente, voire l'obligation sociale, que tout le monde soit cisgenre et conforme dans le genre tout au long de sa vie (Bauer *et al.*, 2009). L'idéologie cisnormative naturalise et rend anhistoriques les identités cisgenres et conformes dans le genre exclusivement, ce qui invisibilise l'existence de la transitude tout en rendant les individus trans eux-mêmes hypervisibles (Collier et Meghan, 2019). Bauer décrit deux formes d'invisibilisation de la transitude dans le contexte de la santé et des services sociaux : l'invisibilisation informelle et institutionnelle. La première fait référence au manque de connaissances des professionnelles sur les corps et les enjeux trans, et la seconde aux politiques institutionnelles qui divisent l'organisation des services

selon la binarité de genre. Quelques exemples seraient la division selon le genre dans les centres d'hébergement, dans la protection de l'enfance, ou dans les toilettes des hôpitaux et des organismes. Bien que ces différentes institutions n'interdisent pas explicitement l'existence de personnes trans, leurs structures sont telles qu'une personne trans peut difficilement y exister. L'invisibilisation informelle a été un enjeu pour certaines participantes dans le cadre de l'EOTM, alors que l'invisibilisation formelle m'a permis d'analyser les données émergentes sur les expériences en centre de soins qui entourent l'EOTM. Bauer *et al.*, (2009) offrent une analyse qui politise des vécus personnels et facilite une critique féministe de la discrimination genrée dans les systèmes médico-sociaux. En tant que chercheur féministe, je mobilise ces concepts afin de mieux comprendre comment l'hégémonie cisgenre peut moduler le vécu associé à l'EOTM des participantes de cette recherche.

2.2 Intersectionnalité

L'intersectionnalité est une théorie féministe afro-américaine de la fin du XX^e siècle qui prône la reconnaissance des vécus spécifiques des individus qui existent à l'intersection d'axes d'oppressions multiples (Crenshaw, 1991). Elle découle d'une critique du féminisme américain de l'époque qui décrivait l'expérience des femmes blanches de classe moyenne comme universelle, ignorant les réalités des femmes noires et de classe ouvrière. L'intersectionnalité a permis de corriger cet angle mort théorique de la lutte des femmes et d'analyser comment sexisme, racisme et capitalisme interagissent (Davis, 1981)⁶. L'idée n'est pas d'avoir une analyse additive de l'oppression, où l'on perçoit par exemple le racisme et la misogynie comme étant deux enjeux distincts qui peuvent coïncider. L'intersectionnalité nous permet plutôt de comprendre comment ces deux forces oppressives peuvent se mélanger pour former la misogynoir, qui diffère du racisme que peuvent vivre les hommes noirs et de la misogynie que peuvent vivre les femmes blanches (Bailey, 2021 ; Collins, 1993). Ce principe s'applique à toutes les formes d'oppressions sociales.

⁶ L'ouvrage en question, *Women, Race and Class*, de l'autrice Angela Davis, précède la popularisation du terme « intersectionnalité », mais est inclus ici pour son rôle clé dans l'élucidation de cet « angle mort théorique ».

Dans le contexte des enjeux trans contemporains, l'intersectionnalité nous rappelle que les enjeux de capacitisme, de racialisation, d'immigration, de xénophobie, de grossophobie et de capitalisme, entre autres, sont des enjeux trans. Le cisgenrisme n'est pas un monolithe et le vécu de l'individu trans dépendra des autres oppressions auxquelles il doit faire face (Collier et Mehgan, 2019 ; Kurdyla, 2022). Une analyse académique du cisgenrisme ne peut donc pas être complète sans prendre en considération les autres formes d'oppression structurelle qui régissent la société. Ce principe a guidé ma collecte de données au niveau du recrutement et du guide d'entretien. Dans les prochains chapitres, les stratégies employées pour éviter la sous-représentation de personnes à multiples axes d'oppression seront détaillées, ainsi que les questions d'entrevue qui cherchent à comprendre les réalités particulières de ces personnes. La théorie de l'intersectionnalité sera enfin mobilisée dans l'analyse des données qui découlent de ces questions.

2.3 Transnormativité

La transnormativité est l'idée qu'une transition de genre doit se faire d'un pôle sexué binaire à l'autre et doit inclure tous les changements médicaux, sociaux et légaux disponibles (Plesz, 2020). Cette obligation marginalise et rend illégitime toute transitude qui ne correspond pas à ce modèle, dont les identités non binaires (Frohard-Dourlent *et al.*, 2017a ; Nicolazzo, 2016). Johnson (2016) décrit la transnormativité comme une idéologie hégémonique basée sur un modèle médical binaire, créant une hiérarchie oppressive entre les personnes trans qui correspondent à ce modèle et celles qui n'y correspondent pas. Ces dernières sont perçues comme n'étant « pas vraiment trans » et peuvent se voir refuser l'accès à des services transaffirmatifs, comme la transition médicale (Johnson, 2016). Ainsi, la transnormativité contrôle et limite la non-conformité de genre de manière systémique. Johnson (2016) offre une explication idéologique aux enjeux explorés dans la sous-section 1.4.4 « *Non-binarité et non-conformité de genre* ». Ce concept me permettra de réfléchir aux expériences des participantes non binaires et non conformes dans le genre autour de leur expérience de l'EOTM.

2.4 Savoirs situés

Cette recherche s'appuie sur la théorie féministe des savoirs situés ou *standpoint theory*. Selon les cocréatrices de ce courant épistémologique, tout savoir est influencé par la position sociale de la chercheuse qui le produit (Haraway, 1988). Si cette chercheuse provient d'une classe sociale privilégiée, sa recherche risque d'être biaisée en faveur de sa classe et du système qui la privilégie (Collins, 1993).

Harding explique que la position sociale de l'opresseur « *tends to produce distorted visions of the real regularities and underlying causal tendencies in social relations* », ce qui peut nuire à la qualité et à la pertinence de leurs productions scientifiques (Harding, 1991). Par exemple, la suprématie blanche des chercheurs coloniaux se reproduisait à travers leur science, qui soi-disant prouvait que les personnes colonisées étaient physiquement et intellectuellement inférieures aux colons, ce qui justifierait leur oppression (Lea, 2020). De même, le sexisme et l'androcentrisme des hommes chercheurs se reproduisent et s'autojustifient à travers les domaines scientifiques qu'ils dominent (Harding, 1991). Tous les savoirs qu'une chercheuse peut produire vont forcément être situés dans sa position sociale et historique, et donc l'idée que l'on puisse observer le monde naturel en étant totalement détaché de notre place dans ce monde est erronée. Selon les théoriciennes des savoirs situés susmentionnées, l'objectivité supposée des sciences occidentales masque l'influence de la subjectivité sociale de la chercheuse privilégiée et contribue à naturaliser des systèmes d'oppression socialement construits.

Afin de corriger cette faute, la théorie des savoirs situés recommande premièrement de reconnaître et d'annoncer sa position sociale en tant que chercheuse, plutôt que de tomber dans une fausse objectivité. Il faudrait deuxièmement assurer une plus grande inclusion des perspectives marginalisées en sciences. Ceci impliquerait une valorisation non seulement des chercheuses qui sont elles-mêmes marginalisées, mais également des démarches scientifiques qui prennent les vécus de groupes marginalisés comme objet de recherche. Dorothy Smith, sociologue féministe canadienne, est à la tête de cette réflexion. Inspirée par la méthodologie matérialiste, Smith nous dit que la vie quotidienne des femmes serait un point de départ très pertinent pour la problématisation sociologique (Smith, 1987). Ce nouvel angle d'approche pourrait corriger le biais de l'opresseur qui ignore et dévalorise tout ce qui concerne les groupes opprimés, et la production scientifique de la société pourrait être rééquilibrée. Les personnes opprimées peuvent donc jouer un rôle important dans l'interruption du processus de reproduction de l'oppression à travers la science, nous permettant d'avancer, au final, vers une plus grande objectivité.

La féministe noire américaine Patricia Hill Collins construit à la même époque une thèse similaire. Elle compare la position sociale de la sociologue noire à celle de la domestique noire d'une famille blanche : les deux œuvrent à l'intérieur d'un milieu blanc, tout en étant externes à cette communauté et son privilège (Collins, 1986). Elle appelle ce rôle paradoxal « *the outsider within* », et explique comment cette dualité nous rend sensibles aux dynamiques sociales qui peuvent être invisibles pour ceux qui existent fermement dans un monde social ou un autre.

Cette épistémologie a influencé ma recherche depuis sa conception. Ma familiarité avec la problématique de l'EOTM est liée à mon appartenance à la communauté trans tout autant qu'à mon expérience professionnelle auprès de cette population. Je pense être bien placé pour étudier cet enjeu puisque mes savoirs sont situés dans l'oppression et que j'utilise les vécus des individus concernés comme point de départ pour ma problématisation. Ma connaissance de ces vécus provient de mon travail en organisation communautaire et en recherche auprès d'individus trans québécois, ainsi que de ma présence dans le réseau trans informel de la ville de Montréal. De plus, comme dit au premier chapitre, la pratique et la théorisation de l'EOTM ont été grandement influencées par le cisgenrisme et le sexisme des professionnels hommes cisgenres. Ceci est un exemple de la reproduction de l'oppression à travers la science. Je souhaite, en créant des connaissances sur ce sujet provenant de l'intérieur de la communauté, contribuer à produire des données qui soient moins distordues par le biais cisgenriste. J'espère enfin que ma propre position *d'outsider within* en tant que personne trans et noire dans un domaine majoritairement blanc et cis me permettra de mieux comprendre les dynamiques entre les patientes et les évaluatrices afin de créer un pont entre ces deux groupes.

Je veux également m'assurer d'être conscient de mes biais et privilèges dans ce contexte. Même en tant qu'*outsider*, le fait de poursuivre des études supérieures en travail social me place dans une position de pouvoir vis-à-vis des usagères des services sociaux. De surcroît, je suis une personne transmasculine qui ne vit pas de transmisogynie : je suis donc dans une position privilégiée par rapport aux personnes transféminines qui pourraient participer à ce projet de recherche. L'épistémologie des savoirs situés dirait que cette position de pouvoir est susceptible de créer des angles morts dans ma collecte et mon analyse des données. Les précautions prises pour représenter la réalité des usagères aussi fidèlement que possible sont détaillées au prochain chapitre.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, la méthodologie choisie pour cette recherche sera expliquée et justifiée à la lumière de la question et des objectifs de recherche.

1.2 La stratégie générale de recherche

Afin d'être cohérent avec mes objectifs de recherche, j'ai choisi d'utiliser une méthodologie qualitative interprétative. Celle-ci permet d'explorer en profondeur la subjectivité psychosociale du sujet de recherche, et d'aller chercher son interprétation personnelle d'un vécu ou d'un enjeu (Savoie-Zajc, 2016). En employant cette méthodologie, j'ai pu comprendre les perspectives des usagères trans dans toute leur complexité et laisser le plus d'espace possible pour que les participantes s'expriment de façon libre. Mon approche est également inductive, partant du retour des participantes pour ensuite identifier les thématiques émergentes. Elle est enfin critique, s'appuyant sur les théories anti-oppressives développées dans le précédent chapitre ainsi que sur une épistémologie féministe détaillée ci-dessus, afin de produire une analyse des rapports de domination qui sont en jeu dans l'EOTM.

3.1 Rigueur scientifique

La question de la rigueur scientifique s'est posée à tous les échelons du développement méthodologique de cette recherche. Cette sous-section présente les divers efforts faits pour assurer cette rigueur, ce qui va regrouper des éléments de plusieurs étapes de la recherche.

Je parle bien de rigueur et non d'objectivité, un concept souvent remis en question dans le domaine de la recherche qualitative (Proulx, 2019). L'idée d'objectivité, d'un regard neutre et détaché sur une réalité singulière, peut être problématique pour l'étude de phénomènes sociaux et comportementaux. Quand notre objet d'étude est la subjectivité de l'actrice sociale, et qu'on reconnaît l'influence de la position sociale de la chercheuse sur la recherche, le concept de l'objectivité de la recherche n'est plus applicable. Certains tentent alors de remplacer l'idée d'objectivité par un concept équivalent, mais plus applicable à un contexte qualitatif en sciences humaines. (Guba, 1981), par exemple, suggère que les chercheuses qualitatives démontrent la confirmabilité de leurs données, plutôt que leur objectivité, et proposent

plusieurs méthodes pour ce faire. D'autres rejettent entièrement le cadre établi par les sciences « pures » et leur paradigme positiviste (Proulx, 2019). Pour Proulx, le contexte de la collecte de données et l'influence de la chercheuse sur le projet ne sont pas des nuisances à la recherche, mais plutôt des éléments qui lui donnent tout son sens et sa spécificité. Sa réponse à la question de la valeur d'une production scientifique est la générativité :

C'est ce que les recherches génèrent qui est pris en compte pour valider, et non pas une satisfaction de critères préétablis traités indépendamment de la recherche elle-même. Dans cette façon d'entrer sur les travaux en recherche (...), l'intérêt est alors placé sur la génération de nouvelles idées, de nouvelles façons de faire, de nouvelles occasions de donner un sens, de nouvelles avenues à explorer, etc (Proulx, 2019).

Ce projet de recherche s'aligne sur cette vision de la validité en recherche qualitative. Mon objectif est d'offrir aux participantes à ce projet une nouvelle occasion de donner sens à leur vécu, et aux praticiennes de l'EOTM de nouvelles voies anti-oppressives à explorer dans leur pratique.

En conjonction avec le concept de la générativité de Proulx, cette recherche s'appuie sur l'épistémologie des savoirs situés mentionnée au chapitre précédent. Cette théorie me permet d'expliquer en quoi ma position sociale en tant que personne opprimée par le système cisgenre m'aide à comprendre le vécu trans, et réduit le risque que ma recherche soit biaisée en faveur de ce système. Il faut par contre prendre garde à ne pas s'appuyer trop lourdement sur ses expériences personnelles, qui peuvent tout autant biaiser l'analyse des données que l'enrichir. Dans cette optique, j'ai collaboré étroitement avec mon directeur de recherche, et ensemble nous avons tenté de produire une analyse équilibrée et nuancée des données de cette étude.

Tout en reconnaissant que l'influence de la chercheuse peut contribuer à donner son sens à un projet de recherche, je voulais tout de même m'assurer d'offrir aux participantes un accueil assez neutre pour qu'elles puissent s'exprimer aussi librement que possible. Bien que je sois une personne trans dans une société cisgenre, j'occupe simultanément une position privilégiée en tant que personne chercheuse, notamment vis-à-vis des participantes de ce projet. La position de chercheur est une position privilégiée, premièrement parce qu'elle indique un plus haut niveau d'études que certaines participantes, et, deuxièmement, car la chercheuse est celle qui établit le cadre et les paramètres de l'interaction avec la participante. À part le fait de refuser de répondre à une question ou de quitter l'entrevue, la participante a peu de contrôle ou de pouvoir dans cette situation. C'est pour cela que la position paradoxale

d'« *outsider within* » me rapproche des participantes toute en risquant de les aliéner. De surcroît, les participantes ont toutes reçu un dédommagement de 40 \$, ce qui sera davantage explicité plus bas. Cet échange financier peut entériner cette dynamique, puisque la chercheuse régit l'accès de la participante à cette ressource financière.

J'ai mis en place plusieurs stratégies pour minimiser cette dynamique de pouvoir et son impact sur le bien-être des participantes, et sur la validité des données et de l'analyse. Premièrement, j'ai évité l'utilisation d'un langage formel, professionnel et académique qui peut souligner l'écart entre la chercheuse et la participante. J'ai également été soucieux de bien expliquer mon projet, son cadre et ses objectifs, car il est difficile d'avoir un sentiment de contrôle ou de pouvoir quand on n'a pas tout d'abord une bonne compréhension de la situation dans laquelle on se trouve. Ensuite, en expliquant le formulaire de consentement, j'ai insisté sur le fait que les participantes peuvent quitter l'entrevue à tout moment sans avoir besoin de se justifier et qu'elles peuvent refuser de répondre à n'importe quelle question pour n'importe quelle raison, sans perdre leur dédommagement. J'espérais ainsi éviter une dynamique transactionnelle dans laquelle la participante évite de m'offusquer, ou dit ce qu'elle pense que j'ai envie d'entendre, pour s'assurer de recevoir le dédommagement. Pour donner plus de contrôle aux participantes sur le cadre de l'entrevue, et par souci d'accessibilité, j'ai également demandé au début de chaque entretien si la participante avait des besoins d'accessibilité que je puisse accommoder. J'ai offert, par exemple, d'écrire les questions dans le chat Zoom en plus de les poser à voix haute, de prendre des pauses, ou de baisser la luminosité de la salle pour les entrevues en personne.

Dernièrement, j'ai réfléchi à la façon dont ma position de pouvoir pouvait moduler ma compréhension et mon interprétation des partages des participantes. J'ai considéré l'ajout d'une étape supplémentaire après la première analyse des données, dans laquelle je recontacte les participantes pour leur demander si elles se sentent fidèlement représentées par mon résumé des résultats. J'étais conscient que l'ajout d'une deuxième étape de participation présentait un potentiel enjeu de rétention de participantes, que je voulais éviter. J'ai donc décidé d'intégrer cette vérification à la première étape de participation : l'entrevue. À la fin de ma discussion avec les participantes, je résumais ma compréhension de leurs vécus, en leur demandant de me corriger si nécessaire. J'ai pu ainsi minimiser l'impact de mes propres biais, susceptibles d'influencer ma façon de recevoir ou de comprendre un récit.

À cette fin, j'ai également veillé, lors du développement du guide d'entretien, à ne pas poser de questions fermées. Je voulais éviter de diriger inconsciemment les participantes vers certains types de réponses qui reproduiraient l'image que j'ai obtenue de l'EOTM à travers ma recension des écrits. Les questions sont donc plutôt larges et ouvertes, comme le démontre la première : « *Parle-moi de ton expérience avec l'EOTM* ». Bien que désireux d'explorer l'idée de la pathologisation que j'ai rencontrée dans la littérature, je n'ai pas posé de questions nommant directement ce concept, telle que « *Ton expérience d'EOTM a-t-elle été pathologisante ?* », afin de ne pas imposer ce cadre d'analyse aux participantes. J'ai voulu voir si, en décrivant leurs expériences personnelles et leurs perspectives théoriques, les participantes tenaient spontanément des propos qui correspondent à ce concept.

Une autre considération méthodologique importante lors de la collecte de données est la saturation empirique (Morse, 1995), que j'ai voulu assurer autant que possible, malgré les limites temporelles de la maîtrise. J'ai donc conduit autant d'entrevues que possible durant les deux mois que j'ai pu consacrer à cette étape de la recherche, et ce sont en tout treize entretiens qui ont été retenus pour l'analyse. Dans le cadre d'un projet qualitatif sur un sujet assez étroit, cette taille d'échantillon peut mener à une saturation (Hennink et Kaiser, 2022). On remarque en effet une certaine répétitivité dans les données de cette étude, ce qui semble indiquer un certain niveau de saturation, aussi imparfait soit-il.

1.3 Critères de sélection des sujets et modalités de recrutement

Pour cette recherche, j'ai d'abord choisi de consulter des individus francophones qui ont eu l'expérience de l'EOTM après leur majorité, au Québec, dans les dix dernières années. Je pose premièrement cette limite temporelle, car le domaine des soins sociaux et de santé pour les personnes trans évolue rapidement, et je veux éviter de recueillir et analyser des expériences qui ne reflètent plus la réalité du terrain aujourd'hui. Deuxièmement, j'ai posé cette contrainte d'âge, car l'évaluation des mineurs présente ses propres enjeux et nécessite une réflexion spécifique. De nombreuses chercheuses se spécialisent dans la transition durant l'enfance, quand l'individu connaît déjà des limites dans son autonomie et son pouvoir décisionnel. Pour cette recherche, j'ai choisi de me concentrer sur la transition durant l'âge adulte, quand l'individu a un droit reconnu à l'autonomie et à l'autodétermination. Troisièmement, j'ai posé cette limite géographique et linguistique dans le but de créer des données qui reflètent précisément les réalités québécoises et soient accessibles aux professionnels francophones. La majorité de la littérature au sujet

des enjeux trans et de l'EOTM provient des États-Unis et du Canada anglophone, ce qui limite l'accès des professionnels québécois francophones à l'information, et notamment à de l'information qui reflète leur contexte culturel et géographique précis. J'espère contribuer à combler ce manque. J'ai éventuellement élargi mes critères de recrutement pour inclure les personnes anglophones, au cas où le français aurait créé une barrière linguistique pour certaines. À la demande du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'UQÀM, un critère additionnel en lien avec l'état mental de la participante a été ajouté. Afin de m'assurer que chaque participante était dans un bon état mental pour mener une discussion sur ce sujet potentiellement difficile, j'ai commencé chaque entretien par des questions liées à la santé mentale. Si une participante était jugée trop en détresse pour composer avec les risques de la recherche, sa participation était annulée ou retardée. Les détails de ces questions se trouvent dans la sous-section 3.3 « *Collecte de données* ».

Depuis le début de ce processus de recherche, j'ai voulu diversifier mon échantillon autant que possible. Afin de produire une analyse intersectionnelle, j'ai souhaité recueillir des données de la part de participantes vivant à de multiples intersections sociales. Premièrement, je me suis assuré que mon échantillon inclut des individus transmasculins et transféminins. Les expériences de transition peuvent être très différentes pour ces deux groupes, premièrement car le processus médical est différent, et deuxièmement car les personnes transféminines doivent composer avec la transmisogynie en plus de la transphobie, ce qui peut avoir un impact important sur leur parcours de transition (Serano, 2007). Deuxièmement, j'ai voulu pouvoir recueillir les témoignages de personnes racisées, puisque le processus de racialisation est souvent un processus généré. Notons par exemple comment, dans un contexte occidental, les personnes noires sont vues comme étant plus masculines et les personnes asiatiques plus féminines (Johnson, 2012). Ceci pourrait fausser la perception qu'a une évaluatrice occidentale d'une usagère racisée et donc jouer un rôle lors de l'évaluation. Troisièmement, j'ai visé un échantillonnage mélangeant des personnes aux genres binaires et non binaires, afin de voir comment la transnormativité touche les usagères non conformes dans le genre en comparaison avec celles entrant dans la binarité de genre. Enfin, j'ai veillé à recruter des participantes vivant en zones urbaines et rurales, d'une part afin d'éviter le « montréalocentrisme » qui peut caractériser la recherche de petite taille basée à Montréal, et également, car l'accès aux soins de transition diffère entre la ville, notamment Montréal, et la région. La clinique GrS de Montréal est la seule au Québec qui offre des chirurgies d'affirmation de genre couvertes par la RAMQ, et la ville de Montréal en général comporte plus de cliniques de genre et d'organismes

communautaires spécialisés dans le cheminement de genre que le reste du Québec. Cela constituait donc un enjeu pour les usagères qui vivent ailleurs au Québec, que je voulais pouvoir documenter.

Ma stratégie de recrutement a consisté à contacter des organismes communautaires qui offrent des services à la population ciblée. Je suis donc entré en contact avec des organismes 2SLGBTQIA+ et des organismes pour personnes racisées basés dans différentes régions du Québec. J'ai proposé à ces groupes de partager l'affiche pour cette étude par voie électronique, et j'ai offert des affiches papier qui peuvent être exposées dans des locaux. J'ai également utilisé cette affiche pour faire de la promotion sur les réseaux sociaux, notamment sur des groupes Facebook où les membres peuvent promouvoir des projets de recherche à participation rémunérée, ou dans des groupes d'intérêt pour personnes trans québécoises. Une attention particulière a été portée aux groupes en région, aux groupes pour personnes transféminines et à ceux pour personnes racisées. Après mon neuvième entretien consécutif avec une personne blanche, j'ai changé mon affiche promotionnelle pour recruter spécifiquement et exclusivement des personnes racisées, qu'elles soient francophones ou anglophones. Une dernière « tournée » de recrutement s'est déroulée avec cette nouvelle affiche, ce qui m'a permis de joindre plus d'individus racisés, notamment noirs.

1.4 La collecte de données

La collecte de données s'est faite par le biais d'entrevues individuelles semi-dirigées réalisées en visioconférence ou en présentiel. L'entrevue individuelle m'a permis de dialoguer directement avec les participantes afin de récolter leurs connaissances expérientielles tout en leur offrant suffisamment d'intimité pour aborder (plus) confortablement un sujet potentiellement très personnel. Les entrevues étaient semi-dirigées, plutôt que libres ou structurées, afin de laisser les contributions uniques de chaque participante guider l'échange tout en respectant le sujet de discussion prédéterminé (Savoie-Zajc, 2016).

J'ai choisi de rencontrer les participantes par visioconférence à travers le logiciel Zoom pour plusieurs raisons. Premièrement, ceci m'a permis d'atteindre la diversité géographique à laquelle j'aspirais pour mon échantillonnage en éliminant la nécessité d'être physiquement à Montréal. De plus, même pour les participantes vivant à Montréal, la téléconférence élimine le besoin de naviguer dans la ville, qui est très peu physiquement accessible aux personnes à mobilité réduite. Le confort et la convenance d'une

entrevue à distance peuvent également encourager la participation même pour les individus qui n'ont pas ce genre de difficultés. À cette fin, j'ai utilisé mon compte Zoom professionnel de l'UQÀM. J'ai également offert aux personnes montréalaises l'option de se rencontrer en personne à la demande du comité éthique. Le comité, s'inquiétant pour le bien-être des participantes, préférait que les entrevues se passent en personne, pour que je puisse physiquement intervenir en cas d'urgence. Pour les raisons expliquées plus haut, j'ai voulu tout de même offrir l'option de faire des entrevues sur Zoom. J'ai donc proposé les deux options aux participantes, par souci de compromis.

Les questions qui ont guidé cette entrevue ont été formulées selon plusieurs grands thèmes. Je me suis d'abord concentré sur le vécu en amont du rendez-vous d'évaluation. Frohard-Dourlent *et al.* (2020) notent que l'anticipation de l'évaluation peut causer de l'anxiété chez l'usagère, ce qui signifie que la charge mentale et émotionnelle de l'EOTM peut commencer avant le rendez-vous lui-même. Mes premières questions portaient alors sur « l'avant-EOTM » afin de m'assurer d'appréhender l'expérience dans sa totalité. J'ai demandé ensuite aux participantes de décrire le déroulement de leurs évaluations, étape par étape, incluant autant de détails que possible sur les questions auxquelles elles ont dû répondre. Ensuite, je me suis penché sur le vécu émotionnel lors de l'entrevue, suivant son évolution du début jusqu'à la fin et incluant des questions sur les dimensions physiques et cognitives de l'émotion. Mon objectif ici était de comprendre comment la discussion avec l'évaluatrice touche l'usagère, si elle est rassurante, stressante, motivante, attristante, *etc.* Le thème suivant était la pratique de l'EOTM en général. Ici, je suis allé chercher l'interprétation que font les participantes de l'EOTM en tant que phénomène médical, social, voire politique. La barrière que j'établis ici entre le personnel et le politique est bien sûr très poreuse, et sert à structurer l'entrevue sans prétendre refléter une réalité complexe. Mon but était de comprendre l'opinion des participantes sur l'existence même de la pratique ; ça m'a permis de mettre les participantes en position d'analyste de la pratique (Van Campenhoudt *et al.*, 2017). Une des questions dans cette section avait pour but de comprendre l'impact des dynamiques raciales entre l'évaluatrice et l'usagère, et était réservée aux participantes racisées. Pour conclure, j'ai demandé à toutes quels conseils elles donneraient à des évaluatrices, ou comment elles modifieraient (ou non) les lignes directrices de la pratique.

1.5 Risques et avantages de la participation

La participation à cette étude présente un avantage principal : un dédommagement de 40 \$. Ce dédommagement a été offert à chaque participante pour son labeur émotionnel, ainsi qu'en reconnaissance de la valeur de son temps et de ses savoirs expérientiels. Un autre avantage, plus indirect, est l'opportunité de faire entendre ses griefs et de contribuer à l'amélioration, selon ses critères et opinions, d'une pratique qui touche sa communauté.

Une participante à ce projet doit tout de même faire face à certains risques, notamment de nature émotionnelle. Si la participante a vécu son EOTM comme un trauma ou une oppression, devoir se rappeler l'expérience en détail peut causer de la douleur psychologique, des symptômes d'anxiété, de la colère, ou encore d'autres états émotionnels difficiles. Avec l'aide du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'UQÀM, j'ai pris diverses précautions pour minimiser ce risque.

J'ai débuté tous les entretiens en jugeant l'état mental de la personne, pour m'assurer que personne n'abordait l'entrevue dans un état de détresse ou de malaise. L'annexe C contient l'organigramme dont me je me suis servi pour ce faire. Cet organigramme regroupe plusieurs questions, du simple « *Comment ça va aujourd'hui ?* » à une potentielle utilisation du Kessler Psychological Distress Scale, ou K6, si besoin⁷. Cet outil clinique est recommandé par l'Institut national de santé publique du Québec pour l'évaluation de la détresse psychologique (*Détresse psychologique | INSPQ, s. d.*). Si une personne avait eu un score de 13 ou plus sur le K6, qui indique une détresse avancée, sa participation aurait été refusée pour ce jour-là et un autre rendez-vous aurait été pris. L'évaluation systématique de l'état mental des participantes, ainsi que le potentiel refus de la participation qui aurait pu s'ensuivre, risquaient de reproduire les enjeux de pathologisation et de violation de l'autonomie décisionnelle que je critique dans la pratique de l'EOTM. Afin de respecter les recommandations du comité éthique tout en diminuant ce risque, j'ai présenté cette évaluation de leur état mental aux participantes comme un « *vibe check* », un bref état des lieux, pour lui donner un caractère convivial et l'éloigner de l'idée de détresse. Heureusement, toutes les participantes se portaient bien et personne n'a dû être refusé. L'offre de s'adapter à un quelconque besoin d'accessibilité dans le cadre de l'entretien a également contribué à mettre les participantes à l'aise.

⁷ Au final, le K6 n'a jamais été utilisé.

J'ai ensuite expliqué que si la personne commençait à ressentir de la détresse, je pouvais l'orienter vers des lignes d'écoute spécialisées, aussi bien qu'offrir moi-même un moment du soutien qui ne serait pas enregistré et portant sur n'importe quel sujet, et non juste sur l'EOTM. Pour ce faire, j'utiliserais de mon expérience professionnelle en écoute active non directionnelle et soutien par les pairs, qui inclut des interventions sur Zoom dans des contextes communautaires et de recherche avec des sujets trans. Si une participante s'était trouvée submergée par ses émotions et incapable de composer par elle-même, j'aurais pu l'accompagner à travers le summum de sa détresse pour éventuellement retrouver un équilibre, puis cocréer un plan d'autosoin pour le reste de la journée. En tout, trois personnes sont restées après la fin de l'entretien pour recevoir de l'écoute active. Ces participantes avaient juste besoin de parler un peu et d'être écoutées, et personne n'a ressenti une détresse aiguë nécessitant une intervention plus poussée.

À la demande du comité éthique, j'ai noté les numéros de téléphone des participantes sur Zoom afin de permettre aux services d'urgence de les géolocaliser en cas de tentative de suicide. Encore une fois, pour éviter que les participantes ne se sentent pathologisées, je n'ai pas parlé de tentative de suicide mais évoqué plus généralement une « urgence médicale ». Ainsi, les participantes ont compris ce qui pourrait causer une rupture de confidentialité, sans être confrontées à l'hypothèse d'un risque suicidaire juste en vertu de leur transitude.

Si une participante avait mentionné le suicide, que ce soit des tentatives ou des idéations passées ou récentes, j'avais en main un plan d'action pour l'idéation suicidaire, qui se trouve dans l'annexe E. Ce plan commence par une évaluation de l'urgence suicidaire standardisée qui provient de l'association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (*Évaluation du risque suicidaire*, s. d.). L'annexe précise les différentes décisions qui seraient prises selon les différents niveaux de risque, et inclut une liste de ressources d'urgence en lien avec le suicide, dont des équipes mobiles qui peuvent se rendre en personne chez l'individu à risque et initié un suivi. Quelques participantes ont en effet parlé de suicide au passé, et l'outil d'évaluation du risque a été utilisé, mais personne ne présentait de risque ni de détresse, donc aucune ressource n'a dû être contactée.

1.6 L'analyse des données

Avec le consentement des participantes, j'ai enregistré chaque entrevue au format audio, que j'ai retranscrit afin d'avoir un verbatim écrit. Les verbatims ont ensuite été anonymisés et les enregistrements audios détruits, afin de garantir la confidentialité des données. Un nom de code a été assigné à chaque participante suivant l'ordre des entretiens : de participant-e 1 à participant 14. Une fois les verbatims complétés, j'ai procédé à une analyse thématique inductive sur le logiciel NVivo 12. Ce processus analytique a été divisé en deux étapes : la décontextualisation et la recontextualisation (Starks et Brown Trinidad, 2007). La première étape consiste à parcourir les verbatims sans présupposé dans le but d'identifier les thèmes qui en ressortent naturellement et leur assigner des codes. Une fois tous les codes ont été développés, les verbatims ont été parcourus une seconde fois afin d'assurer une codification uniforme. Dans un deuxième temps, les verbatims ont été revisités à la lumière de ces thèmes et du cadre conceptuel, et les données ont été réduites et réorganisées autour d'eux. La transnormativité, le cisgenrisme et la cisonormativité sont devenus leurs propres codes, regroupant les données sur le vécu ou sur la discussion de ces formes d'oppression. Je suis ensuite allé chercher de nouveaux articles scientifiques pour comprendre comment ces résultats pouvaient être compris à la lumière de la littérature. Comme il a été promis aux participantes, les périodes d'écoute active n'étaient pas enregistrées et n'ont pas figuré formellement dans l'analyse. Par contre, l'émotion qui était évidente pendant l'entretien même a pu être prise en compte lors de l'analyse, ainsi que les mentions d'actes ou d'idéations suicidaires passées, qui étaient toutes liées au cheminement de transition des participant-e-s en question.

3.2 Confidentialité et consentement

Le consentement libre et éclairé des participantes a été obtenu par l'entremise des procédures standards. Un formulaire de consentement a été rédigé incluant les informations pertinentes, telles que la question et l'objectif de recherche, les détails techniques de la compensation, le nom du chercheur et du directeur de recherche, ainsi que leurs informations de contact à l'université. La disponibilité de ces derniers pour répondre à toute question portant sur l'étude a été mise de l'avant. La nature de la participation y était également détaillée, précisant l'utilisation de Zoom, une approximation de la durée de l'entrevue et le fait que celui-ci serait enregistré. Le formulaire précisait que la participation était volontaire ; ce n'est pas parce que l'individu a répondu à l'annonce qu'il était obligé de participer à l'étude, et ce n'est pas parce qu'il a accepté de participer à l'étude qu'il devait répondre à toutes les questions. Le droit de retrait a

également été expliqué, stipulant que l'entrevue pouvait être quittée à tout moment sans risque de perdre sa rémunération. Ce formulaire a été envoyé par courriel aux individus ayant répondu à l'annonce puis a été réitéré au début de l'entrevue. Le consentement verbal du participant a ensuite été enregistré.

La confidentialité des données des participantes est protégée à l'aide de certains protocoles. D'une part, les formulaires de consentement électroniques et les enregistrements Zoom ont été sauvegardés sur OneDrive UQÀM, un logiciel infonuagique sécurisé. Lors de la rédaction du verbatim, toutes les informations permettant l'identification ont été effacées. Mon mémoire, comme toute autre publication au sujet de cette étude, ne contiendra jamais de vrais noms, lieu de résidence ou lieu de travail. Dernièrement, les reçus qui ont dû être signés par les participants pour confirmer leur réception de la compensation financière ne nécessitaient qu'une signature, et pas de nom.

3.3 Forces et limites de la recherche

Dans cette sous-section, j'explore mon expérience de collecte de données et en tire des conclusions sur les atouts et les limites de cette étude. Comme il a été noté, j'ai rencontré des difficultés au moment du recrutement de participantes racisées. J'ai décidé de terminer ma collecte de donnée après deux mois de recrutement afin de ne pas retarder l'avancement de ma recherche et l'achèvement de ma maîtrise, et au final je n'ai pu parler qu'à quatre personnes racisées, toutes transmasculines. Là réside la plus grande limite de cette étude : la surreprésentation de personnes blanches et de personnes assignées femmes à la naissance, et l'absence totale de personnes racisés-es transféminines et Indigiqueer. Avec le recul, je pense que j'aurais dû commencer le recrutement exclusif de personnes racisées plus tôt, et peut-être encourager particulièrement les personnes transféminines à participer, sachant que ce groupe est minoritaire dans les demandes de services d'affirmation de genre et qu'il risquait donc de l'être aussi dans ma recherche.

Plusieurs éléments de cette recherche peuvent être vus comme étant une force. Premièrement, il s'agit d'un sujet peu étudié dans le domaine du travail social, et particulièrement en français. La recension en français des écrits anglophones, ainsi que la création de nouvelles données francophones, rendent plus accessible l'information sur l'EOTM pour les scientifiques et professionnels francophones. Deuxièmement, l'aspect « par et pour » de cette recherche contribue à corriger la tendance historique de la création de données au sujet de personnes trans qui renforce et centre des subjectivités cisgenres, voire cisgenristes.

La méthodologie qualitative interprétative a également permis aux participantes de s'exprimer assez librement sur le sujet et ainsi contrôler dans une certaine mesure la direction de la conversation professionnelle à leur sujet. Plusieurs participantes, à la fin de l'entretien, ont mentionné qu'elles n'avaient jamais vraiment eu l'opportunité de parler du processus entourant l'EOTM, et que s'exprimer sur le sujet leur avait fait du bien. D'autres étaient heureuses de voir que quelqu'un se penchait sur cette question, car bien qu'importante, elle est peu discutée. Je noterai enfin qu'après le commencement de mon recrutement, j'ai reçu, du 7 avril au 25 mai, 39 courriels de personnes intéressées à participer, dont 28 dans le mois d'avril lui-même. Ce nombre élevé suggère un grand besoin de parler de l'EOTM dans la communauté trans, ce qui confirme la pertinence de ce sujet de recherche.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter les données recueillies lors des entretiens, données ayant été révisées afin de s'assurer qu'aucune information n'avait été survolée ou sous-représentée. Le chapitre est organisé comme le guide d'entretien, et les sous-sections correspondent approximativement aux questions posées aux participantes ; en commençant par le vécu en amont de l'EOTM, puis l'expérience lors des rendez-vous, et enfin la perspective théorique des participantes sur la pratique de l'EOTM. Les questions relatives à la perspective théorique ont tenté de comprendre les points de vue des participantes dans leur globalité en employant différents angles d'approche du même sujet. Pour chaque sous-section, un résumé général des réponses a été effectué afin de donner au lecteur un aperçu d'ensemble des sentiments et opinions des personnes participantes. Des citations clés sont également livrées pour illustrer certaines positions et donner voix aux participantes. Veuillez noter que toutes les participantes ont été évaluées par des professionnelles de la santé mentale (PSM), et que les termes évaluatrice et PSM sont utilisés de façon interchangeable dans ce chapitre.

4.1 Aperçu sociodémographique

En tout, 14 entretiens ont eu lieu, dont la majorité par Zoom. Les données de participant 10 n'ont pas été retenues, car ce dernier ne correspondait pas aux critères de sélection, donc seulement 13 entretiens sont inclus dans l'analyse. Les âges des participantes vont de 22 à 61 ans, avec une moyenne de 30 ans. Six participantes vivent en région et sept à Montréal. En tout, quatre participantes sont racisées, et trois sont issues de l'immigration. Quatre sont des personnes assignées homme à la naissance et neuf sont assignées femmes.

Les données géographiques des participantes ont été réduites à la dualité « Montréal – Autre » pour deux raisons. Dans les zones avec une plus faible densité populationnelle, les communautés trans peuvent être tellement réduites qu'une participante pourrait être reconnaissable malgré l'anonymisation des données. J'ai donc voulu inclure aussi peu d'informations géographiques que possible. Tout de même, la différence dans les expériences de transition à Montréal et ailleurs au Québec peut être considérable, puisque c'est à Montréal que se trouvent le plus de cliniques médicales spécialisées ainsi que le seul centre chirurgical couvert par la RAMQ. Il est donc important de retenir si une participante habite, ou non, dans la ville de

Montréal. Le genre des participantes a été relaté tel que dicté par ces dernières, donc les termes de précision tels que « trans » ou « binaire » sont des citations exactes et non des rajouts de l’auteur.

Par souci d’anonymat, le nom des participantes n’a pas été retenu. J’ai également choisi de ne pas leur assigner de prénoms fictifs parce que le choix du prénom est souvent un élément important dans un parcours de transition et je ne voulais pas courir le risque d’assigner à quelqu’un un nom qui ne corresponde pas à son identité de genre ou qui puisse la mettre mal à l’aise. Les participantes seront donc décrites de façon numérolgique et chronologique, selon l’ordre dans lequel se sont déroulés les entretiens .

Numéro	Âge	Genre	Sexe assigné	Orientation Sexuelle	Immigration	Racialisation	Géographie
1	22	Agenre	Assigné femme	Pansexuel	Oui	Non	Montréal
2	34	Femme	Assignée homme	Lesbienne	Non	Non	Montréal
3	25	Non-binaire	Assigné femme	Pansexuel	Non	Non	Autre
4	25	Non-binaire	Assignée homme	N/A	Non	Non	Autre
5	28	Femme trans	Assignée homme	Gynosexuelle	Non	Non	Montréal
6	61	Femme trans	Assignée homme	Lesbienne	Non	Non	Autre

7	25	Non-binaire	Assigné femme	Queer	Non	Non	Autre
8	41	Homme trans	Assigné femme	Bisexuel	Non	Non	Autre
9	42	Non-binaire	Assigné femme	Queer	Non	Non	Autre
11	22	Queer	Assigné femme	Queer	Non	Oui	Montréal
12	22	Homme trans binaire	Assigné femme	Bisexuel	Oui	Oui	Montréal
13	22	Homme trans	Assigné femme	Bisexuel	Oui	Oui	Montréal
14	28	Homme trans	Assigné femme	Gai	Non	Oui	Montréal

4.2 Le vécu de l'EOTM

4.2.1 En amont de l'évaluation : recherche et préparation

Le vécu de l'EOTM ne se limite pas à l'entretien lui-même, mais inclut également la recherche d'une PSM, le fait de se rendre physiquement dans ses bureaux et de payer pour le(s) rendez-vous. Tous ces éléments sont ressortis dans les données quand j'ai demandé aux participantes de me raconter « *leur expérience avec l'EOTM et tout le processus avec la lettre de recommandation* ».

Parmi les treize participantes, six personnes ont dû voyager pour se rendre chez leurs PSM, dont quatre personnes vivant en région au moment du rendez-vous. Nous voyons donc que les personnes trans de région sont désavantagées dans l'accès aux PSM par rapport aux personnes qui résident à Montréal. Le voyage requiert parfois la prise d'une journée ou demi-journée de congé, ce qui implique une perte de revenu.

Le stress financier causé par l'évaluation a été nommé par cinq participantes et venait parfois s'ajouter au stress du déplacement. De surcroît, tout ce stress est démultiplié quand on ne sait pas combien de rendez-vous la PSM va exiger avant de se prononcer sur la lettre. Participante 5 témoigne :

Mais j'étais très nerveuse, j'étais très nerveuse, je me suis dit criss c'est tout ce voyage-là, tu payes 100\$, faudra-t-il que j'en paye un autre puis un autre, j'avais peur que ça prenne à long terme.

Trois personnes ont pu accéder à une PSM sans grandes difficultés financières, mais ont tout de même noté leur privilège à cet égard, et leur préoccupation par rapport aux membres plus désavantagés de leur communauté. Participant-e 7 affirme :

Faudrait que tout soit gratis. Y'a un tiers d'entre nous qui sommes dans la pauvreté vraiment extrême, y'en a qui vont se tourner vers le travail du sexe pour avoir accès à ces trucs-là, et on devrait pas avoir à faire ça si on veut pas.

Un autre participant tient un discours similaire, remettant en question le fait que l'EOTM ne soit pas remboursé par la RAMQ ou accessible au public, si l'évaluation est considérée comme nécessaire aux soins de transition, qui eux sont remboursés. Il faut enfin noter que la recherche d'une PSM peut demander un temps et des efforts considérables pour certaines personnes. Participant 8 a mentionné la lourdeur de cette charge :

À l'époque j'avais pas un grand réseau d'amis, j'avais pas autant les réseaux sociaux, je suis un peu plus branché aujourd'hui, et je peux dire que c'était long comme processus un peu parce qu'il fallait vraiment chercher, trouver les bons psychologues (...) Y'avait quelques forums en ligne au QC donc j'ai cherché beaucoup sur les forums, pour trouver des psychologues, que ça prenait pas trop de rencontres, ça coûtait pas trop cher et qu'eux autres n'étaient pas transmédicalistes (...) Donc j'ai vraiment pris longtemps pour chercher l'information pour avoir les références de bonnes psychologues, après ça j'ai envoyé plusieurs emails.

Nous voyons également ici l'appréhension face au nombre de rendez-vous requis et au prix des sessions, et comment ses considérations vont venir alourdir la charge en temps et en énergie dans la recherche d'une PSM. Le manque de liens sociaux en présentiel et à travers les réseaux a rendu la tâche encore plus difficile pour ce participant. L'isolement pourrait donc être un facteur vulnérabilisant dans la démarche de transition.

Même participante 5, qui était peut-être plus familière des réseaux sociaux, a rencontré des difficultés dans sa recherche et évoqué l'éparpillement de l'information sur la transition au Québec :

Y'a une ignorance, pour l'information faut vraiment fouiller, faut vraiment chercher, être en alerte, checker les réseaux, les serveurs Discords⁸, les sites web, Instagram et tout, donc c'est pas vraiment, y'a pas vraiment un site web répertorié pour ça.

Dans cette étude, neuf participantes ont indiqué avoir fait des recherches sur des forums informels gérés par la communauté, ou posé des questions à leurs amis trans hors-ligne. Participant 11 rapporte :

J'ai lu des histoires d'horreur dans le groupe FB, mais pour moi, comme j'ai eu beaucoup d'aide des personnes du groupe qui ont eu la chirurgie avant moi, j'avais accès à des ressources qui m'ont guidé. J'ai été chanceux parce que j'avais des ressources, mais mettons si tu viens de faire ton coming out et que tu essaies de commencer tout seul, c'est vraiment dur. C'est pour ça que je m'implique dans le groupe pour les nouveaux, je trouve ça vraiment important. Et ça devrait pas être le rôle des personnes dans la communauté d'éduquer les nouveaux, parce qu'il devrait avoir plus de ressources accessibles. Je trouve qu'il n'y a pas assez de ressources.

Nous pouvons donc constater que l'information par rapport aux processus de transition, dont l'EOTM, provient majoritairement de réseaux informels et décentralisés, ce qui rend laborieuse la recherche nécessaire en amont de l'EOTM, et crée une charge mentale pour la communauté trans, que ce soit chez les nouvelles qui cherchent l'information ou les anciennes qui la partagent. De plus, comme le note participant 11, il existe beaucoup « d'histoires d'horreurs » sur ces réseaux. Cinq participantes ont parlé d'un stress vis-à-vis de l'EOTM, né de partages d'autres personnes trans, que ce soit en lien avec les temps d'attente pour les soins, la difficulté de naviguer entre les services ou le gardiennage transnormatif.

⁸ Discord est un réseau social sur lequel des communautés d'intérêt peuvent échanger.

4.2.2 Transnormativité et gardiennage des soins

Participant 8 attribue son expérience « *vraiment positive* » de l'EOTM aux efforts qu'il a faits pour trouver une « bonne » PSM :

Je pense que ça a aidé que j'ai vraiment cherché les noms des (PSM), parce que j'avais entendu des mauvaises histoires aussi, des personnes pour qui ça prenait beaucoup beaucoup de rendez-vous pour avoir nos lettres et ça coûtait trop cher et tout. (...) j'avais vraiment la peur d'avoir à comme jump through the hoops, j'appréhendais qu'il pouvait trouver que j'étais pas assez trans puis de me refuser, puis d'étirer les visites.

Le partage « *d'histoires d'horreurs* » peut donc aider les usagères à se sentir outillées face au gardiennage, que ce soit à travers la laborieuse recherche d'une PSM ayant une bonne réputation, ou en préparant d'avance ses propos pour l'EOTM. Participante 5, par exemple, dit avoir commencé son évaluation sur la défensive, déclarant fermement qu'elle savait ce qu'elle voulait et ce dont elle avait besoin, armée d'une longue liste pré-écrite de ses symptômes de dysphorie. Son évaluatrice l'a rassurée qu'elle n'avait aucune intention de l'empêcher de faire sa transition ou de remettre en question ses choix, et avec le recul participante 5 s'est rendu compte qu'elle n'avait pas besoin d'être ainsi, sur la défensive. Comme les cinq autres participantes, elle avait peur de vivre du gardiennage, mais au final tout s'est bien passé.

En tout, sept personnes ont dit avoir eu peur de ne pas « réussir » leur évaluation ou d'être perçues comme n'étant « pas assez trans ». Parmi elles, quatre s'identifiaient comme non binaires et avaient peur que ça les disqualifie, et à cause de cela, trois d'entre elles-eux ont prétendu avoir une identité de genre binaire. Les trois autres personnes, dont l'identité de genre est réellement binaire (deux hommes et une femme), avaient tout de même peur de ne pas être à la hauteur des attentes cisnormatives pour leur genre, d'où un stress qui a pesé lourd sur leurs épaules. Participante 4, qui est transféminine et non binaire, témoigne :

Y'a tout le temps cette pression-là de performer (...). Y'a tout le temps ce à quoi ils sont en train de penser ? À quel moment ils vont se dire, « ah non toi t'es pas trans. Toi, tu devrais pas avoir une vagino ». Donc là, t'es tout le temps en questionnement, comment est-ce que je convaincs la personne que je veux une vaginoplastie ? (...) Pis c'est vraiment, ça me rendrait folle là, j'étais tout le temps en train de stresser avant mes rencontres là, un stress énorme là genre, my god, my god, qu'est-ce que je vais leur dire ?

Participant 12, un homme trans qui n'a pas ressenti cette anxiété, établit un lien entre la binarité de sa transition et sa confiance en ce que son entretien allait bien se passer :

So I knew from my personal experience that as someone with a medical gender dysphoria diagnosis, as someone who was pursuing a very binary, straightforward transition, I wasn't going to be questioned that much because I wasn't waffling at all in my decision. So I wasn't expecting it to be a big challenge.

4.2.3 L'expérience lors de l'évaluation

Cette sous-section a pour but d'offrir une vue d'ensemble des expériences d'EOTM et de comprendre si ces dernières ont été plutôt positives ou négatives pour les participantes. Les détails de ces expériences ne seront pas répétés ici, car ils apparaissent dans le reste du chapitre. Les descriptions resteront donc brèves.

Comme il a été dit, bien que la préparation et l'appréhension en amont de l'entretien aient été difficiles pour certaines, les participantes ont majoritairement eu des expériences correctes, voire positives, durant l'évaluation elle-même. Il est possible que le partage intracommunautaire soit un facteur de protection contre des expériences négatives d'évaluation, tout comme il est possible que ce partage ait donné une fausse impression aux participantes du risque d'avoir une mauvaise expérience. En tout, dix personnes ont eu des expériences positives, une a eu une expérience neutre et quatre ont vécu des expériences négatives (il y a plus d'expériences que de participantes, car certaines ont eu plusieurs évaluations avec des professionnelles différentes).

Les personnes ayant eu des expériences positives parlent de PSM qui sont bienveillantes, compétentes, ne portent pas de jugement sur leurs expériences ou identité et savent tisser rapidement un lien de confiance. Plusieurs participantes ont apprécié l'approche « humaine », « chill » (décontractée) et amicale de leurs évaluatrices. D'autre part, l'opportunité de partager son récit et de recevoir une écoute professionnelle a pu être cathartique pour certaines. Quelques participantes ont aussi décrit leur PSM comme étant « rassurante », notamment celles que l'évaluation rendait anxieuses. Les résultats indiquent donc que la plupart des PSM sont capables de mettre leurs usagères à l'aise, créer une atmosphère accueillante et récolter l'information nécessaire sans être intrusives ou invalidantes.

Les expériences négatives découlent majoritairement de PSM ignorantes quant aux réglementations, procédures et des meilleures pratiques qui entourent les soins de transition. La moitié de ces expériences négatives proviennent de participantes qui vivent en région, dont une qui a précisé que son évaluateur,

qui a fait preuve d'ignorance au sujet de la transitude, était pourtant « le spécialiste » en transition dans sa région.

4.2.4 L'utilité de l'EOTM

En comprenant les expériences positives d'évaluation, nous pouvons comprendre en quoi la PSM peut être utile à l'usagère. Participante 6, par exemple, a invité son épouse à son évaluation pour sa chirurgie génitale, ajoutant une dimension de thérapie de couple à ses séances. L'inclusion du partenaire dans les discussions sur la génitalité peut faciliter la communication sur le changement qui aura lieu dans les rapports sexuels. Pour participante 6, ça l'a aidée à comprendre et à être comprise par son épouse, ce qui a été pour elle une expérience « *magique* ».

Participant-e 1, de son côté, a acquis une meilleure compréhension de son enfance en tant que personne transgenre, et des liens entre sa dysphorie de genre et son trouble du comportement alimentaire. Son évaluation n'a pas eu d'impact sur son choix de faire sa chirurgie, qui était déjà pris, mais elle l'a aidé à mieux se comprendre et iel a trouvé l'évaluation utile.

Participant-e 9 avait beaucoup d'anxiété quant à la transition, et sa PSM a été capable de l'accompagner dans sa réflexion pour apaiser ses inquiétudes et prendre la bonne décision. À travers des questions hypothétiques, des mise en situation et même de l'hypnose, sa PSM lui a permis de mieux comprendre ses désirs et de mieux se préparer aux changements à venir. Ce participant a continué de consulter sa PSM après la rédaction des lettres et a souligné l'importance d'être accompagné « *avant, pendant et après* » la chirurgie. Cinq autres participantes qui n'ont pas pu avoir de suivi avec leur PSM ont répondu qu'elles l'auraient apprécié également et auraient trouvé cela utile.

4.2.5 La prise de décision

L'aide à la prise de décision est le rôle central de l'évaluateur selon le WPATH. Parmi les treize participantes, seul-es participant-es 8 et 9 ont eu l'impression que leur PSM les avaient aidé-es dans leur choix. Participant 8 consultait initialement pour une chirurgie, mais s'est rendu compte, en parlant avec sa PSM, que l'hormonothérapie pourrait également être une option intéressante. Il explique :

(...) elle a entendu mes hésitations pour l'hormonothérapie et elle n'a pas porté un jugement vers mes doutes, (...) elle m'a juste comme ouvert la porte genre, si tu penses que ça pourrait t'intéresser tu peux essayer les hormones. Elle m'a donné la permission d'un certain sens.

Loin d'une situation de gardiennage, où la PSM bloquerait l'accès à la transition, cette PSM a au contraire ouvert la porte vers la transition pour son client.

Participant-e 9 a consulté une sexologue pendant un an pour essayer de mieux comprendre son identité de genre avant de se lancer dans une transition. Cette sexologue a ensuite pu faire son évaluation et lui écrire sa lettre de recommandation. L'expérience positive, décrite dans la sous-sous-section précédente, que ce-tte participant-e a eue avec sa PSM, n'est pas une simple expérience d'évaluation mais un accompagnement à long terme.

Les onze autres participantes ont expliqué que l'évaluation ne les a pas aidées dans les prises de décision, parce que soit elles avaient déjà la certitude inébranlable de vouloir faire une transition médicale, soit leurs peurs et leurs hésitations n'ont pas été calmées par les séances avec la PSM. Quatre personnes ont dit que leurs doutes ont perduré jusqu'après la chirurgie, mais toutes sont aujourd'hui très heureuses de leur choix. Certaines personnes qui hésitaient encore pendant l'évaluation ont choisi de ne pas partager ce fait avec la PSM, par peur de ne pas obtenir de lettre. Deux personnes ont mentionné que, bien que leur choix soit déjà fait, elles se sentaient rassurées de recevoir une validation de ce choix par une professionnelle.

4.2.6 Les griefs et recommandations pour le système de santé

Le guide d'entretien ne contient pas de question sur le fonctionnement du système médical, mais beaucoup de plaintes et de recommandations sont spontanément ressorties des entretiens. Par exemple, le manque d'offre de soins en région a été déploré par participant 14, qui évoque la difficulté de faire des heures de route pour chacun des multiples rendez-vous requis. Parfois, une usagère n'aura pas le choix que de se déplacer à Montréal pour recevoir ses soins. Ce fut le cas pour participante 4. Elle a d'abord essayé de se procurer des hormones auprès d'un professionnel qu'elle décrit comme « *le seul docteur qui a une clientèle trans en tant qu'endocrinologue dans le coin* ». Après six mois d'attente, elle a obtenu un rendez-vous avec lui et son résident en formation. Lors du rendez-vous, le résident a fait preuve d'une

telle ignorance en matière de diversité sexuelle et de genre que ça a brisé la confiance de participante 4, et l'endocrinologue a refusé d'entamer les démarches d'hormonothérapie avec elle, car elle n'avait pas de lettre d'une PSM. Elle a donc été forcée de se rendre à Montréal pour pouvoir accéder à un médecin qui suit les recommandations du WPATH et ne requiert pas de lettre pour l'hormonothérapie.

Un autre enjeu émergent est l'absence de médecins et chirurgiennes capables de répondre aux questions des personnes qui envisagent une transition. Actuellement, il faut avoir fait son évaluation, et donc avoir prouvé sa détermination à entamer une transition, avant de pouvoir parler aux professionnelles aptes à répondre aux questions médicales sur ce choix. Participante 2 aurait ainsi aimé...

(...) avoir une psy pis genre le chirurgien dans la même salle pour pouvoir toute poser les questions. Y'a une rencontre avec le chirurgien, mais comme c'est une rencontre pré-op pis comme ça arrive comme peu de temps avant la chirurgie donc...

Participante 2 a essayé de poser toutes ses questions sur la vaginoplastie lors de son évaluation, mais sa psychologue n'étant pas chirurgienne n'avait pas réponse à tout, en dépit de son expertise.

Participante 5 a également éprouvé des difficultés avec la segmentation des soins et des professionnelles impliquées dans sa transition. Aujourd'hui suivie dans une clinique médicale spécialisée en transition, elle constate que ce système holistique et centralisé est bien plus à même de répondre à ses besoins :

Parce que là, aller voir ton endocrino, ton médecin de famille... c'est beaucoup plus segmenté, genre faut qu'ils se parlent entre eux autres, tu sais pas ce qu'ils se disent, ou faut que tu rappelles ce que l'endocrino dit à ton médecin... Alors que là avec mon endocrino c'est tout-en-un, c'est plus rapide, c'est plus efficace, et ça vient répondre à mes besoins en fait en tant que femme trans, pas juste hormonaux mais en tant d'être humain.

Participant-e 1 aurait souhaité que les soins médicaux post-opératoires puissent se faire dans une clinique spécialisée 2SLGBTQIA+, voire au GRS. Actuellement, les patients doivent recevoir leurs soins post-opératoires dans des CLSC qui ne sont pas forcément équipés pour répondre aux besoins d'une clientèle trans. Cette participant-e, ainsi que participant 14, ont vécu de la transphobie en recevant ces soins au CLSC, incluant du mégenrage, du traitement agressif et des propos discriminants. Participante 5 a vécu le même traitement discriminatoire en se réveillant dans un hôpital montréalais après une tentative de suicide. Elle témoigne :

Dans les urgences, on me traite comme de la merde, y'a qu'une seule personne qui a pris mon vrai nom, tout le monde m'appelait Monsieur, par mon dead name, tout le monde tout le monde. (...) Le système est vraiment brisé, et j'étais insultée, [le personnel médical] m'a fait sentir comme de la merde. Suivi psychologique complètement transphobe et pourri et désintéressé, déshumanisant. (...) Et chaque fois que je suis allée à l'hôpital après, je me suis rendu compte après "ah c'est tout le temps comme ça". Tout le monde te mégenre, tout le monde utilise ton dead name à voix haute, c'est humiliant.

Cette participante a également mis en lumière l'enjeu du non-remboursement de nombreuses procédures médicales transféminines, dont notamment la thérapie vocale et l'épilation permanente. La RAMQ rembourse seulement les procédures « reconstructives », c'est-à-dire nécessaires au *passing*. Or, l'épilation de la barbe et le changement de la voix sont objectivement nécessaires au *passing* de nombreuses personnes transféminines, et coûtent cher. Participante 5 a dû faire du travail du sexe pour payer ses séances de laser, ce qui a sérieusement compromis sa sécurité et son bien-être. Elle a également dû s'endetter et ruiner son cote de crédit, ce qui peut être précarisant à long terme. Selon elle, la RAMQ ne comprend pas les priorités des personnes transféminines :

Mais donc y'a les hormones, pis la seule chose qu'ils couvrent après c'est la vaginoplastie ou les testicules. Si j'ai une barbe et je sonne de même, si j'ai un vagin reconstruit ou pas, les gens ils savent pas. Vous pensez que c'est vagin-pénis-vagin-pénis, non ! C'est laser, visage, orthophonie, poitrine, féminisation du visage !

4.3 La théorisation de la pratique

4.3.1 La fonction de la pratique selon les participantes

Le guide d'entretien a été divisé en deux parties : premièrement l'expérience personnelle et émotionnelle qu'a eue l'usagère entourant l'EOTM, et deuxièmement l'opinion qu'a l'usagère sur la pratique de l'EOTM en général. Dans ce deuxième temps, j'ai demandé aux participantes quel était, selon elles, le but, ou la fonction de la pratique de l'EOTM. Je voulais voir à quel point les réponses correspondaient à la fonction officielle de la pratique selon le WPATH. Les résultats ont été parfaitement répartis ; un tiers des personnes pensent que la fonction est de protéger les médecins, un tiers pensent que c'est de protéger les patientes, et un tiers pensent que c'est un peu des deux, l'idée étant toujours de se protéger de l'éventualité du regret.

Participant-e 1 voit l'EOTM comme une façon pour les médecins de se protéger légalement, mais aussi politiquement face à la montée des discours transphobes qui assimilent les soins de transition à une mode :

Ben déjà c'est pour justifier beaucoup d'affaires j'pense ? Parce que y'a beaucoup de personnes qui ont des propos vraiment transphobe genre "oh c'est une mode" ou comme, "oh lalala, ou ils se font influencer parce qu'ils sont jeunes, pis ils veulent pas vraiment ça". J'ai l'impression que la lettre de recommandation, c'est une justification genre non check, la personne est sûre, la personne a une lettre de recommandation d'un sexologue, a dû comme voir des gens, c'est une façon de comme dire à ces gens-là comme, non c'est pas aussi facile de se faire opérer. Je pense que c'est beaucoup ça l'utilité de la lettre de recommandation, c'est pour s'éviter des procès ou whatever je sais pas trop quoi.

Participant-e 6, qui pense que l'EOTM est là pour le bien du patient, partage :

Je pense que c'est plus pour prendre la décision éclairée en toute connaissance de cause. Puis de s'assurer que le processus de prise d'hormones doit entrer dans ce qu'on appelle les moyens qui vont soulager la souffrance dans laquelle la personne vit. (...). En tout cas, moi je pense que, de façon générale, c'est vraiment éclairant. Ça nous rend plus stables dans notre décision. Convaincue, on peut l'être, sauf que des fois il peut y avoir des choses qu'on n'est pas conscientes ou qu'on est pas alertes et qu'avec une autre personne, on peut voir ça différemment.

Participant 9 est à cheval entre ces deux positions. Sa réponse initiale, qui se base sur sa propre expérience, décrit le but de l'EOTM comme étant « d'accompagner la personne » et « s'assurer pour la personne qu'elle prend la bonne décision ». Le lecteur se rappellera que participant 9 a consulté sa PSM pendant longtemps avant de commencer sa transition médicale, afin de travailler sur ses doutes et ses peurs au sujet de la transition. En réfléchissant davantage aux expériences de ses pairs trans qui n'avaient aucune hésitation dans leur choix d'initier une transition, participant 9 a nuancé sa réponse, expliquant :

Si c'était juste pour aider la personne, (...) ça serait adapté justement, ou ça serait peut-être plus personnalisé. Donc c'est peut-être pour faciliter le travail aussi du personnel, de se dire on a une procédure à faire on la fait de cette façon-là avec tout le monde, c'est plus simple. (...) Mon besoin est ça, tu répond pas à mon besoin parce que tu suis ton protocole, ça peut générer de l'anxiété.

Certaines participantes ont donc une vision plus positive que d'autres de l'EOTM, mais toutes ont pointé le potentiel regret dans leur réponse à cette question, ainsi que l'obtention d'informations médicales. Le partage d'informations médicales fait partie de la fonction de l'EOTM selon le WPATH, mais pas le désir d'éviter un éventuel regret. Pourtant, cette idée est omniprésente chez les participantes.

4.3.2 La pertinence de l'EOTM selon les participantes

Les mêmes résultats apparaissent pour la question de la pertinence de la pratique aujourd'hui. Celles qui pensent que le but de l'EOTM est de protéger l'usagère ont plutôt répondu qu'elles trouvent la pratique pertinente, et celles qui la voient comme une protection pour les professionnels ne trouvent pas l'EOTM pertinente, pour la majorité.

Participant 12 est une exception à cette règle ; il voit l'EOTM comme une protection pour les professionnels et les cliniques, et trouve la pratique pertinente, compte tenu du besoin des corps médicaux de se protéger contre la politisation de la détransition dans les médias. Il n'est pas d'accord avec cette politisation, mais il reste pragmatique, disant :

Yeah, I do believe that detransitioning should be something that the person themselves- it's on the person if they regret it the same way that it's on a cisgender person who receives cosmetic surgery, they regret it. But that's just not the world we live in.

Participant 14 à un point de vue unique : il voit l'EOTM comme une redondance nécessaire dans un système de santé surchargé :

Je pense que ça fait du sens qu'il y ait plus qu'un avis, parce que de toute façon, c'est des professionnels qui sont comme rushés dans le système de la santé du Québec. Ils peuvent se rappeler de ton cas, mais des fois non. (...) Autant que tu passes par trop de gens, puis autant que tu passes pas assez de temps avec eux pour qu'ils soient comme... "Moi, je prends la décision à 100 %, j'ai aucun doute".

En tout, les participantes qui trouvent l'EOTM pertinente sont minoritaires, et la plupart sont, au mieux, ambivalentes face à cette pratique.

4.3.3 La nécessité de l'EOTM selon les participantes

Afin de jauger l'opinion des participantes sur le modèle du consentement éclairé, qui ne requiert pas d'évaluation psychologique, je leur ai demandé ce qu'elles pensaient des cliniques qui prescrivent des

hormones sans lettre de recommandation, et hypothétiquement ce qu'elles penseraient d'une clinique qui ne demanderait pas de lettre pour la chirurgie⁹.

En tout, huit personnes étaient pour le fait d'octroyer des soins sans demander de lettre, trois étaient contre et trois étaient entre les deux. Certaines personnes ont fait la distinction entre la chirurgie et les hormones, disant que l'hormonothérapie apporte des changements graduels, dont certains permanents, et peut toujours être suspendue, alors que la chirurgie est un acte immédiat et définitif. C'est pourquoi l'hormonothérapie est perçue comme une procédure moins importante, ou moins à risque d'entraîner des regrets. L'évaluation est donc vue comme moins nécessaire que pour une chirurgie.

Parmi les « pour », on compte participante 2, qui trouve que le modèle de consentement éclairé « *donne le pouvoir au gens d'avoir leur autonomie corporelle* » et participant 3, qui pense que « *ça facilite vraiment le processus pour les personnes trans, ça c'est clair* ». Participant 11 était hésitant, stipulant qu'il faudrait se fier aux expériences de ceux qui sont passés par cette hypothétique clinique, pour s'assurer que l'absence de lettre ne signale pas une absence de diligence raisonnable. Cela étant fait, il « *pense que ça serait bénéfique* »:

C'est pas d'un jour à l'autre que tu te réveilles et que tu penses « bon, je vais me couper les seins ». C'est plutôt tu le sais depuis longtemps, ou peut-être qu'ils pourraient t'offrir un suivi avant la chirurgie sans demander de lettre, juste comme, t'accompagner avant la chirurgie « c'est ça les risques, c'est ça qui pourrait arriver, et si t'es sûr, mais vas-y ». Ça serait plus utile qu'ils t'offrent un suivi pendant que tu fais les demandes, plus que de juste avoir des lettres.

Participante 1 pense que l'idéal serait d'avoir accès à du soutien psychosocial et de l'information médicale tout en gardant entier son pouvoir décisionnel. L'importance de ce soutien est également notée par participante 5, qui ne voudrait pas recevoir de traitement directement avec l'endocrinologue sans passer par une PSM, car elle veut « *le tout inclus ; sexo - hormones* ». Pour elle, la PSM est partie intégrante d'une prise en charge holistique du patient trans, non seulement aux niveaux biologique et médical, mais aussi aux niveaux humain et psychosocial.

⁹ Plusieurs cliniques, comme l'Actuel ou la Clinique Meraki de Montréal, offrent des soins trans-affirmatifs, comme l'hormonothérapie, sans lettre de recommandation. Au niveau chirurgical, il n'existe pas de centre offrant des soins trans-affirmatifs couverts par la RAMQ sans lettre de recommandation.

Les « contre » comptent participante 6, qui se demande si une personne qui n'a pas reçu d'évaluation peut avoir « *le recul et la compréhension* » pour faire une transition. Pour elle, les étapes en place, dont l'EOTM, impriment un bon rythme à la transition et évitent de « *se précipiter* » ou d'être « *dans l'urgence* ».

4.3.4 L'évaluatrice idéale selon les participantes

J'ai voulu cerner le profil idéal d'une évaluatrice selon les participantes, sur plusieurs dimensions. Premièrement, j'ai demandé aux personnes racisées si elles préféreraient avoir une PSM qui appartienne à leur groupe ethnoculturel, et les réponses ont été équitablement réparties entre les oui et les non. Participant 11 aurait trouvé ça « *moins gênant, ou plus rassurant* » d'avoir une PSM de sa communauté, mais ça ne l'a pas empêché d'avoir une bonne expérience avec son PSM blanc. Dans la même veine, participant 13 trouve que ça présenterait des avantages, mais que ce n'est pas essentiel. Selon lui,

(...) ça aurait pas changé de quoi, sauf peut-être donner quelques informations par rapport à son expérience qui, justement, me touche comme personne trans noire. C'est pas la même expérience que les personnes trans qui ne sont pas noires. Mais je trouve que j'ai eu cette information-là d'une autre façon. Pour moi, ça n'aurait pas changé grand-chose.

Enfin, pour participant 14, situé au croisement de tant d'oppressions, la question d'avoir un PSM « *comme lui* » ne s'est même pas posée :

Et puis être métisse, c'est une autre affaire. Comme une autre affaire, t'es pas assez black, puis t'es pas blanc là. (...) Mais puis ouais, puis c'est tellement déjà long [l'attente pour voir un PSM] que je m'imagine pas l'attente pour avoir quelqu'un qui serait racialisé queer métis fat... c'est pas réaliste. Mais en même temps c'est pas comme si j'étais juste comme un dude black gay, là je peux t'en trouver un, mais là comme fat, trans, gay, métisse, Black, ça marche plus comme je vais chercher toute ma vie, genre.

Ensuite, j'ai demandé à toutes si elles auraient préféré une PSM qui soit elle-même trans, et sept ont dit oui. Participant 8 résume le sentiment de plusieurs personnes en disant :

Oh wow. Oui, ben oui c'est sûr, c'est vraiment différent. J'aurais pas le sentiment de « il faut que je performe assez bien pour leur convaincre de mon identité », ça serait plus comme, est-ce que je peux parler de moi puis est-ce que je peux avoir comme, plus du soutien pour de vrai, au lieu du « il faut que je fasse mes preuves pour prouver que je suis assez trans pour accéder à cette intervention ». Ça aurait été vraiment cool que ça soit une personne trans, je serais

beaucoup moins intimidé, et leur aurais demandé plus de choses, comme est-ce que toi tu regrettes certaines choses ? Ça aurait été vraiment cool.

Celles qui n'avaient pas de préférence forte pour une PSM trans ont exprimé que le plus important pour elles était le lien de confiance, la longueur de la relation d'aide, l'empathie de la PSM ou son expertise professionnelle. Une participante a mis l'accent sur les attitudes de la PSM envers la transitude, disant qu'elle ne se sentirait pas plus en sécurité avec une PSM trans qui serait transmédicaliste, c'est-à-dire qui pense que seules les transitions médicales et binaires sont valides.

Enfin, les participantes ont dû réfléchir à la profession idéale pour une PSM, puisque le WPATH a considérablement élargi le champ des possibles à ce sujet. Les opinions ici ont été variées ; l'une affirme que les sexologues spécialisées en dysphorie de genre sont clairement les plus compétentes pour cette tâche, alors qu'une autre pense qu'un médecin ferait très bien l'affaire, si elle est spécialisée en transition. Participante 5 pense que les employées des organismes communautaires trans seraient le mieux placées pour cette fonction, alors que pour participant 13, l'idéal est n'importe quelle professionnelle qui te suit depuis longtemps.

4.3.5 Les recommandations des participantes pour les évaluatrices

Les participantes ont également été interrogées sur les recommandations qu'elles feraient aux PSM qui vont faire des évaluations. Sur le plan de l'accessibilité, deux ont noté l'importance de garder le prix aussi bas que possible, dont une qui suggère aussi que les évaluations se fassent en une seule séance. Afin de mettre la patiente en confiance, deux autres personnes recommandent aux PSM d'évoquer le stress que représente souvent l'évaluation et de rassurer la patiente sur le fait qu'on n'est pas là pour juger leur identité ou leur choix, mais pour les comprendre. Une participante a ajouté que les PSM devraient avoir en main une liste d'autres ressources pour la transition, comme la thérapie vocale ou l'électrolyse. Beaucoup de personnes posent leurs questions médicales sur la transition à la PSM ; avoir une connaissance « encyclopédique » des chirurgies et des hormones, y compris de ce qui arrive quand la prise d'hormones est arrêtée ou interrompue, est une nécessité soulevée par deux personnes. Une autre souligne l'importance d'avoir de l'information sur le rétablissement post-chirurgical au niveau émotionnel, et non juste physique. Enfin, plusieurs personnes ont mis l'accent sur le fait de rester à jour sur les discours trans, la nouvelle terminologie et les réalités actuelles de la communauté. Participant 8 souligne

l'importance d'avoir des connaissances issues de la communauté elle-même et « (...) *ne pas juste venir avec le bagage académique puis les guidelines, de comme top-down* ».

4.3.6 Les différentes perspectives sur l'EOTM

Certaines participantes ont remis en question le principe même de l'EOTM. Participant-e 1 trouve ça « *tellement bizarre qu'une personne t'affirme si t'as besoin d'une opération ou pas* », et de même, participant 11 rapporte que...

(...) je les a pas trouvées très utiles (...) les rendez-vous, c'étaient des trucs que je savais déjà, il faut juste que quelqu'un qui a un diplôme le mette sur un papier, mais moi je savais déjà, je le vivais. C'est juste comme pour confirmer que tu mens pas, donc je trouve ça un peu stupide.

Il souligne le double standard entre les chirurgies transaffirmatives ou cisaffirmatives, remarquant que « *si j'étais pas trans et je voulais me faire une augmentation mammaire, bah j'aurais pas besoin d'une lettre d'un psychiatre* ». Participant-e 7 fait une comparaison équivalente avec les femmes cisgenres qui se font des réductions mammaires, mais en allant encore plus loin dans sa critique, accusant :

Je pense que (l'EOTM) est un outil de contrôle, pis comme je comprends aussi que comme, on est dans une société qui rend les gens malades émotionnellement et y'a des gens malades émotionnellement qui pensent que la transition c'est la bonne solution, mais ça l'est pas, en tout cas à la place de demander tes lettres de recommandation, ça serait important de donner des services de santé mentale à tout le monde. Le contrôle des personnes trans n'est pas la solution au problème.

Participante 4 compare les bloqueurs d'androgènes qu'elle prend en tant que femme trans à ceux que prennent les hommes cisgenres pour le traitement de la calvitie, remettant en question les différences dans le traitement et la conceptualisation du genre des personnes cis et des personnes trans. Plus tard, elle exprime sa frustration quant au diagnostic de dysphorie de genre, expliquant que tout le monde a un genre et que les personnes cis peuvent également vivre de la dysphorie ou de l'euphorie de genre. Citant la philosophe anglaise Abigail Thorn, elle appelle le diagnostic « *mad tranny disease* », caricaturant la pathologisation et la surpsychiatisation de l'expérience trans. Selon ses propres mots, elle décrit :

La psychologisation est juste comme, tenez, voici la réponse de pourquoi vous êtes de même, et tous les autres qui correspondent pas à ces critères subjectifs que c'est nous qui décidons, bah c'est pas vraiment des personnes trans.

En dépit de sa conviction, elle trouve ça « *touchy* » d'être ouvertement contre le diagnostic, parce que sans diagnostic, sans conceptualisation de la transitude comme une pathologie nécessitant un traitement, il n'y a pas de remboursement de la part de la RAMQ. Malgré elle, elle se demande « *en tant que communauté, est-ce qu'on joue la carte de la santé mentale ?* ». La question se pose comme un mal nécessaire, mais qui ne devrait pas l'être ; selon elle, les procédures d'affirmation de genre devraient être couvertes par l'assurance publique même si elles ne sont pas vues comme des soins psychiatriques spécialisés, parce que :

(...) ça nous fait tellement du bien, pis les soins de santé comme ça genre, ça fait toute une différence, t'as pas besoin de trier les gens comme ça, si t'offrirais plus de services t'sais on dirait qu'il faut recadrer ça dans, tout l'appauvrissement des services publics qu'on voit, pis qu'on dirait qu'ils essaient de choisir, pis aussi de (se demander), « c'est qui les vrais personnes trans ? »

Participant 8, enfin, décline la critique du double standard à sa façon, prenant l'angle de la peur du regret :

On a une tonne de statistiques maintenant et le taux de regret est tellement faible pour la transition médicale que, t'sais on demande pas à des gens de faire une rencontre psychologique avant de faire un remplacement de genou, alors qu'è y 'a un gros taux de regret pour ça, comme 50 %, ou d'autres sortes de chirurgies qui peuvent avoir un impact irréversible, mais c'est juste le fait qu'on est trans qu'on sait pas qu'est-ce qu'ont fait ? On gère pas nos corps assez bien ?

Ces critiques remettent en question l'existence même de l'EOTM, et plus largement la gestion des soins d'affirmation de genre et la conceptualisation du genre des personnes trans par rapport au genre des personnes cis.

Les participantes en faveur de la pratique évaluative ont avancé des arguments qui se retrouvent déjà dans ce chapitre, notamment dans les sous-sections sur l'utilité et la pertinence de l'évaluation. Pour conclure le chapitre sur une vision globale des différentes perspectives présentes dans les données, ces arguments seront tout de même repris et résumés ici. Pour certaines, la valeur de l'EOTM réside dans l'acquisition d'informations sur la transition, des détails médicaux aux procédures administratives. D'autres apprécient le fait de devoir consulter plusieurs professionnels (médecin, chirurgien, PSM) afin de

recevoir un soin holistique qui appréhende la personne dans sa globalité. La validation du choix de la patiente par une professionnelle est importante pour plusieurs participantes, qui citent la nature irréversible des changements corporels qui peuvent survenir à la suite d'une transition. Le fait de rallonger le processus de transition en ajoutant l'étape additionnelle de l'EOTM est en soi un bien selon quelques participantes, qui valorisent le temps de réflexion imposé par l'attente. Les données de ce projet contiennent donc une richesse d'arguments pour et contre la pratique de l'EOTM : ce qui est oppressant pour certaines est rassurant pour d'autres.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Dans ce chapitre, je vais d'abord résumer les résultats, avant de les analyser et de les discuter à la lumière de la littérature, ce qui inclut mais ne se limite pas au cadre théorique qu'on retrouve dans le troisième chapitre. Les standards de soins pour les personnes transgenre et non conformes dans le genre du WPATH seront ensuite comparés aux expériences des participantes de cette recherche.

5.1 Résumé des résultats

La grande majorité des participantes ont dépensé du temps, de l'énergie et des sommes d'argent considérables (selon leurs propres standards) pour recevoir leur lettre de recommandation du PSM. Les réseaux informels intracommunautaires ont été mobilisés par la plupart des participantes en amont de l'EOTM pour plusieurs raisons : trouver une bonne PSM, savoir à quoi s'attendre et, dans certains cas, savoir quelle information divulguer, quelle information cacher et, parfois, quelle information inventer lors de l'évaluation pour paraître « assez trans » et/ou assez stable psychologiquement, le but étant d'éviter de vivre du gardiennage et d'être bloquée dans leur cheminement de transition. La moitié d'entre elles appréhendaient l'EOTM, mais la grande majorité ont eu une expérience positive avec leur PSM. Très peu de personnes ont dit que leur PSM les a aidées à se décider quant à leur transition, mais la plupart ont trouvé l'EOTM utile pour d'autres raisons.

Les personnes participantes sont divisées sur la question de la fonction de l'EOTM, avec une moitié pensant que la pratique existe, au moins en partie, pour protéger les patients-es, et l'autre pensant qu'elle existe, au moins en partie, pour protéger les médecins et chirurgiens. Dans les deux cas, l'idée du regret post-transition est centrale : c'est de cela dont on a besoin de « se protéger ». La majorité serait en faveur de l'abolition de la lettre de recommandation, tant qu'un soutien psychologique reste disponible pour celles qui le veulent. Les participantes recommandent que les PSM aient une connaissance approfondie des soins de transition, qu'elles aient à disposition une liste exhaustive de ressources en lien avec la transition, qu'elles restent à jour sur les réalités de la communauté en consultant des sources communautaires, et pas uniquement scientifiques, qu'elles gardent le prix de l'EOTM bas et qu'elles limitent le nombre de sessions avec chaque usagère, entre autres. Les données émergentes indiquent des

expériences de discrimination dans les soins de santé à Montréal et un grand besoin d'un remboursement de *tous* les soins de transition.

5.2 L'expérience lors de l'évaluation

Dans cette sous-section, les expériences des participantes lors de l'évaluation seront mises en dialogue avec les résultats d'autres recherches sur le même sujet. Villalobos et ses collaboratrices ont notamment obtenu des résultats semblables au présent projet de recherche dans leur étude ontarienne sur les évaluations pré-opratoires (Villalobos *et al.*, 2018). Leurs données soulignent le stress vécu par la majorité des répondantes lors de l'EOTM ; seules 15 % de leurs participantes n'ont pas trouvé leur expérience d'EOTM stressante. Simultanément, 82 % de leurs répondantes affirment que leur évaluatrice a su créer un espace sécurisant pour parler librement des soins d'affirmation de genre. Ces résultats, qui pourraient sembler contradictoires, correspondent aux données de notre étude. Il semble que le stress en lien avec l'EOTM soit commun, mais que la majorité des évaluatrices soient suffisamment accueillantes et compétentes en intervention auprès d'une clientèle trans pour mettre l'usagère à l'aise malgré cette appréhension. Villalobos *et al.*, (2018) rapportent également que plusieurs de leurs participantes perçoivent l'EOTM comme une pratique de gardiennage qui existe au profit du système de santé, et non pour le bien-être des patientes. Cette perception se retrouve dans une étude similaire conduite par Frohard-Dourlent et ses collaboratrices en Colombie Britannique : la perception de l'EOTM comme une pratique de gardiennage est l'un des trois grands thèmes qui se dégagent de leur recherche (Frohard-Dourlent *et al.*, 2020). Cette vision de l'EOTM, qui se retrouve aussi dans ce mémoire, semble donc être répandue parmi certains membres de la communauté trans. Les résultats de Frohard-Dourlent *et al.* (2020) montrent aussi qu'une partie de leurs répondantes ont, au contraire, eu des expériences d'EOTM positives, validantes et affirmantes. Ce large spectre d'expériences, avec des extrêmes négatifs et positifs, sert de miroir à ce mémoire. Les études canadiennes contemporaines qui centrent les perspectives des usagères sur l'EOTM ne sont pas extrêmement nombreuses, mais des similarités émergent déjà dans nos données.

5.3 Analyse des résultats à la lumière du cadre conceptuel

5.3.1 Cisnormativité

Dans le deuxième chapitre, nous avons abordé la dimension normative du cisgenrisme, la cisnormativité, qui produit une invisibilisation institutionnelle et informelle des personnes trans dans le contexte de la

santé et des services sociaux (Bauer *et al.*, 2009). L'invisibilisation institutionnelle a été définie comme l'organisation des services selon la binarité de genres, ce qui rend difficile, voire impossible, l'accès à ces services pour les personnes trans. L'invisibilisation informelle est décrite comme le manque d'éducation des professionnels sur les réalités trans, ce qui engendre des situations de discrimination, réduit la qualité des soins octroyés et peut même les rendre complètement inaccessibles. Ensuite, dans le chapitre résultats, la discrimination et la négligence qu'ont vécues certaines participantes dans les services médicaux sont brièvement décrites. Le guide d'entretien de cette étude ne comprenait aucune question sur l'expérience médicale (soins péri-opératoires, expériences hospitalières, *etc.*) mais les données émergentes qui sont ressorties spontanément concernant ce sujet nous permettent de mieux comprendre l'expérience globale de la transition qui entoure l'évaluation. Les griefs des participantes en milieu hospitalier incluent des expériences de mégenrage et de *dead-naming* (utilisation du nom assigné à la naissance plutôt que le nom choisi) alors que les professionnelles étaient au courant que la patiente était une personne trans, ainsi que des commentaires insultants sur les résultats de chirurgies trans-affirmatives. Ces expériences de soins peuvent être stigmatisantes pour les patientes trans, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur santé mentale et les décourager d'utiliser des services médicaux à l'avenir, entraînant éventuellement un impact négatif sur leur santé physique (Dolan *et al.*, 2020). Ces expériences individuelles peuvent, à travers le concept de Bauer (2009) de l'invisibilisation informelle, être comprises comme des expressions de l'oppression systémique des personnes trans. Comme le slogan féministe « *le personnel est politique* » (Hanisch, 1970), le cadre conceptuel de la cisnormativité permet de politiser les expériences personnelles des personnes trans et peut être un point de départ pour des revendications politiques.

À présent, les revendications de la communauté trans pour des soins de santé inclusifs ont été entendues par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui a publié en 2023 *Les lignes directrices pour la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2023). Les expériences des participantes précèdent la publication de ce document qui, on l'espère, aidera à prévenir les enjeux vécus par nos participantes. Ce document du MSSS démontre une bonne compréhension des enjeux de discrimination LGBTQphobes, nommant, dès les premières pages, le concept de la cisnormativité, ainsi que ses effets néfastes sur la santé et le bien-être des personnes trans. Les autrices donnent également des exemples de discrimination en milieu de soins, ce qui correspond aux expériences des participantes.

Chacune des quatre lignes directrices contient plusieurs « *engagements phares* », dont deux qui touchent directement aux soins d'affirmation de genre. L'engagement 1.3 promet de « *hiérarchiser les services pour la population visée par certaines interventions chirurgicales d'affirmation de genre* », et l'engagement 1.4 affirme l'intention d'« *offrir un soutien psychosocial en soutien à l'affirmation de genre* ». Toutefois, les explications de ces deux engagements sont brèves et ne sont appuyées d'aucune action concrète. Ceci démontre néanmoins la conscience au niveau du ministère du fait que les personnes en transition ont besoin de davantage de soutien de la part du système de santé et des services sociaux, autant au niveau péri-opératoire qu'au niveau psychosocial. Sont maintenant nécessaires des études sur l'implantation de ces lignes directrices et leur impact sur l'invisibilisation informelle et institutionnelle des personnes trans en centres de soins.

5.3.2 Cisgenrisme et pathologisation

Dans le deuxième chapitre, j'ai expliqué que le cisgenrisme décrit l'oppression sociale et systémique des personnes trans par les personnes cis, et j'ai situé l'EOTM dans l'une des dimensions de cette oppression : la pathologisation. Afin de ne pas biaiser les résultats, il n'y avait pas de question explicitement sur ce sujet dans le guide d'entretien, mais les participantes avaient l'opportunité d'exprimer de manière spontanée des sentiments de pathologisation en parlant de leur vécu émotionnel lors de l'entretien, ainsi que lors des questions sur leur propre point de vue sur l'EOTM. La grande majorité des participantes n'ont pas spontanément décrit leur expérience de l'EOTM, ou la pratique en général, comme pathologisante. Trois personnes ont trouvé le processus de l'EOTM intrusif, mais seulement une personne a explicitement parlé de pathologisation. Les données de la présente étude ne soutiennent donc pas une lecture de l'EOTM comme source de pathologisation du point de vue de la plupart des usagères. Participante 4, qui appelle le diagnostic de dysphorie de genre « *mad tranny disease* », est l'exception.

Le partage de participante 4 rejoint les positions et revendications du mouvement pour la dépathologisation de la transitude. Ce mouvement activiste et académique se bat pour une reconceptualisation de la transition comme un droit humain et une partie saine de la diversité humaine, plutôt qu'un traitement psychiatrique pour un désordre mental (Castro-Peraza *et al.*, 2019). Les personnes qui adhèrent à ce mouvement, telle participante 4, s'opposent à l'inclusion de la dysphorie de genre comme diagnostic dans le DSM ainsi qu'à la pratique de l'EOTM, qui limite, selon leur point de vue, l'autonomie décisionnelle des personnes trans (Suess Schwend, 2020). Elles insistent également sur le fait

que la transition médicale pourrait et devrait être remboursée par l'assurance maladie, même sans diagnostic associé, de la même façon qu'un traitement en lien avec une grossesse peut être remboursé sans que cette grossesse soit considérée comme une pathologie (Theilen, 2014). Participante 4 a formulé ce même argument, sans la comparaison à la grossesse, mais insistant sur le fait que la transition médicale améliore le bien-être des personnes concernées et qu'il s'agit évidemment d'un soin méritant un remboursement, même sans qu'on le décrive comme le traitement d'une pathologie. La nécessité d'un diagnostic ou d'un traitement médical pour le changement légal de sexe est aussi vivement critiquée dans la littérature pour la dépathologisation (Cannoot, 2019). Ce mouvement s'inspire d'autres courants critiques comme l'antipsychiatrie et la décolonisation (Suess *et al.*, 2014)(Suess *et al.*, 2014). Les données de participante 4 correspondent donc à un discours alternatif sur la transition et démontrent la souffrance qui peut découler du *statu quo* actuel. Son entrevue témoigne d'une charge émotionnelle, se traduisant par de nombreux soupirs, et des rires qui trahissent l'incrédulité et le désespoir. Elle a dû s'absenter un moment pendant l'entrevue pour se reprendre tant il lui était difficile de se remémorer son expérience. Pour participante 4, la pathologisation n'est pas (que) théorique, elle est réelle et a des conséquences émotionnelles.

À l'inverse, participante 6 n'a parlé que de légèreté et de libération en évoquant ses expériences liées à l'EOTM, et au niveau théorique, elle véhicule un discours dominant psycho-médical. Cette participante est une professeure retraitée qui, comme toutes les participantes, dit avoir fait beaucoup de recherches sur la transitude avant de commencer son parcours. Là où les autres participantes se sont plutôt tournées vers des forums informels gérés par la communauté, il semble que sa recherche l'ait menée vers des sources plus professionnelles, voire scientifiques. De façon générale, elle a exprimé une opinion très favorable de la gestion actuelle de la transition médicale au Québec, y compris de la pratique de l'EOTM. Elle n'adopte pas une posture critique, au contraire, elle dit n'avoir « *rien à redire* » au sujet du processus de transition.

Certains des propos de participante 6 font écho à un discours actuellement problématisé par les critiques de l'EOTM. Par exemple, elle affirme la nécessité de l'EOTM en expliquant que certaines personnes « *sont comme dans l'urgence* » par rapport à leur transition et « *veulent prendre comme un raccourci* » vers les hormones, ce qu'elle pense être une chose à éviter. La fonction du processus de sélection de candidates à la transition médicale, processus qui incluait mais ne se limitait pas à l'EOTM, a longtemps été d'empêcher une prise de décision « précipitée » chez les patientes (Petersen et Dickey, 1995). Dans leur sondage comparatif des politiques de sélection en place dans différentes cliniques de genre européennes et nord-

américaines, Petersen et Dickey (1995) citent les plaintes venant des usagères face aux processus intentionnellement longs qui, selon elles, « font barrière » à leur accès aux soins, mais les auteurs ne leur donnent pas raison. Aujourd'hui ces plaintes sont reflétées et validées par la littérature critique qui souligne la détresse que vivent beaucoup de patientes en attente de traitement, et remet en question l'idée qu'il est bénéfique d'imposer des délais à la transition (Bauer *et al.*, 2013).

Participant 6 défend également l'importance de l'évaluation en évoquant la possibilité que certaines personnes qui ne sont pas vraiment trans puissent penser à tort qu'une transition de genre résoudrait leur mal-être. En effet, le rôle du PSM incluait initialement (et inclut encore parfois) le fait de déterminer qui était vraiment trans et qui ne l'était pas en utilisant les critères de diagnostic du DSM. Mis à part les critiques qui visent le diagnostic de dysphorie de genre lui-même, la pertinence et la justesse (dans le sens de la justice sociale) d'une pratique évaluative qui aurait pour but de remettre en question l'auto-identification d'usagères trans sont vivement critiquées. Florence Ashley (2019), spécialiste en éthique biomédicale, argumente que cette remise en question est injustifiable car l'identité de genre relève de l'autorité épistémique de l'individu. Le concept de l'autorité épistémique s'applique à toute expérience psychologique qui ne peut, par définition, qu'être connue de l'individu lui-même. Ceci inclut des émotions comme la joie ou la tristesse, des états physiques comme la faim ou la douleur, ou des sentiments identitaires, comme celui d'être une femme ou un homme. La remise en question d'un individu au sujet d'une telle expérience psychologique n'a typiquement lieu que dans un contexte de psychopathologie, où l'auto-identification, appelée plutôt autodiagnostic, est considérée invalide. Ainsi, l'autrice argumente que quand on doute de l'autorité épistémique des personnes trans au sujet de leur identité de genre, on traite leur identité comme une pathologie.

Les positions de participante 4 et participante 6 sont aux deux extrémités de la question de la pathologisation, mais, au final, il existe peu de données dans cette étude sur le sujet. Au niveau émotionnel, les expériences négatives des participantes étaient plus en lien avec la transnormativité qu'avec la pathologisation, et au niveau théorique, les critiques touchaient plus souvent à l'autonomie corporelle qu'à la pathologisation.

5.3.3 Transnormativité

Dans les premier et deuxième chapitres, j'ai expliqué comment les personnes non binaires et/ou non conformes dans le genre sont plus à risque d'être perçues comme n'étant « pas vraiment trans » selon une idéologie transnormative (MacKinnon *et al.*, 2021), et en quoi ceci peut mener à une peur que la PSM refuse d'accorder à la personne sa lettre de recommandation. La peur d'être perçue comme non conforme et de se voir refuser sa lettre est récurrente dans les données de cette étude, comme dans la littérature (Johnson, 2016 ; Plesz, 2020 ; Vipond, 2015). Cette situation a considérablement alourdi la charge émotionnelle des entretiens pour les participantes concernées. Pour certaines, cela pouvait avoir un impact sur leur santé mentale, ce qui était le cas pour participante 4 « rendue folle » à force d'essayer de prouver à son PSM qu'elle « mérite » une vaginoplastie. Comme les PSM l'ont depuis longtemps remarqué, certaines usagères décident alors de mentir sur leurs vécus et identités pour prévenir la discrimination (Frohard-Dourlent *et al.*, 2020 ; Worden et Marsh, 1955), ce qui est le cas pour plusieurs des participantes de cette étude.

Leurs témoignages semblent indiquer que cette peur de se retrouver face à une PSM transnormative se répand sur les réseaux sociaux où les personnes trans partagent de l'information et des recommandations pour l'accès à la transition. La grande majorité des participantes à cette étude ont consacré une énergie considérable à cette recherche, et certaines ont exprimé une difficulté à trouver tout ce dont elles avaient besoin, citant un manque de ressources en ligne qui seraient gérées par des professionnels et qui centraliseraient toute l'information pertinente. Pour pallier ce manque, elles se sont tournées vers des réseaux d'information et de soutien informels gérés par la communauté trans, ce qui est une pratique courante pour les personnes qui envisagent une transition (Baleige *et al.*, 2022 ; Bosom *et al.*, 2020). C'est sur ces réseaux, et lors de conversations avec d'autres personnes trans, que les participantes ont entendu des « histoires d'horreurs » d'usagères ayant vécu des expériences très négatives avec des PSM transnormatives. Ces histoires étaient accompagnées de recommandations pour éviter de vivre cette même situation. Ce partage intra-communautaire semble être le legs des réseaux de soutien trans de la deuxième moitié du XX^e siècle qui ont été créés dans le but de démocratiser et rendre accessible un processus médical précieusement gardé (Stone, 1987). Comme il a été dit dans le premier chapitre, les critères de sélection pour les candidats à la transition médicale étaient, à cette époque, très stricts et LGBTQphobes. Afin d'accroître leur chance d'accéder aux soins de transition, les personnes trans partageaient entre elles astuces et recommandations sur comment s'habiller, quoi dire et que cacher lors de l'évaluation. Plusieurs des participantes à cette étude ont reçu de telles recommandations de la part

d'autres personnes trans, sur les réseaux et en personne. Participant·e 1, par exemple, a caché sa non-binarité sur les conseils d'un ami trans. Ce partage a pour but de protéger les membres de la communauté de la discrimination, et assurer l'accès à la transition pour toute personne qui le souhaite (Armangau et Figeac, 2021). Ceci constitue une stratégie de résistance collective face à un système historiquement cisgenriste.

L'expérience de plusieurs participantes confirme donc ce que suggère la littérature : que l'EOTM est souvent vue et vécue comme du gardiennage par les patientes, ce qui est source d'anxiété et incite certaines personnes à mentir sur leur identité de genre et/ou à taire leurs hésitations et leurs peurs face à la transition. Pourtant, aucune des participantes n'a dit avoir eu une expérience négative avec une PSM transnormative. Malgré l'absence d'enjeux de transnormativité dans les faits, la peur de vivre une telle situation persiste. Le pouvoir que détient la PSM sur le parcours de transition, et par extension sur le parcours de vie des personnes trans, semble causer un grand stress chez les usagères. quand bien même la PSM n'abuse pas de ce pouvoir, son existence même peut causer un malaise.

5.3.4 Intersectionnalité

Dans le guide d'entretien, les questions en lien avec l'intersectionnalité cherchaient à savoir si la position sociale du PSM (trans ou cis, blanc ou racisé, par exemple) aurait un impact sur l'expérience de l'EOTM pour l'usagère. Au niveau de la racialisation ou de l'appartenance ethnoculturelle, participant 13 confirme que son expérience en tant que personne noire et trans est unique. Les textes fondateurs de l'intersectionnalité soulignent également qu'être femme n'est pas une expérience universelle, et que les femmes noires ont leurs propres expériences, uniques (Collins, 1993 ; Crenshaw, 1991). Dans "*A whole other layer of complexity*": *black transgender men's experiences*, des personnes noires transmasculines partagent les expériences et difficultés particulières qu'elles vivent dans le passage entre une position sociale noire et féminine et une position sociale noire et masculine (White *et al.*, 2020). Leurs témoignages révèlent d'une part le caractère unique de la masculinité noire, qui est culturellement distincte de la masculinité blanche, et d'autre part la nécessité d'apprendre à composer avec le racisme particulier que vivent les *hommes* noirs. Cela étant dit, participant 13 n'avait pas besoin que sa PSM comprenne intimement son expérience en tant qu'homme trans noir. Il a pu trouver ce genre de soutien ailleurs et avoir une bonne expérience avec sa PSM sans cet élément-là. Participantes 11 et 12 voient également cela comme un plus, mais pas comme quelque chose d'essentiel. Selon les participantes à cette étude, bien

que l'identité raciale ait un impact significatif sur l'expérience de la transitude, elle n'impacte pas tant l'expérience de l'évaluation,

L'idée d'une évaluatrice trans a suscité davantage d'enthousiasme, peut-être parce que cela touche de plus près le sujet de l'évaluation. Plusieurs participantes ont dit qu'elles se sentiraient mieux avec une PSM trans ; le sentiment d'être « entre soi » inspire plus la confiance, et selon les participantes, cela peut faciliter la communication et la compréhension, réduire l'anxiété face à l'EOTM, et permettre aux usagères de parler plus librement et d'être plus aptes à recevoir de l'aide « pour de vrai ». Participante 5 pense également qu'une PSM ayant eu l'expérience d'une transition médicale serait plus apte à soutenir une personne qui en envisage une, car cette PSM aurait une meilleure connaissance des ressources et astuces pour la transition, ainsi qu'une réelle compréhension du vécu de discrimination et de rejet que rencontre la communauté trans. Elle valorise donc l'expérience personnelle, ou le savoir expérientiel, qu'une évaluatrice trans pourrait avoir. À l'inverse, participante 6, la professeure retraitée, n'a pas de préférence pour une PSM trans. Ce qui est important pour elle, c'est que la personne soit « *bien formée* », qu'elle ait une « *crédibilité professionnelle* » et qu'elle soit « *spécialiste* » en enjeux trans. Elle valorise donc plus les compétences professionnelles et théoriques chez une évaluatrice.

L'importance de la position sociale de la PSM pour l'usagère semble donc dépendre de comment celle-ci valorise les savoirs expérientiels par rapport aux savoirs professionnels. La majorité des participantes semblent en effet valoriser les savoirs expérientiels, et se sentir plus en confiance avec une évaluatrice trans. Le concept du savoir expérientiel remonte à 1976, quand il a été défini par Thomasina Borkman comme une sagesse et un savoir-faire qui découlent d'une expérience personnelle avec un phénomène (Borkman, 1976). Dans ce premier article, Borkman décrit ce savoir dans le contexte de groupes de soutien, tels que les Alcooliques Anonymes, et y ajoute un second concept, l'expertise expérientielle. Qui est la capacité à appliquer le savoir expérientiel à différentes variations du « problème » auquel on a été originellement confronté. Dans le contexte de la transidentité, le « problème » pourrait être les procédures compliquées pour l'accès aux soins de transition, la gestion émotionnelle de la dysphorie de genre, et/ou la gestion du cisgenrisme et de la transnormativité auxquels les personnes trans sont confrontées.

Le savoir expérientiel des usagères utilisé dans les groupes de soutien mène éventuellement à une professionnalisation de la paire-aidance. La recherche sur la paire-aidance professionnelle, ou rémunérée, démontre que ce soutien par les pairs peut avoir des bienfaits mesurables pour les usagères de services psychiatriques, notamment (Provencher *et al.*, 2010 ; Repper et Carter, 2011). La paire-aidance est

également un levier d'intervention souvent mobilisé en dépendance, particulièrement dans les services en réduction des méfaits (Greer *et al.*, 2021 ; Stowe *et al.*, 2022). Il est problématique d'appliquer à l'intervention auprès d'une population trans des concepts cliniques développés pour le traitement d'enjeux tels que les dépendances ou les problèmes de santé mentale. La chercheuse en transitude doit prendre soin de ne pas pathologiser sa population cible tout en mobilisant des outils théoriques développés pour des situations problématiques. Malgré cette limite, les concepts de l'expertise expérientielle et de la paire-aidance nous permettent de comprendre la plus-value apportée par une PSM faisant elle-même partie de la communauté.

5.4 Rôle de l'évaluatrice et utilité de l'évaluation pour les patientes

Dans cette sous-section, nous allons comparer les expériences des participantes avec leurs PSM, ainsi que leurs opinions sur la fonction de l'EOTM, avec les recommandations et paramètres prescrits par le WPATH. Il est à noter que les Standards de Soins (SoC) ont été mis à jour au cours de la création de cette recherche, et que les EOTM des participantes ont eu lieu majoritairement avant la publication en 2022 de la huitième et dernière édition. La septième édition recommandait une lettre de recommandation d'une PSM pour l'hormonothérapie et les chirurgies non génitales, et deux lettres pour les chirurgies génitales (Coleman *et al.*, 2012). À présent, le WPATH ne recommande plus qu'une opinion pour toutes les procédures, incluant les chirurgies génitales (Coleman *et al.*, 2022). Les autrices justifient ce changement par la redondance d'une deuxième opinion, et en se référant aux critiques qui décrivent la deuxième lettre comme paternaliste et violant l'autonomie corporelle des patientes. La huitième édition parle bien d'« *opinion* » plutôt que de lettre en tant que telle, et précise qu'une évaluation peut être menée par la professionnelle qui offre les soins, ce qui peut inclure les médecins et les infirmières, entre autres.

L'évaluatrice doit tout de même avoir une certaine expertise en santé mentale et/ou sciences du comportement, afin de pouvoir identifier des enjeux de santé mentale qui pourraient ressembler à une incongruence de genre, sans l'être réellement. Dans le SoC 8, la terminologie « *incongruence de genre* » remplace la « *dysphorie de genre* » qu'on retrouvait dans la septième édition. Le WPATH semble avoir été réceptif aux critiques provenant du mouvement pour la dépathologisation ; entre autres, Coleman *et al* mettent à présent l'accent sur le fait que l'incongruence de genre n'est pas une pathologie et que les délais dans l'accès aux traitements doivent être réduits autant que possible.

Les recommandations du WPATH pour l'évaluation sont donc les suivantes, dans mes propres mots, car il n'y a pas encore de traduction française officielle :

Évaluer la présence d'une incongruence de genre marquée et persistante chez la personne

Pour les participantes, l'évaluation de l'incongruence de genre s'est faite à travers le partage de leur histoire de vie relativement au genre. Comme il a été expliqué, ce partage narratif a été source d'anxiété pour celles qui avaient peur que leur parcours ne soit pas assez « traditionnel », mais a également pu être une expérience très positive pour celles qui avaient besoin d'une telle écoute, ou qui avaient encore besoin d'aide dans leur réflexion.

Identifier et exclure d'autres causes potentielles de l'apparente incongruence de genre

L'identification et l'exclusion d'autres causes sont décrites dans la sous-section 5.3.c du SoC 8. Les autrices y décrivent des cas exceptionnels où une personne se présenterait avec une apparente incongruence de genre qui pourrait être mieux expliquée par un autre phénomène psychologique, tel qu'une psychose aiguë, par exemple. Les autrices signalent la rareté de ce genre de cas clinique et précisent que la cooccurrence d'une incongruence de genre avec un enjeu de santé mentale ou une forme de neurodiversité ne devrait pas être en soi une barrière à l'accès. Dans le cadre de ce mémoire de recherche, plusieurs participantes ont décrit le but de leur EOTM, ou de l'EOTM en général, comme étant de s'assurer que le désir de faire une transition n'était pas le résultat d'une folie quelconque. Ce point a pris plus d'espace dans mes discussions avec les participantes qu'il n'en prend dans le SoC 8. De même, dans leur recherche sur les EOTM au Canada, MacKinnon *et al* rapportent que l'exclusion d'un diagnostic différentiel comme la schizophrénie ou le trouble de la personnalité limite est revenue fréquemment dans leurs discussions avec des évaluatrices (MacKinnon *et al.*, 2020). Les autrices de cet article suggèrent que l'importante attention portée à l'idée du diagnostic différentiel est le legs d'attitudes scientifiques pathologisantes et dépassées sur la transitude. Coleman *et al.*, (2022) ont clairement fait des efforts pour éviter toute interprétation pathologisante de la sous-section 5.3.c, mais cette édition est encore assez récente et son influence reste à établir.

Identifier et évaluer les enjeux de santé mentale qui pourraient nuire au bon déroulement du traitement et mesurer les risques et bénéfices

Quand une PSM identifie un enjeu de santé mentale, le SoC 8 encourage l'initiation d'un traitement concourant à la procédure médicale d'affirmation de genre. Cette recommandation diffère de celle du SoC 7, qui indiquait que les enjeux de santé mentale devaient être bien contrôlés *avant* l'initiation des procédures d'affirmation de genre. En conséquence, des problèmes de santé mentale pouvaient être une raison de bloquer l'accès à la transition médicale. Participant 12 a vécu ce blocage personnellement : il avait commencé son hormonothérapie dans son pays d'origine et n'a pas pu renouveler son ordonnance en arrivant au Québec parce qu'il vivait à l'époque une période de dépression. Il a donc dû interrompre son traitement en attendant d'aller mieux. En tout, trois participantes ont décidé de taire leurs enjeux de santé mentale ou leur neurodivergence, au moins en partie, pour s'assurer de recevoir la lettre de leur PSM. Ce phénomène de non-divulgence de l'état mental a également été observé par MacKinnon *et al* (2020). Participante 4, qui a parlé de sa dépression avec sa PSM, a été choquée que cette dernière émette des doutes sur sa capacité à gérer ses soins post-opératoires du fait de sa dépression. Elle a rétorqué que le fait d'avoir sa chirurgie améliorerait tant sa santé mentale qu'elle serait au contraire davantage capable de prendre soin d'elle-même, et en effet ce fut le cas. Ceci ne surprendra pas le lecteur qui se souvient de l'étude de Bauer *et al.*, (2013) qui indique que les soins de transition améliorent la santé mentale des personnes trans, et réfute l'idée d'attendre une amélioration en santé mentale avant d'initier la transition médicale quand celle-ci est en soi un soin de santé mentale. Ces résultats continuent d'être corroborés par d'autres études similaires (Aldridge *et al.*, 2021 ; White Hughto et Reisner, 2016). Le changement apporté par le SoC 8 reflète les constats de la littérature, et à présent, ils ne recommandent le retardement des soins de transition que dans des cas exceptionnels de dernier recours.

Offrir de l'information sur la procédure médicale ; évaluer et établir la capacité du patient à consentir à la procédure ; évaluer et établir la capacité du patient à comprendre l'information relative aux soins de transition, ainsi que la capacité à décider si ces soins seraient bénéfiques

Les trois recommandations ci-dessus relèvent plus du domaine de la médecine que de la psychologie. Typiquement, la médecin qui donne l'ordonnance ou la chirurgienne qui fait la chirurgie, est celle qui s'occupe du consentement éclairé, ce qui inclut l'explication des effets et l'évaluation de la capacité à consentir (The Canadian Medical Protective Association, s. d.). Pour ce qui est de l'explication des effets du traitement, une PSM sera, par définition, moins compétente dans ce domaine que la médecin ou la chirurgienne. Participante 2 a dit qu'elle aurait voulu pouvoir parler à la chirurgienne en même temps qu'à sa PSM, car le gros de ses questions en lien avec la transition était très technique et ne relevait pas du domaine d'expertise de sa psychologue. La majorité des participantes auraient eu davantage besoin de

réponses à des questions techniques et médicales sur la transition que d'un accompagnement psychosocial. Avant la publication du SoC 8, les PSM devaient remplir ces fonctions qui ne relevaient pas vraiment de leur expertise, et les usagères étaient censées obtenir leurs informations médicales de la part d'une source non médicale. Les changements apportés avec le SoC 8 corrigent cette situation, puisque le personnel médical peut maintenant prendre en charge les évaluations. Or, dans les faits, les patientes québécoises ont encore besoin de lettres de recommandation venant de l'extérieur, car toutes les chirurgiennes ne sont pas forcément disposées à faire elles-mêmes l'évaluation de leurs patientes. Au centre de chirurgie trans-affirmative du Québec, le GRS, une lettre de recommandation d'une tierce partie est toujours obligatoire pour l'accès à une chirurgie.

Combiner les savoirs cliniques du professionnel et les savoirs expérientiels de la personne pour arriver, de façon collaborative, à une décision quant à la poursuite, ou non, de soins de transition

Ce dernier point porte sur la décision collaborative prise par l'évaluatrice et l'usagère sur l'initiation, ou non, de soins de transition. Comme dit précédemment, plusieurs participantes n'avaient aucun doute par rapport à leur choix, et donc n'avaient pas besoin d'aide dans leur prise de décision. D'autres avaient quelques hésitations qu'elles ont caché pendant l'évaluation, et en tout seulement deux participant-es ont dit que leur PSM les avait aidé-es à faire leur choix. Parmi ces deux participant-es, un-e d'entre elleux avait préféré consulter à long terme pour mieux se comprendre avant d'entamer le processus de transition. Son expérience avec sa PSM dépasse donc le cadre précis de l'évaluation. L'autre personne était certaine de vouloir une mastectomie, mais via son EOTM, s'est rendu compte qu'elle voulait aussi commencer une hormonothérapie, et que sa relation avec son corps et son genre était limitée par sa relation amoureuse toxique. Ce dernier cas démontre que même une usagère sûre de son choix peut tout de même trouver des bénéfices à discuter avec une PSM. Enfin, celles qui ont dissimulé leurs doutes l'ont fait par peur que ceux-ci entraînent un refus de service. Encore une fois, cette peur et la non-divulgence qui en résulte ont également été observées par MacKinnon *et al.* (2020). Inévitablement, le silence de l'usagère sur ces points diminue la qualité de l'intervention et il est possible que plus de personnes aient davantage collaboré avec leur PSM pour mieux comprendre leur désir de changer leur corps si elles n'avaient pas craint de vivre du gardiennage. Il semble que la pratique de l'évaluation remplisse mal sa fonction de faciliter une décision collaborative.

CHAPITRE 6

RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTES

Dans ce chapitre, je récapitule les recommandations des participantes pour les évaluateuses, avec quelques ajouts mineurs de ma part qui ont pour but d'aider la lectrice-évaluatrice à mettre en œuvre ces recommandations. J'ai voulu rester aussi fidèle que possible aux mots et aux intentions des participantes, ce mémoire ayant pour but de porter leur voix dans un domaine scientifique qui, historiquement, les étudie sans pour autant les écouter. Je reconnais toutefois que mon jugement clinique agit comme un filtre au travers duquel ces mots doivent passer. J'espère que ce filtre ne dénaturera pas excessivement le partage des participantes, bien qu'il lui impose certaines balises. Il y a notamment une recommandation que j'ai décidé d'omettre : ne jamais poser de questions sur les habitudes de consommation de drogue. Il est difficile de faire le portrait psychosocial d'une personne consommatrice si on néglige ce genre de questions, et certains comportements de consommation peuvent avoir des impacts négatifs sur la capacité de la patiente à suivre correctement un traitement. Je pense qu'il est important d'aborder ce genre de question pour savoir comment soutenir une patiente dans sa transition médicale et j'ai donc choisi d'omettre cette recommandation. Autrement, les recommandations des participantes sont partagées ci-dessous aussi fidèlement que possible.

Premièrement, face à la reproduction d'un narratif transnormatif dans la littérature scientifique, influençant la pratique clinique, les participantes recommandent aux évaluateuses de rester à jour sur les réalités trans en s'informant auprès des ressources communautaires, et non uniquement scientifiques. Les réseaux trans informels en ligne pourraient être une bonne ressource pour l'évaluatrice qui souhaite rester à jour sur les attitudes, émotions et discours qui circulent dans la communauté trans au sujet de l'EOTM. Les groupes qui constituent ce réseau peuvent se trouver sur Facebook et Reddit, notamment. Prenez garde toutefois avant de rejoindre un tel groupe, car certains sont en non-mixité choisie où les personnes cisgenres ne sont pas admises.

Les participantes recommandent de garder le prix et le nombre de sessions requises aussi bas que possible. Une façon d'approcher cet objectif pourrait être d'éviter de faire une session après la rédaction de la lettre. Certaines des participantes ont vu des PSM demandant à l'usagère de revenir pour une dernière session après la rédaction de la lettre de recommandation, pour parcourir la lettre ensemble et apporter des modifications si nécessaire. Il est bien de laisser à l'usagère la possibilité de modifier la lettre si elle ressent

un quelconque malaise quant à son contenu, mais ceci peut se faire par courriel et ne nécessite pas forcément une autre session en face à face. En effet, d'autres participantes ont pu lire leur lettre et donner leur retour de cette façon.

Troisièmement, face à l'anxiété que peuvent vivre les usagères, les participantes recommandent que la PSM prenne le temps de rassurer l'usagère, en lui disant qu'elle comprend que l'évaluation peut être intimidante, mais qu'elle n'est pas là pour douter de l'identité de genre des usagères, et que les identités non binaires et non conformes sont les bienvenues. Ceci peut contribuer à réduire la peur chez l'usagère de vivre du gardiennage, ce qui est un bénéfice en soi, mais qui de surcroît pourrait permettre à cette personne d'être plus honnête lors de l'évaluation, et donc d'être plus apte à recevoir du soutien.

Enfin, les participantes recommandent que la PSM ait une connaissance approfondie de la transition et de la détransition médicales, incluant le rétablissement post-chirurgical aux niveaux physique et émotionnel, ce qui devrait inclure une liste de ressources pour les soins d'affirmation de genre qui ne sont pas encadrés par la santé publique, tels que l'épilation permanente. Pour obtenir une telle liste, je recommande que les évaluatrices consultent les organismes trans communautaires locaux. Avoir des connaissances sur les soins de transition est déjà un prérequis dans les SoC 8, mais les connaissances sur la détransition et le rétablissement émotionnel post-chirurgical n'y sont pas mentionnées. Cette recommandation constitue un apport original à la littérature sur l'EOTM.

CONCLUSION

Cette recherche a depuis sa conception une double-intention ; d'offrir d'une part une analyse théorique de la pratique de l'EOTM dans une optique de libération trans, et d'autre part d'offrir des recommandations concrètes, pratiques et réalisable pour améliorer l'expérience de l'EOTM pour les usagères.

Sur le plan théorique, cette étude explore un thème peu abordé dans la littérature : la charge mentale, temporelle et financière des patientes trans laissées à elles-mêmes pour naviguer le secteur privé et se trouver des évaluatrices compétentes. Une étape obligatoire dans un processus de soin médicalement nécessaire et couvert par l'assurance publique devrait être mieux encadrée, et la création de données à ce sujet est une première étape vers cet éventuel encadrement. Plus de recherche est nécessaire à ce sujet pour mieux comprendre l'ampleur de cette charge et comment elle pourrait être allégée.

D'autre part, les résultats de cette recherche contribuent à faire le lien entre les réseaux d'entre-aide trans du XXème siècle et les réseaux similaires de l'air moderne qui ont jusqu'à présent été peu étudiés. Les données sur la manipulation du récit de genre et de santé mentale entérinent des savoirs préexistants sur l'EOTM, et contribuent à une re-conceptualisation de ces « mensonges » comme des stratégies de résilience.

Dernièrement, en récoltant la perspective théorique des patientes trans sur leur situation, cette étude permet de mettre en lumière la diversité des analyses politiques et idéologiques présente dans la communauté trans au sujet de la gestion des soins de transition. Plus de recherche est nécessaire au sujet de ces perspectives situés, et sur la meilleure façon de transformer une telle diversité d'opinions en une politique de soin standardisé.

Au niveau de la pratique de l'EOTM, cette recherche permet de réfléchir à la tension entre le *gatekeeping*, ou gardiennage, et le support à la transition. Les recommandations émises dans ce mémoire peuvent aider les professionnelles à minimiser chez l'usagère le sentiment de vivre du gardiennage, et à maximiser le soutien qui est offert, ainsi que la capacité de l'usagère à recevoir ce soutien. Ayant à présent récolté la perspective des usagères, je pense qu'un futur projet de recherche sur la perspective des évaluatrices

pourrait me permettre de compléter ce portrait de l'EOTM, et de comprendre les difficultés avec lesquelles ces professionnelles doivent composer, et comment les adresser.

ANNEXE A
AFFICHES DE RECRUTEMENT

**PARTICIPANT.E.S
RECHERCHÉ.E.S**

pour une étude par et
pour la communauté trans

As-tu fais l'objet d'une **évaluation psychologique** pour
avoir accès à ta **chirurgie d'affirmation de genre** ou
ton **hormonothérapie** au Québec?

Partage ton expérience et tes opinions
sur cette pratique dans un **entretien**
Zoom d'environ 1h30

**COMPENSATION
DE 40\$**

Critères de selection:

- Tu avais au moins 18 ans lors de ton évaluation
- Ton évaluation à eu lieu au Québec
- Tu es à l'aise de t'exprimer en français

INTÉRESSÉ.E? CONTACTE:
Wolfgang.Kayitalire
Étudiant à la maîtrise en travail social
wolfgangkayitalire@gmail.com

UQAM | Université du Québec
à Montréal

PARTICIPANT.ES RACISÉ.ES RECHERCHÉ.ES



pour une étude par et
pour la communauté trans

As-tu fais l'objet d'une **évaluation psychologique** pour avoir accès à ta **chirurgie d'affirmation de genre** ou ton **hormonothérapie** au Québec?

COMPENSATION
70\$

Critères de selection:

- Tu avais au moins 18 ans lors de ton évaluation
- Ton évaluation à eu lieu au Québec dans les 10 dernières années
- Tu t'identifie comme une personne racisée

Partage ton experience et tes opinions sur cette pratique dans un **entretien d'environ 1h30 sur Zoom our en personne**

INTÉRESSÉ.E? CONTACTE:

Wolfgang Kayitalire
Étudiant à la maîtrise en travail social
kayitalire.wolfgang@courrier.uqam.ca



UQAM | Université du Québec
à Montréal

Trajectoires, diversité, substances
Chaire de recherche du Canada TRADIS

SEEKING RACIALIZED PARTICIPANTS



for study by and for the trans community

Have you gotten a **letter of recommendation** from a mental health professional **to get access to hormones or surgery?**

**40\$
COMPENSATION**

Share your experience and your opinions in an interview (over Zoom or in person!)

Participation criteria:

- You were a legal adult when you met with the professional
- Your evaluation took place in Québec in the last 10 years
- You identify as a racialized person



INTERESTED? CONTACT:

Wolfgang Kayitalire
Graduate Student in Social Work
kayitalire.wolfgang@courrier.uqam.ca

UQÀM | Université du Québec
à Montréal

Trajectoires, diversité, substances
Chaire de recherche du Canada TRADIS

ANNEXE B
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

L'évaluation psychologique obligatoire pour transition médicale : le point de vue des usager.ère-s

Étudiant-chercheur

Wolfgang Kayitalire, Maîtrise en travail social

wolfgangkayitalire@gmail.com

Direction de recherche

Jorge Flores-Aranda, Professeur à l'École de Travail Social, titulaire de la Chaire de recherche du Canada TRADIS

(514) 987-3000 poste 4991

flores-aranda.jorge@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique un entretien individuel en français d'environ 1h30. Cet entretien peut avoir lieu en personne à l'UQÀM ou à distance sur Zoom. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet de recherche vise à comprendre les vécus des individus ayant fait l'objet d'une évaluation psychologique obligatoire afin de pouvoir accéder à des soins médicaux d'affirmation de genre (comme l'hormonothérapie ou la chirurgie) au Québec, dans les 10 dernières années.

La question de recherche est la suivante : Comment les personnes trans confrontées à cette évaluation la vivent-elle? Les objectifs de recherche sont de comprendre et documenter le vécu des personnes trans concernant cette évaluation ainsi que de formuler des recommandations pour les professionnel.le.s qui se basent sur ces vécus et préoccupations.

Nature et durée de votre participation

La participation à cette étude implique d'être présent à un entretien un à un avec le chercheur Wolfgang Kayitalire. Cet entretien aura lieu en visioconférence sur le logiciel Zoom ou dans une salle de l'UQAM et sera d'une durée d'environ une heure et demie. Le chercheur posera des questions au participant sur son expérience personnelle de l'évaluation psychologique obligatoire, et sur ses opinions sur la pratique de l'évaluation en général. La discussion fera l'objet d'un enregistrement audio qui servira à transcrire tout l'échange par écrit, et sera ensuite supprimé.

Avantages liés à la participation

Les participant.e.s recevront une compensation de 40\$, et contribueront à l'amélioration d'une pratique qui touche la communauté transgenre.

Risques liés à la participation

La participation à cette étude implique une discussion en profondeur sur l'évaluation psychologique qu'a vécu le.a participant.e.s. Ceci pourrait présenter un risque émotionnel pour le.a participant.e.s si leur expérience a été négative. Afin de mitiger ce risque, le chercheur offrira un temps de debriefage après l'entretien qui ne sera pas enregistré et aura pour but d'aider le.a participant.e à composer avec ses émotions difficiles. Le chercheur sera également équipé d'une liste de ressources de soutien et sera en mesure d'accompagner les participant.e.s vers ces ressources au besoin.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que des chercheurs et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls les chercheurs auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés dans un

logiciel infonuagique sécurisé de l'UQAM. L'ensemble des documents sera détruit 5 ans après la dernière communication scientifique.

Dans le cas d'une urgence médicale, le chercheur contactera le 911. Les participant.e.s sur Zoom seront alors demandés au début de l'entretien d'offrir leur numéro de téléphone au chercheur afin que les services d'urgence puissent les géolocaliser à travers ce numéro si une urgence à lieux. Ce numéro de téléphone sera effacé 24h après la fin de l'entretien et ne sera jamais partagé ou utilisé pour autre chose qu'une situation d'urgence lors de l'entretien.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Les participant.e.s recevront une compensation de 40\$, par e-transfer ou par carte cadeau.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet: Jorge Flores-Aranda,(514) 987-3000 poste 4991

flores-aranda.jorge@uqam.ca ; Wolfgang Kayitalire, wolfgangkayitalire@gmail.com

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : cerpe.fsh@uqam.ca

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement du participant.e

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J' accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

[CONSENTEMENT ORAL OU SIGNATURE]

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

[ENGAGEMENT ORAL OU SIGNATURE]

INFORMATION AND CONSENT FORM

Research project title

Mandatory psychological evaluations for medical transition: the perspective of service users

Student-Researcher

Wolfgang Kayitalire, Masters in Social Work

kayitalire.wolfgang@courrier.uqam.ca

Research director

Jorge Flores-Aranda, Professor at the UQÀM School of Social Work, research chair at TRADIS Canada
(514) 987-3000 poste 4991

flores-aranda.jorge@uqam.ca

Preamble

Participation in this research implies an interview in English or French that lasts approximately 1h30. This interview can take place in person at UQÀM or over Zoom. Before accepting to participate in this research, please take the time to understand and consider the following information. This information and consent form explains the goal of the research, its procedures, the advantages and risks of participation, as well the people that can be contacted if need be. This form might contain words or phrases you do not understand. Don't hesitate to ask all the questions that would be useful to you.

Description of the project and its objectives

This research project aims to understand the experiences of individuals that have undergone mandatory psychological evaluations in order to access medical transition care (like hormonal therapy or surgery) in Québec, in the last 10 years.

The research question is as follows: How do the trans people faced with this evaluation experience and perceive it? The research objectives are understanding and documenting these experiences and perspectives, and formulating recommendations for the professionals that will be conducting these evaluations.

Nature and length of participation

Participation in this study takes the form of a one-on-one interview with the student-researcher Wolfgang Kayitalire. This interview can take place in person at UQÀM or over Zoom and can last anywhere from 45 mins to 2 hours, with the average being 1h30. The researcher will ask the participant questions about their personal experience with mandatory psychological evaluations, as well as their

opinion on the practice in general. If the interview takes place in person, the conversation will be recorded as an audio file. If the conversation takes place over Zoom, the audio and video will be recorded, as Zoom does not allow the recording of audio exclusively. Immediately after the interview the video file will be deleted, and only the audio file will remain. All audio files will then be transcribed by the researcher, and then be deleted.

Advantages (or perks) of participation

The participant will receive 40\$ for their time, and will contribute to the betterment of a practice that affects the trans community.

Risks of participation

Participation in this study involves an in-depth discussion of the evaluation(s) that the participant has undergone. This could present an emotional risk for the participant if their experience has been negative. In order to mitigate this risk, the researcher is ready to offer active listening services after the interview that will not be recorded, with the only goal of helping the participant to cope with difficult emotions. The researchers will also be equipped with relevant mental health resources et will be able to help the participant navigate them if need be.

Confidentiality

Your personal information will only be known by the researcher and will not be included in any publication. The transcribed interviews will be numbered and only the researcher will have access to the list of participants and their assigned number. The recordings will be destroyed as soon as the transcriptions are written, and all research documents (such as the transcriptions) will be stored in UQÀM's secure cloud-based software. All documents will be destroyed 5 years after the last publication.

Indemnity

The participants will receive 40\$ for their time, either by interac e-transfer or a gift card.

Voluntary participation and retreat

Your participation is entirely free and voluntary. You can refuse to participate or retract your consent to participate at any time without justifying your decision and without losing your 40\$ indemnity. You can also refuse to answer specific questions while choosing to continue on with the rest of the interview. If you want to end your participation simply inform the researcher of this, and all your data to be deleted.

Questions?

For any additional questions on this project of your participation, you can contact Jorge Flores-Aranda, (514) 987-3000 post 499, flores-aranda.jorge@uqam.ca or Wolfgang Kayitalire, kayitalire.wolfgang@courrier.uqam.ca

The Committee on the ethics of student research with human subjects (CERPE) has approved the present research. For information concerning the ethical responsibilities of the research team ou to file a

complaint, you can contact the CERPE at cerpe.fsh@uqam.ca

Participant’s consent

I declare that I have read and understood the present project, the nature and dearth of my participation, as well as the risks and inconveniences that I would expose myself to as outlined in the present document. I have had the opportunity to ask questions on the differents aspects of the study and have received answers to my satisfaction.

I voluntarily accept to participate in this study. I can leave at any time without any prejudice. I certify that I have been given enough time to make my decision

[ORAL CONSENT OR SIGNATURE]

Researcher’s promise

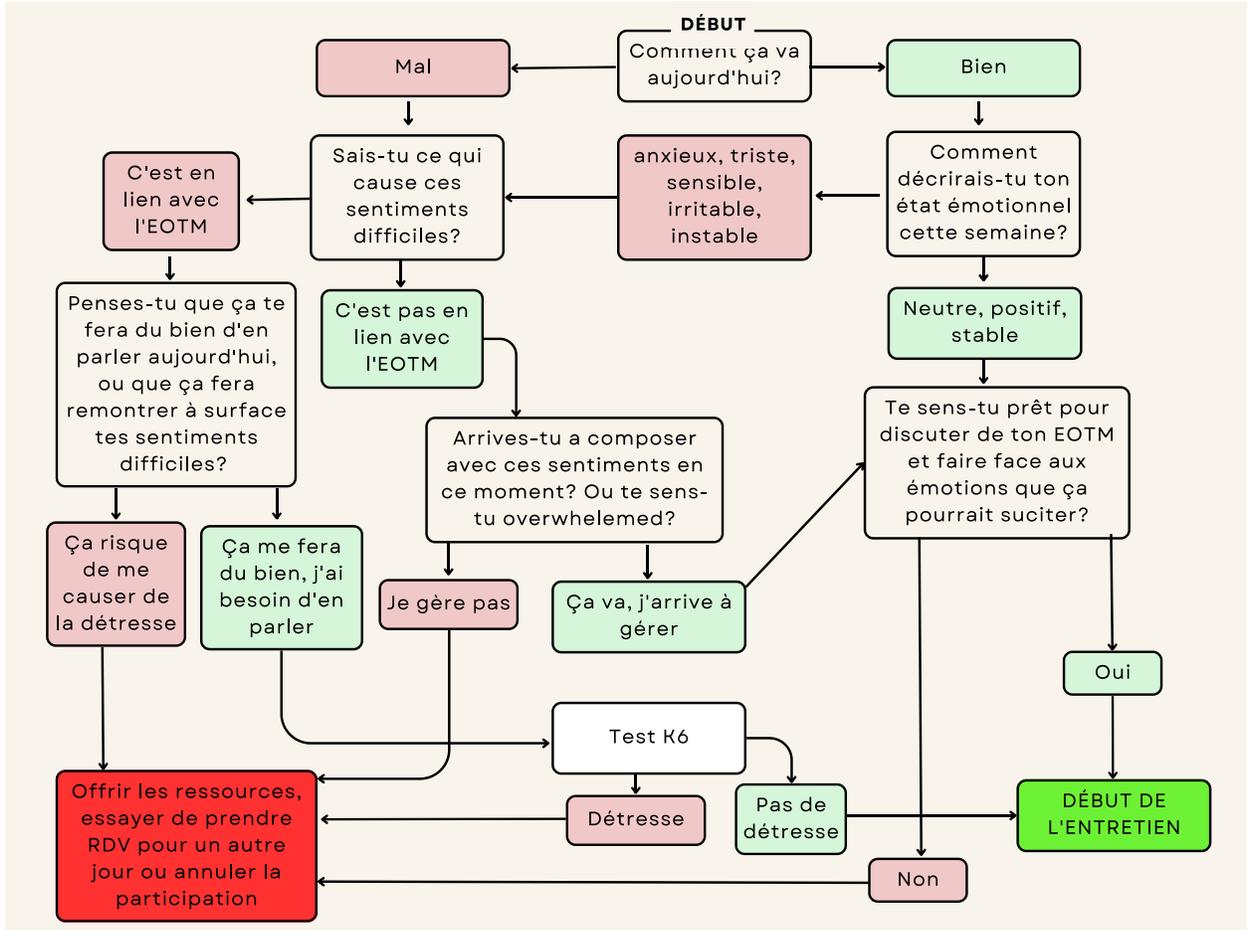
I certify that

- (a) I have explained to the participant the terms of the present document
- (b) I have answered to the questions that have been asked
- (c) I have clearly indicated to them to they may at any time end their participation in the present research

[ORAL CONSENT OR SIGNATURE]

ANNEXE C

ORGANIGRAMME : ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ À PARTICIPER



ANNEXE D

GUIDE D'ENTRETIEN

ACCUEIL ET INTRODUCTION

1. Accueillir le participant, le remercier pour sa participation
2. Utilisation de l'organigramme (Annexe 2)
3. Introduire le chercheur (nom, pronoms et identité de genre, contexte de la maîtrise, expérience professionnelle en recherche et en écoute active)
4. Demander aux participant s' il a des besoins d'accès dans le contexte de cet entretien (éteindre sa caméra, prendre des pauses, écrire dans le chat plutôt que de parler à voix haute, terminer d'ici une certaine heure, quoi qu'il en soit que je sois en mesure d'accommoder)
5. Partager et parcourir le formulaire de consentement, expliquer son contenu, offrir un moment de lecture silencieuse du document, demander si le participant à des questions, obtenir le consentement oral ou écrit dans le chat
6. Expliquer la structure de l'entretien: on débute avec des questions préliminaires à réponses courtes, puis on entrera en période de discussion; je te demanderais de me raconter ton/tes expériences et d'inclure tous les détails que tu trouves pertinents, et je te poserais des questions additionnelles ici et là. Pour terminer, je te poserais des questions sur la pratique de l'évaluation en général, dont certaines questions hypothétiques

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

1. Quels pronoms utilises-tu et quels accords utilises-tu? (masculins, féminin?)
2. Quelle est ton identité de genre?
3. Quel est ton orientation sexuelle?
4. T'identifies-tu comme une personne racisée?
5. T'identifies-tu comme une personne immigrante?
6. T'identifies-tu comme une personne autochtone?
7. Habites-tu en ville ou en région?
8. Quel est ton âge?

QUESTION LARGE ET NARRATIVE: Raconte-moi ton ou tes expériences avec la pratique de l'évaluation psychologique obligatoire pour transition médicale

QUESTIONS DE REBONDISSEMENT ET D'APPROFONDISSEMENT: les questions suivantes seront posées au besoin

- Combien d'EOTM as-tu vécus? Pour quelle(s) procédure(s) médicale(s) d'affirmation de genre? (si le participant à vécus plusieurs EOTM, on procède thème par thème, donc on pose toutes les questions du thème 1 sur la première EOTM, puis on recommence les questions du thème 1 avec le deuxième, et troisième s'il-y-a lieu. Le thème 4 ne sera explorer qu'une fois par participant)
- Quel âge avais-tu lors de ta/tes EOTM? En quelle année était-ce?
- En combien de session l'EOTM a été faite?
- Est-ce qu'elles ont eu lieu en personne ou par visioconférence?
- Qui était la personne évaluatrice?
- Est-ce que cet évaluateur travaille en pratique privée payante? Ou dans le secteur public? Ou dans un organisme qui offre des services gratuits?

En amont de l'EOTM

- Comment est-ce que tu décrivais le processus pour obtenir un RDV avec l'évaluateur? (facile, rapide, compliqué, long?)
- En combien de temps as-tu eu accès à ton RDV?
Ton attente a-t-elle impliquée une liste d'attente?
Si oui, combien de temps étais-tu sur cette liste?
- En combien de temps as-tu eu accès à l'évaluation après la prise du RDV?
- A quoi t'attendais-tu avant ton EOTM? (Avais-tu certaines peurs, certains espoirs par rapport au RDV?)
- Comment vivais-tu la période d'attente entre la prise du rendez-vous et l'évaluation?

Détails de l'EOTM

- Comment est-ce que le PSM a conduit l'évaluation?
- Avait-il une liste de questions précises, structurées? Était-ce plutôt une conversation décontractée?
- Quels sont les grands thèmes de ta discussion avec le PSM? Quels sujets ont été abordés?
- Te souviens-tu de certaines questions auxquelles tu as dû répondre?
- Comment ont été abordés le sujet de ta santé mentale? De ton identité de genre? De ta sexualité? De ton soutien de filet social?
- Est-ce que tu avais des questions pour l'évaluateur? Les réponses que tu as reçues étaient-elles satisfaisantes?
- Est-ce que tes deux / trois EOTM étaient très différentes l'une de l'autre, ou est-ce qu'elles se ressemblaient?
- À la fin de l'EOTM, est-ce que le PSM a consenti de signer ta lettre de recommandation?

Vécu subjectif durant l'EOTM

- Si ton PSM a consenti à signer ta lettre
Quand est-ce qu'il a annoncé ce fait?
Comment te sentais-tu en apprenant ce fait?
- Si ton PSM n'a PAS consenti à signer ta lettre
Comment te sentais-tu en apprenant que tu n'allais pas recevoir de recommandation?
Est-ce que le PSM a expliqué pourquoi il a fait ce choix? Quelles raisons a-t-il donné?
Face à ce choix de l'évaluateur, comment te sentais-tu face à ton propre choix de faire une transition? (ébranlée? affirmé? pas changé?)
Parle-moi des démarches que tu as prises après cette évaluation. (As-tu essayé de trouver un évaluateur pour retenter ta chance? As-tu arrêté de poursuivre une transition médicale?)
- Comment décrirais-tu l'utilité pour toi de ton EOTM?
- Est-ce que tu peux décrire les émotions que tu vivais lors de ton EOTM?
Lors de son commencement?
Durant l'entretien?
À sa fin?
As-tu exprimé ces émotions au PSM? Comment a-t-il réagi?
- Au moment de ton évaluation, comment décrirais-tu ta certitude face à ton choix de commencer ton hormonothérapie / ta chirurgie?
- As-tu posé tes questions et exprimé tes émotions à ton PSM?
Si oui, comment a-t-il réagi? A-t-il pu répondre à tes questions? Te sentais-tu soutenu dans tes émotions difficiles?
Si non, pourquoi?

- Y'a-t-il des questions / commentaires / propos que tu aurais aimé entendre de la part de ton PSM que n'ont pas été nommés?
- Y'a-t-il des questions / commentaires / propos que tu aurais préféré ne pas entendre de la part de ton PSM qui ont été nommés?
- Est-ce que ton vécu de l'EOTM correspondait à tes attentes / appréhensions? Y'a-t-il quelque chose qui t'as surpris?
- Te sentais-tu à l'aise de t'exprimer librement et honnêtement? Te sentais-tu à l'aise d'être toi-même?

Si oui, est-ce qu'il y a quelque chose en particulier que ton PSM a dit / fait qui t'as mis à l'aise?

Si non, est-ce qu'il y a quelque chose en particulier que ton PSM a dit / fait qui t'as mis mal à l'aise?

Perspective théorique sur l'EOTM

- Selon toi, quel est le but, la fonction de l'EOTM?
- Comment décrirais-tu la pertinence de cette pratique aujourd'hui?
- À ton avis, quel genre de professionnel serait le mieux placé pour réaliser ces évaluations?
- Est-ce que ça aurait changé quelque chose pour toi si tu savais que ton PSM était un membre de la communauté trans? Si tu savais que ton PSM était un membre de la communauté LGBTQIA+? Si tu savais que ton PSM était un membre de ta communauté culturelle / ethnique?
- Quelles recommandations donnerais-tu aux PSM qui font ce genre d'évaluation?
- Penses-tu que cette pratique devrait être plus standardisée, ou laissée à la discrétion de chaque PSM?
- Que penses-tu des docteurs et des cliniques qui prescrivent de l'hormonothérapie sans avoir recours à l'EOTM?
- Que penserais-tu d'une clinique médicale d'affirmation de genre qui demande à leurs patients de consulter un PSM, mais ne demande pas de lettre de recommandation?
- Que penserais-tu d'une clinique médicale d'affirmation de genre qui offrirait de l'accès à la chirurgie sans consultation de PSM et sans lettre d'approbation?
- As-tu entendu parler des changements récents (février 2023) aux protocoles de la clinique de chirurgie GRS? Qu'en penses-tu?

CONCLUSION

1. Annoncer la fin des questions
2. Éteindre l'enregistrement
3. Check-in avec le participant et offre de liste de lignes d'écoute
4. Debriefage et écoute active, s'il-y-a lieu

ANNEXE E

PLAN D'ACTION : IDÉATION SUICIDAIRE

Si un participant mentionne de l'idéation suicidaire:

Évaluation de l'urgence suicidaire:

- La durée/fréquence des idées suicidaires : Est-ce que vous y pensez souvent ?
- L'intention : Avez-vous l'intention de passer à l'acte ?
- La planification suicidaire : Avez-vous pensé à un plan ? Si oui, comment, où, quand ?
- Le contrôle des idées : Vous sentez-vous capable de maîtriser vos actions ?
- La tension émotionnelle et l'anxiété : Vous sentez-vous tendu, énervé, anxieux ?
- La capacité à accepter de l'aide : Comment peut-on vous aider ?

Vérification des éléments de dangerosité :

- La létalité du moyen : Jusqu'à quel point croyez-vous que votre plan soit efficace ?
- L'accès au moyen : Avez-vous facilement accès au moyen envisagé

Niveaux de risque → Paramètres à considérer ∇		Absent	Faible	Modéré	Élevé
Urgence suicidaire	Idées suicidaires	Aucune	1 fois par semaine ou moins	2 à 5 fois par semaine	Tous les jours ou presque, ou plusieurs fois par jours
	Durée des idées	Aucune	Brièvement, moins d'une heure	1 à 8 heures	Plus de 8 heures ou continuellement
	Intention suicidaire	Aucune intention d'agir	Souhaite parfois mourir sans intention d'agir	Souhaite souvent mourir avec une certaine intention d'agir	Déterminé à mourir et à agir
	Planification	N'a aucun plan	Pense à un moyen, un lieu ou un moment sans intention de passer à l'acte	A choisi un moyen, un lieu. Moment au-delà de 24h ou imprévisible. Préparatifs	Plan complet et imminent (d'ici 24h)
	Contrôle des idées	Capable de maîtriser ses pensées/idées	Peu ou certaines difficultés à maîtriser ses pensées/ idées	Beaucoup de difficulté à maîtriser ses pensées/ idées	Incapable de maîtriser ses pensées/idées Hallucinations mandatoires
	Tension émotionnelle	Est/Se sent détendu	Est/Se sent un peu ou parfois tendu	Est/Se sent souvent tendu, déplaisant mais supportable	Est/Se sent toujours tendu, insupportable
	Capacité à accepter de l'aide	Agit de façon à recevoir de l'aide	Légère réticence à recevoir de l'aide, distant	Réticence modérée, garde de l'information	Refuse l'aide, mutisme
Dangerosité	Létalité du moyen	Sans objet	Peu probable d'entraîner des blessures	Probabilité d'entraîner des blessures majeures	Probabilité élevée d'entraîner la mort
	Accès au moyen	Aucun	Difficile	Envisageable, réalisable	Direct, à portée de main

- Si le participant présente un risque élevé → fin de l'entretien, appeler le 911, rester avec le participant jusqu'à arriver des secours
- Si le participant présente un risque modéré → fin de l'entretien, le mettre en contact avec des services de crise en présentiel, offrir de rester avec le participant jusqu'à qu'il se rende aux services

- Si le participant présente un risque faible → fin de l'entretien, période de débriefage, co-construction d'un plan d'auto-soin pour le reste de la journée et offre de ressources ainsi qu'un accompagnement vers ces ressources au besoin
- Si le participant ne présente pas de risque ni de détresse → continuer l'entretien

Source : <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/evaluation/>

Liste de ressources :

Virtuelles :

- Ligne d'Écoute et d'Intervention 24h de l'Aide aux Trans du Québec
Appels : 1 855 909-9038 #1
- Suicide.ca / Suicide Action Montréal
Appels : 1 866 277 3553
Textos : 535353
Clavardage : en ligne à www.suicide.ca
- Interligne (spécialisation LGBTQ+)
Appels : 514 866-0103 (Montréal) ou 1 888 505-1010
Texto : 1 888 505-1010
Clavardage : en ligne à www.interligne.ca/fr
- La Ligne d'Écoute d'Espoir pour le Mieux-Être (spécialisation autochtone)
Appels : 1-855-242-3310
Clavardage : en ligne à www.espoirpourlemieuxetre.ca

Options en présentiel :

- Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent :
Appels : 1-866-277-5337
Possibilité d'intervention mobile (en personne) :
<https://www.centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/>
- CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC
Appels : 418-688-4240
Possibilité d'intervention mobile (en personne) :
<http://centredecrise.com/nos-services/#equipemobile>
- Besoin d'aide 24/7 (Abitibi-Témiscamingue)
Intervention de crise avec possibilité de suivi à moyen terme
Appels : 1-866-277-3553
<https://besoinaide.ca/>
- Contact Richelieu-Yamaska (St-Hyacinthe)
Possibilité d'un suivi en face à face
1 844 774-6952
<https://www.contactry.qc.ca/>

- Centre d'intervention de crise Tracom (Montréal Centre-Ouest)
Intervention mobile (en personne) et suivi de crise
514-483-3033
<http://www.tracom.ca/>
- West Island Crisis Centre (Montreal)
Intervention de crise dans la communauté
514-684-6160
<http://www.centredecriseoi.com/>
- Centre d'aide 24/7 (la région de l'Outaouais)
Intervention en face à face et suivi de crise court terme
1-866-277-3553
<https://centredaide247.com/jai-besoin-daide>

BIBLIOGRAPHIE

- A propos des principes – Yogyakartaprinciples.org. (s. d.). <http://yogyakartapinciples.org/principles-fr/about/>
- Aide aux Trans du Québec. S’outiller pour mieux intervenir avec les personnes trans, non-binaires ou en questionnement de leur identité de genre. <https://atq1980.org/wp-content/uploads/2021/01/ATQ-guide-general-FINAL-web.pdf> 2021.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Pierre Bouman, W., Witcomb, G. L. et Arcelus, J. (2021). Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1808-1816. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. (3rd ed., rev). American psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (Fifth edition). American Psychiatric Association. [1 online resource (xlv, 947 pages)]. <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Ansara, Y. G. et Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Appel – Contre le comité de « sages ». (2024, 19 avril). <https://pas-sages.info/appe/>
- Ashley, F. (2019). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Bailey, M. (2021). *Misogynoir Transformed: Black Women’s Digital Resistance*. *Misogynoir Transformed*. New York University Press. <https://doi.org/10.18574/9781479803392>
- Baleige, D. A., Guernut, M. P. student et Moreau, E. M. S. A. (2022). Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(11 Supplement 4), S127. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.10.117>
- Baril, A. (2013). *La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l’intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité* [Thesis, Université d’Ottawa / University of Ottawa]. <https://doi.org/10.20381/ruor-3371>
- Barker, M.-J. et Scheele, J. (2016). *Queer: a graphic history*. Icon Books Ltd. [1 online resource (175 pages) : illustrations]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1475702>
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M. et Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice / La suicidabilité parmi les personnes trans en

- Ontario : Implications en travail social et en justice sociale. *Service social*, 59(1), 35-62.
<https://doi.org/10.7202/1017478ar>
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. et Perez, C. B. (1995). Principles of Biomedical Ethics, 4th Edition. *Psychosomatics*, 36(3), 312.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Block, S. R. et Fisher, W. P. (1979). Problems in the evaluation of persons who request sex-change surgery. *Clinical Social Work Journal*, 7(2), 115-122. <https://doi.org/10.1007/BF00760473>
- Bockting, W. O., Knudson, G. et Goldberg, J. M. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_03
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A. et Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277-294. <https://doi.org/10.1080/00926230490422467>
- Bolin, A. E. (1983). *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage* [Ph.D.]. <https://www.proquest.com/docview/303135178/abstract/72CB973368E24D3FPQ/1>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*. <https://www.routledge.com/Gender-Outlaw-On-Men-Women-and-the-Rest-of-Us/Bornstein/p/book/9780415908979>
- Bosom, M., Medico-Vergriete, D. et Courtois, F. J. (2020). *De nouveaux savoirs experts: les vidéoblogues sur l'hormonothérapie des hommes trans et personnes non binaires* [Université du Québec à Montréal]. <http://www.archipel.uqam.ca/15927/>
- Boswell, H. (1991). The Transgender Alternative. *Transgender Tapestry*, 98.
- Bourcier, S. (2017). *Homo inc.orporated: le triangle et la licorne qui pète*. Cambourakis.
- Brozynski, M., Oleru, O., Seyidova, N., Rew, C., Nathaniel, S. et Taub, P. J. (2024). Litigation in gender affirming surgery: Reviewing five decades of the medical malpractice landscape. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 93, 190-192. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.04.036>
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. et Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477>

- Cannoot, P. (2019). '#WontBeErased': The effects of (de)pathologisation and (de)medicalisation on the legal capacity of trans* persons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101478. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101478>
- Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R. et Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R. et Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Centre de recherche communautaire. (2024). *Soins d'affirmation de genre au Canada, par province et territoire*. Centre de recherche communautaire. https://fr.cbrc.net/soins_d_affirmation_de_genre_au_canada_par_province_et_territoire
- Centre for Gender Advocacy. TRANS - Navigating HRT Access in Quebec. https://docs.google.com/document/d/1AT2XuTLWUTy-xxwet_cdVNqAGuuZGgV-6isg-xNLbnQ/edit?usp=sharing&usp=embed_facebook 2018.
- Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec. (2021, 28 janvier). 500-17-082257-141 (Superior Court). <https://canlii.ca/t/jctxb>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colizzi, M., Costa, R. et Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Collier, M. et Meghan, D. (2019). The production of trans illegality: Cisnormativity in the U.S. immigration system. *Sociology Compass*. <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/soc4.12666>
- Collins, P. H. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought*. *Social Problems*, 33(6), s14-s32. <https://doi.org/10.2307/800672>
- Collins, P. H. (1993). Toward a New Vision: Race, Class, and Gender as Categories of Analysis and Connection. *Race, Sex & Class*, 1(1), 25-45.

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Currah, P., Green, J. et Stryker, S. (2008). The state of transgender rights in the United States of America. Retrieved from National Sexuality Resource Center website: http://nsrc.sfsu.edu/sites/default/files/Trans%20Rights%20in%20the%20USA_10APR08-Final_12-19-08-2.pdf.
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category Transgender. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(4), 60-80. <https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.60>
- Davis, A. (1944-. . .). (1981). *Women, race and class*. Random House.
- Denny, D. (2002). A Selective Bibliography of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 35-66. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_04
- Desrochers, C. (2018, novembre). *La recherche sur la vie des personnes trans : le point de vue de personnes concernées* [Mémoire accepté]. Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/12331/>
- Détresse psychologique* | INSPQ. (s. d.). Institut national de santé publique du Québec. Récupéré le 13 avril 2024 de <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/detresse-psychologique>
- Devor, H. (2002). Who Are “We”? Where Sexual Orientation Meets Gender Identity. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 5-21. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_02
- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S. et Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150-151. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
- Drescher, J. M. (2010). Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 109-122. <https://doi.org/10.1080/19359701003589637>
- Évaluation du risque suicidaire*. (s. d.). Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Récupéré le 13 avril 2024 de <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/evaluation/>
- Fleming, M., Steinman, C. et Bocknek, G. (1980). Methodological problems in assessing sex-reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior*, 9(5), 451-456. <https://doi.org/10.1007/BF02115944>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Gallimard.
- Frohard-Dourlent, H., Dobson, S., Clark, B. A., Doull, M. et Saewyc, E. M. (2017a). “I would have preferred more options”: accounting for non-binary youth in health research. *Nursing Inquiry*, 24(1), e12150. <https://doi.org/10.1111/nin.12150>

- Frohard-Dourlent, H., MacAulay, M. et Shannon, M. (2020). Experiences of surgery readiness assessments in British Columbia. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 147-162. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1742842>
- Frohard-Dourlent, H., Strayed, N. et Saewyc, E. "The agency to choose what's right for their body": Experiences with Gender-Affirming Surgery in British Columbia. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. 2017.
- Greer, A., Buxton, J. A., Pauly, B. et Bungay, V. (2021). Organizational support for frontline harm reduction and systems navigation work among workers with living and lived experience: qualitative findings from British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00507-2>
- GrS Montréal. Formulaire de recommandation. <https://www.grsmontreal.com/DATA/DOCUMENT/159.pdf> 2024.
- GrS Montréal | Chirurgie d'affirmation de genre | Les Chirurgies. (s. d.). GRS Montréal. Récupéré le 21 juin 2022 de <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies.html>
- Guba, E. (1981). ERIC/ECTJ Annual Review Paper: Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75-91.
- Hanisch, C. (1970). The Personal Is Political. *Notes from the Second Year: Women's Liberation*.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge?: thinking from women's lives*. Cornell University Press. [1 online resource (xii, 319 pages)]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1422906>
- Hennink, M. et Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hess, J., Neto, R. R., Panic, L., Rübber, H. et Senf, W. (2014). Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(47), 795-801. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0795>
- Heyer, W. (2019). Hormones, surgery, regret: I was a transgender woman for 8 years — time I can't get back. *USA TODAY*. <https://www.usatoday.com/story/opinion/voices/2019/02/11/transgender-debate-transitioning-sex-gender-column/1894076002/>
- ICI.Radio-Canada.ca, Z. P.-. (2023, 5 décembre). *Identité de genre : Québec présente son comité de sages*. Radio-Canada. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2032516/identite-genre-quebec-comite-sage>

- International Commission of Jurists. The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. <https://www.refworld.org/legal/resolution/icjurists/2017/en/122482> 10 novembre 2017.
- Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, 86(4), 465-491. <https://doi.org/10.1111/soin.12127>
- Johnson, K. L. (2012). Race is gendered: How covarying phenotypes and stereotypes bias sex categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 116. <https://doi.org/10.1037/a0025335>
- Kessler, S. J. et McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach* (p. xv, 233). University of Chicago Press.
- Knorr, N. J., Wolf, S. R. et Meyer, E. (1968). THE TRANSSEXUAL'S REQUEST FOR SURGERY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 147(5), 517-524.
- Knox, L. (2019). Media's « detransition » narrative is fueling misconceptions, trans advocates say. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/media-s-detransition-narrative-fueling-misconceptions-trans-advocates-say-n1102686>
- Kurdyla, V. (2022). Advocating for Transgender Immigrants in Detention Centers: Cisnormativity as a Tool for Racialized Social Control. *American Behavioral Scientist*, 00027642221083531. <https://doi.org/10.1177/00027642221083531>
- Lea, V. (2020). Scientific Racism. Dans Z. Casey (dir.), *Encyclopedia of Critical Whiteness Studies in Education* (p. 585-595). Brill. https://doi.org/10.1163/9789004444836_078
- Lennon, E. et Mistler, B. J. (2014). Cisgenderism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 63-64. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399623>
- Lev, A. I. (2006). Disorder of Gender Identity. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), 35-69. https://doi.org/10.1300/J056v17n03_03
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y. et Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G. et Lam, J. S. H. (2023). A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/sgd0000678>
- Mary, J. (2021). *The Word “Cisgender” Has Scientific Roots*. Office for Science and Society. <https://www.mcgill.ca/oss/article/history-general-science/word-cisgender-has-scientific-roots>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2023.
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. University of Chicago Press.
- Nicolazzo, Z. (2016). 'It's a hard line to walk': black non-binary trans* collegians' perspectives on passing, realness, and trans*-normativity. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(9), 1173-1188. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1201612>
- Ordre professionnel des sexologues du Québec. (s. d.). *Normes de compétences : Services aux personnes trans et de la diversité de genre*. OPSQ. Récupéré le 2 octobre 2024 de <https://www.opsq.org/fr/chroniques-deontologiques-details/normes-de-competences-services-aux-personnes-trans-et-de-la-diversite-de-genre>
- Person, E. et Ovesey, L. (1974). The Transsexual Syndrome in Males. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.4>
- Plesz, R. (2020). *Exister entre deux cases : l'expérience de l'identité de genre non-binaire*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23695>
- Prince, V. (1969). Men who choose to be women. *Transgender Archives, University of Victoria, BC, Canada. Rikki Swin Collection, Box, 21*.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Provencher, H., Harvey, D. et Lagueux, N. (2010). Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques...: l'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale. *Pratiques de formation. Université de Paris VIII, Service de la formation permanente*, 57, 153-174.
- Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Robinson, B. B., Whitman, J., Whittle, S. et Bockting, W. (2008). *WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.*
- Ross, M. W. (1986). Gender identity. Male, female or a third gender. Dans W. Walters et M. Ross (dir.), *Transsexualism and sex reassignment* (p. 1-8). Oxford University Press Melbourne.
- Salin, L. (2023, 6 décembre). Media representation of transgender people: warnings of detransitions - RLS Geneva. <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>, <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>

- Sarkisova, X. S. (2015). Resisting The Binary: The Role of the Social Worker in Affirmative Trans Health Care. Dans B. J. O'Neill, T. A. Swan et N. J. Mulé (dir.), *LGBTQ People and Social Work: Intersectional Perspectives* (p. 255). Canadian Scholars' Press.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec. <https://bac-lac.on.worldcat.org/oclc/11671275>
- Schulz, S. L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: a feminist sociology* ([Pbk. ed). Northeastern University Press.
- Starks, H. et Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Stone, S. (1987). The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. Dans *The Transgender Studies Reader Remix*. Routledge.
- Stowe, M.-J., Feher, O., Vas, B., Kayastha, S. et Greer, A. (2022). The challenges, opportunities and strategies of engaging young people who use drugs in harm reduction: insights from young people with lived and living experience. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00663-z>
- Suess, A., Karine, E. et Pau Crego, W. (2014). Depathologization. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 73-77. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399650>
- Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
- The Canadian Medical Protective Association. (s. d.). *Consent: A guide for Canadian physicians*. CMPA. Récupéré le 6 juin 2022 de <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians#disclosure>
- Theilen, J. T. (2014). Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law. *Human Rights Law Review*, 14(2), 327-342. <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngu010>
- TransEstrée et Conseil Québécois LGBT. (2024). Chirurgies d'affirmation du genre – Transitionner.info. <https://transitionner.info/chirurgies-daffirmation-du-genre/>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition entièrement revue et augmentée). Dunod. [383 pages : illustrations ; 24 cm].

- van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T. et Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical Satisfaction, Quality of Life, and Their Association After Gender-Affirming Surgery: A Follow-up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Villalobos, Stiegler, Frohard-Dourlent et Saewyc. A survey of experiences with surgery readiness assessment and gender- affirming surgery among trans people living in Ontario. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2018/04/SARAVYC_Ontario-Surgeries-Report-Care-Survey-V4-Final-WEB.pdf 2018.
- Vipond, E. (2015). *Resisting Transnormativity: challenging the medicalization and regulation of trans bodies*, 8(2), 21-44. <https://doi.org/10.3798/tia.1937-0237.15008>
- Warner, M. (1999a). Normal and Normaller: Beyond Gay Marriage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 5(2), 119-171. <https://doi.org/10.1215/10642684-5-2-119>
- Warner, M. (1999b). *The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life*. Free Press.
- White Hughto, J. M. et Reisner, S. L. (2016). A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White, M. E., Cartwright, A. D., Reyes, A. G., Morris, H., Lindo, N. A., Singh, A. A. et McKinzie Bennett, C. (2020). "A Whole Other Layer of Complexity": Black Transgender Men's Experiences. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(3), 248-267. <https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1790468>
- Winters, K. (2009). *Gender Madness in American Psychiatry: Essays from the Struggle for Dignity*. GID Reform Advocates.
- Worden, F. G. et Marsh, J. T. (1955). Psychological factors in men seeking sex transformation: A preliminary report. *Journal of the American Medical Association*, 157(15), 1292-1298.
- Aide aux Trans du Québec. S'outiller pour mieux intervenir avec les personnes trans, non-binaires ou en questionnement de leur identité de genre. <https://atq1980.org/wp-content/uploads/2021/01/ATQ-guide-general-FINAL-web.pdf> 2021.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Pierre Bouman, W., Witcomb, G. L. et Arcelus, J. (2021). Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1808-1816. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. (3rd ed., rev). American psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (Fifth edition). American Psychiatric Association. [1 online resource (xlv, 947 pages)].
<http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Ansara, Y. G. et Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Appel – Contre le comité de « sages ». (2024, 19 avril). <https://pas-sages.info/appe/>
- Ashley, F. (2019). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Bailey, M. (2021). *Misogynoir Transformed: Black Women's Digital Resistance*. *Misogynoir Transformed*. New York University Press. <https://doi.org/10.18574/9781479803392>
- Baleige, D. A., Guernut, M. P. student et Moreau, E. M. S. A. (2022). Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(11 Supplement 4), S127. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.10.117>
- Baril, A. (2013). *La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité* [Thesis, Université d'Ottawa / University of Ottawa]. <https://doi.org/10.20381/ruor-3371>
- Barker, M.-J. et Scheele, J. (2016). *Queer: a graphic history*. Icon Books Ltd. [1 online resource (175 pages) : illustrations].
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1475702>
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M. et Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice / La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : Implications en travail social et en justice sociale. *Service social*, 59(1), 35-62.
<https://doi.org/10.7202/1017478ar>
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. et Perez, C. B. (1995). Principles of Biomedical Ethics, 4th Edition. *Psychosomatics*, 36(3), 312.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International journal of Sexology*, 7, 12-14.
- Block, S. R. et Fisher, W. P. (1979). Problems in the evaluation of persons who request sex-change surgery. *Clinical Social Work Journal*, 7(2), 115-122. <https://doi.org/10.1007/BF00760473>
- Bockting, W. O., Knudson, G. et Goldberg, J. M. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82.
https://doi.org/10.1300/J485v09n03_03
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A. et Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277-294.
<https://doi.org/10.1080/00926230490422467>

- Bolin, A. E. (1983). *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage* [Ph.D.].
<https://www.proquest.com/docview/303135178/abstract/72CB973368E24D3FPQ/1>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*.
<https://www.routledge.com/Gender-Outlaw-On-Men-Women-and-the-Rest-of-Us/Bornstein/p/book/9780415908979>
- Bosom, M., Medico-Vergriete, D. et Courtois, F. J. (2020). *De nouveaux savoirs experts: les vidéoblogues sur l'hormonothérapie des hommes trans et personnes non binaires* [Université du Québec à Montréal]. <http://www.archipel.uqam.ca/15927/>
- Boswell, H. (1991). The Transgender Alternative. *Transgender Tapestry*, 98.
- Bourcier, S. (2017). *Homo incorporated: le triangle et la licorne qui pète*. Cambourakis.
- Brozynski, M., Oleru, O., Seyidova, N., Rew, C., Nathaniel, S. et Taub, P. J. (2024). Litigation in gender affirming surgery: Reviewing five decades of the medical malpractice landscape. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 93, 190-192.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.04.036>
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaró, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. et Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477>
- Cannoot, P. (2019). '#WontBeErased': The effects of (de)pathologisation and (de)medicalisation on the legal capacity of trans* persons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101478.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101478>
- Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R. et Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender Identity: The Human Right of Depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
- A propos des principes – Yogyakartaprinciples.org. (s. d.).
<http://yogyakartaprinciples.org/principles-fr/about/>
- Aide aux Trans du Québec. S'outiller pour mieux intervenir avec les personnes trans, non-binaires ou en questionnement de leur identité de genre. <https://atq1980.org/wp-content/uploads/2021/01/ATQ-guide-general-FINAL-web.pdf> 2021.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Pierre Bouman, W., Witcomb, G. L. et Arcelus, J. (2021). Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1808-1816. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R*. (3rd ed., rev). American psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (Fifth edition). American Psychiatric Association. [1 online resource (xliv, 947 pages)]. <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
- Ansara, Y. G. et Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3(2), 137-160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Appel – Contre le comité de « sages ». (2024, 19 avril). <https://pas-sages.info/appel/>
- Ashley, F. (2019). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Bailey, M. (2021). *Misogynoir Transformed: Black Women's Digital Resistance*. *Misogynoir Transformed*. New York University Press. <https://doi.org/10.18574/9781479803392>
- Baleige, D. A., Guernut, M. P. student et Moreau, E. M. S. A. (2022). Impact of gender transition on sexuality and diversity of practices: a qualitative analysis of reddit discussions. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(11 Supplement 4), S127. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.10.117>
- Baril, A. (2013). *La normativité corporelle sous le bistouri : (re)penser l'intersectionnalité et les solidarités entre les études féministes, trans et sur le handicap à travers la transsexualité et la transcapacité* [Thesis, Université d'Ottawa / University of Ottawa]. <https://doi.org/10.20381/ruor-3371>
- Barker, M.-J. et Scheele, J. (2016). *Queer: a graphic history*. Icon Books Ltd. [1 online resource (175 pages) : illustrations]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1475702>
- Bauer, G., Pyne, J., Francino, M. et Hammond, R. (2013). Suicidality among trans people in Ontario: Implications for social work and social justice / La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario : Implications en travail social et en justice sociale. *Service social*, 59(1), 35-62. <https://doi.org/10.7202/1017478ar>
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. et Perez, C. B. (1995). Principles of Biomedical Ethics, 4th Edition. *Psychosomatics*, 36(3), 312.
- Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. *International journal of Sexology*, 7, 12-14.

- Block, S. R. et Fisher, W. P. (1979). Problems in the evaluation of persons who request sex-change surgery. *Clinical Social Work Journal*, 7(2), 115-122.
<https://doi.org/10.1007/BF00760473>
- Bockting, W. O., Knudson, G. et Goldberg, J. M. (2006). Counseling and Mental Health Care for Transgender Adults and Loved Ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3-4), 35-82. https://doi.org/10.1300/J485v09n03_03
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A. et Scheltema, K. (2004). Patient Satisfaction with Transgender Health Services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 277-294.
<https://doi.org/10.1080/00926230490422467>
- Bolin, A. E. (1983). *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage* [Ph.D.].
<https://www.proquest.com/docview/303135178/abstract/72CB973368E24D3FPQ/1>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaw: On Men, Women and the Rest of Us*.
<https://www.routledge.com/Gender-Outlaw-On-Men-Women-and-the-Rest-of-Us/Bornstein/p/book/9780415908979>
- Bosom, M., Medico-Vergriete, D. et Courtois, F. J. (2020). *De nouveaux savoirs experts: les vidéoblogues sur l'hormonothérapie des hommes trans et personnes non binaires* [Université du Québec à Montréal]. <http://www.archipel.uqam.ca/15927/>
- Boswell, H. (1991). The Transgender Alternative. *Transgender Tapestry*, 98.
- Bourcier, S. (2017). *Homo incorporated: le triangle et la licorne qui pète*. Cambourakis.
- Brozynski, M., Oleru, O., Seyidova, N., Rew, C., Nathaniel, S. et Taub, P. J. (2024). Litigation in gender affirming surgery: Reviewing five decades of the medical malpractice landscape. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 93, 190-192.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2024.04.036>
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. et Manrique, O. J. (2021). Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477>
- Cannoot, P. (2019). '#WontBeErased': The effects of (de)pathologisation and (de)medicalisation on the legal capacity of trans* persons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101478. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101478>
- Castro-Peraza, M. E., García-Acosta, J. M., Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R. et Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Gender Identity: The

- Human Right of Depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R. et Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Centre de recherche communautaire. (2024). *Soins d'affirmation de genre au Canada, par province et territoire*. Centre de recherche communautaire. https://fr.cbrc.net/soins_d_affirmation_de_genre_au_canada_par_province_et_territoire
- Centre for Gender Advocacy. TRANS - Navigating HRT Access in Quebec. https://docs.google.com/document/d/1AT2XuTLWUTy-xxwet_cdVNqAGuuZGgV-6isg-xNLbnQ/edit?usp=sharing&usp=embed_facebook 2018.
- Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec*. (2021, 28 janvier). 500-17-082257-141 (Superior Court). <https://canlii.ca/t/jctxb>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colizzi, M., Costa, R. et Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Collier, M. et Mehgan, D. (2019). The production of trans illegality: Cisnormativity in the U.S. immigration system. *Sociology Compass*. <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/soc4.12666>
- Collins, P. H. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought*. *Social Problems*, 33(6), s14-s32. <https://doi.org/10.2307/800672>

- Collins, P. H. (1993). Toward a New Vision: Race, Class, and Gender as Categories of Analysis and Connection. *Race, Sex & Class*, 1(1), 25-45.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
<https://doi.org/10.2307/1229039>
- Currah, P., Green, J. et Stryker, S. (2008). The state of transgender rights in the United States of America. Retrieved from National Sexuality Resource Center website: [http://nsrc.sfsu.edu/sites/default/files/Trans% 20Rights% 20in% 20the% 20USA_10APR08-Final_12-19-08-2. pdf](http://nsrc.sfsu.edu/sites/default/files/Trans%20Rights%20in%20the%20USA_10APR08-Final_12-19-08-2.pdf).
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category Transgender. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(4), 60-80.
<https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.60>
- Davis, A. (1944-. . .). (1981). *Women, race and class*. Random House.
- Denny, D. (2002). A Selective Bibliography of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 35-66. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_04
- Desrochers, C. (2018, novembre). *La recherche sur la vie des personnes trans : le point de vue de personnes concernées* [Mémoire accepté]. Université du Québec à Montréal.
<https://archipel.uqam.ca/12331/>
- Détresse psychologique | INSPQ*. (s. d.). Institut national de santé publique du Québec. Récupéré le 13 avril 2024 de <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/detresse-psychologique>
- Devor, H. (2002). Who Are “We”? Where Sexual Orientation Meets Gender Identity. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 5-21. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_02
- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S. et Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150-151. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
- Drescher, J. M. (2010). Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 109-122. <https://doi.org/10.1080/19359701003589637>
- Évaluation du risque suicidaire*. (s. d.). Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Récupéré le 13 avril 2024 de <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/evaluation/>

- Fleming, M., Steinman, C. et Bocknek, G. (1980). Methodological problems in assessing sex-reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior*, 9(5), 451-456. <https://doi.org/10.1007/BF02115944>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Gallimard.
- Frohard-Dourlent, H., Dobson, S., Clark, B. A., Doull, M. et Saewyc, E. M. (2017a). "I would have preferred more options": accounting for non-binary youth in health research. *Nursing Inquiry*, 24(1), e12150. <https://doi.org/10.1111/nin.12150>
- Frohard-Dourlent, H., MacAulay, M. et Shannon, M. (2020). Experiences of surgery readiness assessments in British Columbia. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 147-162. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1742842>
- Frohard-Dourlent, H., Strayed, N. et Saewyc, E. "The agency to choose what's right for their body": Experiences with Gender-Affirming Surgery in British Columbia. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. 2017.
- Greer, A., Buxton, J. A., Pauly, B. et Bungay, V. (2021). Organizational support for frontline harm reduction and systems navigation work among workers with living and lived experience: qualitative findings from British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00507-2>
- GrS Montréal. Formulaire de recommandation. <https://www.grsmontreal.com/DATA/DOCUMENT/159.pdf> 2024.
- GrS Montréal | Chirurgie d'affirmation de genre | Les Chirurgies. (s. d.). GRS Montréal. Récupéré le 21 juin 2022 de <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies.html>
- Guba, E. (1981). ERIC/ECTJ Annual Review Paper: Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75-91.
- Hanisch, C. (1970). The Personal Is Political. *Notes from the Second Year: Women's Liberation*.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge?: thinking from women's lives*. Cornell University Press. [1 online resource (xii, 319 pages)]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1422906>

- Hennink, M. et Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Hess, J., Neto, R. R., Panic, L., Rübber, H. et Senf, W. (2014). Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(47), 795-801. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0795>
- Heyer, W. (2019). Hormones, surgery, regret: I was a transgender woman for 8 years — time I can't get back. *USA TODAY*. <https://www.usatoday.com/story/opinion/voices/2019/02/11/transgender-debate-transitioning-sex-gender-column/1894076002/>
- ICI.Radio-Canada.ca, Z. P.-. (2023, 5 décembre). *Identité de genre : Québec présente son comité de sages*. Radio-Canada. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2032516/identite-genre-quebec-comite-sage>
- International Commission of Jurists. The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. <https://www.refworld.org/legal/resolution/icjurists/2017/en/122482> 10 novembre 2017.
- Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, 86(4), 465-491. <https://doi.org/10.1111/soin.12127>
- Johnson, K. L. (2012). Race is gendered: How covarying phenotypes and stereotypes bias sex categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 116. <https://doi.org/10.1037/a0025335>
- Kessler, S. J. et McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach* (p. xv, 233). University of Chicago Press.
- Knorr, N. J., Wolf, S. R. et Meyer, E. (1968). THE TRANSSEXUAL'S REQUEST FOR SURGERY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 147(5), 517-524.
- Knox, L. (2019). Media's « detransition » narrative is fueling misconceptions, trans advocates say. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/media-s-detransition-narrative-fueling-misconceptions-trans-advocates-say-n1102686>
- Kurdyla, V. (2022). Advocating for Transgender Immigrants in Detention Centers: Cisnormativity as a Tool for Racialized Social Control. *American Behavioral Scientist*, 00027642221083531. <https://doi.org/10.1177/00027642221083531>

- Lea, V. (2020). Scientific Racism. Dans Z. Casey (dir.), *Encyclopedia of Critical Whiteness Studies in Education* (p. 585-595). Brill. https://doi.org/10.1163/9789004444836_078
- Lennon, E. et Mistler, B. J. (2014). Cisgenderism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 63-64. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399623>
- Lev, A. I. (2006). Disordering Gender Identity. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), 35-69. https://doi.org/10.1300/J056v17n03_03
- Mackinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y. et Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- Mackinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G. et Lam, J. S. H. (2023). A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/sgd0000678>
- Mary, J. (2021). *The Word “Cisgender” Has Scientific Roots*. Office for Science and Society. <https://www.mcgill.ca/oss/article/history-general-science/word-cisgender-has-scientific-roots>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2023.
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. University of Chicago Press.
- Nicolazzo, Z. (2016). ‘It’s a hard line to walk’: black non-binary trans* collegians’ perspectives on passing, realness, and trans*-normativity. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(9), 1173-1188. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1201612>
- Ordre professionnel des sexologues du Québec. (s. d.). *Normes de compétences : Services aux personnes trans et de la diversité de genre*. OPSQ. Récupéré le 2 octobre 2024 de <https://www.opsq.org/fr/chroniques-deontologiques-details/normes-de-competences-services-aux-personnes-trans-et-de-la-diversite-de-genre>
- Person, E. et Ovesey, L. (1974). The Transsexual Syndrome in Males. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.4>

- Plesz, R. (2020). *Exister entre deux cases : l'expérience de l'identité de genre non-binaire*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23695>
- Prince, V. (1969). Men who choose to be women. *Transgender Archives, University of Victoria, BC, Canada. Rikki Swin Collection, Box, 21*.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Provencher, H., Harvey, D. et Lagueux, N. (2010). Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques...: l'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale. *Pratiques de formation. Université de Paris VIII, Service de la formation permanente*, 57, 153-174.
- Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Robinson, B. B., Whitman, J., Whittle, S. et Bockting, W. (2008). *WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.*
- Ross, M. W. (1986). Gender identity. Male, female or a third gender. Dans W. Walters et M. Ross (dir.), *Transsexualism and sex reassignment* (p. 1-8). Oxford University Press Melbourne.
- Salin, L. (2023, 6 décembre). Media representation of transgender people: warnings of detransitions - RLS Geneva. <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>, <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>
- Sarkisova, X. S. (2015). Resisting The Binary: The Role of the Social Worker in Affirmative Trans Health Care. Dans B. J. O'Neill, T. A. Swan et N. J. Mulé (dir.), *LGBTQ People and Social Work: Intersectional Perspectives* (p. 255). Canadian Scholars' Press.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec. <https://bac-lac.on.worldcat.org/oclc/11671275>
- Schulz, S. L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: a feminist sociology* ([Pbk. ed]). Northeastern University Press.

- Starks, H. et Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Stone, S. (1987). The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. Dans *The Transgender Studies Reader Remix*. Routledge.
- Stowe, M.-J., Feher, O., Vas, B., Kayastha, S. et Greer, A. (2022). The challenges, opportunities and strategies of engaging young people who use drugs in harm reduction: insights from young people with lived and living experience. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00663-z>
- Suess, A., Karine, E. et Pau Crego, W. (2014). Depathologization. *Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 73-77. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399650>
- Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews*, 41(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>
- The Canadian Medical Protective Association. (s. d.). *Consent: A guide for Canadian physicians*. CMPA. Récupéré le 6 juin 2022 de <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians#disclosure>
- Theilen, J. T. (2014). Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law. *Human Rights Law Review*, 14(2), 327-342. <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngu010>
- TransEstrie et Conseil Québécois LGBT. (2024). Chirurgies d'affirmation du genre – Transitionner.info. <https://transitionner.info/chirurgies-daffirmation-du-genre/>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition entièrement revue et augmentée). Dunod. [383 pages : illustrations ; 24 cm].
- van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T. et Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical Satisfaction, Quality of Life, and Their Association After Gender-Affirming Surgery: A Follow-up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Villalobos, Stiegler, Frohard-Dourlent et Saewyc. A survey of experiences with surgery readiness assessment and gender-affirming surgery among trans people living in Ontario. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2018/04/SARAVYC_Ontario-Surgeries-Report-Care-Survey-V4-Final-WEB.pdf 2018.
- Vipond, E. (2015). *Resisting Transnormativity: challenging the medicalization and regulation of trans bodies*, 8(2), 21-44. <https://doi.org/10.3798/tia.1937-0237.15008>

- Warner, M. (1999a). Normal and Normaller: Beyond Gay Marriage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 5(2), 119-171. <https://doi.org/10.1215/10642684-5-2-119>
- Warner, M. (1999b). *The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life*. Free Press.
- White Hughto, J. M. et Reisner, S. L. (2016). A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White, M. E., Cartwright, A. D., Reyes, A. G., Morris, H., Lindo, N. A., Singh, A. A. et McKinzie Bennett, C. (2020). "A Whole Other Layer of Complexity": Black Transgender Men's Experiences. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(3), 248-267. <https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1790468>
- Winters, K. (2009). *Gender Madness in American Psychiatry: Essays from the Struggle for Dignity*. GID Reform Advocates.
- Worden, F. G. et Marsh, J. T. (1955). Psychological factors in men seeking sex transformation: A preliminary report. *Journal of the American Medical Association*, 157(15), 1292-1298.
- Centre de recherche communautaire. (2024). *Soins d'affirmation de genre au Canada, par province et territoire*. Centre de recherche communautaire. https://fr.cbrc.net/soins_d_affirmation_de_genre_au_canada_par_province_et_territoire
- Centre for Gender Advocacy. TRANS - Navigating HRT Access in Quebec. https://docs.google.com/document/d/1AT2XuTLWUTy-xxwet_cdVNqAGuuZGgV-6isg-xNLbnQ/edit?usp=sharing&usp=embed_facebook 2018.
- Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec. (2021, 28 janvier). 500-17-082257-141 (Superior Court). <https://canlii.ca/t/jctxb>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colizzi, M., Costa, R. et Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>

- Collier, M. et Mehgan, D. (2019). The production of trans illegality: Cisnormativity in the U.S. immigration system. *Sociology Compass*. <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/soc4.12666>
- Collins, P. H. (1986). Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought*. *Social Problems*, 33(6), s14-s32. <https://doi.org/10.2307/800672>
- Collins, P. H. (1993). Toward a New Vision: Race, Class, and Gender as Categories of Analysis and Connection. *Race, Sex & Class*, 1(1), 25-45.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Currah, P., Green, J. et Stryker, S. (2008). The state of transgender rights in the United States of America. Retrieved from National Sexuality Resource Center website: http://nsrc.sfsu.edu/sites/default/files/Trans%20Rights%20in%20the%20USA_10APR08-Final_12-19-08-2.pdf.
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category Transgender. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(4), 60-80. <https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.4.60>
- Davis, A. (1944-. . .). (1981). *Women, race and class*. Random House.
- Denny, D. (2002). A Selective Bibliography of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 35-66. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_04
- Desrochers, C. (2018, novembre). *La recherche sur la vie des personnes trans : le point de vue de personnes concernées* [Mémoire accepté]. Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/12331/>
- Détresse psychologique* | INSPQ. (s. d.). Institut national de santé publique du Québec. Récupéré le 13 avril 2024 de <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/detresse-psychologique>
- Devor, H. (2002). Who Are “We”? Where Sexual Orientation Meets Gender Identity. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 6(2), 5-21. https://doi.org/10.1300/J236v06n02_02
- Dolan, I. J., Strauss, P., Winter, S. et Lin, A. (2020). Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Medical Journal of Australia*, 212(4), 150-151. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
- Drescher, J. M. (2010). Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 109-122. <https://doi.org/10.1080/19359701003589637>
- Évaluation du risque suicidaire*. (s. d.). Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Récupéré le 13 avril 2024 de <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/evaluation/>

- Fleming, M., Steinman, C. et Bocknek, G. (1980). Methodological problems in assessing sex-reassignment surgery: A reply to Meyer and Reter. *Archives of Sexual Behavior*, 9(5), 451-456.
<https://doi.org/10.1007/BF02115944>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Gallimard.
- Frohard-Dourlent, H., Dobson, S., Clark, B. A., Doull, M. et Saewyc, E. M. (2017a). "I would have preferred more options": accounting for non-binary youth in health research. *Nursing Inquiry*, 24(1), e12150. <https://doi.org/10.1111/nin.12150>
- Frohard-Dourlent, H., MacAulay, M. et Shannon, M. (2020). Experiences of surgery readiness assessments in British Columbia. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 147-162.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1742842>
- Frohard-Dourlent, H., Strayed, N. et Saewyc, E. "The agency to choose what's right for their body": Experiences with Gender-Affirming Surgery in British Columbia. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. 2017.
- Greer, A., Buxton, J. A., Pauly, B. et Bungay, V. (2021). Organizational support for frontline harm reduction and systems navigation work among workers with living and lived experience: qualitative findings from British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 60.
<https://doi.org/10.1186/s12954-021-00507-2>
- GrS Montréal. Formulaire de recommandation.
<https://www.grsmontreal.com/DATA/DOCUMENT/159.pdf> 2024.
- GrS Montréal | Chirurgie d'affirmation de genre | Les Chirurgies. (s. d.). GRS Montréal. Récupéré le 21 juin 2022 de <https://www.grsmontreal.com/fr/chirurgies.html>
- Guba, E. (1981). ERIC/ECTJ Annual Review Paper: Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75-91.
- Hanisch, C. (1970). The Personal Is Political. *Notes from the Second Year: Women's Liberation*.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge?: thinking from women's lives*. Cornell University Press. [1 online resource (xii, 319 pages)].
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1422906>
- Hennink, M. et Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>

- Hess, J., Neto, R. R., Panic, L., Rübben, H. et Senf, W. (2014). Satisfaction With Male-to-Female Gender Reassignment Surgery. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(47), 795-801.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0795>
- Heyer, W. (2019). Hormones, surgery, regret: I was a transgender woman for 8 years — time I can't get back. *USA TODAY*. <https://www.usatoday.com/story/opinion/voices/2019/02/11/transgender-debate-transitioning-sex-gender-column/1894076002/>
- ICI.Radio-Canada.ca, Z. P.-. (2023, 5 décembre). *Identité de genre : Québec présente son comité de sages*. Radio-Canada. Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2032516/identite-genre-quebec-comite-sage>
- International Commission of Jurists. The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles. <https://www.refworld.org/legal/resolution/icjurists/2017/en/122482> 10 novembre 2017.
- Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, 86(4), 465-491.
<https://doi.org/10.1111/soin.12127>
- Johnson, K. L. (2012). Race is gendered: How covarying phenotypes and stereotypes bias sex categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 116.
<https://doi.org/10.1037/a0025335>
- Kessler, S. J. et McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach* (p. xv, 233). University of Chicago Press.
- Knorr, N. J., Wolf, S. R. et Meyer, E. (1968). THE TRANSSEXUAL'S REQUEST FOR SURGERY. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 147(5), 517-524.
- Knox, L. (2019). Media's « detransition » narrative is fueling misconceptions, trans advocates say. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/media-s-detransition-narrative-fueling-misconceptions-trans-advocates-say-n1102686>
- Kurdyla, V. (2022). Advocating for Transgender Immigrants in Detention Centers: Cisnormativity as a Tool for Racialized Social Control. *American Behavioral Scientist*, 00027642221083531.
<https://doi.org/10.1177/00027642221083531>
- Lea, V. (2020). Scientific Racism. Dans Z. Casey (dir.), *Encyclopedia of Critical Whiteness Studies in Education* (p. 585-595). Brill. https://doi.org/10.1163/9789004444836_078
- Lennon, E. et Mistler, B. J. (2014). Cisgenderism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 1(1-2), 63-64.
<https://doi.org/10.1215/23289252-2399623>
- Lev, A. I. (2006). Disordering Gender Identity. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), 35-69.
https://doi.org/10.1300/J056v17n03_03

- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y. et Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Kia, H., Gould, W. A., Ross, L. E., Abramovich, A., Enxuga, G. et Lam, J. S. H. (2023). A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/sgd0000678>
- Mary, J. (2021). *The Word “Cisgender” Has Scientific Roots*. Office for Science and Society. <https://www.mcgill.ca/oss/article/history-general-science/word-cisgender-has-scientific-roots>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 2023.
- Morse, J. M. (1995). The Significance of Saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. University of Chicago Press.
- Nicolazzo, Z. (2016). ‘It’s a hard line to walk’: black non-binary trans* collegians’ perspectives on passing, realness, and trans*-normativity. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(9), 1173-1188. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1201612>
- Ordre professionnel des sexologues du Québec. (s. d.). *Normes de compétences : Services aux personnes trans et de la diversité de genre*. OPSQ. Récupéré le 2 octobre 2024 de <https://www.opsq.org/fr/chroniques-deontologiques-details/normes-de-competences-services-aux-personnes-trans-et-de-la-diversite-de-genre>
- Person, E. et Ovesey, L. (1974). The Transsexual Syndrome in Males. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.4>
- Plesz, R. (2020). *Exister entre deux cases : l’expérience de l’identité de genre non-binaire*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23695>
- Prince, V. (1969). Men who choose to be women. *Transgender Archives, University of Victoria, BC, Canada. Rikki Swin Collection, Box, 21*.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Provencher, H., Harvey, D. et Lagueux, N. (2010). Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques...: l’embauche de pairs aidants à titre d’intervenants à l’intérieur des services de santé mentale. *Pratiques de formation. Université de Paris VIII, Service de la formation permanente*, 57, 153-174.

- Repper, J. et Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Robinson, B. B., Whitman, J., Whittle, S. et Bockting, W. (2008). *WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.*
- Ross, M. W. (1986). Gender identity. Male, female or a third gender. Dans W. Walters et M. Ross (dir.), *Transsexualism and sex reassignment* (p. 1-8). Oxford University Press Melbourne.
- Salin, L. (2023, 6 décembre). Media representation of transgender people: warnings of detransitions - RLS Geneva. <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>, <https://rosalux-geneva.org/media-representation-of-transgender-people-warnings-of-detransitions/>
- Sarkisova, X. S. (2015). Resisting The Binary: The Role of the Social Worker in Affirmative Trans Health Care. Dans B. J. O'Neill, T. A. Swan et N. J. Mulé (dir.), *LGBTQ People and Social Work: Intersectional Perspectives* (p. 255). Canadian Scholars' Press.
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'Université du Québec. <https://bac-lac.on.worldcat.org/oclc/11671275>
- Schulz, S. L. (2018). The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria. *Journal of Humanistic Psychology, 58*(1), 72-92. <https://doi.org/10.1177/0022167817745217>
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press.
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: a feminist sociology* ([Pbk. ed). Northeastern University Press.
- Starks, H. et Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research, 17*(10), 1372-1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>
- Stone, S. (1987). The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. Dans *The Transgender Studies Reader Remix*. Routledge.
- Stowe, M.-J., Feher, O., Vas, B., Kayastha, S. et Greer, A. (2022). The challenges, opportunities and strategies of engaging young people who use drugs in harm reduction: insights from young people with lived and living experience. *Harm Reduction Journal, 19*(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00663-z>
- Suess, A., Karine, E. et Pau Crego, W. (2014). Depathologization. *Transgender Studies Quarterly, 1*(1-2), 73-77. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399650>
- Suess Schwend, A. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Reviews, 41*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>

- The Canadian Medical Protective Association. (s. d.). *Consent: A guide for Canadian physicians*. CMPA. Récupéré le 6 juin 2022 de <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physicians#disclosure>
- Theilen, J. T. (2014). Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law. *Human Rights Law Review*, 14(2), 327-342. <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngu010>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition entièrement revue et augmentée). Dunod. [383 pages : illustrations ; 24 cm].
- van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T. et Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical Satisfaction, Quality of Life, and Their Association After Gender-Affirming Surgery: A Follow-up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Villalobos, Stiegler, Frohard-Dourlent et Saewyc. A survey of experiences with surgery readiness assessment and gender-affirming surgery among trans people living in Ontario. Vancouver, BC: Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia. https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2018/04/SARAVYC_Ontario-Surgeries-Report-Care-Survey-V4-Final-WEB.pdf 2018.
- Vipond, E. (2015). *Resisting Transnormativity: challenging the medicalization and regulation of trans bodies*, 8(2), 21-44. <https://doi.org/10.3798/tia.1937-0237.15008>
- Warner, M. (1999a). Normal and Normaller: Beyond Gay Marriage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 5(2), 119-171. <https://doi.org/10.1215/10642684-5-2-119>
- Warner, M. (1999b). *The trouble with normal: sex, politics, and the ethics of queer life*. Free Press.
- White Hughto, J. M. et Reisner, S. L. (2016). A Systematic Review of the Effects of Hormone Therapy on Psychological Functioning and Quality of Life in Transgender Individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White, M. E., Cartwright, A. D., Reyes, A. G., Morris, H., Lindo, N. A., Singh, A. A. et McKinzie Bennett, C. (2020). "A Whole Other Layer of Complexity": Black Transgender Men's Experiences. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 14(3), 248-267. <https://doi.org/10.1080/15538605.2020.1790468>
- Winters, K. (2009). *Gender Madness in American Psychiatry: Essays from the Struggle for Dignity*. GID Reform Advocates.
- Worden, F. G. et Marsh, J. T. (1955). Psychological factors in men seeking sex transformation: A preliminary report. *Journal of the American Medical Association*, 157(15), 1292-1298.